

1. Durante o processo de invasão de certos vírus em células do hospedeiro pode ocorrer a redução da expressão de moléculas de MHC de classe I. Qual das seguintes células é responsável pela destruição das células infectadas nesta situação?
- Neutrófilo.
 - Macrófago.
 - Linfócito T CD8+.
 - Célula Natural Killer.**
 - Célula dendítica.

Alternativa Correta: **(D)** As células NK são um tipo inato de células imunes com características únicas. São células linfoides que não expressam receptores antígeno-específicos derivados da exposição a antígenos específicos, como receptores de células T ou imunoglobulina de superfície em células B. No entanto, as células NK podem alterar seu comportamento com base na exposição prévia a antígenos específicos, inclusive após a infecção viral, por um mecanismo que é diferente do das células T e B. As células NK desempenham um papel importante no controle da infecção por herpesvírus e flavivírus, e vírus da gripe, hepatite C, vírus da imunodeficiência humana 1 (HIV-1) e coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2). No caso da redução da expressão do MHC classe I, pelos vírus ocorre uma diminuição significativa na atividade do linfócitos citotóxicos (CD8+).

Bibliografia: Abbas KA, Lichtman AH, Pillai S. Imunologia Celular e Molecular. Elsevier 8ª ed. 2015 Forte WCNA. Imunologia do Básico ao aplicado 3ª ed. 2015 ed Etheneu São Paulo.

2. Após o clampeamento da tríade hepática, conhecido como Manobra de Pringle, observa-se que o sangramento não é interrompido, indicando que a origem deve ser proveniente da:
- veia porta e artéria hepática.
 - veia cava inferior e veias hepáticas.**
 - veia porta e veia cava inferior.
 - veia cava inferior e artéria hepática.
 - veia porta e veia cava superior.

Alternativa Correta: **(B)** Diante de um sangramento importante proveniente do fígado é essencial realizar a Manobra de Pringle para diferenciar se o sangramento vem da veia cava inferior ou da veia porta. Essa é uma técnica cirúrgica clássica, largamente utilizada durante ressecções hepáticas, consistindo na oclusão transitória do fluxo vascular hepático, através do clampeamento da tríade portal, caso não seja interrompido a origem será proveniente da veia cava inferior e veias hepáticas.

Bibliografia: AUMULLER, Gerhard et al. Anatomia. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.; MOORE, Keith L.; Dalley, Arthur F.; Agur, Anne M. R. Anatomia Orientada para a Clínica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

3. Patologias pulmonares obstrutivas ou restritivas podem afetar de forma diferente a complacência, os volumes e as capacidades pulmonares. Pacientes com doenças restritivas, como a fibrose pulmonar, deve apresentar a seguinte característica:

- redução da complacência pulmonar.**
- aumento da capacidade vital forçada.
- redução da frequência respiratória.
- aumento do volume corrente.
- aumento da capacidade vital.

Alternativa Correta: **(A)** Uma doença restritiva, associada ao parênquima respiratório ou não, tem como característica mecânica a baixa complacência pulmonar. Portanto, o achado da espirometria destes indivíduos e? de volumes e capacidades diminuídas. O padrão respiratório de indivíduos com doenças restritivas e? de uma maior frequência respiratória e menor volume corrente.

Bibliografia: JAMESON, J. Larry. Medicina Interna de Harrison - 2 Volumes. 20. Porto Alegre, RS: McGraw-Hill, 2020. recurso on-line ISBN 9788580556346. (e-book)

4. Homem com quadro de pontos eritematosos e prurido nos pés, tosse, dispneia e broncoespasmos com pequenos sangramentos (hemoptise). Relatou dor abdominal tipo cólica de moderada intensidade, vômitos e fezes, ora de aspecto aquoso, mucossanguinolento, ora de aspecto pastoso, cor cinzenta, brilhante e odor butiroso. Se apresentava anoréxico, com o volume abdominal aumentado. Foram solicitados exames de fezes, onde foi possível observar na microscopia, vestibulo bucal curto na região anterior e o primórdio genital visível na região posterior do corpo do parasito, obtendo-se tanto larvas filarioides quanto rabditoides. Considerando essas informações, assinale a alternativa que apresenta o helminto responsável por esse quadro:

- Ascaris lumbricoides.*
- Strongyloides stercoralis.***
- Necator americanus.*
- Taenia saginata.*
- Trichuris trichiura.*

Alternativa Correta: **(B)** O *Strongyloides stercoralis* no Brasil é considerado uma área de elevada endemicidade, sendo que essas variações ocorrem em função da idade da população também em função das diferenças geográficas e socioeconômicas. O modo mais comum de transmissão da estrogiloidíase é através do contato da pele com solo contaminado. Em áreas endêmicas, a infecção pode ser prevenida pelo uso de sapatos para evitar o contato dos pés descalços com o solo infectado. As manifestações clínicas podem sentir irritação imediata no local da penetração na pele, seguido por edema localizado ou urticária que pode durar até três semanas. Pode ocorrer tosse, dispneia e broncoespasmos com pequenos sangramentos (hemoptise). Após o estabelecimento da infecção no intestino delgado (já na terceira semana após a transmissão), podem ocorrer

sintomas gastrointestinais, como diarreia muco sangüinolenta, constipação, dor abdominal ou anorexia. A otimização da sensibilidade, nesse caso, pode alcançada com o emprego associado de técnica de extração fundamentada no hidrotropismo positivo que as larvas apresentam no método de Baermann & Moraes e métodos de concentração por sedimentação.

Bibliografia: NEVES, David Pereira ... [et ali.] Editora: Atheneu, Edição: 13, Local de Publicação: Rio de Janeiro, 2016.

5. A principal via de aquisição da infecção de trato urinário é a via ascendente por patógenos que colonizam a região periuretral e os agentes etiológicos mais relacionados são as enterobactérias que têm como características: integrante da microbiota intestinal, bastonete Gram-negativo, grande motilidade e capacidade de produzir ácido sulfídrico e grandes quantidades de urease. Quando invade vias urinárias causa infecção urinária alcalina, por converter ureia em amônio. O aumento da alcalinidade da urina pode levar à formação de cristais de estruvita, carbonato de cálcio e/ou apatita, podendo causar cálculos coraliformes. Considerando as informações sobre o agente etiológico, assinale a bactéria que está implicada neste caso:

- A. *Pseudomonas aeruginosa*.
- B. *Staphylococcus saprophyticus*.
- C. *Proteus vulgaris*.
- D. *Enterobacter cloacae*.
- E. *Escherichia coli*.

Alternativa Correta: (C) Apesar de todas as bactérias que compõem as alternativas causarem infecção do trato urinário (ITU), a resposta correta para a questão é *Proteus vulgaris*, pois as demais não são capazes de produzir urease. As espécies de *Proteus* são comuns no meio ambiente e são habitantes normais do trato intestinal humano. As duas espécies que mais comumente produzem infecções em humanos são *P. mirabilis* e *P. vulgaris*. Ambas as espécies produzem urease, resultando em rápida hidrólise da ureia, com liberação de amônia. Assim, nas ITUs causadas por *Proteus*, a urina torna-se alcalina, favorecendo a formação de cálculos denominados "estruvitas", compostas por fosfato amoníaco magnésico. Pedras de estruvitas frequentemente se manifestam como cálculos coraliformes na pelve renal. Eles interrompem o fluxo de urina, danificam o epitélio urinário e atuam como um nicho de infecções recorrentes por aprisionarem as bactérias no interior do cálculo. Uma vez que a urina alcalina também favorece o crescimento dos organismos e o maior dano renal, o tratamento envolve a manutenção da urina com pH baixo.

Bibliografia: LEVINSON, W. Microbiologia médica e imunologia. 15ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2022.; RIEDEL, S. Microbiologia Médica de JAWETZ, MELNICK e ADELBERG, 28ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2022.

6. *Loxosceles* é o gênero a qual pertence a aranha marrom, uma aranha pequena, de hábitos noturnos. A maioria dos acidentes notificados se concentra nos estados do sul, particularmente no Paraná e Santa Catarina. Seu

veneno é um dos mais ativos sobre o organismo humano. Uma única picada pode determinar a morte de uma criança ou mesmo de um adulto. A peçonha da *Loxosceles* é do tipo proteolítico e hemolítico, produzindo sintomatologia:

- A. cutânea e renal.
- B. cutânea e cardíaca.
- C. renal e cardíaca.
- D. renal e neurológica.
- E. cardíaca e neurológica.

Alternativa Correta:

(A) A peçonha da *Loxosceles* é do tipo proteolítico e hemolítico, produzindo sintomatologia cutânea e renal. Dores intensas logo após o acidente são pouco frequentes, mas costumam tornar-se muito fortes, as vezes lancinantes, depois de algumas horas, ou no decorrer do primeiro dia. Febre, náuseas, vômitos e, às vezes, diarreia, são relatados. A aplicação do soro nas primeiras 14 a 24 horas após o acidente previne a hemoglobinúria e as lesões renais.

Bibliografia: NEVES, D. P. e cols. Parasitologia Humana. 13ª ed. Editora Atheneu, 2016.

7. Qual situação abaixo um médico deveria estar sempre atento ao iniciar tratamento em uma paciente com alteração da função renal e hipertensão arterial sistêmica com um anti-hipertensivo inibidor da ECA?

- A. Hipernatremia.
- B. Hiponatremia.
- C. Hipocalemia.
- D. Hipercalemia.
- E. Hipercalcemia.

Alternativa Correta: (D) O uso de drogas inibidoras da ECA, pelo seu efeito de inibir a conversão de angiotensina I em angiotensina II e, conseqüentemente, a produção final de aldosterona no eixo, leva a menor ativação da bomba Na/K/ATPase nas células do túbulo coletor e ativação dos canais livres de sódio e secreção de K no lúmen tubular no ultrafiltrado final. Assim, existe maior risco de hipercalemia em pacientes com alteração de função renal.

Bibliografia: Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia. Ed 12. Capítulo: Processamento Tubular do Filtrado Glomerular.

8. A gastrite atrófica é uma doença autoimune associada à produção de auto-anticorpos. O suco gástrico dos portadores dessa patologia apresenta pouca ou nenhuma atividade ácida ou enzimática. Os anticorpos produzidos nessa doença são direcionados a quais alvos celulares?

- A. Células Parietais e Células zimogênicas.
- B. Células SNED e Células zimogênicas.
- C. Células Zimogênicas e Células enteroendócrinas.
- D. Células Parietais e Células enteroendócrinas.
- E. Células SNED e Células enteroendócrinas.

Alternativa Correta: (A)

A vitamina B12 (também denominada cobalamina) é essencial para a produção de eritrócitos (hemácias) na medula óssea e para a função neurológica normal. A anemia perniciosa é uma doença auto imunológica resultante de uma marcante atrofia da mucosa gástrica, destruição das células parietais e falha na produção do fator intrínseco, o que leva à má absorção da vitamina B12. Os sintomas incluem fadiga, astenia, prejuízo à memória e neuropatia periférica. O diagnóstico é baseado em achados histológicos de uma gastrite atrófica crônica e detecção de anticorpos contra o fator intrínseco e contra a bomba de prótons (H⁺-K⁺-ATPase) das células parietais no soro. Os pacientes respondem de modo favorável à detecção precoce, ao tratamento continuado por injeções intramusculares de cobalamina e a uma dieta bem balanceada, rica em ácido fólico e vitamina B12. Em casos de gastrite atrófica, tanto células parietais quanto zimogênicas são muito menos numerosas, e o suco gástrico apresenta pouca ou nenhuma atividade de ácido ou pepsina. Em humanos, células parietais são produtoras do fator intrínseco, uma glicoproteína que se liga avidamente à vitamina B12. Em outras espécies, no entanto, o fator intrínseco pode ser produzido por outras células.

Bibliografia: JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 13^ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 554 p. ISBN 978-8527731812.

9. Num caso de acidente grave, quando um paciente necessita de transfusão sanguínea em caráter de emergência, onde não haverá tempo para determinação da tipagem sanguínea ABO/Rh, é recomendável utilizar-se ABO/Rh O Negativo. Essa indicação se deve porque nas hemáceas do doador encontramos:

- A. presença dos antígenos correspondentes aos anticorpos do receptor.
- B. ausência dos anticorpos correspondentes aos antígenos do receptor.
- C. presença dos anticorpos correspondentes aos antígenos do receptor.
- D. presença dos anticorpos e antígenos correspondentes ao receptor.
- E. ausência dos antígenos correspondentes aos anticorpos do receptor.

Alternativa Correta: (E) Esta questão apresenta uma situação clínica frequentemente encontrada nos serviços Médicos de Emergência. O médico deve ter o conhecimento que na membrana das hemácias encontram-se aglutinogênios (antígenos) que podem interagir com os respectivos anticorpos (aglutininas) do sangue do receptor. O sangue com tipagem ?O Negativo? não possui tais antígenos.

Bibliografia: Tratado de Hemoterapia; Fundamentos e Prática. Dimas Tadeu Covas, Jose Orlando Bordin, Dante Mario Langhi Jr. Publisher, EDITORA ATHENEU, 2018.

10. Os neutrófilos ou leucócitos polimorfonucleares são células sanguíneas que apresentam núcleos compostos por 2 a 5 lóbulos unidos por pontes de cromatina. Em células velhas podemos observar mais de 5 lóbulos sendo

denominados hipersegmentados. Entretanto, é possível observar em esfregaços sanguíneos neutrófilos jovens hipersegmentados, condição característica da anemia:

- A. Ferropriva.
- B. Sideroblástica.
- C. Falciforme.
- D. Hemolítica.
- E. Megaloblástica.

Alternativa Correta: (E) Os neutrófilos cujos núcleos têm mais de cinco lóbulos são chamados hipersegmentados e geralmente são células velhas. Embora em condições normais exista um paralelismo entre o número de lóbulos e a idade do neutrófilo, em certas doenças, como, por exemplo, na anemia megaloblástica, é possível encontrar neutrófilos jovens, porém com o núcleo hipersegmentado. As anemias sideroblásticas desenvolvem-se quando a incorporação de ferro no grupo heme é bloqueada, resultando em um acúmulo de ferro na mitocôndria dos eritrócitos em desenvolvimento. Diversas alterações hereditárias da molécula de hemoglobina causam doenças, como a anemia falciforme. Essa doença é decorrente da mutação de um único nucleotídeo no DNA do gene para a cadeia beta da hemoglobina. O código GAA para ácido glutâmico é modificado para GUA, código da valina. A hemoglobina que se forma (Hb S) difere da normal apenas pela presença de valina em vez de ácido glutâmico na posição 6 das cadeias beta da hemoglobina. Quando desoxigenada, como acontece nos capilares, a Hb S polimeriza-se e forma agregados que conferem ao eritrócito uma forma comparável a um crescente ou uma foice. Ferropriva é devido a carência de ferro, associado a dieta ou a algum tipo de distúrbio do metabolismo desse íon. Hemolítica está associada a hemólise precoce das hemácias

Bibliografia: JUNQUEIRA, Luiz Carlos Uchoa; CARNEIRO, José. Histologia básica. 13^ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 554 p. ISBN 978-8527731812.

11. Paciente com queixa de hematoquezia e dor abdominal, foi submetido a uma colonoscopia investigativa. Apresentava histórico familiar de carcinoma de cólon. O resultado do exame revelou a presença de centenas de pólipos e de duas áreas de ulceração. Foi realizada biópsia que demonstrou a presença de glândulas, formato irregular e penetração da túnica muscular. Qual evento molecular parece ocorrer na evolução da patologia colônica em questão?

- A. Mutação no gene PSA.
- B. Incapacidade de hidrolisar ATP.
- C. Mutação do gene TP53.
- D. Saída de BCL2 da mitocôndria para o citoplasma.
- E. Ativação da via do WNT.

Alternativa Correta: (E) O paciente apresenta a clássica história de polipose adenomatosa familiar com transformação maligna. O evento mais precoce na carcinogênese do adenocarcinoma é a perda da função do gene APC. Este evento permite que a ?-catenina seja adentre para o núcleo a fim de promover a coativação da transcrição de vários genes. As proteínas APC e ?-catenina são componentes da via de sinalização WNT. Mutações no gene PSA levam a

ocorrência de carcinoma de próstata. ATP é uma molécula energética sem envolvimento na carcinogênese e que não é hidrolisado. A perda da interrupção do ciclo celular em G1 ocorre com a perda tardia de p53 na sequência. O gene BCL2 não está envolvido na transição de adenoma para carcinoma.

Bibliografia: ROBBINS, S. L.; KUMAR, V. (ed.); AB-BAS, A.K. (ed.); FAUSTO, N. (ed.). Patologia: Bases Patológicas das doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.; BOGLIOLO, L.; BRASILEIRO FILHO, G. Patologia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

12. Mulher de 35 anos, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico. Desde o AVC, ela tem tido dificuldades em planejar e organizar tarefas, além de apresentar dificuldade em controlar suas emoções e comportamentos. Qual lobo cerebral foi afetado no AVC desta paciente?
- A. Occipital esquerdo.
 - B. Frontal esquerdo.**
 - C. Temporal direito.
 - D. Parietal direito.
 - E. Temporal esquerdo.

Alternativa Correta: **(B)** O lobo frontal é responsável pelo planejamento, organização e controle de comportamentos e emoções. O AVC da paciente afetou o lobo frontal esquerdo, resultando em dificuldades em planejar e organizar tarefas, bem como em controlar suas emoções e comportamentos. As outras opções estão incorretas porque esses lobos cerebrais não estão diretamente relacionados às funções cognitivas afetadas por um AVC no lobo frontal esquerdo. O lobo occipital esquerdo é responsável pela percepção visual e reconhecimento de objetos (opção O lobo temporal direito está mais associado à memória de longo prazo e ao reconhecimento de rostos. O lobo parietal direito é mais associado à percepção sensorial e ao processamento de linguagem.

Bibliografia: BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. Neurociências: desvendando o sistema nervoso. Artmed editora, 2017.

13. Segundo o modelo proposto por Stahl, existem quatro vias dopaminérgicas principais no cérebro humano, sendo que cada uma está relacionada a funções específicas. A interconexão entre essas vias se relaciona a uma variedade de processos mentais e comportamentais. Considerando a hiperatividade dopaminérgica apontada como base fisiopatológica da esquizofrenia, indique qual das vias dopaminérgicas está associada à sintomatologia positiva.
- A. Mesolímbica.**
 - B. Túbero-infundibular.
 - C. Mesocortical.
 - D. Nigroesternal.
 - E. Tronco encefálica.

Alternativa Correta: **(A)** A Via mesolímbica frequentemente associada ao circuito de recompensa do cérebro e à regulação da emoção, motivação e prazer. Atividade hiperdopaminérgica associada à esquizofrenia, em especial à sintomatologia positiva. A via mesocortical associada a cognição, planejamento e tomada de decisão. Deficiência dopaminérgica associada ao TDAH. A via nigroestriaal associada ao controle motor. Degeneração de neurônios dopaminérgicos associado à doença de Parkinson. A via tuberoinfundibular, com origem nas células dopaminérgicas do hipotálamo e projeção para a hipófise. Relaciona-se à regulação da secreção de hormônios hipofisários. Tronco encefálico não se caracteriza como via dopaminérgica.

STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. xi, 552 p. ISBN 978-85-277-2586-6. HALL, John E.; GUYTON, Arthur C.; HALL, Michael E. Guyton & Hall tratado de fisiologia médica. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. xxi, 1121 p. ISBN 978-85-9515-861-55.

14. O esôfago tem cerca de 25 cm de comprimento e existem três constrições ao longo de seu trajeto nos quais um corpo estranho pode ficar alojado. Estas constrições são em ordem descendente:
- A. constrição broncoaórtica; constrição diafragmática; constrição cardíaca.
 - B. constrição cricofaríngea; constrição aórtica; constrição diafragmática.**
 - C. constrição cricofaríngea; constrição broncoaórtica; constrição diafragmática.
 - D. constrição cricofaríngea; constrição aórtica, constrição vertebral.
 - E. constrição broncoaórtica; constrição diafragmática; constrição cardíaca.

Alternativa Correta: **(C)** O esôfago normalmente tem três constrições, onde estruturas adjacentes deixam impressões. Constrição cricofaríngea (constrição cervical), em seu início na junção faringoesofágica, ao nível da cartilagem cricoideia; constrição broncoaórtica (torácica), uma constrição combinada, no local onde ocorre primeiro cruzamento do arco da aorta e depois pelo cruzamento do brônquio principal esquerdo; constrição diafragmática, no local onde atravessa o hiato esofágico do diafragma.

Bibliografia: MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Anatomia orientada para a clínica. Oitava edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

15. Em quadros hemorrágicos graves, as respostas fisiológicas compensatórias deverão incluir:
- A. Aumento da frequência cardíaca e diminuição do hormônio antidiurético e da renina.
 - B. Diminuição da adrenalina circulante e aumento do hormônio antidiurético.
 - C. Redução do débito cardíaco e aumento da adrenalina circulante.
 - D. Aumento do hormônio antidiurético e diminuição da resistência dos leitos vasculares cutâneos.

E. Aumento da resistência dos leitos vasculares cutâneos e aumento da frequência cardíaca.

Alternativa Correta: **(E)** Em quadros hemorrágicos graves, as respostas fisiológicas compensatórias do organismo visam manter a perfusão adequada dos órgãos vitais e evitar a falência múltipla de órgãos. Algumas das respostas fisiológicas incluem: aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição, aumento da frequência respiratória e liberação de hormônios como adrenalina. Essas respostas fisiológicas são mecanismos de compensação para evitar a hipoperfusão dos órgãos vitais em situações de hemorragia grave.

Bibliografia: JAMESON, J. Larry. Medicina Interna de Harrison - 2 Volumes. 20. Porto Alegre, RS: McGraw-Hill, 2020.

16. Homem de 60 anos apresenta tosse, perda de peso e cansaço há 4 meses. Tabagista por 40 anos. Radiografia de tórax revelou massa de 10 cm no pulmão esquerdo, cuja biópsia demonstrou carcinoma de células escamosas de pulmão. Qual dos seguintes carcinógenos está envolvido na patogênese do câncer de pulmão deste paciente?
- A. Aflatoxina B1.
 - B. Fenobarbital sódico.
 - C. Hidrocarbonetos aromáticos.**
 - D. Asbestos.
 - E. Diclorodifeniltricloroetano (DDT).

Alternativa Correta: **(C)** A carcinogênese do fumo ocorre com a combustão do tabaco, originando os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos. Trata-se de um cancerígeno indireto por precisar ser metabolizado para exercer seus efeitos. É uma das substâncias carcinogênicas mais estudadas. As demais alternativas se referem a carcinógenos hepáticos, ou de outros tipos de neoplasias.

Bibliografia: Robbins and Cotran. Pathologic Basis of Disease, 10^ª. Ed., Elsevier, Philadelphia, 2020.;Franco M, Montenegro M. Patologia Processos Gerias, 6^ª Ed., Atheneu, São Paulo, 2015.

17. O gerenciamento direcionado da temperatura é recomendado para pacientes após parada cardíaca, mas as evidências de apoio são de baixa certeza. Diante disso pesquisadores conduziram um ensaio clínico randomizado multicêntrico, para avaliar os efeitos da hipotermia em comparação com a normotermia e o tratamento precoce da febre em pacientes após parada cardíaca. Tendo a hipótese de que a incidência de morte em 6 meses após o evento seria menor no grupo de hipotermia do que no grupo de normotermia. Entre novembro de 2017 e janeiro de 2020, 1.900 adultos em coma que tiveram uma parada cardíaca fora do hospital de causa cardíaca presumida ou desconhecida foram randomizados para serem submetidos a hipotermia direcionada a 33°C, seguida de reaquecimento controlado, ou normotermia direcionada com tratamento precoce da febre (temperatura corporal, maior ou igual a 37,8°C). O desfecho primário avaliado foi morte por qualquer causa em 6 meses. Um total de 1.850 pacientes foram avaliados para o desfecho primário.

Aos 6 meses, 465 de 925 pacientes (50%) no grupo de hipotermia morreram, em comparação com 446 de 925 (48%) no grupo de normotermia (risco relativo da hipotermia de 1,04; com intervalo de confiança de 95%, de 0,94 a 1,14). Com base nos resultados deste estudo é correto concluir que:

- A. pacientes submetidos à hipotermia direcionada têm um risco significativamente maior de morrer do que os submetidos à normotermia direcionada com tratamento precoce da febre.
- B. em pacientes hospitalizados por qualquer causa, a hipotermia direcionada não levou a uma menor incidência de morte em 6 meses do que a normotermia direcionada.
- C. a hipotermia direcionada mostrou-se como um fator protetor significativo para a mortalidade em 6 meses, quando comparado à normotermia direcionada com tratamento precoce da febre.
- D. a hipertermia induzida mostrou-se como um fator protetor significativo para a mortalidade em 6 meses.
- E. em pacientes em coma após parada cardíaca fora do hospital, a hipotermia direcionada não levou a uma menor incidência de morte em 6 meses do que a normotermia direcionada.**

Alternativa Correta: **(E)** Nesta questão são abordados 2 conceitos fundamentais em bioestatística no que tange a interpretação de resultados, que são: 1. A interpretação do Risco Relativo e de seu intervalo de confiança; 2. O potencial de generalização dos resultados de um estudo para a sua população alvo. O intervalo de confiança do Risco Relativo contém o 1, representativo da ausência de associação entre a intervenção e o desfecho, portanto, não há diferença significativa entre os dois grupos quanto à incidência do desfecho (mortalidade em 6 meses). Os resultados de um estudo só podem ser generalizados (inferidos) para a sua população alvo. Neste caso, pacientes em coma após parada cardíaca fora do hospital. Não podendo ser, o resultado deste estudo, inferido para pacientes hospitalizados por qualquer causa.

Bibliografia: DANKIEWICZ, Josef et al. Hypothermia versus normothermia after out-of-hospital cardiac arrest. New England Journal of Medicine, v. 384, n. 24, p. 2283-2294, 2021. ;HULLEY, Stephen B. et al. Delineando a pesquisa clínica-4. Artmed Editora, 2015.

18. Bactérias anaeróbias são dominantes na microbiota anfibiótica humana. Na grande maioria das vezes, as infecções por bactérias anaeróbias são de origem endógena. A gangrena gasosa após trauma cirúrgico, por exemplo, tem origem na microbiota intestinal do próprio paciente. O mesmo ocorre na colite pseudomembranosa, causada por *Clostridium difficile*, que habita a microbiota intestinal humana, podendo tornar-se patogênica na seguinte condição:
- A. intoxicação alimentar.
 - B. queimaduras.
 - C. uso de antibioticoterapia.**
 - D. presença de corpo estranho.

E. neutropenia.

Alternativa Correta: (C) Na grande maioria das vezes, as infecções por anaeróbios são de origem endógena. A maioria dos casos de gangrena gasosa após trauma cirúrgico, por exemplo, tem origem na microbiota intestinal do próprio paciente. Contudo, algumas poucas infecções são exógenas, como, por exemplo, certas infecções por clostrídeo. Infecções nosocomiais podem ocorrer por contaminação com clostrídeos que ocasionalmente participam da microbiota intestinal e podem envolver intoxicação, assim como infecções. Exemplos de tais infecções podem ser as doenças associadas ao *C. difficile*, principalmente a colite pseudomembranosa relacionada com antibioticoterapia.

Bibliografia: TRABULSI, L. R.; ALBERTHUM, F. Microbiologia. 6a ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

19. Paciente imunossuprimido procura pronto atendimento relatando falta de ar e febre. Foi encaminhado ao hospital, onde realizou toracocentese com coleta de fluido turvo e amarelado. A citologia do líquido evidenciou contagem alta de leucócitos, sendo que 98% eram neutrófilos. A coloração de Gram evidenciou presença de coco gram-positivos. Qual melhor termo descreve esse processo evidenciado no paciente?

A. Transudato fibrinoso.

B. Exsudato purulento.

C. Inflamação crônica.

D. Inflamação fibrinosa.

E. Edema agudo.

Alternativa Correta: (B) As infecções bacterianas desencadeiam uma resposta inflamatória aguda dominada por neutrófilos. Os neutrófilos extravasados tentam fagocitar e destruir as bactérias. Nesse processo, alguns neutrófilos morrem e a liberação de seu conteúdo de enzimas lisossômicas pode causar necrose liquefativa no tecido. Essa situação gera a formação do pus, ou exsudato purulento. Esse exsudato é típico de infecções bacterianas que envolvem cavidades corporais. Outro termo para um exsudato purulento ocorrendo no espaço pleural é empiema.

Bibliografia: FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10 ed. Guanabara Koogan, 2021; KUMAR, Vinay. Robbins Patologia Básica. Guanabara Koogan, 2018.

20. Paciente hígido, relata em consulta presenças de "ínguas", dor de cabeça e de garganta e mal estar há 15 dias. No exame clínico apresentava linfadenomegalia cervical, amígdalas cobertas com um intenso exsudato pseudomembranoso, febre e esplenomegalia. O resultado do leucograma pode ser observado abaixo:

Leucograma	%	Por mm ³	Referência
LEUCÓCITOS		26.400	4.000-11.000
Blastos	0,0	0	0
Promielócitos	0,0	0	0
Mielócitos	0,0	0	0
Metamielócitos	0,0	0	0
Bastões	0		0-5 / 0-350
Segmentados	24	6.336	45,5-74 / 1.500-7.400
Eosinófilos	01	26	0,5-4 / 20-670
Basófilos	0	0	0-2 / 0-130
Linfócitos	15	3.960	22,3-49,9 / 1.100-3.500
Linf. atípicos	51	13.464	0
Monócitos	9	2.376	0,7-7,5 / 200-900

Baseados nos dados clínicos e laboratoriais, este paciente é portador de:

A. Toxoplasmose.

B. Rubéola.

C. Cisticercose.

D. Dengue.

E. Mononucleose infecciosa.

Alternativa Correta: (E) O acometimento do sistema linfoproliferativo, a linfocitose e a monocitose, falam a favor de mononucleose infecciosa.

Bibliografia: Ferreira, Antônio Walter e Sandra Lago Moraes - Diagnostico Laboratorial das principais doenças infecciosas e autoimunes correlação clínico laboratorial 3. ed- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Ginecologia e Obstetrícia

21. Qual o quadro clínico que se caracteriza por proliferação excessiva de lactobacillus, diminuição do pH vaginal (menor ou igual a 4), corrimento vaginal, prurido e sensação de queimação?

A. Tricomoniase.

B. Vaginose citolítica.

C. Vaginose bacteriana.

D. Vaginite inflamatória descamativa.

E. Vaginite aeróbia.

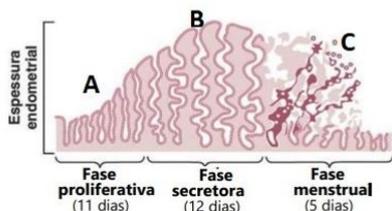
Alternativa Correta: (B) A vaginite citolítica é causada pela proliferação excessiva de Lactobacillus, redução do pH vaginal e citólise, levando ao aparecimento de sintomas como corrimento esbranquiçado e prurido de intensidades variáveis que pioram no período pré-menstrual. Ardor, queimação, disúria e dispareunia podem estar associados. Ao exame clínico, observa-se o conteúdo vaginal geralmente aumentado. O pH encontra-se igual ou menor que 4.

Bibliografia: Linhares IM, Amaral RL, Robial R, Eleutério Junior J. Vaginites e vaginoses. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), 2018. (Protocolo Febrasgo ? Ginecologia, nº 24/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infectocontagiosas).

22. Analise as figuras abaixo (figuras 1 e 2), referentes ao ciclo sexual menstrual feminino.



(Figura 1)



(Figura 2)

Podemos concluir que:

- A. 1A corresponde a 2C.
- B. 1B corresponde a 2B.
- C. 1D corresponde a 2A.
- D. 1B corresponde a 2A.
- E. 1C corresponde a 2B.

Alternativa Correta: **(E)** Na segunda fase do ciclo menstrual ocorre o aumento substancial da progesterona ovariana e corresponde ao aumento do estímulo da fase secretória do endométrio.

Bibliografia: Guton, A.C. e Hall J.E.? Tratado de Fisiologia Médica. Editora Elsevier. 13ª ed., 2017.; Blaustein JD: Progesterone and progestin receptors in the brain: the neglected ones, Endocrinology 149:2737, 2008. Bulun SE: Endometriosis, NEngl J Med 360:268, 2009.; Heldring N, Pike A, Andersson S, et al: Estrogen receptors: how do they signal and what are their targets, Physiol Rev 87:905, 2007.

23. Primigesta, 20 semanas, submetida a ultrassom via vaginal que evidenciou medida do colo uterino de aproximadamente 15mm (normal=acima de 25mm). Visando a profilaxia da prematuridade, a conduta deve ser:

- A. repouso absoluto no leito e orientações para dirigir-se precocemente ao hospital em caso de cólica e/ou contrações.
- B. cerclagem cervical de emergência à McDonald's após tratamento profilático com antibióticos endovenosos.
- C. internação e inibição do trabalho de parto com indometacina, repouso e tratamento com antibiótico de amplo espectro.
- D. expectante com controle do comprimento cervical através de ultrassom transvaginal a cada 2 semanas.

- E. repouso relativo, abstinência sexual, progesterona natural via vaginal até a 36ª semana de gestação.

Alternativa Correta: **(E)** A profilaxia de parto prematuro com progesterona natural micronizada em paciente com fatores de risco para prematuridade já está bem estabelecida, inclusive o uso em achados aleatórios de colo curto em primigesta, mostrando evidências de diminuição de partos prematuros em até 40

Bibliografia: Zugaib M, Francisco. Zugaib Obstetrícia. 3ª edição. Barueri: Manole, 2016: 1.329.

24. Qual exame faz o diagnóstico definitivo de tumor maligno de mama, em mulher de 58 anos com nódulo duro e irregular na palpação?

- A. Ressonância magnética de mamas.
- B. Punção percutânea com agulha grossa - Core biopsy.
- C. Punção aspirativa com agulha fina - PAAF.
- D. Mamografia.
- E. Ultrassonografia mamária.

Alternativa Correta: **(B)** O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. O número estimado de casos novos de câncer de mama no Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o triênio de 2023 a 2025, é de 73.610 casos. Também é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo. O diagnóstico definitivo de câncer de mama somente pode ser estabelecido mediante uma biópsia histológica (biópsia com agulha grossa ou core biopsy). Mamografia e Ressonância magnética de mamas são exames que podem auxiliar na detecção, porém não são exames definitivos para diagnóstico do câncer de mama. Também a punção aspirativa com agulha fina- PAAF, é um exame citológico, o definitivo é com histologia.

Bibliografia: 1-https://www.inca.gov.br/; Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. ? Rio de Janeiro : INCA, 2022.; Doenças da mama: guia de bolso baseado em evidências, 3ª edição, Rio De Janeiro, Atheneu, 2022; Mastologia : Do Diagnóstico ao tratamento(livro eletrônico), Goiânia: Conexão Propaganda e Editora, 2017 .

25. Paciente de 40 anos, Gesta III, Para III, em tratamento para Lúpus Eritematoso Sistêmico usando prednisona e metotrexate, vem à consulta para orientação anticoncepcional. Pelos critérios de elegibilidade, qual método contraceptivo de escolha?

- A. Combinado oral monofásico contínuo.
- B. Combinado oral bifásico.
- C. Combinado oral trifásico.
- D. Injetável Mensal.
- E. Sistema Intra-Uterino de Levonorgestrel.

Alternativa Correta: **(E)** Pelos critérios de elegibilidade, a paciente lúptica tem maior risco tromboembólico devendo-se evitar o uso de estrogênio na contracepção. Os métodos de barreira podem ser utilizados, porém com baixa eficácia. O sistema intra-uterino de levonorgestrel é o mais indicado.

Bibliografia: Finotti, Marta Manual de anticoncepção / Marta Finotti. – São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

26. De acordo com os princípios da terapia hormonal do climatério podemos afirmar que mulheres climatéricas:

- A. sintomáticas e hysterectomizadas tem indicação de uso de terapia hormonal com estrogênio.
- B. sintomáticas tem indicação de uso de terapia hormonal com estrogênio isolado.
- C. sintomáticas e hysterectomizadas tem indicação de uso de terapia hormonal com progesterona.
- D. sintomáticas tem indicação de uso de terapia hormonal com progesterona isolada.
- E. sintomáticas e hysterectomizadas tem indicação de uso de terapia hormonal com estrogênio e progesterona.

Alternativa Correta: **(A)** Mulheres hysterectomizadas necessitam de terapia hormonal apenas com estrogênio. A associação da progesterona ao estrogênio na terapia hormonal é indicada para proteção endometrial em mulheres climatéricas sintomáticas com útero preservado.

Bibliografia: 1. Clapauch R. Endocrinologia Femina e Andrologia. 2ª Edição, Guanabara Koogan, 2016.

27. Múltipara de 48 anos, procura à Unidade Básica de Saúde para mostrar o anatomopatológico de biópsia do colo uterino cujo resultado evidenciou neoplasia intraepitelial cervical de alto grau (HSIL/NIC 2/3). Refere ser portadora de miomas uterinos que causam sangramento uterino anormal e anemia. Refere ainda que teve diagnóstico de prolapso uterino o que causa dificuldade para manter relações sexuais. Gostaria de remover o útero pelo incômodo que está causando a ela. Qual a conduta para o caso?

- A. Cauterização de colo uterino.
- B. Hysterectomia total abdominal.
- C. Hysterectomia vaginal.
- D. Conização do colo uterino.
- E. Hysterectomia videolaparoscópica.

Alternativa Correta: **(D)** As neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau (HSIL/NIC 2/3) são lesões induzidas por papilomavírus humanos (HPV), no curso de infecções persistentes, predominantemente por subtipos de HPV de alto risco ? 16 e 18 (que estão presentes em 50% a 60% das lesões de alto grau e em 70% das lesões invasivas) e 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52 e 58 (principais responsáveis pela NIC 2 e suas menores taxas de progressão). Cerca de 4-5% das mulheres com biópsia de colo uterino de NIC III tem uma

neoplasia micro ou invasora no interior do canal endocervical. Realizar hysterectomia ou qualquer outra técnica sem antes passar pela conização configura uma imperícia grave no caso de o resultado do espécime cirúrgico evidenciar uma neoplasia invasora.

Bibliografia: BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. ? 2. ed. rev. atual. ? Rio de Janeiro: INCA, 2016.

28. A incontinência urinária de esforço (IUE) afeta 30% das mulheres na sexta década de vida, chegando a 40% entre a oitava e nona década. A fisiopatologia da IUE está relacionada com alterações nas estruturas de suporte e sustentação do assoalho pélvico. São fatores de risco importantes para a IUE:

- A. número de gestações, a via de parto e o envelhecimento tecidual.
- B. baixo índice de massa corporal e uso de estrogênio tópico vaginal.
- C. utilização de duloxetine via oral e uso de estrogênio tópico vaginal.
- D. baixo índice de massa corporal e uso de duloxetine via oral.
- E. uso de anticolinérgicos, beta-adrenérgicos e duloxetine via oral.

Alternativa Correta: **(A)** Os fatores de risco mais importantes da IUE são o número de gestações, a via de parto e o envelhecimento tecidual. Todas as outras alternativas apresentam apenas fatores protetores de IUE como baixo IMC, estrogênio tópico vaginal, uso de duloxetine, beta-adrenérgico e anticolinérgicos.

Bibliografia: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Incontinência urinária de esforço. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n.5 Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

29. Paciente de 38 anos submetida a esvaziamento uterino há 2 meses por mola hidatiforme, em uso de contraceptivo combinado de forma adequada, tem os seguintes exames de Beta hCG quantitativos coletados em 4 semanas consecutivas: 5.000 UI/ml; 4.900 UI/ml; 5.200UI/ml; 6.000UI /ml. Neste caso, qual a próxima conduta a ser tomada?

- A. Realizar histeroscopia diagnóstica para identificar a presença de restos.
- B. Realizar estadiamento para Neoplasia Trofoblástica Gestacional.
- C. Realizar curetagem uterina para excluir restos molaes.
- D. Iniciar tratamento com Metrotexate.
- E. Solicitar novo Beta hCG quantitativo.

Alternativa Correta: **(B)** O Diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional é estabelecido na curva de BHCG anormal com ascensão ou platô. Neste caso está indicado o início do tratamento quimioterápico, após estadiamento.

Bibliografia: Urbanetz Almir Antonio. Ginecologia e Obstetrícia para médico residente. Febrasgo 2021:914.

30. Paciente de 20 anos, tercgesta, 2 partos normais anteriores, moradora em situação de rua, usuária de cocaína, chega à maternidade com 31 semanas de gestação referindo dores abdominais intensas. Ao exame físico/obstétrico apresenta hipertonia uterina, hipotensão arterial, sangramento vaginal e bradicardia fetal. A conduta imediata será:

- A. cesariana de emergência.
- B. inibição do trabalho de parto prematuro e coleta de exames laboratoriais.
- C. internação, corticoterapia e reposição volêmica.
- D. repouso absoluto no leito e corticoterapia.
- E. realizar cardiocografia fetal para decidir a conduta.

Alternativa Correta: **(A)** O descolamento prematuro de placenta (DPP) é definido como a separação da placenta normalmente inserida antes da saída do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Quanto à avaliação clínica do DPP, é importante ter em mente que se deve avaliar rapidamente a mulher, a fim de estabelecer se há necessidade de intervenção imediata. A clínica apresentada é típica de um DPP com agravamento de sofrimento fetal e grande perda volêmica materna. O parto imediato está indicado.

Bibliografia: Urbanetz Almir Antonio. Ginecologia e Obstetrícia para médico residente. Febrasgo 2021:1207.

31. Na assistência à gestante com diabetes mellitus gestacional (DMG), o controle glicêmico adequado é relevante na morbimortalidade materna e perinatal para evitar complicações. São complicações do DMG:

- A. restrição do crescimento intrauterino, oligodramnia.
- B. polidrâmnio, macrossomia fetal.
- C. oligoidrâmnio, distócia de ombro.
- D. proteinúria, convulsão
- E. esquizócitos em esfregaço de sangue periférico, polidramnia.

Alternativa Correta: **(B)** No Brasil, estima-se que 18% das mulheres grávidas, assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS), atinjam os critérios diagnósticos atuais de DMG. Entre os fatores de risco, destacam-se: obesidade, idade materna superior a 25 anos, história familiar e/ou pessoal positiva, gemelidade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrossomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros. As complicações clássicas e mais prevalentes do DMG são o polidrâmnio, a macrossomia fetal e a distócia de ombro.

Bibliografia: Zugaib Obstetrícia / Marcelo Zugaib ... [et al.] ? 4a. ed. ? São Paulo: Pulcinelli, 2020.

32. O espectro de manifestações clínicas observado em grávidas infectadas pelo SARS-CoV-2 é amplamente variável, partindo do estado assintomático a quadros graves e potencialmente fatais. Com relação a esse grupo de pacientes, podemos afirmar que:

- A. as taxas de prematuridade e de cesariana são baixas.
- B. o risco de fenômenos tromboembólicos é semelhante as gestantes não infectadas.
- C. a febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro.
- D. o risco de pré-eclâmpsia é menor que as demais gestantes.
- E. existe um maior risco de anomalias congênitas.

Alternativa Correta: **(C)** Observa-se no grupo de gestantes que desenvolvem a infecção Covid-19 elevadas taxas de parto pré-termo e cesariana (Ellington et al. 2020). As taxas de prematuridade e de cesariana variam entre 30% a 80% (Ellington et al. 2020, Knight et al. 2020). A febre e a hipoxemia podem aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas e comprometimento do bem-estar fetal. Supõe-se que a infecção pelo SARS-CoV-2 aumente a taxa de prematuridade iatrogênica, principalmente por indicação materna, nos casos de doença grave ou crítica (Knight et al. 2020, Pierce-Williams et al. 2020). Vale ressaltar que é maior a probabilidade de anestesia geral com intubação orotraqueal, seja pelo comprometimento respiratório materno, seja pela indicação de parto de emergência (Knight et al. 2020). A literatura também sugere maior risco de eventos tromboembólicos nas gestantes e puérperas. A vigilância epidemiológica no Brasil tem reportado casos de óbitos maternos decorrentes de complicações cardiopulmonares ou falência múltipla dos órgãos relacionadas à Covid-19. As principais comorbidades associadas à letalidade foram obesidade, diabetes e doença cardiovascular, à semelhança da população geral.

Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. ? 2. ed. ? Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

33. Primigesta, 32 semanas de gestação, comparece a Unidade de Saúde para consulta de rotina. Está fazendo pré-natal regularmente e não apresenta comorbidades. Relata movimentação fetal e não apresenta outras queixas. Ao exame físico: corada, hidratada e eupneica. Qual alternativa contempla o exame físico mínimo a ser realizado nesta gestante?

- A. Peso materno, circunferência abdominal, batimento cardíaco fetal, pressão arterial.
- B. Altura uterina, ultrassonografia, batimento cardíaco fetal, registro de movimento fetal.
- C. Peso materno, circunferência abdominal, batimento cardíaco fetal, toque vaginal.
- D. Pressão arterial, altura uterina, ultrassonografia, batimento cardíaco fetal, toque vaginal.

E. **Peso materno, pressão arterial, altura uterina, batimento cardíaco fetal.**

Alternativa Correta: **(E)** Circunferência abdominal não faz parte do exame obstétrico, toque vaginal e ultrassonografia não são obrigatórios realizar em todas as consultas.

Bibliografia: Zugaib Obstetrícia / Marcelo Zugaib ... [et al.] ? 4a. ed. ? São Paulo: Pulcinelli, 2020.

34. Gestante de 18 semanas apresenta VDRL 1:64 e FTA-ABs positivo. Nega realização de tratamento anterior e afirma ser alérgica à penicilina. Qual o tratamento a ser realizado?

- A. Estearato de eritromicina.
- B. Estolato de eritromicina.
- C. **Penicilina, após prévia dessensibilização.**
- D. Tetraciclina.
- E. Doxiciclina.

Alternativa Correta: **(C)** O tratamento para sífilis é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a benzilpenicilina benzatina o medicamento de escolha e a única droga com eficácia durante a gestação.

Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [recurso eletrônico] / High-risk pregnancy manual. 1ª edição ? 2022 ? versão preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Link para o arquivo. Pg 232.

35. Multípara, dequitação placentária com duração de uma hora, sendo realizada massagem uterina vigorosa e tração do cordão umbilical. Imediatamente após a dequitação, apresenta hipotensão e hemorragia intensa. Ao exame não se palpa útero em região periumbilical. Ao exame especular, além de sangramento profuso, se visualiza massa volumosa, friável e não se identifica o colo uterino. O provável diagnóstico é de:

- A. Atonia uterina.
- B. Placenta percreta.
- C. **Inversão uterina.**
- D. Laceração de trajeto.
- E. Útero de *Couvellaire*.

Alternativa Correta: **(C)** O diagnóstico da inversão uterina é feito na ausência da palpação do útero no abdome inferior da puérpera e presença do fundo uterino invertido na cavidade vaginal ou da inversão total do útero com exteriorização do mesmo para fora da cavidade vaginal. Sangramento e sinais de choque podem estar presentes no quadro. No acretismo placentário a placenta se apresenta incompleta, denotando dequitação incompleta e sangramento com o útero se mantendo palpável no fundo uterino. Na atonia uterina, no útero de *Couvellaire* e nas lacerações do trajeto, o útero é palpável no fundo uterino mesmo que subinvoluído e não há massas palpáveis em cavidade vaginal.

Bibliografia: Zugaib, M.; Francisco, R. P. V., Zugaib Obstetrícia, 4ª ed., Barueri ? SP, Manole, 2020.

36. Paciente de 40 anos com queixa de sinusiorragia vai à Unidade Básica de Saúde sem colpocitologia prévia. Ao exame especular apresenta tumoração firme e sangrante no colo uterino. Qual exame deve ser realizado para avaliar a extensão da doença?

- A. Ultrassonografia.
- B. Colposcopia.
- C. **Toque retal.**
- D. Palpação abdominal.
- E. Histerosopia.

Alternativa Correta: **(C)** O toque retal é um dos meios para avaliar qualquer tumoração pélvica, nesse caso específico para detectar comprometimento parametrial de um possível câncer de colo uterino.

Bibliografia:- Berek & Novak - Tratado de Ginecologia, 16ª Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2021; Federac?ao Brasileira das Associa?oes de Ginecologia e Obstetri?cia (FEBRASGO). Ca?ncer do colo do u?tero. Sa?o Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, n. 8/Comissao Nacional Especializada em Ginecologia Oncolo?gica).

37. A doença inflamatória pélvica (DIP), é uma inflamação que tem origem na vagina e que progride afetando o útero, as trompas e os ovários, se espalhando por uma grande área pélvica, acontecendo na maioria dos casos como consequência de uma infecção que não foi devidamente tratada. Assinale a alternativa que contém os critérios para internação hospitalar dos casos de DIP.

- A. Febre noturna, evidência histológica de endometrite, sinais de rotura de abscesso ovariano.
- B. Falha no tratamento clínico, presença de secreção muco-purulenta, sorologia positiva para Clamídia
- C. Presença de DIU, massa pélvica persistente, cultura positiva para gonococo
- D. **Falha do tratamento clínico, presença de abscesso tubo-ovariano, sinais de peritonite.**
- E. Hidrossalpinge bilateral, VHS elevado, febre persistente.

Alternativa Correta: **(D)** O tratamento da DIP pode ser ambulatorial ou hospitalar. São critérios de internação: ausência de resposta clínica após 72h do início do tratamento ambulatorial, presença de abscesso tubo-ovariano, estado geral grave (com presença de vômitos, febre persistente), sinais de peritonismo (abdome agudo infeccioso). A presença de massa palpável, secreção purulenta, comprovação laboratorial de Clamídia e Gonococo, PCR e VHS elevados, evidencia de endometrite são critérios para diagnóstico.

Bibliografia: Berek, J S. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.; Girão, M J B C, et al. Tratado de ginecologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017; Freitas, F, et al. Rotinas em ginecologia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

38. Mulher de 23 anos, 07 semanas de gestação, G1P0, apresenta quadro de vômitos diários, vários episódios há 10 dias sem melhora com uso de medicações antieméticas por via oral. Apresenta emagrecimento 3 kg desde início da gestação e sinais de desidratação leve. Das patologias listadas, quais poderiam estar associadas ao quadro proposto?

- A. Abortamento retido.
- B. Gestação anembrionada.
- C. Diabetes gestacional.
- D. Gravidez molar.**
- E. Isoimunização RH.

Alternativa Correta: **(D)** O aumento da produção de estrogênio causado pelo processo de gestação molar pode cursar com quadros severos de hiperêmese gravídica.

Bibliografia: ZUGAIB, Marcelo Zugaib *Obstetrícia*. 3 ed. Barueri. Ed Manole, 2016.

39. Na gênese da obstrução tubária, merecem destaque as infecções endometriais e pélvicas, geralmente pela ascensão de microrganismos patogênicos presentes no trato genital feminino. Assinale a alternativa que apresenta os microrganismos mais comumente encontrados nestas infecções.

- A. *Gardnerella vaginalis* e *Escherichia coli*.
- B. *Ureaplasma urealyticum* e *Trichomonas Vaginalis*.
- C. *Chlamydia trachomatis* e *Ureaplasma urealyticum*.
- D. *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae*.**
- E. *Mycoplasma genitalium* e *Candida albicans*.

Alternativa Correta: **(D)** A infertilidade por causa tubária é muito frequente em países em desenvolvimento e ocorre devido a migração de microrganismos pela endocérvice. Cerca de 10-40% destas infecções são causadas por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, sem dúvida os agentes etiológicos mais prevalentes. Estudos estimam que até 12% das mulheres acabam sendo inférteis após a primeira infecção, 25% após dois episódios e até 50% após a terceira doença inflamatória pélvica. Estas infecções tornam a paciente até 10x mais suscetível também a gravidez ectópica, pois nestes casos a motilidade tubária pode ser comprometida.

Bibliografia: E. Passos, J. Ramos et al. *Rotinas em ginecologia 7ª edição 2017*, ARTMED. J. Caetano, R. Marinho et al. *Medicina reprodutiva SBRH 2019*. E. Tognotti, *Infertilidade da prática clínica e laboratorial*. Manole 2014.

40. Uma das mais importantes descobertas na investigação etiológica de câncer nos últimos 30 anos foi a demonstração da relação entre o HPV (papilomavírus humano) e o câncer do colo do útero. Entre os HPV de alto risco oncogênico, os tipos 16 e 18 estão presentes em 70% dos casos de câncer do colo do útero (SMITH et al., 2007). Além do HPV, qual o outro fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo de útero?

- A. Tabagismo.**
- B. Sedentarismo.
- C. Deslipidemia
- D. Obesidade.
- E. Hipertensão arterial sistêmica.

Alternativa Correta: **(A)** Além de aspectos relacionados à própria infecção pelo HPV (tipo e carga viral, infecção única ou múltipla), outros fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar os mecanismos ainda incertos que determinam a regressão ou a persistência da infecção e também a progressão para lesões precursoras ou câncer. A idade também interfere nesse processo, sendo que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (IARC, 2007). O tabagismo aumenta o risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia e ao início em idade precoce.

Bibliografia: *Caderno de Atenção Básica, 2013. CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA.*

Saúde Coletiva

41. Uma equipe médica está avaliando um teste diagnóstico para determinada doença. O teste apresenta dois resultados possíveis: positivo ou negativo. A equipe deseja avaliar a capacidade do teste em identificar corretamente os casos verdadeiros e os casos falsos. Com base nessa situação, qual dos seguintes termos é utilizado para descrever a proporção de indivíduos que são identificados corretamente pelo teste diagnóstico como tendo a doença, dentre todos os indivíduos que possuem a doença?

- A. Especificidade.
- B. Valor preditivo positivo.
- C. Sensibilidade.**
- D. Valor preditivo negativo.
- E. Precisão.

Alternativa Correta: **(C)** A sensibilidade é a proporção de indivíduos que possuem a doença e são identificados corretamente pelo teste diagnóstico como positivos, dentre todos os indivíduos que possuem a doença. Ela representa a capacidade do teste em identificar corretamente os casos verdadeiros. A especificidade, por sua vez, representa a proporção de indivíduos que não possuem a doença e são identificados corretamente pelo teste diagnóstico como negativos. O valor preditivo positivo é a proporção de indivíduos que testam positivo para a doença e realmente a possuem, enquanto o valor preditivo negativo é a proporção de indivíduos que testam negativo para a doença e realmente não a possuem. A precisão é um termo mais amplo que se refere à capacidade geral do teste em identificar corretamente os casos verdadeiros e os casos falsos, sendo calculada como a soma dos verdadeiros positivos e verdadeiros negativos dividida pelo total de indivíduos testados. A principal dúvida nesta questão recai sobre o valor preditivo

positivo que representa a probabilidade de um indivíduo realmente ter a doença, dado que ele testou positivo para o teste diagnóstico, já a sensibilidade representa a capacidade do teste em identificar corretamente os casos verdadeiros.

Bibliografia: SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. Como avaliar um teste diagnóstico? [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.sboc.org.br/app/webroot/leitura-critica/LEITURA-CRITICA-C5.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2023.

42. Adolescente de 17 anos, pardo, previamente hígido, busca atendimento em Unidade de Saúde para avaliação de manchas em dorso. Refere surgimento das lesões há cerca de seis meses e que elas não coçam, nem doem. Ao exame clínico, existem duas placas de cerca de 3 cm, hipocrômicas, com bordos bem delimitados e eritematosos. O teste clínico detecta alteração da sensibilidade térmica e dolorosa. Não há espessamento de nervos periféricos, diminuição de força, ou outras alterações dermatoneurológicas. Nega viagens ou sintomas semelhantes na família. Assinale a alternativa correta sobre este caso.

- A. Está confirmado vitiligo, não há necessidade de testes complementares e está indicado o uso de corticóide tópico.
- B. Há suspeita de hanseníase paucibacilar, sendo necessária a realização de biópsia para a confirmação e início de tratamento.
- C. Há suspeita de vitiligo, que deve ser confirmada com exame de Lâmpada de Wood e, se confirmado, iniciado imunomodulador tópico.
- D. Está confirmada hanseníase paucibacilar, cujo diagnóstico é clínico e a poliquimioterapia deve ser instituída nesse momento.**
- E. Há suspeita de hanseníase multibacilar, que deve ser confirmada com baciloscopia e, se positiva, iniciada poliquimioterapia.

Alternativa Correta: (D) Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hanseníase 2022 do Ministério da Saúde, o diagnóstico da hanseníase é eminentemente clínico e a maioria dos casos pode ser confirmada no nível da Atenção Primária à Saúde. O Ministério da Saúde define um caso de hanseníase pela presença de pelo menos um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase: 1) Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; 2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; 3) Presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele. Ressalta-se que o Brasil é país endêmico para esse agravo, sendo a baciloscopia, biópsia ou PCR testes complementares ao diagnóstico para casos duvidosos.

Bibliografia: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, 2022. Acesso em 13 abr 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/hanseníase/pcdt-hans-2022-eletronica-isbn.pdf/@download/file>.

43. A pesquisa epidemiológica está sujeita a erros aleatórios e sistemáticos (vieses) que podem comprometer a validade e a confiabilidade de seus resultados. Quando diferentes grupos de indivíduos estudados são questionados de forma diferente sobre a exposição ou a doença, estamos diante de um viés de:

- A. Detecção.
- B. Informação.**
- C. Seleção.
- D. Confusão.
- E. Não-respondentes.

Alternativa Correta: (B) O viés de informação se dá pela forma pela qual se obtém a informação sobre a exposição ou a doença, podendo distorcer os resultados do estudo.

Bibliografia: ROUQUAYROL, Maria Ze?lia ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia & saú?de. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003; MEDRONHO, Roberto A. Epidemiologia. 2. ed. Sa?o Paulo: Atheneu, 2009.

44. Dentre as leis abaixo, qual a que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências?

- A. Lei 8080/1990.
- B. Lei 8081/1989.
- C. Lei 13989/2020.
- D. Lei 8142/1990.**
- E. Lei 13979/2020.

Alternativa Correta: (D) A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A referida lei foi promulgada em 28 de dezembro de 1990, abordando parte dos temas vetados na Lei 8.080/90 pelo presidente da época, Fernando Collor de Mello. Regulamentando elementos indispensáveis para a gestão e funcionamento do SUS, junto com a Lei 8.080/90, compõe o bloco das Leis Orgânicas da Saúde.

Bibliografia: ? BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil-03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 abr 2023; BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

45. As mudanças nos perfis epidemiológicos influenciam diretamente nas ações em saúde voltadas para determinadas populações. No Brasil, a transição epidemiológica não

tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por vizinhos latino-americanos. Portanto, faz-se necessário entender as tendências da evolução temporal na transição epidemiológica brasileira. Sobre esse tema, analise as assertivas abaixo, e assinale a alternativa correta.

- A. Na transição epidemiológica brasileira o predomínio de mortes por doenças crônicas e degenerativas ocorre na mesma proporção dos países desenvolvidos.
- B. A dupla ou a tripla carga das doenças no Brasil não interfere na transição epidemiológica ao longo dos anos.
- C. Uma das mudanças básicas da transição epidemiológica é a substituição das doenças não transmissíveis pelas causas externas.
- D. Há superposição de alguns problemas, como aumento das mortes de doenças crônicas degenerativas e persistência de mortes por doença infecciosa.**
- E. O envelhecimento da população é um aspecto demográfico indicado por meio de variáveis que apontam a fertilidade.

Alternativa Correta: (D) Na transição epidemiológica brasileira há a permanência das doenças infectocontagiosas concomitantemente às doenças crônicas degenerativas e ao aumento progressivo das violências, apresentando um panorama diferente dos países desenvolvidos por já terem superado as doenças infectocontagiosas. A persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das condições crônicas; contra transições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, corrobora com a transição epidemiológica prolongada, agravada pela agudização das desigualdades sociais. Uma das mudanças básicas na transição epidemiológica é a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas. O envelhecimento da população é um aspecto demográfico indicado por meio de variáveis que apontam a morbidade e não a fertilidade.

Bibliografia: Bibliografia: MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11. SCHRAMM, Joyce M. A. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. Ciênc saúde coletiva 9 (4). Dez 2004. [Internet]. [citado em 04 abr. 2023].

46. Há um surto de dengue na região da Unidade Básica de Saúde e nos últimos dias os casos se intensificaram havendo poucas vagas nas unidades para internação. Neste contexto e diante de um caso suspeito de dengue, quais achados indicam liberação da pessoa para hidratação e cuidados em sua residência?
- A. Vômitos persistentes, mas febre baixa há menos de 5 dias.
 - B. Exame NS1 reagente, mas IgM negativo no 5º dia.
 - C. Hipotensão postural sem anemia.
 - D. Exames NS1 e IgM não reagentes a partir do 7º dia.
 - E. Prova do laço positiva com hemograma normal.**

Alternativa Correta: (E) A prova do laço deve ser investigada laboratorialmente e se não houver alteração no hemograma não caracteriza sinal de gravidade e indicação de observação assistencial. Pacientes classificados como A e B (sem alterações laboratoriais) podem ser liberados para hidratação em sua residência com retornos a cada 48 horas para reavaliação com profissional da saúde. A confirmação laboratorial ou não do diagnóstico definitivo de dengue, não é definidor de conduta de seguimento. É preciso pautar-se no quadro clínico. Vômitos persistentes e hipotensão postural são sinais de alarme e requerem observação contínua afim de evitar desfechos graves evitáveis.

Bibliografia: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática / Gustavo Gusso ; José Mauro Cesatti Lopes ; Lêda Chaves Dias. Porto Alegre: ArtMed, 2018.; Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências / organizadores Bruce B. Duncan...[et al.] ; [tradução: André Garcia Islabão]. Porto Alegre : Artmed, 2022.

47. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é uma abordagem médica utilizada para otimizar o cuidado clínico. Segundo Gusso (2019), a intuição, a experiência clínica não sistemática e a explicação fisiopatológica são bases insuficientes para a tomada de decisão. Assim, imagine que você é o gestor médico de seu município e precisa analisar estudos científicos para que seja tomada a decisão de mudança de protocolo de atendimento médico no nível de atenção primária à saúde. Qual o perfil de estudo adequado para esta tomada de decisões dentro da Medicina Baseada em Evidências?
- A. Estudo experimental, com intervenção aplicada a uma variável, para avaliação de efeitos clínicos relevantes.
 - B. Estudo controlado randomizado, com amostra representativa para desfechos clínicos relevantes.**
 - C. Revisão sistemática, com rigorosa revisão de literatura existente, para avaliação de consistência de evidência científica.
 - D. Estudo de caso, com detalhamento de dados, a fim de compreender hipóteses para aplicação terapêutica individual.
 - E. Estudo observacional, com observação ao longo de tempo de eventos ligados à decisão em questão, e aplicação comunitária.

Alternativa Correta: (B) Para desfechos clínicos e como aplicação de mudanças de protocolos de atendimentos médicos, inclusive na Atenção Primária à Saúde, o perfil de estudo mais adequado é o estudo controlado randomizado, em se tratando de MBE.

Bibliografia: Gusso G. Tratado de Família e Comunidade. 3ª ed., p. 781. Porto Alegre: Artmed; 2019.

48. No exercício da prática médica, compreender sobre a relação entre os métodos de investigação em epidemiologia e a acurácia de testes diagnósticos pode ser essencial para um atendimento integral e humanizado. Enquanto

os métodos de investigação em epidemiologia são utilizados para coletar, analisar e interpretar dados sobre a distribuição e determinantes de doenças e de condições de saúde em populações, a acurácia dos testes diagnósticos relaciona-se, por exemplo, com a capacidade de confirmar ou descartar um diagnóstico. Estes conceitos podem auxiliar na orientação de tratamentos, prevenção de doenças, entre outros. A partir do conteúdo exposto, qual é a pergunta clínica adequada para se obter dados epidemiológicos sobre o diagnóstico de uma doença?

- A. Quais fatores estão associados com o maior risco de desenvolver esta doença?
- B. Como o tratamento muda ou pode mudar o curso desta doença?
- C. Quais são as consequências desta doença?
- D. Qual é a frequência de ocorrência desta doença?
- E. Qual é a especificidade do método utilizado na investigação desta doença?

Alternativa Correta: (E) Esta questão avalia a capacidade de compreensão da utilização da epidemiologia clínica e acurácia de testes diagnósticos. Na pergunta "Que fatores estão associados com maior risco de doença?", aborda-se o risco em epidemiologia. Em "Como o tratamento muda o curso da doença?", investiga-se a epidemiologia do tratamento da doença. Na pergunta "Qual é a frequência de ocorrência da doença?", pretende-se buscar a frequência da doença. Em "Quais são as consequências da doença?", pretende-se investigar o prognóstico da doença. Por fim, quando se indaga "Qual é a especificidade do método utilizado na investigação desta doença?", há a necessidade de se obter dados epidemiológicos para o diagnóstico da doença, sendo a pergunta mais adequada para a resposta solicitada na questão.

Bibliografia: Gusso G. *Tratado de Família e Comunidade*. 3ª ed., p. 712. Porto Alegre: Artmed; 2019.

49. Os cuidados paliativos são um conjunto de cuidados à saúde que objetivam melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, diante de doenças ameaçadoras à vida. A vivência do cuidado paliativo deve ser multidisciplinar, sendo que a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um importante papel nesta prestação de cuidados. Compreendendo esta temática, qual a oferta adequada de cuidado paliativo no âmbito da atenção primária?

- A. Gerenciar sintomas, focando no manejo da dor que pode afetar a qualidade de vida dos pacientes.
- B. Envolver pacientes e familiares em conversas abertas e honestas sobre seus valores, necessidades e expectativas, através da comunicação eficaz.
- C. Realizar apoio psicossocial, orientando pacientes e familiares a buscarem suporte emocional no serviço suplementar.
- D. Amparar os cuidados no final da vida, evitando tratar de temas conflitantes religiosos ou espirituais.
- E. Oferecer horários restritos de diálogos com pacientes e familiares, para que se evitem demandas excessivas na atenção primária.

Alternativa Correta: (B) Entre as práticas de cuidados paliativos ligados à Atenção Primária, destacam-se o diálogo orientado a pacientes e familiares, gerenciamento de sintomas ? não focados somente a dor, mas os sintomas em geral envolvidos a esta fase da vida, realização de apoio psicossocial no âmbito da APS e em locais de saúde multidisciplinares, amparo nos cuidados de final de vida, facilitando a comunicação sobre temas espirituais que envolvem o processo de adoecimento e morte, e a oferta de horários flexíveis para acolhimento.

Bibliografia: Gusso G. *Tratado de Família e Comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. Ministério da Saúde. *Cuidados paliativos*.

50. A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou no dia 11 de março do ano de 2020 a pandemia de COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Uma pandemia é declarada quando:

- A. há presença habitual de uma doença em uma determinada área geográfica, apresentando um padrão de ocorrência.
- B. há ocorrência em uma região ou comunidade de um número de casos em excesso, em relação ao que normalmente seria esperado
- C. uma epidemia se estende a níveis mundiais, se espalhando por diversas regiões dos países.
- D. uma epidemia se estende a níveis nacionais, ou seja, se espalha em diferentes regiões do país.
- E. uma epidemia se estende a níveis mundiais, ou seja, se espalha por diversas regiões do planeta.

Alternativa Correta: (E) A pandemia, em uma escala de gravidade, é o pior dos cenários. Ela acontece quando uma epidemia se estende a níveis mundiais, ou seja, se espalha por diversas regiões do planeta.

Bibliografia: BONITA, Ruth.; BEAGLEHOLE, Robert.; KJELLSTRÖM, Tord. *Epidemiologia básica*. Washington: Organização Mundial da Saúde, 2008. MEDRONHO, Roberto A. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

51. Das situações abaixo, assinale a que apresenta uma situação de recomendação para rastreamento, de acordo com o Caderno de Atenção Básica 29, como medida de prevenção secundária.

- A. Solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes em adultos a partir de 40 anos de idade, independente do sexo.
- B. Realizar pesquisa para sífilis congênita em todos os recém-nascidos, por meio do teste do pezinho.
- C. Realizar medida de pressão arterial (PA) em jovem de 20 anos que relata última aferição há 3 anos.
- D. Solicitar exame de PSA para todos os homens acima de 50 anos como triagem para câncer de próstata.
- E. Realizar a cada bimestre coleta sangue para sorologia de toxoplasmose em todas as gestantes.

Alternativa Correta: (C) A pesquisa de sangue oculto indicado entre 50-75 anos; a sífilis congênita não se faz no teste do pezinho; O PSA não é rastreamento; Sorologia toxo na gestante é trimestral.

Bibliografia: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Artmed. 2012. Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti. 2 vols. Cap Rastreamento de doenças. pag 521-531.

52. Educação Popular não é o mesmo que "educação informal". Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando (VASCONCELLOS, 2004). Assinale a alternativa que contempla as características da Educação em Saúde na concepção dialogal.

- A. Os educadores/profissionais em saúde são os autores e os atores do processo; os educandos/usuários dos serviços, seus objetos.
- B. Os educadores/profissionais em saúde e educandos/usuários dos serviços, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.
- C. A comunicação tem caráter informativo, na qual os educadores/profissionais em saúde explicitam aos educandos/usuários dos serviços os hábitos saudáveis.
- D. Os movimentos sociais, representantes dos educandos/usuários dos serviços, são alijados por serem expressão da lógica dos setores subalternos da sociedade.
- E. As iniciativas dos educandos/usuários dos serviços são defraudadas por representarem o saber popular.

Alternativa Correta: (B) As características apresentadas nas alternativas erradas se referem à concepção tradicional de educação em saúde, que grosso modo se caracteriza por um estilo de pensamento curativista/biológico, que apresenta uma relação profissional-paciente impositiva. Concepção essa que é criticada pela concepção dialógica.

Bibliografia: 1. Vasconcelos, E. M. (2004). Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis: Revista De Saúde Coletiva, 14(1), 67-83. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100005>; 2. Bessen CB, Souza Netto M, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. Saúde e Sociedade 2007; 16(1): 57-68.

53. O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco da ideia de Atenção Primária à Saúde como forma de organização dos sistemas nacionais de saúde. Sobre este relatório e seu impacto, assinale a alternativa correta.

- A. A organização de serviços médicos deveria ser ampliada e distribuída conforme a necessidade dos hospitais-escola, não estando orientada pela comunidade, constituindo o conceito de territorialização.
- B. Introduziu o conceito de territorialização em saúde, sendo que a porta de entrada do sistema de saúde seriam os hospitais-escola, como forma de melhorar a qualidade do ensino médico.

C. O relatório não pode mais ser considerado atual, uma vez que os centros primários de saúde devem ser orientados para a comunidade, e os hospitais-escola devem resolver a maior parte dos problemas de saúde da população.

D. Foi encomendado pelo governo inglês, no intuito de buscar formas de organizar a provisão de serviços de saúde à população de determinada região, garantindo acesso à saúde.

E. As propostas de mudança trazidas pelo Relatório tinham o objetivo de organizar a provisão dos serviços de saúde, sem necessidade de articulação com sistemas de saúde pública, focadas no atendimento individual dos doentes nos hospitais.

Alternativa Correta: (D) A organização dos serviços de saúde deve estar orientada conforme as necessidades da comunidade, não corresponde ao conceito de territorialização. O conceito de territorialização considera a orientação do serviço de saúde com base nos centros de atenção primária, orientados para a comunidade, regionalizados, não tendo relação com fortalecimento do ensino médico segundo este documento (confusão comum relacionada ao documento "Relatório Flexner"). O relatório ainda é considerado atual, e os centros de atenção primária devem resolver a maior parte dos problemas de saúde da população. As propostas trazidas pelo Relatório apontavam as necessidades de articulação da saúde pública, focando nas necessidades de saúde da comunidade e não em doenças específicas ou grupos de doentes.

Bibliografia: Territorialização. In: GUSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.; PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017.

54. Homem de 61 anos, portador de esclerose lateral amiotrófica há 5 anos, está acamado, recebendo dieta por gastrostomia e com importante disartria. Seu prognóstico é de menos de 6 meses de vida. Ele pediu ao seu médico medicações que pudessem abreviar o seu sofrimento. Após confirmar a vontade do paciente e com a concordância dos familiares, o médico lhe prescreveu dose letal de barbitúricos, que o paciente auto-administrou, morrendo poucos minutos após. Considerando a legislação e a normatização ética brasileira vigente, o médico:

- A. praticou eutanásia, prática considerada ilegal no País, e assim, também vedada pelo Código de Ética Médica.
- B. praticou ortotanásia, permitindo que a doença do paciente seguisse seu curso natural de forma digna, conforme recomendado pelo Código de Ética Médica.
- C. cometeu distanásia, ao alterar o curso natural da doença do paciente, acelerando o processo de morte, o que é vedado pelo Código de Ética Médica.
- D. estaria autorizado a agir desta forma se o paciente tivesse feito a solicitação por meio do Testamento Vital com suas diretivas antecipadas de vontade.

E. ajudou o paciente a realizar suicídio assistido, prática considerada ilegal no País, e assim, também vedada pelo Código de Ética Médica.

Alternativa Correta: (E) A questão versa sobre a terminalidade da vida e as práticas consideradas legais ou ilegais e éticas ou antiéticas no Brasil. A assertiva a) identifica o fato como suicídio assistido, em que o médico oferece os subsídios para o próprio paciente abreviar a vida, prática não aceita na legislação brasileira. Praticar atos médicos ilegais afronta também o Código de Ética Médica.

Bibliografia: Código Penal Brasileiro, artigo 22; Código de Ética Médica/Resolução CFM 2217/2018, artigo 14.

55. Homem de 45 anos procurou atendimento na Unidade Básica para renovar sua receita de medicamentos anti-hipertensivos. Não apresentava queixas. Ao ser indagado sobre ingestão de álcool, relatou "beber socialmente". O médico assistente aplicou questionário CAGE (instrumento para triagem) e identificou o uso abusivo de álcool. Ao exame apresentava PA 170/90, sem outras particularidades. Na sequência, a abordagem inicial adequada seria:

- A. confirmar o uso regular dos medicamentos e apresentar os possíveis riscos do seu padrão de consumo de álcool.
- B. ajustar a dose do anti-hipertensivo, solicitar um controle da pressão arterial e encaminhar à psicologia.
- C. associar novo anti-hipertensivo e orientar a cessação da ingestão de álcool pelo risco de interação com a medicação.
- D. solicitar controle da pressão arterial com retorno programado e encaminhar para avaliação psiquiátrica.
- E. solicitar controle de pressão arterial domiciliar pelos agentes de saúde e encaminhar para a psicologia.

Alternativa Correta: (A) Avaliar possíveis causas da alteração da pressão arterial é a conduta esperada antes do ajuste de dose ou associação de novo anti-hipertensivo. Dentre as possibilidades terapêuticas na atenção primária à saúde para o uso abusivo de álcool está a intervenção breve, na qual o feedback é o primeiro passo a ser dado. A psiquiatria do NASF oferece apoio matricial e não atendimento ambulatorial individual.

Bibliografia: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática/Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; [coordenação editorial: Lêda Chaves Dias].-2. Ed.-Porto Alegre: Artmed, 2019.

56. Em relação à epidemiologia tradicional, a epidemiologia social busca entender o processo saúde-doença sob o prisma da importância da influência:

- A. de gênero.
- B. racial e étnica.
- C. socioambiental.

D. geográfica.

E. da renda familiar.

Alternativa Correta: (C) A epidemiologia social reconhece a influência dos fatores socioambientais para a compreensão da complexidade do processo saúde-doença, uma vez que se apresenta como abordagem que possibilita a visão de totalidade dos fenômenos, servindo para nutrir políticas públicas e gerir projetos sanitários em prol da equidade.

Bibliografia: Meneghel S.N. Epidemiologia: exercícios indisciplinados. 1. ed. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2015.

57. O modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Em relação a composição mínima das equipes de saúde da Família é correto afirmar que é composta por:

- A. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.
- B. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família.
- C. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; assistente social.
- D. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; educador físico.
- E. médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; psicólogo.

Alternativa Correta: (A) A equipe de Saúde da Família (eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Bibliografia: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº 2.436/2017. Brasília, DF, 2017.

58. Caso 1: José, 55 anos, hipertenso, foi diagnosticado com COVID-19 ontem na Central de Triagem de seu município. A equipe que o acompanha na Unidade de Saúde entrou em contato hoje para testar todos os familiares e acompanhar a evolução de toda a família. Caso 2: Maria, 65 anos, é portadora de diabetes mellitus. Devido a pandemia, o serviço de atenção secundária está temporariamente fechado. Maria procura o seu Médico de Família para mostrar os exames pedidos pela endocrinologista e ver se precisa fazer algum ajuste da medicação. Esses casos em conjunto demonstram qual atributo essencial da Atenção Primária à Saúde preservado durante a pandemia?

- A. Coordenação do cuidado.
- B. Primeiro contato.
- C. Cuidado multidisciplinar.
- D. Competência cultural.
- E. Orientação familiar e comunitária.

Alternativa Correta: (A) A APS é responsável pela coordenação do cuidado, supervisionando as informações vindas de outros níveis de atenção (como no caso exemplificado pelo José), regulando os fluxos para garantir agilidade à atenção de problemas potencialmente graves e adequando todo esse cuidado à realidade das pessoas. Durante o fechamento (Lock down) dos serviços secundário como ambulatórios de especialidade coube à APS garantir o cuidado adequado e oportuno às pessoas como demonstrado no caso da Maria.

Bibliografia: Alves MTG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2496 [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2496](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496); Maria ACO Iara CP. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64.

59. Observou-se uma diminuição da cobertura vacinal de crianças, principalmente menores de um ano, após a pandemia de COVID-19 no Brasil. Dado que preocupa pelo risco de ressurgimento de doenças antes erradicadas, como o Sarampo e a Poliomielite. Qual fonte de dados epidemiológicos permite aos gestores em saúde uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica?

- A. SIAB (Sistema de Informações sobre a Atenção Básica).
- B. SISVAN (Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional).
- C. SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações).

D. SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação).

E. SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade).

Alternativa Correta: (C) SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) fornece dados relativos à cobertura vacinal de rotina e em campanhas, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização. Além do módulo de avaliação do PNI, este sistema dispõe de um subsistema de estoque e distribuição de imunobiológicos para fins gerenciais.

Bibliografia: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA 2002.

60. João é médico de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família de um município brasileiro que teve altas taxas de mortalidade por COVID-19. Ele percebeu a necessidade de fazer uma atividade de Educação com sua comunidade. Sobre a atividade a ser desenvolvida por João, assinale a alternativa correta.

A. Será mais efetiva, considerando-se o modelo de Educação Dialogal, se João fizesse uma roda de conversa com sua população.

B. Uma palestra com dados epidemiológicos locais está adequada ao modelo de Educação Dialogal.

C. Para o modelo de Educação Tradicional, ele deve incluir uma atividade 'quebra gelo', que auxilia na interação entre os sujeitos.

D. Será mais efetiva se João conseguir passar a maior quantidade de dados e informações sobre a doença para transmitir à população.

E. Uma atividade com relatos de pacientes que tiveram COVID-19 é considerada inadequada neste caso.

Alternativa Correta: (A) No modelo dialógico: o indivíduo é reconhecido sujeito portador de um saber, que embora distinto do saber técnico-científico não é deslegitimado pelos serviços. Em um modelo dialógico e participativo, todos, profissionais e usuários, atuam como iguais, ainda que com papéis diferenciados.

Bibliografia: Figueiredo MF e cols. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jan-fev; jan-fev; 63(1): 117-21.

Clínica Cirúrgica

61. Um paciente politraumatizado possui lesão ocular de globo aberto e necessidade de intubação orotraqueal devido a rebaixamento do nível de consciência. Nessa situação, a medicação que deve ser evitada pelo risco de aumento da pressão intra-ocular é:

A. dexmedetomidina.

B. succinilcolina.

C. midazolam.

D. propofol.

E. rocurônio.

Alternativa Correta: **(B)** em pacientes que necessitam de intubação, um globo aberto é uma contraindicação relativa para o uso de cetamina em dose "alta" (6 mg/kg intravenoso) ou succinilcolina devido ao potencial de desenvolvimento de aumento da pressão intraocular com risco de extrusão do conteúdo ocular.

Bibliografia: Rich AL, Witherspoon CD, Morris RE, Feist RM. Uso de agentes anestésicos não despolarizantes em lesões oculares penetrantes. Anestesiologia. 1986;65(1):108.

62. A rinossinusite em adultos é definida como a inflamação do nariz e dos seios paranasais caracterizada pela presença de pelo menos dois ou mais sintomas, sendo que um destes sintomas deve ser:

- A. Obstrução/congestão nasal ou redução/perda do olfato.
- B. Secreção nasal ou dor/pressão facial.
- C. Dor/pressão facial ou obstrução/congestão nasal.
- D. Obstrução/congestão nasal ou secreção nasal.**
- E. Redução/perda do olfato ou secreção nasal

Alternativa Correta: **(D)** A rinossinusite em adultos é definida como inflamação do nariz e dos seios paranasais caracterizada por sintomas como obstrução/congestão nasal, secreção nasal, dor/pressão facial e redução/perda do olfato. Seu diagnóstico é clínico, sendo necessário a presença de pelo menos 2 dos sintomas citados anteriormente, onde obrigatoriamente 1 destes sintomas deve ser obstrução/congestão nasal ou secreção nasal.

Bibliografia: Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings P.W., Kern R., Reitsma S., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 Rhinology. 2020 Suppl. 29: 1-464.

63. Durante o exame físico da região cervical, podemos nos deparar com o aumento anormal da glândula tireóide chamado de bócio, o qual pode ser difuso ou nodular. Diante dessa situação, o exame inicial a ser solicitado é:

- A. Cintilografia cervical.
- B. TSH.**
- C. T3 e T4 livre.
- D. Anca-P.
- E. Anti-TPO.

Alternativa Correta: **(B)** A avaliação inicial em todos os pacientes com bócio (descoberto por palpação ou observado incidentalmente em um procedimento radiológico) é a medição do TSH sérico. A ultrassonografia da tireoide também costuma ser obtida, mas pode ser desnecessária em bócios pequenos devido à tireoidite de Hashimoto ou doença de Graves que não são nodulares no exame físico.

Bibliografia: Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57/3.

64. Homem de 56 anos, com sobrepeso e tabagista, retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de astenia e emagrecimento, com 6 meses de evolução e piora progressiva. Traz exames laboratoriais solicitados 2 semanas atrás, mostrando anemia ferropriva e pesquisa de sangue oculto fecal com resultado positivo, questionando a validade dos mesmos, uma vez que nunca percebeu sangramento em suas fezes. Ao exame clínico apresentava-se com mucosas hidratadas e hipocoradas (2+/4+). Frente ao quadro clínico exposto indique a alternativa que representa a principal hipótese diagnóstica com a respectiva conduta.

- A. Doença hematológica / encaminhar ao hematologista.
- B. Deficiência nutricional / solicitar exames de perfil nutricional.
- C. Neoplasia de cólon direito / solicitar colonoscopia.**
- D. Doença hemorroidária interna / encaminhar ao coloproctologista.
- E. Doença diverticular / solicitar enema opaco.

Alternativa Correta: **(C)** Neoplasias intestinais do Cólon Direito cursam com anemia ferropriva. O sangramento geralmente não é perceptível por ser anatomicamente distante do canal anal, sendo detectado na forma de Sangue Oculto nas fezes. Paciente acima dos 50 anos, com anemia e PSO + deve fazer colonoscopia.

Bibliografia: Cormann, Textbook of Colon And Rectum Surgery, 2017.

65. Um homem de 45 anos com história de cálculos recorrentes de oxalato de cálcio retorna para aconselhamento sobre um exame de urina de 24 horas recente. Uma única coleta de urina de 24 horas revela elevações anormais de cálcio, oxalato, ácido úrico, sódio e potássio. O volume urinário é de 4,5 L, o pH é de 5,8 e a creatinina de 24 horas por quilograma é de 47. Esses achados são provavelmente explicados por:

- A. Indiscrição alimentar.
- B. Administração de esteróides.
- C. Contaminação.
- D. Exercício extenuantes anterior à coleta.
- E. Hidratação excessiva previa a coleta.**

Alternativa Correta: **(E)** Hidratação excessiva. A creatinina normal de 24 horas por quilograma para um homem é entre 20 e 25. O valor alto, próximo a 50 no exemplo, é indicativo de excesso de creatinina na amostra, mais comumente causado pela coleta excessiva de urina. Esta é uma ocorrência comum e pode acontecer se um paciente não seguir as instruções e fornecer uma coleta de 48 horas por engano. Os níveis elevados de cálcio, oxalato, ácido úrico, sódio e potássio não são confiáveis, pois seus valores são definidos com base em valores normais para um período de 24 horas, não no tempo de coleta prolongado que provavelmente foi seguido neste estudo.

Bibliografia: CAMPBELL-WALSH-WEIN UROLOGY TWELFTH EDITION REVIEW, THIRD EDITION

66. A esplenectomia eletiva terapêutica pode ser realizada para tratar certas condições. Assinale a alternativa que corresponde às indicações desse procedimento.

- A. Trombocitopenia na cirrose hepática e anemia falciforme.
- B. Abscesso esplênico e trombocitopenia na cirrose hepática.
- C. Talassemia e leucemia aguda.
- D. Púrpura trombocitopênica idiopática e esferocitose hereditária.**
- E. Esferocitose hereditária e aneurisma de artéria esplênica.

Alternativa Correta: **(D)** A esplenectomia eletiva terapêutica pode ser realizada para tratar certas condições, como anemias hemolíticas hereditárias, citopenias autoimunes ou esplenomegalia sintomática. Menos comumente, a esplenectomia é usada para fazer um diagnóstico quando há esplenomegalia inexplicável ou uma massa esplênica. Embora não muito frequente, as indicações adequadas trazem claros benefício aos pacientes.

Bibliografia: CIRURGIA ? Doenças do fígado e baço: clínica e técnicas cirúrgicas ? JOEL ANTONIO BERNHARDT.

67. Paciente masculino, procura emergência com quadro de dor epigástrica, irradiada para hipocôndrio direito. Ao exame físico temperatura 38,2°C, frequência cardíaca 110, pressão arterial 90/60 mmHg. Murphy positivo. Paciente refere apresentar crises recorrentes de dor. Qual o exame de imagem inicial mais adequado para elucidar o diagnóstico?

- A. Rx de abdome.
- B. Tomografia abdominal total.
- C. Ressonância magnética de abdome superior.
- D. Ultrassom abdome total.**
- E. Cintilografia de vias biliares.

Alternativa Correta: **(D)** O ultrassom é largamente disponibilizado, exame rápido. Sensibilidade 84%, especificidade de 94% e tem menor exposição radioionizante.

Bibliografia: World journal of emergency surgery 201611:25.

68. Paciente vítima de acidente automobilístico, na sala de emergência apresenta respiração paradoxal, FC 120, PA 80/ 50 mmHg. SatO₂ 88%. Após estabilização do paciente, a hipótese diagnóstica e o exame de imagem mais adequado são:

- A. Pneumotórax, radiografia de tórax.
- B. Pneumotórax, ultrassom.
- C. Tórax Instável, tomografia tórax.**

- D. Tórax instável, radiografia de tórax.
- E. Hemotórax, radiografia de tórax.

Alternativa Correta: **(C)** Respiração paradoxal ,característico tórax instável.Instabilidade hemodinâmica, provável lesões associadas , tomografia elucida melhor.

Bibliografia: Sabiston Textbook of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 21st Edition - January 8, 2021; ATLS - Advanced Trauma Life Support, 10 edição.

69. Paciente masculino de 21 anos, foi vítima de queda de nível com trauma cranioencefálico. Na tomografia de crânio, apresentava fratura da calota craniana com hemorragia entre a dura-máter e o crânio. A classificação da hemorragia intracraniana descrita é:

- A. Epidural.**
- B. Subdural.
- C. Subaracnoídea.
- D. Intracerebral.
- E. Lesão axional difusa.

Alternativa Correta: **(A)** A hemorragia subdural ocorre entre a dura-máter e o crânio, sendo geralmente o resultado de uma fratura craniana que causa laceração de uma artéria meníngea.

Bibliografia: Sabiston Textbook of Surgery - The Biological Basis of Modern Surgical Practice 21st Edition - January 8, 2021.

70. Mulher de 42 anos, sem comorbidades, deu entrada no pronto socorro com quadro de dores lombares a direita há 10 dias de forte intensidade, irradiadas para lábio vaginal ipsilateral, associadas a vômitos e febre aferida de 39,3°C. Ao exame físico encontra-se febril, prostrada, com frequência cardíaca de 108 bpm, eupneica, lúcida e dor importante a punho percussão lombar à direita. Sobre o caso, é correto afirmar

- A. Por se tratar de uma paciente feminina e sem comorbidades, uma boa conduta seria alta com antibioticoterapia e, caso não haja melhora em 48h, a paciente deve retornar para prosseguir a investigação.
- B. Dor a punho percussão lombar é característico de irritação peritoneal o que torna necessário o diagnóstico diferencial entre pielonefrite e colecistite.
- C. Por se tratar de um quadro típico de cólica nefrética, esta paciente não necessita ser atendida conforme protocolos de sepsis, podendo ser liberada com analgesia e terapia expulsiva caso seu cálculo seja ureteral e de pequeno volume (menor que 10mm).
- D. Essa paciente possui fortes indícios de sepse urinária e, se comprovado por exame de imagem obstrução ureteral por cálculo, faz-se necessário a pronta desobstrução, seja por implante de cateter duplo J ou nefrostomia.**

E. Em caso de internamento, deve-se coletar urocultura e hemocultura da paciente e, se a hemocultura vier positiva, tal fator representa um sinal a mais de gravidade.

Alternativa Correta: **(D)** A paciente em questão apresenta clínica compatível com pielonefrite, além de provável componente obstrutivo, necessita ser acionado protocolo para abordagem de sepsis pois apresentou-se com febre e taquicardia além de foco infeccioso e, também, investigar causa obstrutiva após o manejo inicial.

Bibliografia: Campbell-Walsh Urology, 11ª edição, 4 volumes, Caplan, Louis R; Wein, Alan J; Peters, Craig; Kavoussi, Louis R. 2018 EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.

71. Considerando os sinais de alerta na investigação da lombalgia aguda, em qual paciente descrito abaixo está indicado a solicitação de exame de imagem:

- A. Jovem com dor associada a esforço físico, em uso de AINES.
- B. Adulto com mais de 50 anos com dor noturna, em uso de corticoide.**
- C. Jovem com dor e irradiação para região glútea.
- D. Jovem com dor diurna, em uso de analgésico contínuo.
- E. Adulto com mais de 50 anos com dor diurna e em uso de AINES contínuo.

Alternativa Correta: **(B)** Os red flags são indicadores de investigação por meio de exames de imagem e devem ser considerados para tentar excluir casos de fraturas, infecções, tumores e a síndrome da cauda equina. Os sinais de alerta incluem a perda de peso sem explicação, história prévia de câncer, dor noturna, mais de 50 anos de idade, trauma, febre, anestesia em sela, alterações urinárias, uso de drogas injetáveis, alterações neurológicas progressivas e uso de corticosteroide sistêmico.

Bibliografia: SBOT. Tratado de dor musculoesquelética, 2019. Disponível em <https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2019/12/tratado-dor.pdf>. Acesso em 19/03/23

72. Homem de 58 anos, previamente hígido é submetido a uma cirurgia eletiva para colocação de prótese de quadril à direita. Evoluiu no primeiro dia de pós-operatório, em leito de enfermaria com sinais vitais estáveis (FC 78 bpm, PA 120/80 mmHg, FR 18 irpm e saturação de 97% em ar ambiente). Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular positivo e sem ruídos adventícios. Ferida operatória seca e sinais flogísticos. No momento da visita apresenta-se febril (Temp 38,0° C). Sobre esta febre, a principal causa é:

- A. Resposta metabólica ao trauma cirúrgico, por se tratar de uma cirurgia de grande porte (prótese de quadril).**
- B. Atelectasia pulmonar, por se tratar de uma cirurgia de grande porte e da baixa mobilização pós-operatória.

C. Infecção do trato urinário, devido a utilização de sondagem vesical de demora o que facilita a contaminação.

D. Infecção do sítio cirúrgico, por se tratar de uma cirurgia que envolve prótese e grandes incisões.

E. Pneumonia, que é a principal causa de infecção pós cirúrgica, em virtude da baixa mobilização pós-operatória.

Alternativa Correta: **(A)** A principal causa de febre do 1-2º dia de pós-operatório está relacionada à resposta inflamatória sistêmica ao trauma cirúrgico, que ocorrem devido a liberação de mediadores inflamatórios (TNF, Interleucinas e Prostaglandinas), e são mais comuns nas cirurgias de grande porte. A atelectasia pulmonar, infecção do trato urinário (ITU), infecção de sítio cirúrgico e a pneumonia são outras causas importantes. A atelectasia pulmonar é acompanhada de sintomas respiratórios, alteração nos sinais vitais (FR e Saturação) e na ausculta pulmonar (abolição do murmúrio vesicular na área acometida). A infecção do trato urinário costuma acontecer após o 3º dia da cirurgia e está relacionada ao uso de sondagem vesical de demora. A infecção de sítio cirúrgico costuma ocorrer após o 5º dia de cirurgia e está relacionada a fatores próprios do paciente e do procedimento adotado. A pneumonia é a principal causa de infecção nosocomial, em geral ocorre em paciente com baixa mobilidade e seus sintomas aparecem após o 3º dia de pós-operatório.

Bibliografia: Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2016). Sabiston textbook of surgery (20th ed.). Elsevier - Health Sciences Division.

73. Homem de 45 anos, previamente hígido, trabalhador da construção civil, foi submetido a uma cirurgia de urgência por trauma abdominal penetrante causado por arma branca. Foi submetido a laparotomia mediana xifopúbica, apresentou 02 lesões de intestino delgado que foram rafiadas primariamente. Evoluiu bem e recebeu alta no terceiro pós-operatório. Considerando as orientações e fases de cicatrização da ferida operatória, é correto afirmar que o período ideal de afastamento das atividades laborais é de:

- A. 30 dias, pois é o final da fase proliferativa, quando ocorre a deposição de miofibroblastos, matriz extracelular e angiogênese, o que já proporciona uma boa força para a ferida operatória.
- B. 15 dias, pois é quando ocorre o final da fase inflamatória, com deposição de células do tipo macrófagos, neutrófilos e plaquetas que já dão estrutura e força para a ferida operatória.
- C. 60 dias, pois já ocorreu boa parte da fase de remodelação, com maturação da cicatriz, redução do número de fibroblastos e organização da matriz extracelular.**
- D. 30 dias, pois apresenta o término da fase proliferativa da cicatriz cirúrgica e redução da atividade fibroblástica, sem repercussão para as complicações pós-operatórias e da atividade exercida pelo paciente.
- E. 60 dias, pois apresenta o término da fase inflamatória da cicatriz cirúrgica, sem repercussão

para as complicações pós-operatórias e da atividade exercida pelo paciente

Alternativa Correta: **(C)** Por se tratar de um trabalhador da construção civil, ele deve ser liberado para exercer suas funções após termos uma boa força tensil da ferida operatória e isso ocorre após 60 dias, quando já ocorreu uma boa parte da fase proliferativa da cicatrização com redução do número de fibroblastos, organização da matriz extracelular com troca do colágeno tipo II por III e maturação da cicatriz.

Bibliografia: Townsend. Sabiston Textbook of Surgery. 20ª Edição. 2016.

74. Nos últimos anos com a introdução dos conceitos de cirurgia minimamente invasiva a abordagem cirúrgica de urgência sofreu algumas modificações, porém as laparotomias ainda possuem suas funções terapêuticas. Sobre as indicações e tipos de laparotomia de urgência é correto afirmar:

- A. As incisões medianas de laparotomias que se localizam na região infraumbilical são as que menos produzem hérnias incisionais.
- B. As incisões paramedianas e transversas são as mais indicadas pois permitem ampla exploração da cavidade abdominal.
- C. As laparotomias são as vias de acessos preferenciais para o tratamento das doenças que acometem o abdômen e que demandam uma cirurgia de urgência.
- D. A violação da aponeurose do oblíquo externo por projétil de arma de fogo não configura uma indicação de abordagem cirúrgica do abdômen.
- E. **A instabilidade hemodinâmica com exame clínico abdominal alterado sem outros fatores que expliquem o choque é uma indicação de laparotomia.**

Alternativa Correta: **(E)** A via de escolha para o tratamento cirúrgico de urgência das doenças abdominais é a laparoscopia, sendo a laparotomia indicada quando existe contra-indicação à videocirurgia. A instabilidade hemodinâmica do abdome agudo hemorrágico (choque com alterações no exame físico abdominal sem outra causa aparente) é um dos exemplos de contra-indicação da laparoscopia/procedimentos minimamente invasivos. Nas laparotomias de urgência a incisão de escolha é a mediana pois permite uma ampla exploração da cavidade abdominal. As incisões transversas, oblíquas e paramedianas são utilizadas para explorarem o sítio cirúrgico adjacentes. As incisões medianas infraumbilicais são as que apresentam a maior taxa de hérnias incisionais pós-operatórias. A violação da aponeurose do oblíquo externo por projétil de arma de fogo é uma indicação de abordagem cirúrgica do abdômen, podendo ser utilizado a laparoscopia ou a laparotomia, dependendo do local atingido e das condições clínicas do indivíduo.

Bibliografia:- Feliciano, Mattox e Moore. Trauma. 9ª Edição. 2020.; Townsend. Sabiston Textbook of Surgery. 20ª Edição. 2016.

75. Qual é o sintoma clínico e o sinal radiológico mais frequentemente encontrados no paciente com tromboembolismo pulmonar(TEP)?

- A. Tosse seca e aumento da área cardíaca.
- B. **Dispneia e oligoemia pulmonar.**
- C. Dor torácica e derrame pleural.
- D. Hemoptise e condensação pulmonar.
- E. Hipotensão e elevação da cúpula diafragmática.

Alternativa Correta: **(B)** A tríade clássica de dor torácica, dispneia e hemoptise ocorre apenas em 5% dos casos de TEP. O sintoma mais comum é dispneia, estando presente em 73% dos casos. A radiografia de tórax pode ser normal ou apresentar alterações inespecíficas. O sinal mais encontrado é a diminuição localizada da circulação pulmonar.

Bibliografia: Brito ? Cirurgia Vasculare Endovascular 4ª Edição 2020.

76. De acordo com o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* 10ª Edição (2018), assinale a medida mais adequada para o tratamento de pacientes com queimaduras circunferenciais em membros apresentando síndrome compartimental instalada.

- A. Elevação do membro queimado.
- B. Imobilização com talas.
- C. Administração de sedativos.
- D. Aplicação de compressas frias.
- E. **Realização de fasciotomia.**

Alternativa Correta: **(E)** ATLS 10ª edição (2018), Capítulo 8, página 160: O único tratamento para a síndrome compartimental é a fasciotomia. Um atraso na realização de uma fasciotomia pode resultar em mioglobinúria, que pode causar diminuição da função renal.

Bibliografia: ATLS, Advanced Trauma Life Support. 10ª Ed, 2018.

77. Considerando a classificação do risco operatório de acordo com o estado físico estabelecido pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), um paciente ASA III apresenta:

- A. ausência de doenças associadas.
- B. doença sistêmica compensada.
- C. pouca probabilidade de sobreviver 24 horas com ou sem cirurgia.
- D. doença sistêmica grave com risco de morte.
- E. **doença sistêmica não compensada.**

Alternativa Correta: **(E)** A Sociedade Americana de Anestesiologia classifica os pacientes que serão submetidos a cirurgia conforme suas comorbidades e risco cirúrgico fazendo uma graduação de I a VI. ASA I: Sem doença sistêmica/ASA II: Com doença sistêmica compensada/ASA III: Com doença sistêmica não compensada/ASA IV: Com doença sistêmica grave com risco de morte/ASA V: Pouca

probabilidade de sobreviver em 24 horas com ou sem cirurgia/ASA VI: Doador de órgãos.

Bibliografia: MILLER. R.D. Miller's Anesthesia. 8th ed. Philadelphia Elsevier Churchill Livingstone, 2015./ Barash, Paul G. Anestesia Clínica (7ª ED.). Ed. Lippincott Williams and Wilkins. Wolters Kluwer Health, 2013.

78. Homem de 58 anos, trazido ao pronto socorro por familiares após tentativa de suicídio. Apresenta-se agitado e cianótico. Segundo familiares ele estava em tratamento para depressão e foi encontrado no quarto após o som de um tiro. O exame físico mostra orifício de entrada do projétil em boca, com presença de sangramento volumoso, edema de face e de língua, não sendo possível inspecionar a via aérea. No momento da admissão a enfermeira informa que a oximetria de pulso mostra uma saturação de 57%. Não se tem sucesso como uma nova tentativa de visualização da via aérea. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- A. Instalação de máscara laríngea.
- B. Traqueostomia.
- C. Cricotireostomia.
- D. Intubação orotraqueal às cegas.
- E. Ventilação com ambu e máscara.

Alternativa Correta: (C) O objetivo é manter o oxigênio acima de 94%. A prioridade é para a ventilação, fazendo-se cricotireostomia.

Bibliografia: TRAUMA/ninth edition/David V. Feliciano Kenneth L. Mattox; Ernest E. Moore.

79. Homem de 42 anos foi submetido a gastroplastia Bypass em "Y de Roux" e encontra-se nas primeiras horas após a cirurgia. O time de resposta rápida do hospital é acionado devido a queixas de náuseas, tonturas e episódios de lipotímia ao tentar se levantar. Os dados vitais aferidos demonstram frequência cardíaca de 145 batimentos por minuto, pressão arterial de 80 x 60 mmHg, sudorese e palidez cutânea. Diante do quadro clínico apresentado, qual o diagnóstico e a melhor conduta terapêutica?

- A. Choque hemorrágico e realizar laparoscopia.
- B. Úlcera péptica e realizar endoscopia digestiva alta.
- C. Hemorragia digestiva baixa e realizar colonoscopia.
- D. Choque séptico e iniciar antibióticos de amplo espectro
- E. Deiscência de anastomose e iniciar antibióticos de amplo espectro.

Alternativa Correta: (A) Paciente submetido a gastroplastia apresentando sinais de choque hemorrágico no pós-operatório recente e sem sinais de exteriorização de sangramento (enterorragia ou hematêmese). A principal suspeita é de hemorragia intra-abdominal, sendo necessário tratamento cirúrgico devido a instabilidade hemodinâmica.

Bibliografia: Townsend, C.M; Beachamp D; Mattox, K.L - Sabiston TextBook of Surgery: The Biological Basis or Modern Surgical Practice - 21th Ed - Missouri - 2022.

80. No jejum prolongado não-complicado, o organismo adapta-se para a conservação de energia e nutrientes, o que permite a sobrevivência por períodos de tempo mais longos. Nas primeiras horas do jejum não complicado, a glicemia é mantida por:

- A. glicogenólise hepática e periférica.
- B. gliconeogênese a partir dos aminoácidos.
- C. lipólise e gliconeogênese a partir do glicerol.
- D. degradação dos corpos cetônicos.
- E. gliconeogênese a partir da glutamina.

Alternativa Correta: (A) Depois de algumas horas em jejum, os níveis de insulina caem enquanto os do glucagon aumentam, determinando uma rápida utilização dos recursos de glicogênio armazenados pelo organismo, especialmente no fígado (alternativa e). Os níveis séricos do hormônio de crescimento também se elevam caso haja hipoglicemia ou diminuição da circulação de ácidos graxos livres. Como a reserva de glicogênio é pequena e se acaba em poucas horas, a gliconeogênese passa a ser vital, pois o sistema nervoso central e as células sanguíneas são altamente dependentes da glicose para seu metabolismo durante o período inicial do jejum não adaptado. Assim, o fígado converterá aminoácidos e glicerol (resultantes da quebra dos triglicerídeos armazenados em glicerol e ácidos graxos) em glicose. Esse fenômeno parece ter regulação central envolvendo uma maior secreção de ACTH pela hipófise e consequente aumento da secreção de cortisol pela suprarrenal. O cortisol, associado à queda da insulina e ao aumento dos hormônios tireoidianos e adrenérgicos, determina uma mobilização das proteínas musculares que passam a fornecer, através das reações catabólicas, aminoácidos na corrente sanguínea (particularmente alanina e glutamina). A queda dos níveis de insulina, associado ao aumento do glucagon, leva a níveis aumentados de AMP cíclico no tecido adiposo, resultando em estímulo à lipase hormônio-sensitiva para quebrar a molécula do triglicerídeo em glicerol e ácido graxo. Esses ácidos graxos serão particularmente importantes no fornecimento de energia ao fígado para as reações da gliconeogênese hepática. Também serão a fonte de energia para os órgãos nesse processo de adaptação à escassez de glicose. Com o prolongamento do jejum, progressivamente o cérebro passa a consumir mais corpos cetônicos e menos glicose. Nessa fase, a excreção urinária de amônia formada no rim pela transaminação da glutamina aumenta e passa a ser a forma de excreção nitrogenada mais comum.

Bibliografia: TOWNSEND, C.(org). Sabiston: tratado de cirurgia. v. 1, 19ªed. Philadelphia: Elsevier, 2012. GAMA, Rodrigues, J.J.; MACHADO, M.C.C.; RASSLAN, S. Clínica cirúrgica - FMUSP. Barueri; Manole, 2008.

Clínica Médica

81. Paciente de 100kg e 1,60m, internado na Unidade de Terapia Intensiva, evoluiu com piora do quadro geral, acompanhado de 100 ml de diurese nas últimas 12 horas. Pode-se afirmar que:

- A. existe insuficiência renal, com indicação de hemodiálise nas próximas 24 horas pela gravidade do caso.
- B. existe injúria renal aguda, indicada pela diurese menor que 0,5 ml/kg por hora nas últimas 12 horas.

- C. o volume de diurese não é um bom marcador de insuficiência renal, devendo ser utilizado o valor da creatinina sérica.
- D. o volume de diurese apresentado caracteriza o quadro como insuficiência renal aguda estágio 3.
- E. o IMC de 39 deste paciente indica o uso do clearance de creatinina para o diagnóstico de insuficiência renal.

Alternativa Correta: **(B)** Segundo as diretrizes do KDIGO para diagnóstico e manejo da insuficiência renal aguda, a redução do volume de diurese a valores menores que 0,5mL por kg de peso por hora, por um período de 12 horas é critério para diagnosticar o quadro como INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA ESTÁGIO 2. O valor absoluto de creatinina e/ou ureia séricos não podem ser utilizados isoladamente como critério diagnóstico. O uso da variação da creatinina em relação ao valor basal e/ou redução do volume de diurese são os critérios aceitos e normatizados através das diretrizes supracitadas.

Bibliografia: 1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Kidney inter., Suppl. 2012; 2: 1?138.

82. Paciente vem a consulta com queixa de astenia. Exame das mucosas revelou intensa palidez e restante do exame físico e dados vitais sem alterações. O hemograma revelou redução do número de hemácias, redução do hematócrito e redução da hemoglobina. Qual alternativa relaciona corretamente outros achados do hemograma à causa da anemia?
- A. Reticulocitopenia sugere origem microangiopática.
 - B. Reticulocitose sugere sangramento agudo ou hemólise.**
 - C. Reticulocitopenia com VCM alto sugere ferropenia.
 - D. Reticulocitopenia com VCM baixo sugere deficiência de Vit B12.
 - E. Reticulocitose sugere anemia aplástica ou mielodisplasia.

Alternativa Correta: **(B)** Nas anemias, a elevação dos reticulócitos indica um processo de aumento de degradação dos eritrócitos, como nos processos hemolíticos ou sangramento. Já a contagem de reticulócitos baixa indica alguma forma de falência na produção dos eritrócitos, como nas doenças da medula óssea e deficiência de vitaminas importantes para a eritropoiese. Nas anemias com baixa contagem de reticulócitos o VCM elevado pode indicar deficiência de vitamina B12, folato e as com VCM baixo deficiência de ferro, talassemia.

Bibliografia: WING AND SCHIFFMAN, CECIL ESSENTIALS OF MEDICINE 10TH EDITION, Saunders. Elsevier 2021, Pag 457.

83. Homem de 27 anos refere que seu irmão teve diagnóstico de tuberculose há 1 semana. Nega sintomas e seu exame

físico não apresenta alterações, assim como o Rx de tórax. Apresenta PPD de doze milímetros. A conduta recomendada é:

- A. tratar a infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis.**
- B. tratar a tuberculose doença com esquema RIPE.
- C. coletar exame de escarro.
- D. fazer novo RX de tórax quando apresentar sintomas.
- E. fazer o IGRA (interferon gama) para confirmar o PPD.

Alternativa Correta: **(A)** Trata-se de paciente com Tb latente pois apresenta PPD \geq 10 mm, a indicação é iniciar quimioprofilaxia para tuberculose. (evitar reativação da doença). O IGRA (Interferon GAMA Liberado pelas células T) pode detectar contato prévio com o bacilo em pacientes imunossuprimidos que podem não ser reativos ao PPD.

Bibliografia: Manual de recomendação do tratamento da Tuberculose- 2a edição . Atualizado em 22/3/22 e disponível no site aids.gov.br.

84. Segundo as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Hipertensão Arterial publicada em 2020, utilizando a técnica de mensuração correta da pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD), o diagnóstico da hipertensão arterial caracteriza-se por:
- A. PAS maior ou igual a 180 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 120 mmHg em uma única ocasião.
 - B. PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg, medida única mesmo com medicação anti-hipertensiva.
 - C. PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva.**
 - D. PAS maior ou igual a 120 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 80 mmHg, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na presença de medicação anti-hipertensiva.
 - E. PAS maior ou igual a 140 mmHg e/ou PAD maior ou igual a 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões diferentes, independente de medicação anti-hipertensiva.

Alternativa Correta: **(C)** Baseado nas diretrizes brasileiras, o diagnóstico da hipertensão arterial deve obrigatoriamente ser realizado em pacientes com elevação da pressão arterial persistente, avaliada de forma correta em duas ocasiões, na ausência de medicamentos anti-hipertensivos. Os valores corretos para diagnóstico são PAS maior que 140mmHg e/ou PAD maior que 90mmHg.

Bibliografia: Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial ? 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

85. Homem de 50 anos apresenta queixa de dispneia progressiva de esforço (escala mMRC grau II) e tosse produtiva por vários dias após contrair um resfriado. Já teve outros resfriados, geralmente seguidos de tosse produtiva por alguns dias e sibilos. Trabalha como maquinista de locomotiva a diesel, fazendo longos percursos. Teve "bronquite" ao nascer, foi tabagista de cigarro de papel, totalizando 11 maços/ano. Exame físico do tórax sem anormalidades. Radiografia de tórax com trama bronco vascular aumentada e discreta hiperinsuflação. Espirometria com VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) de 70% do previsto e VEF1/CVF (volume expiratório forçado no primeiro segundo /capacidade vital forçada) de 80%. Considerando o quadro, o diagnóstico é:

- A. bronquiolite de repetição, altamente sugestiva pela repetição do quadro desde a infância com piora com uso de tabaco.
- B. asma, com fenótipo alérgico, visto ter apresentado "bronquite" na infância, episódios de sibilos e obstrução à espirometria.
- C. pré-DPOC, definida quando valores espirométricos não atingem no VEF1/CVF o limiar de menor que 70% do previsto.
- D. bronquite crônica / enfisema, sugerido pelos achados de anamnese, radiológicos e espirométricos.**
- E. bronquiectasia, devido a bronquite na infância, a tosse produtiva, escarro e o aumento da trama broncovascular na radiografia de tórax.

Alternativa Correta: **(D)** A resposta correta é a BRONQUITE CRÔNICA/ ENFISEMA sugerido pelos achados de anamnese, radiológicos e espirométricos. A história clínica sugere uma condição pulmonar crônica obstrutiva, com uma história de bronquite na infância e sintomas persistentes na vida adulta, além de exposição ocupacional a diesel e tabagismo. A radiografia de tórax apresenta uma trama bronco vascular aumentada e discreta hiperinsuflação, e a espirometria mostra valores reduzidos de VEF1 e VEF1/CVF. Esses achados são indicativos de uma condição de obstrução das vias aéreas, que é característica da bronquite crônica e enfisema, ambos fazendo parte da síndrome de DPOC

Bibliografia: GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2022 Report). Pagina 4.

86. Homem de 73 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica e diabetes tipo 2, ambos há mais de 15 anos, refere uso irregular de losartana e metformina. Iniciou há 1 dia com quadro súbito de hemiplegia direita proporcionada e afasia motora. Familiar refere episódio semelhante há 2 meses, com melhora espontânea em 30 minutos. Nega tabagismo. Ao exame PA: 200/100 mmHg, FC: irregular (80-100 bpm) Sat O2: 96% (ar ambiente) e FR: 12 irpm. ECG: fibrilação atrial. TAC de crânio: área hipodensa fronto-temporo-parietal esquerda. Angiotomografia de carótidas e vertebrais: sem estenoses significativas. Qual a classificação etiológica do AVE-I (Toast) e o tratamento profilático adequado para após a alta hospitalar?

- A. Indeterminado. AAS + sinvastatina.
- B. Grandes artérias. AAS + clopidogrel.
- C. Indeterminado. Anticoagulante oral.
- D. Cardioembólico. AAS + Clopidogrel.
- E. Cardioembólico. Anticoagulante oral.**

Alternativa Correta: **(E)** No caso em questão o paciente apresenta síndrome de circulação anterior total (hemiplegia + disfunção cortical- linguagem) que ocorre ao ter oclusão de artéria carótida interna. Na investigação etiológica apresenta Fibrilação atrial, fonte de êmbolos e principal causador de AVE cardioembólico. Paciente teve quadro de AIT prévio, com HAS, DM-2 com CHADSVASC2 = 5 com indicação de uso de anticoagulante oral para evitar novos episódios de AVE.

Bibliografia: Manual de Rotinas para atenção ao AVC- Ministério da Saúde. 2013.

87. Mulher de 50 anos, iniciou dor simétrica em joelhos há 6 meses e piora progressiva. A dor é mais intensa no início dos movimentos e piora com esforço. Associado tem rigidez articular menor que 10 minutos. Ao exame físico observa-se peso de 67kg e altura de 1,45m, nódulos de Heberden e crepitação nos dois joelhos. Baseado no quadro acima, qual dos tratamentos abaixo é capaz de impedir a progressão da doença articular?

- A. Uso de AINES nas crises de dor.
- B. Uso de analgésico simples contínuo.
- C. Adotar medidas para redução de peso.**
- D. Suplementação com colágeno oral.
- E. Infiltração intra-articular com corticosteróide.

Alternativa Correta: **(C)** aluno deve perceber pelo quadro clínico o diagnóstico de osteoartrite (artrose): dor crônica e protodinâmica, presença de crepitação e nódulos de heberden em mãos (osteoartrite de mãos). Além do fator de risco - obesidade. O tratamento farmacológico com AINE, analgésicos e colágeno é apenas sintomático. A infiltração com corticosteróides tem ação antiinflamatória local, com alívio sintomático transitório. O único capaz de impedir a progressão da doença é a perda de peso.

Bibliografia: Reumatologia : diagnóstico e tratamento / Marco Antonio P. Carvalho ... [et al.]. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. Capítulo 18.

88. Após o quadro agudo de COVID 19, os pacientes podem apresentar sintomas variados até a recuperação total. Esses sintomas são encontrados sob os termos de "COVID 19 longo ou persistente", "Condição pós COVID 19" e "Sequelas de COVID 19". Embora alguns aspectos sejam exclusivos da doença, outros são similares a síndromes de recuperação de outras doenças virais, ou mesmo pós cuidados intensivos. Sobre esse assunto, assinale a alternativa CORRETA.

- A. Tosse, fraqueza, dispneia e problemas cognitivos são mais frequentes e alopecia, tontura e alterações olfativas são menos frequentes.**

- B. A realização de vacina contra COVID 19 não parece alterar a incidência de suas sequelas independente da faixa etária.
- C. As trombozes venosas profundas associadas à COVID 19 têm abordagem terapêutica diferente das outras etiologias de trombose.
- D. É necessário realizar exames laboratoriais após a COVID 19 para avaliação da maioria das suas sequelas.
- E. A reinfecção pelo vírus não afeta a incidência de sintomas persistentes de COVID 19.

Alternativa Correta: **(A)** COVID 19 é uma doença sistêmica cuja apresentação é muito variada, assim como suas sequelas. Os sintomas que mais comumente persistem e, portanto, exigem do profissional assistente maior esforço terapêutico são tosse, fraqueza, dispnéia, dor torácica e problemas cognitivos, enquanto alopecia, tontura, alterações olfativas e mialgia ocorrem de forma menos persistente e costumam desaparecer com a evolução temporal.

Bibliografia: UptoDate: COVID 19: Evaluation and management of adults with persistent symptoms following acute illness (?Long COVID?).

89. Homem de 51 anos, com diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica há 6 anos está usando metformina 2000 mg ao dia e enalapril 40 mg ao dia. Há 4 meses tinha relação albumina/creatinina em amostra de urina 280 mg/g. Vem para exames de controle e apresenta PA de 118x74 mm/Hg, HbA1c 7,5%, creatinina 1,1 mg/dL (taxa de filtração glomerular estimada 81 mL/min/1,73 m²), relação albumina/creatinina em amostra de urina 269 mg/g (valor de referência menor que 30 mg/g). Qual deve ser a próxima conduta em relação ao tratamento medicamentoso?

- A. Suspender a metformina.
- B. Associar o uso de um inibidor de SGLT2.**
- C. Associar um bloqueador do receptor da angiotensina 2.
- D. Associar um inibidor da DPP4.
- E. Associar o uso de insulina NPH.

Alternativa Correta: **(B)** O paciente apresenta doença renal do diabetes, diagnosticada por duas amostras de urina com relação albumina/creatinina alterada. Além disso, a HbA1c encontra-se fora da meta de controle glicêmico. No caso em questão, em que há doença renal do diabetes, é recomendado o uso de inibidores do SGLT2 para reduzir a progressão para doença renal terminal e morte. A alternativa B está incorreta porque não há motivo para suspender a metformina (nos indivíduos com TFG entre 30-45 mL/min/1,73 m² é recomendada a redução de dose, e suspensão apenas se abaixo de 30 mL/min/1,73 m²). A alternativa C está incorreta porque a associação do inibidor da ECA (enalapril) a um BRA não é recomendada. As alternativas D e E estão incorretas porque o inibidor de DPP4 e a insulina NPH não demonstraram os benefícios renais do inibidor de SGLT2, portanto não devem ser a próxima escolha para este caso especificamente.

Bibliografia: Sá J, Canani L, Rangel E, Bauer A, Escott G, Zelmanovitz T, Silveiro S, Bertoluci M. Doença renal do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-18, ISBN: 978-65-5941-622-6.

90. Mulher de 32 anos, natural e procedente de Corumbá - MT, trabalha para a prefeitura com higienização e limpeza de caixas de água, vem à Maringá-PR para visitar a família. Após 3 dias na cidade, apresenta quadro de febre, cefaleia e dores musculares. Vai à UPA onde recebe diagnóstico de "virose" e alta com sintomáticos. Após alguns dias do início dos sintomas evolui com icterícia, além de pneumonite por sangramento pulmonar e insuficiência respiratória. Retorna à UPA e os exames laboratoriais mostram creatinina aumentada e leucocitose com desvio à esquerda. Sobre o quadro acima, qual é a alternativa que apresenta o diagnóstico e tratamento corretos?

- A. Dengue hemorrágica - introduzir hidratação vigorosa e transfusão sanguínea.
- B. Malária grave - utilizar primaquina por 14 dias.
- C. Pneumonia por citomegalovírus - iniciar ganciclovir EV.
- D. Paracoccidiodomicose disseminada - iniciar Anfotericina B.
- E. Leptospirose - iniciar Penicilina Cristalina EV.**

Alternativa Correta: **(E)** A síndrome de Weil é considerada um tipo de leptospirose, nomeada de forma íctero-hemorrágica. É uma forma grave, sendo constituída clinicamente por uma tríade típica: icterícia, insuficiência renal e hemorragias, sendo esta mais comumente pulmonar. Os exames laboratoriais mostram aumento de creatinina e leucocitose com desvio à esquerda. O tratamento é feito com medidas de suporte, diálise precoce e em caso de hemorragia pulmonar, uso de ventilação mecânica com baixo volume e alta PEEP. A antibioticoterapia é indicada e deve ter início precoce com uso de penicilina cristalina 50 a 100.000 UI por kg/dia, administrada em 4 a 6 doses; ou ampicilina 50 a 100 mg/dia, intravenosa, ou ceftriaxona 80 a 100 mg/kg/dia em 1 ou 2 doses. Dengue hemorrágica apresenta anemia, leucopenia com linfocitose e plaquetopenia. Poderia pensar em malária por Plasmodium falciparum (doença grave) nesse caso, porém o hemograma apresentaria leucopenia e o tratamento deveria ser feito com Artemer + Lumefantrina associado a primaquina.

Bibliografia: Tratado de Infectologia Veronesi/Focaccia, 5a Edição ? Capítulo 73 ? Leptospirose.

91. Homem de 58 anos, tabagista, hipertenso, dislipidêmico e sedentário foi atendido na Emergência com queixa de dor precordial constritiva iniciada em repouso há uma hora. Irradiação para mandíbula e membro superior esquerdo. FC 105/min PA 85/55mmHg SpO₂ 91% (ar ambiente). Pálido, sudorético e com extremidades frias. ECG: Supra-desnível do segmento ST de 4 mm nas derivações V1 a V5. Hemodinâmica mais próxima está há 30 minutos por via terrestre. Qual é a conduta indicada neste caso?

- A. Aguardar resultado da Troponina I para decisão.
- B. Fibrinólise endovenosa e transporte para hemodinâmica.
- C. Transporte para hemodinâmica e angioplastia primária**
- D. Anti-plaquetários, enoxaparina e admissão na UTI.
- E. Admissão na UTI e tratamento do choque cardiogênico.

Alternativa Correta: (C) A angioplastia coronária primária com implante de Stent farmacológico é o tratamento de escolha em pacientes com IAM com SupraST e choque cardiogênico associado. Se o transporte para a hemodinâmica pode ser realizado em menos de 2 horas, ele deve ser feito. Caso o tempo de transporte exceda 2 horas, a alternativa é a fibrinólise endovenosa, anti-plaquetários, enoxaparina e vasoconstritores em ambiente de UTI. Os resultados com a fibrinólise são piores do que com a angioplastia primária.

Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. J AMA. 2022;327(7):662-675. doi:10.1001/jama.2022.0358 .

92. Mulher de 21 anos apresenta há 30 dias epistaxe recorrente e aparecimento de equimoses em membros inferiores, que progrediram para abdome e tronco. Nega trauma ou dor local. Ao exame: púrpuras em membros inferiores bilateralmente e tronco, de tamanhos variáveis, planas e indolores, além de petéquias em face. Hemograma: Hb 11,5g/L, Ht 35%, Leucócitos 10.400/mm³ com diferencial normal, plaquetas 8.000/mm³. Previamente hígida. Restante da investigação laboratorial foi normal. Qual deve ser o diagnóstico e o que deve ser feito?

- A. púrpura trombocitopênica imune - transfusão de concentrado de plaquetas e imunoglobulina humana.
- B. púrpura trombocitopênica trombótica - transfusão de concentrado de plaquetas e plasmáfereze.
- C. púrpura trombocitopênica imune - prednisona 1 mg/kg/dia.**
- D. púrpura trombocitopênica trombótica - transfusão de concentrado de plaquetas.
- E. púrpura trombocitopênica imune - transfusão de bolsas de plasma fresco congelado.

Alternativa Correta: (C) Deve-se considerar púrpura trombocitopênica imune, na população adulta, a apresentação clínica da PTI se caracteriza por sangramento na presença de plaquetopenia, sendo as mais comuns petéquias, equimoses, epistaxe, gengivorragia e menorragia. Sangramentos do trato gastrointestinal e geniturinário são pouco frequentes; sangramento intracraniano é raro. A gravidade dos sintomas também está associada com as contagens de plaquetas, sendo maior quando elas são abaixo de 10.000/mm³. Os pacientes assintomáticos e com contagem plaquetária acima de 30.000/mm³ tendem a seguir um curso clínico crônico, porém favorável, sendo o tratamento restrito aos poucos casos que evoluem para trombocitopenia

grave (contagens abaixo de 20.000/mm³). O diagnóstico de PTT é menos provável pela ausência de sinais neurológicos, hemoglobina quase normal e ausência de esquizócitos à hematoscopia. O tratamento de primeira linha da PTI é a corticoterapia. A transfusão de plaquetas deve ser realizada apenas em caso de sangramento grave.

Bibliografia: 1. Tratado de Hematologia , 2013. Marco Antonio Zago, Roberto Passeto Falcão, Ricardo Pasquini.

93. Homem de 30 anos, trabalhador rural, previamente hígido, refere lesões no antebraço esquerdo que iniciaram há cerca de 3 semanas. Durante o exame, observa-se três nódulos eritematosos na região anterior do membro acometido, em conformação linear. O maior nódulo apresentava-se ulcerado e com flutuação. Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica para o caso, marque a alternativa que é o exame padrão ouro para a confirmação.
- A. PPD.
 - B. ELISA.
 - C. Histopatológico.
 - D. Teste genético.
 - E. Cultura da lesão.**

Alternativa Correta: (E) A principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é esporotricose linfocutânea. A droga de escolha é o itraconazol na dose de 100 a 200 mg/dia. O exame padrão ouro para o diagnóstico é cultura no meio ágar Sabouraud dextrose a partir de amostra de fluido ou tecido.

Bibliografia: BELDA JUNIOR, W.; DI CHIACCHIO, N.; CRIADO, P. R. Tratado de dermatologia. São Paulo: Atheneu, 2018.

94. Mulher de 53 anos, refere quadro de uma semana de hipersensibilidade no couro cabeludo, cefaleia hemicraniana moderada e amaurose fugaz. Investigação laboratorial evidenciou velocidade de hemossedimentação de 100 mm/h. Neste caso, qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A. Cefaleia tensional.
 - B. Migrânea.
 - C. Hemorragia intraparenquimatosa espontânea.
 - D. Arterite de células gigantes.**
 - E. Cefaleia trigeminal autonômica.

Alternativa Correta: (D) A Arterite de células gigantes deve ser fortemente considerada em pacientes com mais de 50 anos, com elevação da VHS, apresentando nova cefaleia ou mudança nas características de cefaleia pre-existente, perda de visão transitória, claudicação mandibular, febre inexplicada ou sinais/sintomas de anormalidades vasculares (claudicação de membro, assimetria de pressão arterial entre membros, dor durante palpação da artéria temporal, dentre outros). A medida terapêutica inicial para os casos com manifestações visuais é Metilprednisolona IV, de 500 a 1000 mg/dia, por 3 dias, seguido por prednisona oral (40 a 60 mg/dia) ou prednisona oral 1mg/kg/dia caso o pulso intravenoso não possa ser realizado rapidamente.

Bibliografia: BELDA JUNIOR, W.; DI CHIACCHIO, N.; CRIADO, P. R. Tratado de dermatologia. São Paulo: Atheneu, 2018.

95. Mulher de 21 anos, iniciou há 2 meses com quadro de diarreia de característica disabsortiva, sem sangue nas fezes, associado à dores abdominais. Ao exame físico apresentava sinais de emagrecimento e dermatite herpetiforme. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável e o teste mais sensível?

- A. Retocolite Ulcerativa / Calprotectina fecal.
- B. Doença celíaca / Anti-transglutaminase IgA.**
- C. Doença de Crohn / Proteína C reativa.
- D. Doença celíaca / Anti-gliadina IgA.
- E. Retocolite Ulcerativa / Colonoscopia.

Alternativa Correta: **(B)** Paciente com quadro clínico clássico de doença celíaca, reforçado o possível diagnóstico pelo achado de dermatite herpetiforme, após a suspeita o teste mais sensível para diagnóstico consistiu anti-transglutaminase IgA. Anti-gliadina também pode ser usado no diagnóstico, porém não é o teste mais sensível para isso.

Bibliografia: European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) guideline for coeliac disease and other gluten-related disorders.

96. Empresário de 27 anos, previamente hígido, foi sequestrado há cerca de 5 semanas, após agendar encontro em rede social, tendo passado cerca de 24 horas sob o controle dos criminosos, período no qual sofreu ameaças quanto a sua integridade física. Durante atendimento médico referiu palpitações, angústia, pesadelos recorrentes e isolamento social. Qual é o diagnóstico mais provável nesse caso?

- A. Transtorno de estresse pós-traumático,**
- B. Transtorno depressivo.
- C. Transtorno fóbico-ansioso.
- D. Síndrome de Burnout.
- E. Reação aguda ao estresse.

Alternativa Correta: **(A)** Transtorno de Estresse pós-traumático caracteriza-se por revivência do evento traumático, conduta de esquiva, sintomas de hipervigilância e alterações no sono, por mais de 1 mês.

Bibliografia: Ursano RJ, Bell C, Eth S, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 2004; 161:3.

97. A síndrome isquêmica aguda é uma emergência frequente na prática clínica diária. Segundo os critérios da 4a. Definição Universal do Infarto Agudo do Miocárdio, no que diz respeito aos seus critérios diagnósticos da apresentação aguda, podemos afirmar que:

- A. dor torácica típica há menos de 12 horas com eletrocardiograma mostrando infradesnívelamento do segmento de ST em duas ou mais derivações contíguas tem indicação de reperfusão.
- B. os marcadores de necrose miocárdica devem ser usados para confirmar o diagnóstico dos pacientes com dor típica e com supra de ST no eletrocardiograma, antes de indicar tratamento definitivo de reperfusão.
- C. o aumento dos marcadores de necrose miocárdica como a troponina, que é um marcador específico, significa que houve lesão de célula miocárdica, portanto, síndrome isquêmica aguda.
- D. para o diagnóstico da síndrome isquêmica aguda são necessários critérios diagnósticos rígidos de sintomas, eletrocardiograma, marcadores de necrose miocárdica e cateterismo para não aumentar os óbitos.
- E. dor torácica típica há menos de 6 horas com eletrocardiograma mostrando supradesnívelamento do segmento ST em duas ou mais derivações contíguas tem indicação de reperfusão.**

Alternativa Correta: **(E)** Devido à elevada prevalência, morbidade e mortalidade da Síndrome Coronariana Aguda, torna-se sempre necessário revisar e enfatizar seus critérios diagnósticos e de abordagem em emergência, que são de responsabilidade de médicos clínicos e não de especialistas. A Quarta Definição Universal de Infarto Agudo - definida por consenso de especialistas e amplamente divulgada a partir de novembro de 2018 reafirmou que; Síndrome isquêmica com supra-ST deve ter como critério dor típica e ECG com supra em duas ou mais derivações contíguas e deve ser tratado com reperfusão (mecânica - angioplastia primária ou química - trombólise) se em tempo hábil e na ausência de contra-indicações. Essa conduta se aplica por esse tipo de evento se tratar de uma oclusão completa do vaso culpado. A alteração de infra-ST no ECG não traduz oclusão do vaso, portanto não deve ser conduzida da mesma forma na fase aguda, devendo ser optado na grande maioria dos casos por tratamento conservador pleno. O aluno da graduação também precisa ter pleno conhecimento da utilização adequada dos marcadores de necrose miocárdica (enzimas), para não perder tempo em eventos com SUPRA-ST, e também ter conhecimento de que existem situações em que há elevação de troponinas sem significar infarto e sim injúria miocárdica.

Bibliografia: Fourth universal definition of myocardial infarction (2018); Joint European Society of Cardiology (ESC) / American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA) / World Heart Federation (WHF) Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction.

98. Homem de 72 anos, com internações nos últimos 4 meses para tratamento de infecções urinárias e respiratórias, volta com pneumonia. No terceiro dia de internação, apresenta piora clínica, retorno da febre e inicia com diarreia profusa com múltiplos episódios com presença de muco. De acordo com quadro clínico, qual o microrganismo mais provável presente na cultura de fezes?

- A. Rotavírus.

- B. *Giardia lamblia*.
- C. *Clostridium difficile*.
- D. *Cryptosporidium*.
- E. *Shigella dysenteriae*.

Alternativa Correta: (D) O histórico de paciente idoso com múltiplas internações e uso de antibióticos de amplo espectro favorecem seleção de bactérias da microbiota normal do intestino favorecendo o desenvolvimento de *Clostridium difficile* e o diagnóstico de colite pseudomembranosa.

Bibliografia: JAMESON, J. L. et al. *Medicina interna de Harrison*. 20. ed. Porto Alegre: AMGH, 2020.

99. Mulher de 56 anos, negra, diarista, hipertensa e portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico, em uso regular de losartana 50 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e prednisona 10 mg/dia, busca atendimento médico com queixa de dor e inchaço em pernas de início há uma semana. Analise as seguintes proposições e assinale aquela que relaciona corretamente o dado semiológico à hipótese diagnóstica.

- A. Edema frio, mole, simétrico, associado à edema palpebral ao acordar aponta para diagnóstico de síndrome nefrótica.
- B. Edema quente, duro, assimétrico com dor inguinal à flexão do pé aponta para diagnóstico de trombose venosa profunda.
- C. Edema frio, mole, simétrico, vespertino, que melhora com a elevação dos membros aponta para diagnóstico de doença arterial obstrutiva periférica.
- D. Edema quente, mole, difuso, associado a calafrios e taquicardia apontam para diagnóstico de tromboflebite superficial.
- E. Edema frio, duro, assimétrico, associado à hipoxemia e dor ventilatório-dependente apontam para diagnóstico de insuficiência cardíaca crônica.

Alternativa Correta: (A) O edema mole é facilmente depressível, observado em diferentes condições e significa que a retenção hídrica é de duração não muito longa, e o tecido celular subcutâneo está infiltrado de água. Edema duro indica cronicidade com existência de proliferação fibroblástica. Edema quente indica processo inflamatório subjacente. O edema renal é um edema generalizado, predominantemente facial, acumulando-se de modo particular nas regiões sub palpebrais, mais evidente no período matutino. Na trombose venosa profunda há edema mole e dor em panturrilha à dorsiflexão do pé (Sinal de Homans). Edema que piora ao final do dia e melhora com elevação do membro aponta para insuficiência venosa periférica ou edema postural. Edema quente com calafrios aponta para erisipela ou celulite; na tromboflebite o edema acompanha o trajeto venoso e não costuma dar sinais sistêmicos. Na insuficiência cardíaca o edema é generalizado, simétrico, mole e indolor. Edema assimétrico com hipoxemia aponta para trombose venosa profunda complicada com tromboembolismo pulmonar.

Bibliografia: PORTO, Celmo. *Semiologia Médica - 8ª Ed.* 2019. Guanabara Koogan.

100. Um homem de 38 anos vem ao ambulatório de psiquiatria acompanhado por sua mãe, que aponta como motivo da consulta o fato de o paciente estar irritando-se facilmente e dormindo pouco. Mãe refere que ele iniciou tratamento médico aos 16 anos de idade, quando recebeu o diagnóstico de esquizofrenia. No seu quadro se destacam ainda a presença de alucinações auditivas, delírios de cunho persecutório e isolamento social. Qual dos neurotransmissores é o mais associado à sintomatologia deste quadro?

- A. Norepinefrina.
- B. Serotonina.
- C. Glicina.
- D. Dopamina.
- E. Ácido gama-aminobutírico (GABA).

Alternativa Correta: (D) A dopamina é um neurotransmissor pertencente à família das catecolaminas. A hipótese da dopamina para o desenvolvimento da esquizofrenia pode ser causada por níveis elevados ou desregulados deste neurotransmissor.

Bibliografia: Eduardo de Castro Humes e colaboradores. *Clínica psiquiátrica: guia prático*. Editora Manole; 1ª edição.

Pediatria

101. Menino de 6 anos é admitido em Unidade de Pronto Atendimento em vigência de movimentos tônico clônicos generalizados há cerca de 12 minutos, sem melhora. O familiar refere que a criança realiza tratamento para epilepsia há 1 ano com fenobarbital. A criança não apresenta febre ou outros sintomas no momento. Assinale a alternativa correta com relação ao manejo do quadro descrito, além de monitorização e estabilização do paciente.

- A. Administrar oxigênio inalatório e de benzodiazepínico intramuscular, o qual poderá ser repetido em 5 minutos caso não haja interrupção das crises.
- B. Iniciar benzodiazepínico endovenoso, o qual poderá ser repetido em 5 minutos caso não haja interrupção das crises, seguido de fenitoína como segunda opção.
- C. Realizar punção lombar, uma vez que a infecção de sistema nervoso central é a principal causa de estado de mal epilético nessa idade.
- D. Caso persistam as crises após uso de benzodiazepínico, optar pelo fenobarbital por causar menos depressão respiratória em comparação com a fenitoína.
- E. Administrar como primeira escolha o fenobarbital intramuscular ou endovenoso, visto que já utiliza essa medicação habitualmente de forma contínua.

Alternativa Correta: (B) A absorção do diazepam via intramuscular é lenta, o qual requer 1 hora para atingir o pico de sua concentração sérica, sendo assim, essa via

não é recomendada para o tratamento de emergência do EME; A punção lombar está indicada para pacientes em estado de mal epilético sintomático, em vigência de febre ou nos casos em que houver a suspeita de infecção do sistema nervoso central, especialmente em crianças menores de 2 anos de idade; A fenitoína é a medicação de primeira escolha para o EME refratário ao tratamento com benzodiazepínicos, sendo que causa menos depressão respiratória do que o fenobarbital; No tratamento do EME, as medicações de primeira escolha são os benzodiazepínicos, podendo ser repetidos em 5 minutos. Após, caso não haja melhora, estão indicados a fenitoína, fenobarbital, valproato de sódio ou levetiracetam; A primeira escolha para o tratamento de EME, mesmo em pacientes com epilepsia, é o tratamento com benzodiazepínicos. Após seu uso, caso não haja cessação das crises, poderá ser realizada dose de fenitoína ou de fenobarbital.

Bibliografia: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5ª. Ed., Manole, São Paulo, 2022.

102. Menina de 10 anos, foi a consulta na Unidade de Pronto Atendimento por dor abdominal, náuseas e vômitos há 24 horas. Familiar refere que a menina vem apresentando muita sede há cerca de 3 meses, com piora hoje. Refere aumento do volume urinário e redução do apetite com perda de peso há 2 meses. Nega outros sintomas. Dados vitais: temperatura 37,0 °C, frequência cardíaca: 120 bpm, frequência respiratória: 22 ipm, saturação de oxigênio: 96%, PA 110x70 mmHg, glicemia capilar de 420 mg/dl. Assinale a alternativa que corresponde aos parâmetros de gasometria e glicemia esperados nesse caso clínico.
- A. pH menor do que 7,20, bicarbonato maior do que 15mEq/L, glicemia acima de 150mg/dl.
 - B. pH menor do que 7,30, bicarbonato menor do que 15 mEq/L, glicemia acima de 200 mg/dl.**
 - C. pH maior do que 7,45, bicarbonato maior do que 20mEq/L, glicemia abaixo de 200mg/dl.
 - D. pH menor do que 7,20, bicarbonato menor do que 20 mEq/L, glicemia abaixo de 150mg/dl.
 - E. pH maior do que 7,45, bicarbonato menor do que 20mEq/L, glicemia acima de 150mg/dl.

Alternativa Correta: (B) O provável diagnóstico da paciente em questão é o de diabetes mellitus ? devido aos sintomas de hiperglicemia, dor abdominal, poliúria, polidipsia, anorexia e perda de peso ? associada a descompensação por cetoacidose diabética caso apresente acidose metabólica com pH menor do que 7,30 e bicarbonato menor do que 15 mEq/L, glicemia acima de 200 mg/dl e presença de cetonemia e cetonúria. Neste caso, deverá ser internada e receber tratamento com expansão volêmica e, após cerca de 2 horas, a infusão de insulina regular por via endovenosa, juntamente com soro de manutenção

Bibliografia: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5ª. Ed., Manole, São Paulo, 2022.

103. Menina de 2 anos é trazida pela mãe por apresentar história de infecções de trato urinário de repetição. Segundo a mãe foram 2 episódios, ambos febris, que demonstraram cultura de urina positiva para E. coli. Em

ambas as situações a criança realizou tratamento domiciliar com cultura de urina negativa após o término da antibioticoterapia. Acerca do quadro apresentado, assinale a alternativa correta sobre o seguimento da criança.

- A. Indicar a realização de ultrassom (US) de vias urinárias e uretrocistografia miccional e retrógrada (UCM).
- B. Indicar a realização de ultrassom (US) de vias urinárias e cintilografia renal estática com DMSA.
- C. Indicar a realização de ultrassom (US) de vias urinárias, uretrocistografia miccional e retrógrada (UCM) e cintilografia renal estática com DMSA.
- D. Indicar a realização de ultrassom (US) de vias urinárias.**
- E. Indicar a realização de parcial de urina e urocultura seriada a cada 6 meses.

Alternativa Correta: (D) Embora a investigação de ITU de repetição seja controversa, é consenso que crianças com mais de uma ITU, confirmada (como neste caso apresentado) e menores de 2 anos realizem US de vias urinárias para avaliação de aspectos morfológicos, possíveis obstruções para descartar ao menos, doença do refluxo vesicoureteral de alto grau. Os demais exames podem ser indicados caso haja alterações no US ou a critério clínico a depender da evolução.

Bibliografia: Documento científico da Sociedade Brasileira de Pediatria - Infecção do Trato Urinário em Pediatria ? Existe consenso entre os consensos? ? Atualização 2021; Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria .

104. Sabendo que o Teste da Oximetria, conhecido como o Teste do Coraçãozinho é um teste de triagem de cardiopatias congênicas críticas, assinale a alternativa correta.
- A. Um único teste alterado já é considerado suficiente para o diagnóstico.
 - B. Saturação menor que 89% é considerado teste positivo.**
 - C. Deve ser realizado preferencialmente após 72h de vida.
 - D. Diferença de 5% entre as medidas de saturação é considerada alterada.
 - E. Aferir a saturação em um dos membros superiores e um dos membros inferiores.

Alternativa Correta: (B) Cardiopatias congênicas críticas são aquelas onde a apresentação clínica decorre do fechamento ou restrição do canal arterial (cardiopatias canal-dependentes), tais como: - Cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial: Atresia pulmonar e similares. - Cardiopatias com fluxo sistêmico dependente do canal arterial: Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo, coarctação de aorta crítica e similares. - Cardiopatias com circulação em paralelo: transposição das grandes artérias. O teste da oximetria: realizar a aferição da oximetria de pulso, em todo recém-nascido aparentemente saudável com idade gestacional \geq 35 semanas, antes da alta da Unidade Neonatal. Local de aferição: membro superior direito e em um dos membros inferiores .Para a adequada aferição,

é necessário que o recém-nascido esteja com as extremidades aquecidas e o monitor evidencie uma onda de traçado homogêneo. Momento da aferição: Entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar. Resultado normal: Saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior. Será considerado teste positivo para CCC, aquele teste com saturação menor que 89% e já solicitar ecocardiografia. No intuito de manter o canal arterial patente, o uso de prostaglandina E1 é recomendado até o tratamento cirúrgico.

Bibliografia: Manual de Orientação ?SBP-2022- Depto de Cardiopediatria e Neonatologia.

105. Menina de 14 anos com agitação, tremores, insônia e perda de peso há 40 dias, apesar da ingesta alimentar estar normal. Exame físico: BEG, corada, hidratada, eupneica, afebril. FC: 124 bpm, FR: 16 ipm, PA: 136X84 mmHg. Pele quente e úmida, com tremor fino em extremidades, com olhar assustado. Palpação de bócio difuso, doloroso à palpação, de consistência fibroelástica. BCRNF sem sopros. Exame pulmonar e de abdome inocentes. Pulsos presentes e simétricos. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A. Câncer de tireoide.
- B. Tireoidite de Hashimoto.
- C. Bócio endêmico.
- D. Doença de Graves.**
- E. Intoxicação por iodo.

Alternativa Correta: **(D)** A questão discorre sobre as possíveis causas de distúrbios da tireoide. Exige que o aluno saiba diferenciar hipotireoidismo de tireotoxicose e a partir disso assinalar a doença que se encaixa na descrição do quadro clínico. A doença de Graves é a causa mais comum de hipertireoidismo na infância. Os sintomas são de agitação, dificuldade de concentração, bócio (em 98% dos casos), irritabilidade, sudorese, taquicardia, diarreia, emagrecimento, aumento do apetite, sono agitado, dispneia, intolerância ao calor, labilidade emocional, mãos úmidas e quentes e tremores finos de extremidades. A oftalmopatia infiltrativa (exoftalmia) ocorre em 50% dos casos de doença de Graves na infância. Geralmente, os nódulos e os cânceres de tireoide são assintomáticos. A presença de sintomas dependerá do tamanho e da localização da lesão. Geralmente, na criança com neoplasia se observa a presença de um nódulo de tireoide, que é palpado usualmente se for maior que 1,5 cm. Outras vezes a neoplasia ao diagnóstico pode se apresentar com linfonodomegalia isolada e/ou com aumento do volume tireoidiano. A tireoidite de Hashimoto pode cursar inicialmente com quadro de hipertireoidismo em 10% dos pacientes em razão da destruição de folículos e da liberação dos hormônios tireoidianos na corrente sanguínea e, posteriormente, evolui com hipotireoidismo transitório ou definitivo por causa da destruição glandular. Não cursa com proptose palpebral. O bócio endêmico é causado por falta de ingesta de iodo em áreas carentes e causa hipotireoidismo. Algumas pessoas que ingerem excesso de iodo, em especial aquelas anteriormente deficientes, desenvolvem hipertireoidismo (fenômeno de Jod-Basedow). Paradoxalmente, o excesso de consumo de iodo pela tireoide pode ini-

bir a síntese de hormônio tireoideo (o chamado efeito Wolff-Chaikoff). Dessa maneira, a toxicidade de iodo pode causar bócio por iodo, hipotireoidismo ou mixedema. Quantidades muito grandes de iodo podem causar paladar metálico, salivação aumentada, irritação gastrointestinal e lesões acneiformes na pele.

Bibliografia: 1- Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. Págs. 675-680 - 4. ed. - Barueri, SP: Manole, 2017 2- Documento científico - Departamento de Endocrinologia ? SBP Nº 17, Jun 2022.

106. Criança de 4 anos é levada ao Pronto Atendimento devido a vômitos e diarreia há 3 dias. Evoluiu com febre, diminuição da quantidade de urina, palidez, prostração e perda de peso estimada em 10%. Ao exame físico, criança sonolenta, com olhos encovados e mucosas secas, pulso periférico débil e tempo de enchimento capilar maior que 5 segundos. Sinais vitais : frequência cardíaca 140 bpm, PA sistólica 70 mmHg, temperatura axilar 38°C, glicemia capilar 120 mg/dL. Diante do caso clínico acima, Assinale a alternativa que descreve a primeira conduta a ser tomada no manejo clínico do paciente.

- A. Indicar sonda nasogástrica (gastróclise) e administrar solução de reidratação oral 50 a 100ml/kg no período de 4 a 6 horas.
- B. Fornecer oxigenoterapia suplementar com dispositivo de alto fluxo e garantir acesso venoso para hidratação fase rápida.**
- C. Indicar punção venosa e prescrever expansão volêmica com solução colóide 20ml/kg em 30 minutos.
- D. Garantir punção intraóssea e prescrever droga vasoativa de ação predominantemente inotrópica.
- E. Indicar intubação orotraqueal para, depois, iniciar hidratação agressiva com soro fisiológico 0,9% 30ml/kg.

Alternativa Correta: **(B)** O caso clínico retrata a história típica de uma criança pré-escolar com diarreia aguda evoluindo com sinais de choque hipovolêmico. Diante do diagnóstico de diarreia aguda na infância obtido através da anamnese, faz-se necessário avaliar o estado de hidratação, o estado nutricional, o estado de alerta (ativo, irritável, letárgico), a capacidade de beber e a diurese. O percentual de perda de peso é considerado o melhor indicador da desidratação. Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial do paciente. Considera-se que perda de peso de até 5% represente a desidratação leve; entre 5% e 10% a desidratação é moderada; e perda de mais de 10% traduz desidratação grave. Essa classificação proporciona uma estimativa do volume necessário para correção do déficit corporal de fluido em consequência da doença diarreica: perda de 5%, ou seja, 50 mL/Kg; de 5 a 10%, ou seja, 50 a 100 mL/Kg e mais do que 10%, ou seja, mais de 100 mL/Kg. Outro ponto fundamental na avaliação da hidratação da criança com doença diarreica é vincular os achados do exame clínico à conduta a ser adotada. Apesar de existirem outras estratégias para avaliar o estado de

hidratação, a proposta da OMS, também adotada pelo MS deve continuar sendo utilizada. Sendo assim, o paciente do caso clínico tem indicação de receber o seguinte plano de hidratação: corrigir a desidratação grave com terapia de reidratação por via parenteral (o que torna a alternativa B incorreta). As indicações para reidratação venosa são: desidratação grave, contra-indicação de hidratação oral (íleo paralítico, abdômen agudo, alteração do estado de consciência ou convulsões), choque hipovolêmico. Idealmente deve-se conseguir a punção de veia calibrosa. Quando necessário, sobretudo em casos de choque hipovolêmico, podem ser necessários dois acessos venosos - infusão intraóssea deverá ser considerada caso não seja possível infusão venosa (o que torna a alternativa D incorreta). Além disso, nas orientações sobre as opções de soluções para terapia de reidratação parenteral, não se encontra os coloides (tornando a alternativa C incorreta). Considerando que o paciente demonstra sinais clínicos de choque hipovolêmico secundário a desidratação grave, o tratamento agudo do choque se concentra em restaurar a transferência de oxigênio para os tecidos e melhorar o equilíbrio entre a perfusão tecidual e a demanda metabólica. Logo, deve ser constituído por: ? Otimização do teor de oxigênio do sangue com administração de alta concentração de oxigênio usando máscara não-reinalante; ? Melhora do volume e da distribuição do débito cardíaco através da administração de fluidos em bolus e agentes vasoativos tais como vasopressores, vasodilatadores, inodilatadores e/ou inotrópicos em alguns casos; ? Redução da demanda de oxigênio, considerando suporte à respiração com ventilação invasiva ou não invasiva ou ventilação assistida. Dor e ansiedade também devem ser controladas com analgésicos e sedativos, bem como a febre, administrando antipiréticos e outras medidas para baixar a temperatura; ? Correção de distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hipocalcemia e acidose metabólica láctica principalmente).

Bibliografia: ? Guia Prático de Atualização ?Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento?, Departamento científico de gastroenterologia - Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. ? Mark Waltzman, MD. Inicial management of shock in children ? UpToDate. Literature review current through: Feb 2023. — This topic last updated: Oct 07, 2022. Disponível em: <https://www.medlib.ir/uptodate/show/6397>.

107. O atendimento do adolescente em parada cardiorrespiratória possui diferenças sutis, mas relevantes, em relação ao atendimento da criança. Sobre o atendimento hospitalar ao adolescente em parada cardiorrespiratória é correto afirmar:

- A. Enquanto não houver via aérea avançada, a relação deve ser de 15 compressões para 2 ventilações.
- B. O rodízio entre os socorristas que executam as compressões torácicas deve ser realizado a cada 30 segundos.
- C. Previamente à via aérea avançada, a melhor escolha para ofertar oxigênio em alto fluxo é a máscara facial não reinalante.
- D. A fim de facilitar a intubação orotraqueal, recomenda-se rotineiramente a pressão cricoide durante o procedimento.
- E. A recomendação atual para a velocidade de compressões torácicas é de 100 até 120 por minuto.

Alternativa Correta: (E) Enquanto não houver via aérea avançada, a relação compressão-ventilação deve ser de 30 para 2 e o rodízio entre os socorristas que executam as compressões torácicas deve ser realizado a cada 2 minutos. Previamente à via aérea avançada ? na vigência de parada cardiorrespiratória ? a melhor opção para ofertar oxigênio é a bolsa-válvula-máscara, pois oferta não somente oxigênio como também ventilação com pressão positiva. A partir de 2020, o manual do Suporte Avançado de Vida em Pediatria não recomenda mais ? rotineiramente ? a pressão cricoide durante a intubação orotraqueal.

Bibliografia: American Heart Association /American Academy of Pediatrics. Suporte avançado de vida em pediatria (PALS), 2020.

108. No atendimento em sala de parto de um recém-nascido a termo foi notada hipotonia generalizada. Na sequência, o cordão umbilical foi clampeado imediatamente e o recém-nascido foi encaminhado ao berço aquecido pelo pediatra, que o posicionou, aspirou suas vias aéreas, secou, removeu os campos úmidos, reposicionou e avaliou a FC que foi 80 bpm. A seguir, qual seria o procedimento mais adequado?

- A. Massagem cardíaca.
- B. Intubação.
- C. Oxigênio inalatório.
- D. Ventilação com pressão positiva com balão e máscara, em ar ambiente.
- E. Ventilação com pressão positiva com balão e máscara, com O₂ 100%.

Alternativa Correta: (D) O procedimento correto após se executar os passos iniciais de reanimação e de se constatar bradicardia, apneia ou gasping no recém-nascido é a ventilação com pressão positiva com balão e máscara, em ar ambiente.

Bibliografia: Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ?34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022.

109. Lactente de 45 dias de vida, masculino, aleitamento materno exclusivo, apresentando vômitos após as mamadas e irritabilidade excessiva desde 15 dias de vida, crises de choro intenso, com duração de até 1 hora e várias vezes ao dia. Evacuações de aspecto normal, sem outras queixas. Ao exame físico, ganho pondero-estatural adequado. Qual o plano terapêutico adequado?

- A. Iniciar domperidona (droga procinética) de 8/8 horas.
- B. Prescrever inibidor de bomba de prótons, 1 tomada ao dia, na dose de 1 mg/kg/peso.
- C. Orientar dieta isenta de leite de vaca para a mãe por 15 dias.
- D. Orientar dormir em decúbito dorsal e manter o lactente na vertical por 30 min após as mamadas.

- E. Orientar uso de inibidor de bomba de prótons e droga procinética.

Alternativa Correta: (C) Segundo o guideline da ESPGHAN e NASPGHAN, lactentes com refluxo gastroesofágico e irritabilidade excessiva, devem ser submetidos a dieta isenta de leite de vaca por 15 dias. No caso de AME, a mãe faz a dieta.

Bibliografia: Rachel R, Vandenplas Y, Singendonk M et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018, 66(3): 516-554.

110. RN de 39 semanas e 5 dias, filho de mãe vivendo com HIV há 10 anos em uso regular de antirretroviral e com última carga viral com 30 semanas, indetectável. Quais condutas devem ser realizadas com o recém-nascido?

- A. Início de zidovudina e coleta de carga viral logo após o nascimento.
B. Início de zidovudina, lamivudina e raltegravir e coleta de carga viral logo após o nascimento.
C. Sem necessidade de iniciar medicação e indicar coleta de carga viral aos 14 dias de vida.
D. Início de raltegravir, sem necessidade de coleta de carga viral logo após o nascimento.
E. Início de zidovudina, lamivudina e raltegravir e coleta de carga viral aos 14 dias de vida.

Alternativa Correta: (A) Quimioprofilaxia para o HIV. Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV deverão receber ARV como uma das medidas de profilaxia para TV. Para a definição do esquema profilático, a criança deverá ser classificada em ALTO ou BAIXO risco de exposição, conforme os critérios. Esta criança está classificada com baixo risco (Baixo risco Mães em uso de TARV na gestação E com CV-HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV). Crianças do grupo de baixo risco recebem profilaxia contendo apenas AZT por 28 dias. Para todas as crianças expostas ao HIV no momento do parto, a primeira coleta de CV-HIV deve ser realizada imediatamente após o nascimento. O exame deverá ser coletado por meio de punção periférica (não coletar material de cordão umbilical), preferencialmente antes do início da profilaxia com ARV. No entanto, a coleta não deve atrasar a administração dos medicamentos.

Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. ? 2. ed. rev. ? Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

111. Menino de 10 anos, chega à emergência do hospital com quadro de desconforto respiratório. Mãe relata que seu

filho vinha apresentando ortopneia, cefaleia, tontura e febre há 3 dias. Ao exame físico apresentava-se agitado, com desconforto respiratório, importante linfonodomegalia cervical bilateral, face pletórica, e sibilos na ausculta pulmonar. Sem antecedentes de broncoespasmo. O Rx de tórax revelou presença de massa em mediastino anterior. Além de monitorar o paciente com oximetria de pulso, quais seriam as condutas iniciais frente ao caso descrito?

- A. Iniciar inalação com Beta-2 agonista, sedação venosa para melhorar a agitação e solicitar exames laboratoriais e tomografia de tórax.
B. Sedação via oral para melhorar a agitação, solicitar tomografia de tórax, além dos exames laboratoriais.
C. Mantê-lo sentado, em decúbito lateral esquerdo, solicitar exames laboratoriais e tomografia de tórax.
D. Iniciar inalação com Beta-2 agonista, prescrever broncodilatador intravenoso e solicitar tomografia de tórax.
E. Sedação venosa, seguida de intubação para melhorar a agitação, solicitar exames laboratoriais e tomografia de tórax.

Alternativa Correta: (C) Geralmente as crianças com massa mediastinal anterior se apresentam com sintomas sugestivos de infecção respiratória, como tosse, febre e sibilância. É necessário o médico ter alto índice de suspeição frente ao primeiro quadro de asma em crianças maiores, sobretudo a partir do final da primeira década. Além de tosse e sibilância, podem ser verificados os sinais resultantes da compressão da veia cava superior, tais como edema facial, pletora, edema cervical e da parte superior do tórax, taquicardia, sufusão e edema conjuntivais. Anestesia geral/sedação nesses pacientes deve ser evitada, pois causa o relaxamento da musculatura abdominal, torácica e lisa dos brônquios, e conseqüentemente redução no volume pulmonar. Devem ser monitoradas as condições respiratórias, sendo indispensável a oximetria de pulso. Em casos graves, pode ser necessário iniciar tratamento até mesmo antes de se obter material tumoral para diagnóstico histopatológico. O diagnóstico da neoplasia pode ser conseguido também por exames de sangue, como hemograma no caso de leucemias, ou dosagens hormonais (alfafetoproteína ou beta-HCG), se o tumor for de células germinativas.

Bibliografia: Silva LR, Solé D, Silva CAA, Constantino CF, Liberal FL, Lopez FA organizadores. Tratado de Pediatria. 5ª ed. Barueri (SP): Manole; 2022. p. 509-16.

112. O pediatra avalia um recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, exame físico sem anormalidades, cuja mãe fez tratamento para sífilis na gestação com três doses de Penicilina Benzatina, iniciado 4 meses antes do parto, quando seu VDRL era reagente até diluição 1:8. A mãe informou que havia recebido o diagnóstico da infecção um ano antes de engravidar, porém não havia tratado. Na data do parto, seu teste treponêmico foi reagente e seu VDRL reagente até 1:4. Qual a conduta adequada para recém-nascido?

- A. Notificar e tratar o caso como Sífilis Congênita, considerando tratamento materno inadequado, uma vez que não houve a queda esperada do seu título de VDRL, ou seja, no mínimo duas diluições.

- B. Indicar a realização do primeiro teste de VDRL com um mês de vida. Caso reagente, realizar investigação adicional com hemograma, radiografia de ossos e análise do líquido para decisão terapêutica.
- C. Realizar teste não treponêmico (VDRL). Se reagente, em qualquer titulação, estará indicada a realização de exames adicionais pertinentes e tratamento com penicilina por 10 dias.
- D. Realizar exame de VDRL e, se este for reagente e superior ao materno em duas diluições ou mais, receberá o diagnóstico e tratamento para Sífilis Congênita. Caso o contrário, estará recomendado somente o seguimento ambulatorial.
- E. Observação clínica em seguimento ambulatorial, uma vez que o tratamento materno foi adequado e o recém-nascido não apresenta alterações clínicas.

Alternativa Correta: (D) Recém-nascidos de mulheres adequadamente tratadas para sífilis no pré-natal, ou seja, receberam Penicilina, em doses adequadas, com início em até 30 dias antes do parto deverão apenas realizar teste não treponêmico, e se este for não reagente, ou reagente até uma titulação acima do materno, não necessitam de investigação complementar nem tratamento. Mesmo com tratamento materno adequado é esperado que a queda dos títulos de seu VDRL em duas diluições ou mais ocorra após decorrido um tempo maior, especialmente neste caso, onde é sugerido sífilis tardia.

Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2022.

113. O calendário atual de vacinação do Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Imunizações recomenda que as três primeiras doses da vacina poliomielite, seja realizada com a vacina poliomielite 1, 2 e 3 inativada (VIP), aos dois, quatro e seis meses de idade. Qual seria a razão para a não indicação da vacina poliomielite atenuada 1 e 3 (VOP) em crianças que não tenham recebido as três doses de VIP, especialmente em crianças hospitalizadas e imunodeficientes?

- A. A vacina oral poliomielite (VOP) com vírus atenuado pode causar poliomielite associada ao vírus da vacina.
- B. Está contra-indicado devido a vacina oral poliomielite (VOP) disponível atualmente conter apenas o poliovírus 1 e 3.
- C. Os estudos mostram que a vacina administrada por via oral não determina uma eficácia adequada.
- D. A duração da imunidade conferida pela vacina oral poliomielite 1 e 3 é muito curta.
- E. A vacina oral poliomielite 1 e 3 é inativada pelo leite materno.

Alternativa Correta: (A) De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria as três primeiras doses, aos 2, 4 e 6 meses, devem ser feitas obrigatoriamente com a vacina pólio

inativada (VIP). A recomendação para as doses subsequentes é que sejam feitas preferencialmente também com a vacina inativada (VIP). Nesta fase de transição da vacina pólio oral atenuada (VOP) para a vacina pólio inativada (VIP) é aceitável o esquema atual recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) que oferece três doses iniciais de VIP (2, 4 e 6 meses de idade) seguidas de duas doses de VOP (15 meses e 4 anos de idade). Desde 2016 a vacina VOP é bivalente, contendo os tipos 1 e 3 do poliovírus, podendo ser utilizada nas doses de reforço ou nas Campanhas Nacionais de Vacinação. Deve-se contraindicar VOP para crianças imunocomprometidas e para seus contatos domiciliares. Nestas circunstâncias utilizar a VIP. A Sociedade Brasileira de Imunizações recomenda que, idealmente, todas as doses sejam com a VIP. Não utilizar VOP em crianças que não tenham ainda recebido as 3 doses de VIP, hospitalizadas e imunodeficientes. Tanto a VIP quanto a VOP, em seus esquemas recomendados, são altamente imunogênicas e eficazes na prevenção da poliomielite. A administração de VIP resulta em soroconversão em 95% ou mais dos receptores da vacina para cada um dos 3 sorotipos após 2 doses e resulta em soroconversão em 99% a 100% dos receptores após 3 doses. A imunidade provavelmente dura toda a vida. Após a exposição a poliovírus vivos, a maioria das crianças imunizadas com VIP excreta o vírus nas fezes, mas não na orofaringe. A imunização com 3 ou mais doses de VOP induz excelentes respostas de anticorpos séricos e substancial imunidade intestinal contra reinfecção por poliovírus. Uma série de 3 doses de VOP, como anteriormente usado nos Estados Unidos, resulta em imunidade sustentada, provavelmente vitalícia.

Bibliografia: ? Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/anexo-calendario-de-vacinacao-da-crianca-atualizado-final-20-09-2022.pdf> ? Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Imunizações e Departamento de Infectologia. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2022/setembro/23/23625e-DC-Calendario-Vacinacao-Atualizacao-2022.pdf.

114. Paciente com 3 anos apresenta sinais clínicos de desnutrição grave do tipo marasmo, com escore Z do IMC menor que -3, sem relato de perda do apetite e sem sinais ou sintomas de complicações clínicas. A história clínica e alimentar é compatível com desnutrição primária e a criança não recebeu nenhuma suplementação vitamínica nos últimos 6 meses. Conforme orientação da Organização Mundial da Saúde, em relação a antibioticoterapia e suplementação de vitamina A, qual a conduta?

- A. Prescrever Amoxicilina e vitamina A 5.000 UI/dia ou 200.000 UI (dose única).
- B. Não é necessário antibioticoterapia e prescrever vitamina A 200.000 UI (dose única).
- C. Prescrever Ceftriaxona; não é necessária a suplementação de vitamina A.
- D. Prescrever Amoxicilina e vitamina A 50.000 UI (1x/por mês/6meses).
- E. Não é necessário antibioticoterapia nem suplementação de vitamina A.

Alternativa Correta: (A) Pacientes com desnutrição grave, sem sinais clínicos de infecção, com apetite preservado e sem complicações clínicas devem receber tratamento ambulatorial, sendo recomendado pela OMS a prescrição de antibioticoterapia empírica (recomendado amoxicilina) e suplementação de vitamina A. A suplementação de vitamina A pode ser prescrita com doses diárias de 5.000 UI ou dose única de 200.000 UI (dose recomendado para esta faixa etária).

Bibliografia: WHO. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva: World Health Organization, 2013.

115. Lesões intracranianas são achados clínicos que podem ocorrer em pacientes expostos a Toxoplasmose Congênita. Qual é a lesão que sugere esta correlação clínica?

- A. Edema cerebral.
- B. Abscesso encefálico.
- C. Hidrocefalia.
- D. Empiema do sistema nervoso central.
- E. Calcificações intracranianas difusas.

Alternativa Correta: (E) Calcificações intracranianas ocorrem de forma recorrente em Lesões por Toxoplasmose e Citomegalovírus. As primeiras têm aspecto mais difuso, enquanto que as por Citomegalovírus tem localização intraventricular.

Bibliografia: Nelson textbook of pediatrics, 20th edition. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.

116. Pais procuram atendimento, pois sua filha de 3 anos ainda não fala frases. A criança atualmente fala cerca de 10 palavras compreensíveis, sendo a maior parte do discurso de difícil entendimento. Fica bastante irritada ao não ser compreendida e aprendeu a se comunicar através de gestos para explicar o que quer. A paciente demonstra interesse em outras crianças, com frequência procura os pais para mostrar brinquedos, apresenta boa compreensão do que é dito e responde adequadamente ao chamado pelo nome. Pais negam outras queixas. Relatam todos os marcos do desenvolvimento motor dentro do esperado para a idade, negam comorbidades ou intercorrências durante a gestação e parto. Durante o exame físico e neurológico não foram evidenciadas alterações, exceto pela reduzida vocalização. Sobre o caso, é correto afirmar que:

- A. Neste momento deve-se tranquilizar os pais e recomendar observação, posto que é esperado que a criança desenvolva a linguagem verbal espontaneamente até os 4 anos.
- B. A paciente deve ser encaminhada para fonoaudiologia e psicologia considerando a forte possibilidade de transtorno do espectro do autismo leve, já que possui a linguagem não-verbal preservada.
- C. A paciente possivelmente apresenta um transtorno específico da linguagem e necessita de acompanhamento fonoaudiológico, além de avaliação auditiva

visando descartar diagnóstico diferencial com perda auditiva.

D. A paciente necessita de avaliação fonoaudiológica devido ao atraso da aquisição da fala e, durante a investigação, deve ser orientada a realização de ressonância magnética de encéfalo, assim como eletroencefalograma visando descartar síndrome de Landau-Kleffner.

E. A paciente possui atraso da aquisição da linguagem verbal que se correlaciona fortemente ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, portanto recomenda-se iniciar tratamento empírico com risperidona visando reduzir sintomas de irritabilidade levando a melhor prognóstico.

Alternativa Correta: (C) É esperado que uma criança de 3 anos é esperado já forme frases com 3 a 4 palavras, além de vocabulário amplo, mesmo que com dislalias. Portanto, não se recomenda observação e sim investigação e intervenção visando ganho de habilidades expressivas verbais. No caso clínico apresentado, os pais não descrevem preocupações acerca de interesses restritos ou comportamentos repetitivos e, fora isso, a paciente apresenta linguagem não-verbal preservada, além de manter interação social com pares não perfazendo os critérios clínicos para diagnóstico de transtorno do espectro do autismo. A criança apresenta, segundo a descrição dos pais, linguagem expressiva aquém do esperado para a idade, sem outros sintomas ou sinais associados. O transtorno específico da linguagem é o transtorno de desenvolvimento da linguagem mais comum e pode cursar com prejuízo de habilidades relacionadas à linguagem expressiva e/ou receptiva em crianças com inteligência dentro do esperado. Seus principais diagnósticos diferenciais são a perda auditiva e a deficiência intelectual que também podem cursar com atraso da fala. A paciente necessita de avaliação fonoaudiológica, porém os exames complementares citados são reservados para casos especiais que cursam, por exemplo, com regressão da fala e/ou marcos do desenvolvimento, dismorfias, alterações no exame neurológico, histórico familiar de síndromes genéticas, etc. O atraso da fala pode associar-se a outros transtornos do desenvolvimento no futuro sendo o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade um destes. Entretanto, não é recomendado neste momento terapia medicamentosa. Além disso, pode-se considerar que a irritabilidade da paciente advinha do fato de não se fazer entender, não se tratando de um quadro de irritabilidade com significado patológico

Bibliografia: Kliegman R, Geme JS. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. Elsevier Health Sciences, 2019; Swaiman KF, Ashwal S, Ferriero DM. Pediatric neurology: principles & practice. 6th edition. Elsevier Health Sciences, 2018. .

117. Mãe traz escolar de seis anos a Unidade de Saúde, refere que a criança começou com exantema em face com lesões maculopapulares que logo confluíram para as regiões malaras (aspecto de asa de borboleta) e artralgia. Evoluiu com exantema em membros superiores e inferiores de aspecto rendilhado com melhora do quadro. Após duas semanas, ocorreu novo episódio exantemático após um passeio na praia. A melhor alternativa diagnóstica para o caso é:

- A. Roséola.

- B. Sarampo.
- C. Mononucleose infecciosa.
- D. Rubéola.
- E. Eritema infeccioso.

Alternativa Correta: (E) O exantema é típico de eritema infeccioso e que habitualmente ocorre em 3 estágios: acometimento das bochechas (?face esbofetada?), progressão para o tronco e membros com clareamento central das máculas dando o aspecto rendilhado, e recidiva entre 10- 20 dias após exposição solar, estresse, calor e atividade física.

Bibliografia: KLIEGMAN, Robert M. et al. (Ed.). Nelson. Tratado de pediatria. Elsevier Health Sciences, 2020.

118. Rinite é a doença alérgica respiratória mais prevalente na infância e pode levar a grande impacto na qualidade de vida se não for identificada por profissionais de saúde. Em relação ao diagnóstico dessa condição, assinale a alternativa correta.

- A. É baseado em testes alérgicos de leitura tardia (contato) e dosagem de Imunoglobulina G específica sérica.
- B. É orientado pelo exame físico, no qual se identifica estridor expiratório e eczema na região em torno no nariz.
- C. É norteado primordialmente por exames de imagem como radiografia do perfil nasal (cavum) e seios da face.
- D. É mandatório realização de nasofibroscopia para afastar polinose e outras alterações anatômicas da cavidade nasal.
- E. É essencialmente clínico, com a presença de coriza, espirros em salvas, obstrução e prurido nasal.

Alternativa Correta: (E) O diagnóstico de rinite alérgica é essencialmente clínico, incluindo sintomas crônicos nasais e eventualmente oculares associados. O teste alérgico de leitura imediata ou dosagem de IgE específica sérica auxiliam na identificação dos alérgenos que possam estar envolvidos do desencadeamento de sintomas, mas não são essenciais. No exame físico estão presentes sinais de atopia como saudação alérgica, dupla prega de Dennie Morgan e edema de conchas nasais com palidez de mucosa associada. Não são necessários exames de imagem, que inclusive podem ser iatrogênicos para a criança, por emitirem radiação. Nasofibroscopia poderia afastar polipose nasal, mas é realizada na infância para casos mais graves ou refratários ao tratamento.

Bibliografia: Sakano E, Sarinho ESC, Cruz AA, et al. IV Consenso Brasileiro sobre Rinite - atualização em rinite alérgica. Braz J Otorrinolaryngol. 84 (1), 2018.

119. Achados semiológicos podem ser sinais importantes na investigação de patologias linfoproliferativas. Qual alternativa apresenta maior associação com patologias tumorais?

- A. Adenomegalias pequenas e móveis.
- B. Adenomegalias dolorosas associadas a febre aguda.

C. Adenomegalia aderente a planos profundos e grandes.

D. Adenomegalias móveis e assintomáticas.

E. Adenomegalia dolorosa de localização inframandibular.

Alternativa Correta: (C) Adenomegalias com características linfoproliferativas podem assumir aspecto indolor, grandes (maior de 2 cm), aderentes a planos profundos e imóveis. Geralmente de crescimento crônico, não associado a patologias infecciosas.

Bibliografia: Nelson textbook of pediatrics, 20th edition. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.

120. A leucocitúria pode ser detectada no exame de urina rotineira e o jato médio urinário constitui a amostra mais utilizada nesta avaliação. Em relação à leucocitúria, assinale a alternativa correta.

- A. Leucocitúria estéril pode ser encontrada em casos de nefrolitíase.
- B. A esterase leucocitária apresenta relação inversa com a análise microscópica de leucocitúria.
- C. O tipo leucocitário predominante na infecção urinária é de linfócitos e eosinófilos.
- D. É um achado específico de infecção urinária, apesar de pouco sensível.
- E. O valor absoluto de leucocitúria de corte para diagnóstico de infecção urinária na criança independe da técnica de coleta da amostra de urina.

Alternativa Correta: (A) Leucocitúria isolada não define infecção urinária, podendo ocorrer em outras patologias urinárias, como nefrolitíase, febre, nefrite intersticial. A esterase leucocitária não é um substituto adequado para a microscopia, mas pode refletir relação direta com a leucocitúria em alguns casos. Os leucócitos polimorfonucleares são o tipo histológico encontrado nas infecções urinárias; eosinófilos podem ser encontrados nas cistites intersticiais. Leucocitúria em urina coletada por saco coletor não diagnóstica infecção, ao passo que em urina coletada por punção suprapúbica sim.

Bibliografia: Mota DM, Souza V. Interpretando o exame de urina: achados a considerar. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Oliveira Filho EA, Nobrega M, organizadores. PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 83-107. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1.).