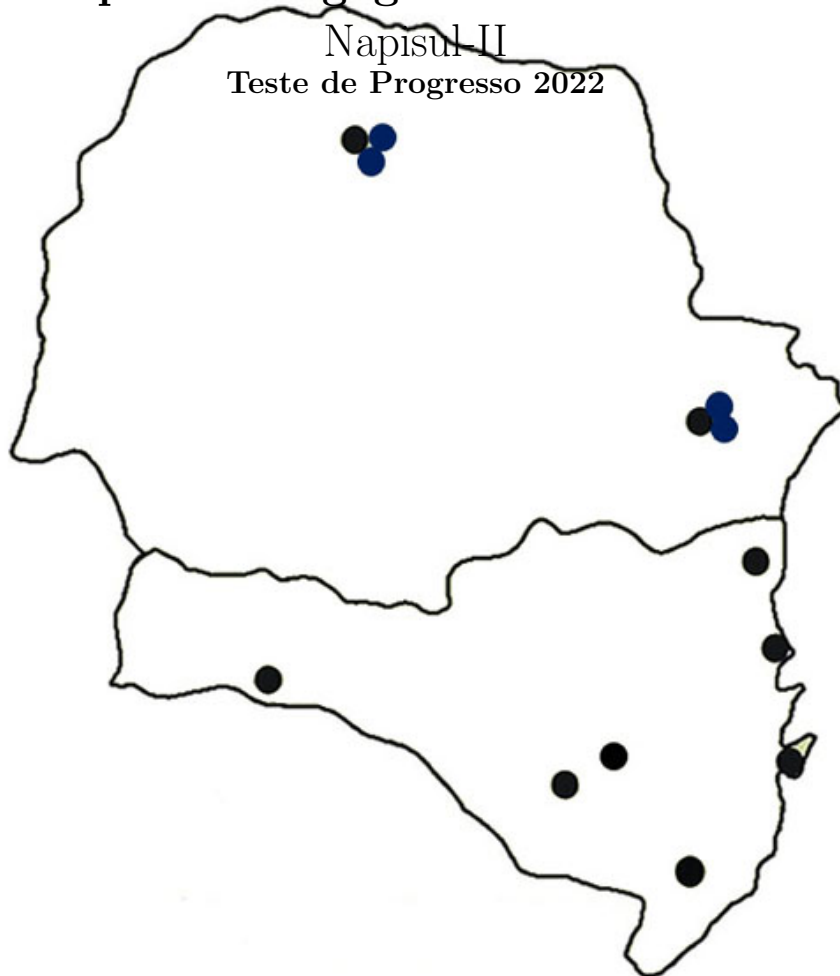


# Núcleo de Apoio Pedagógico Interinstitucional Sul II

Napisul-II  
Teste de Progresso 2022



---

## QUESTÕES COMENTADAS

---



1. Um grupo de estudantes de medicina realizou um projeto sobre a assepsia das mãos. Em parte do projeto constava: H<sub>0</sub> - as taxas de sobrevivência são iguais nos dois grupos: tratado (com assepsia) e controle (sem assepsia); H<sub>1</sub> - a taxa de sobrevivência no grupo tratado (com assepsia) é maior do que no grupo controle (sem assepsia). H<sub>0</sub> e H<sub>1</sub> são:

- A. Informações denominadas variáveis, sendo H<sub>0</sub> variável dependente e H<sub>1</sub> variável independente.
- B. Afirmações não passíveis de testes, devendo ser aceitas para serem levadas aos resultados e discussão do artigo.
- C. Hipóteses (respostas provisórias) não passíveis de testes devido a complexidade das afirmações, devendo ser reformuladas.
- D. Hipóteses que serão analisadas, sendo H<sub>0</sub> a "hipótese nula" (não há efeito da assepsia) e H<sub>1</sub> a hipótese a ser testada (existe efeito).**
- E. Variâncias estatísticas que indicam o tipo de teste a ser empregado na análise estatística.

Alternativa Correta: **(D)** Para aplicar um teste estatístico, o pesquisador começa levantando a hipótese de que o tratamento não tem efeito. É a hipótese da nulidade, que se indica por H<sub>0</sub> (lê-se agá-zero). No entanto, o pesquisador acredita no contrário: acha que o novo tratamento tem efeito. Esta é a hipótese alternativa - que se indica por H<sub>1</sub> (lê-se agá-um). Não são variáveis e devem ser passíveis de testes.

*Vieira, S. Bioestatística Tópicos Avançados. 4ª. Ed., Elsevier Editora, Rio de Janeiro, 2018.*

2. 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 B<sub>1</sub>.
- 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, 10ª. Ed., Elsevier, Philadelphia, 2020.; Franco M, Montenegro M. Patologia Processos Gerias, 6ª Ed., Atheneu, São Paulo, 2015.*

3. Durante um ciclo de espermatogênese ocorreu a não disjunção de um par de cromossomos autossômicos durante a meiose. Espera-se que os espermatozoides gerados a partir desse ciclo anormal tenham o conjunto cromossômico:

- A. 50% 24, X e 50% 24, Y.
- B. 75% 24, X ou Y e 25% 24, X ou Y.
- C. 50% 24, X ou Y e 50% 22, X ou Y.**
- D. 50% 24, X ou Y e 50% 23, X ou Y.
- E. 25% 24, X ou Y; 25% 22, X ou Y; 25% 23, X e 25% 23, Y.

Alternativa Correta: **(C)** A questão está relacionada a ocorrência de gametogênese anormal. A não disjunção de um par de cromossomos autossômicos corresponde a uma falha na meiose I da espermatogênese, onde um par de cromossomo não se separa durante a anáfase I do espermátócito primário. Essa falha resulta na formação de espermátócitos secundários geneticamente anormais: 50% contendo um cromossomo a mais (24) e 50% contendo um cromossomo a menos (22). Durante a meiose 2 ocorreu a separação das cromátides irmãs como esperado, levando a formação de um conjunto de espermátides defeituosas de forma similar ao ocorrido com os espermátócitos secundários (50% contendo 24 cromossomos e 50% contendo 22 cromossomos). Na questão a não disjunção afetou um par de cromossomos autossômicos, sem prejuízo na separação do par de cromossomos sexuais.

*Bibliografia: MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia clínica. 11a ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen, 2021. 552 p. ISBN 9788595157491; SADLER, T. W. Langman: Embriologia Médica. 13ª edição. 13. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2016 1 recurso online ISBN 9788527729178.*

4. Primigesta de 29 anos, 34 semanas de gestação, refere disfagia esofágica e constipação intestinal leve sem melhora com aumento na ingestão de líquidos e fibras ou com a prática de exercícios físicos. Além da tranquilização da paciente e orientações quanto aos hábitos intestinais normais, poderá ser prescrito um laxante:

- A. amolecedor, como o docusato.**
- B. ativador de canais de cloreto, como a loperamida.
- C. estimulante, como o bisacodil.
- D. irritante, como o óleo de rícino.
- E. lubrificante, como o óleo mineral.

Alternativa Correta: **(A)** A constipação na gestação decorre da atonia intestinal, em consequência da ação inibidora da progesterona sobre a contratilidade da fibra muscular lisa; e, na gestação avançada, da compressão das vísceras abdominais pelo útero gravídico. Deve ser tratada com aumento da ingestão de fibras (como laxantes volumosos - não trazidos nas opções das questões) e água. Os laxantes são comumente usados contra a constipação, para acelerar o movimento do alimento por meio do trato gastrointestinal. Esses fármacos podem ser classificados com base no seu mecanismo de ação em: irritantes/estimulantes; volumosos; salinos e osmóticos; amolece-

dores de fezes; lubrificantes e ativadores de canais de cloretos. O docusato - um laxante amolecedor - age como emulsificador das fezes, sendo usado contra constipação leve, inclusive na gravidez, embora seu efeito não seja imediato. A loperamida é usada contra a diarreia, não contra a constipação. O bisacodil - um laxante irritante/estimulante - é um potente estimulante do colo do intestino onde atua diretamente nas fibras nervosas na mucosa como purgativo. O óleo de rícino - um laxante irritante/estimulante - não deve ser usado na gravidez porque pode provocar contrações do útero. O óleo mineral - um laxante lubrificante - não deve ser usado em pacientes acamados ou com disfagia, devido à possibilidade de aspiração e uma potencial pneumonia lipoide.

*Bibliografia: WHALEN, K.; FINKEL, R.; PANAVELIL, T. A. Farmacologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 6. ed. 2016; WALD, A. Constipation, diarrhea, and symptomatic hemorrhoids during pregnancy. Gastroenterol. Clin. N Am. v. 32, p. 309-322, 2003.*

5. Homem de 35 anos procura o serviço de emergência por tontura postural. Ao exame físico, percebe-se diferença significativa entre a pressão arterial na posição em pé e em decúbito. Foram solicitados exames laboratoriais que revelaram hipercalemia. De acordo com o quadro clínico, quais células poderiam estar envolvidas?
- A. Da medula adrenal.
  - B. Do córtex adrenal.**
  - C. Musculares cardíacas.
  - D. Foliculares da tireoide.
  - E. Hepatócitos.

**Alternativa Correta: (B)** As células da zona glomerulosa do córtex adrenal são secretoras de aldosterona. A deficiência de aldosterona provoca depleção renal de sódio e hipercalemia. A depleção de sódio pode levar à hipovolemia e redução do débito cardíaco, ocasionando a hipotensão postural.

*Bibliografia: GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Guyton e Hall: fundamentos de fisiologia . 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 551 p.*

6. Os medicamentos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) são anti-hipertensivos e também apresentam características nefroprotetoras, pois reduzem a pressão:
- A. capilar glomerular, devido à redução da pressão arterial sistêmica e à dilatação das arteríolas aferentes renais.
  - B. capilar glomerular, devido à redução da pressão arterial sistêmica, não interferindo nas arteríolas renais.
  - C. capilar glomerular, devido à redução da pressão arterial sistêmica e à dilatação das arteríolas eferentes renais.**
  - D. arterial sistêmica, e dilatam as arteríolas aferentes renais, não interferindo na pressão capilar glomerular.

- E. arterial sistêmica, e dilatam as arteríolas eferentes renais, não interferindo na pressão capilar glomerular.

**Alternativa Correta: (C)** A Dilatação da arteríola eferente diminui a resistência à saída do sangue do glomérulo provocando diminuição da pressão glomerular.

*Bibliografia: RANG, H. P; DALE, M. Maureen; RITTER, J. M. Rang e Dale Farmacologia. 7. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2012. xxv, 778 p. ISBN 9788535241723.*

7. O nível de mRNA de um fator de transcrição específico foi semelhante comparando dois tecidos distintos. Entretanto, os níveis de mRNA de seus genes-alvo diferiu significativamente nestes tecidos. Qual das etapas da regulação da expressão do gene que codifica essa proteína regulatória tem maior probabilidade de ser diferencialmente controlada nesses tipos celulares?
- A. Tradução ou pós tradução.**
  - B. Transcrição.
  - C. Transporte do mRNA.
  - D. Degradação do mRNA.
  - E. Escolha dos sítios de *splicing*.

**Alternativa Correta:**

**(A)** Como o nível de mRNA do fator de transcrição específico é semelhante nos dois tecidos, a diferença pode ser atribuída a atividade desta proteína, ou seja, ou modificações traducionais ou pós traducionais.

*Bibliografia: WATSON J. D. et.al. Biologia molecular do gene. 7ª Ed., Editora Artmed, 2015.*

8. As espécies do gênero *Bacteroides* que colonizam o nosso trato gastrointestinal estão envolvidas em processos que auxiliam na manutenção da nossa saúde, como, por exemplo, digerindo diversos polissacarídeos complexos que não podem ser digeridos por enzimas do metabolismo humano. Os subprodutos dessa fermentação bacteriana que podem ser absorvidos pelos enterócitos e utilizados pelo corpo promovendo saúde são:
- A. ácidos graxos de cadeia média e vitamina A.
  - B. ácidos graxos de cadeia longa e vitamina C.
  - C. butirato e vitamina B.
  - D. ácidos graxos de cadeia curta e vitamina K.**
  - E. propionato e vitamina D.

**Alternativa Correta: (D)** As espécies do gênero *Bacteroides*, ao digerirem diversos polissacarídeos complexos que não podem ser digeridos por enzimas do metabolismo humano, geram subprodutos como os ácidos graxos de cadeia curta (butirato, propionato e acetato) que podem ser absorvidos por enterócitos e utilizados como fonte de energia. *Bacteroides* também produzem substâncias vitais para o hospedeiro humano, como as menaquinonas (vitamina K) e fazem a deconjugação e de-hidroxilação de sais biliares, promovendo a reciclagem desses compostos.

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

9. Homem de 30 anos é levado ao pronto-socorro 4 horas após a ingestão de aproximadamente 40 comprimidos de aspirina. Ele está tonto e com náuseas, mas não vomitou. Seu pulso é 140/min, a respiração é 30/min e a pressão arterial é 110/70 mm Hg. O exame físico mostra dor epigástrica leve. O paciente está confuso. Os estudos séricos mostram uma concentração de sódio de 140 mEq/L e uma concentração de cloreto de 103 mEq/L. A gasometria arterial no ar ambiente tem maior probabilidade de mostrar qual dos seguintes conjuntos de achados?

	pH	PaCo <sub>2</sub> (mmHg)	HCO <sub>3</sub> (mEq/l)
Resultado 1	7,30	38	15
Resultado 2	7,46	48	33
Resultado 3	7,41	42	26
Resultado 4	7,55	30	24
Resultado 5	7,36	50	27

- A. Resultado 1.
- B. Resultado 2.
- C. Resultado 3.
- D. Resultado 4.**
- E. Resultado 5.

Alternativa Correta: (D) Na fase inicial da toxicidade da aspirina, os pacientes desenvolvem alcalose respiratória devido à estimulação direta do centro respiratório na medula oblonga. Na fase tardia da toxicidade da aspirina, que ocorre várias horas após a ingestão, os pacientes desenvolvem acidose metabólica devido ao acúmulo de cetoácidos orgânicos, ácido lático e ácido salicílico.

*Bibliografia: GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Guyton e Hall: fundamentos de Fisiologia . 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.*

10. Homem de 50 anos de idade com pressão arterial de 140/85 mmHg e peso de 90 kg. Ele relata que não se sente bem, seu eletrocardiograma (ECG) não tem ondas P, apresenta frequência cardíaca de 46 bpm e o complexo QRS ocorre regularmente. Este paciente tem bloqueio cardíaco:

- A. sinoatrial.**
- B. de primeiro grau.
- C. de segundo grau.
- D. de terceiro grau.
- E. do sistema de His-Purkinje.

Alternativa Correta: (A)

Quando um paciente não tem ondas P e apresenta frequência cardíaca baixa, é provável que o impulso proveniente do nó sinoatrial esteja totalmente bloqueado antes

de entrar no músculo atrial. Isto é chamado de bloqueio sinoatrial. Os ventrículos assumem um novo ritmo geralmente iniciado no nó A-V neste momento, o que resulta em uma frequência cardíaca de 40 a 60 bpm. Ao contrário, durante a bradicardia sinoatrial ainda se tem ondas P associadas com cada complexo QRS. No bloqueio cardíaco de primeiro, segundo e terceiro graus, se tem ondas P em cada um desses instantes, embora algumas não estejam associadas ao complexo QRS.

*Bibliografia: PORTH, Carol Mattson; MATFIN, Glenn. Fisiopatologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.*

11. 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.*

12. A patogênese da COVID-19 ainda não está claramente compreendida, mas há evidências de uma resposta imune hiperinflamatória em pacientes críticos, provocando a síndrome respiratória aguda grave. Com base nos mecanismos celulares e humorais efetores envolvidos no combate e eliminação dos vírus, assinale a alternativa correta.

- A. As células B que expressam MHC classe II são ativadas por linfócitos TCD8+ e passam a produzir IgG, que auxiliam os macrófagos no combate ao vírus.
- B. O linfócito TCD8+/Th2 é responsável pela produção da citocina IL-4, ela ativa a destruição dos macrófagos contendo vírus em suas vesículas exocíticas.

- C. As células Natural Killer são leucócitos que atuam na imunidade inata, elas liberam anticorpos que destroem células contaminadas ou partículas virais.
- D. A via clássica do sistema complemento é ativada por IgM/IgG, estimulando a deposição do complexo de ataque à membrana nas células contaminadas.
- E. Os linfócitos TCD4+ possuem função citotóxica para os vírus. Eles são ativados pelas células apresentadoras de antígenos que expressam MHC classe I.

Alternativa Correta: **(D)** As células B que expressam MHC classe II são ativadas por linfócitos TCD4+ e passam a produzir IgG que auxiliam os macrófagos no combate ao vírus. Os linfócitos TCD4+/Th1 é responsável pela produção da citocina IFN- $\gamma$  que ativa a destruição de macrófagos contendo vírus em suas vesículas endocíticas. As células Natural Killer são linfócitos que atuam na imunidade inata, elas liberam enzimas líticas que destroem células contaminadas ou partículas virais. Os linfócitos TCD8+ possuem função citotóxica para os vírus. Eles são ativados pelas células apresentadoras de antígenos que expressam MHC classe I.a.

*Bibliografia: ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.H.; PILLAI, S. Imunologia Celular e Molecular. 9ª, edição, 576p, 2019.*

13. Recém-nascido, sexo feminino, gestação a termo, portador de uma grande massa tumoral na região sacral, previamente diagnosticada por ultrassonografia durante o pré-natal (24 semanas). Desenvolveu logo após o nascimento constipação intestinal e urinária, necessitando de internação e encaminhamento para avaliação com cirurgião pediátrico para remoção cirúrgica do tumor. O exame anatomopatológico revelou a presença de vestígios de ossos, cartilagens e pelos. Qual a origem embrionária desse tumor?
- A. Processo notocordal.
- B. Vesícula umbilical.
- C. Cristas neurais.
- D. Somitos.
- E. Linha primitiva.

Alternativa Correta: **(E)** A linha primitiva é responsável pela formação do endoderma e mesoderma. É formada a partir de células do Epiblasto, que por sua vez, dá origem ao ectoderma. Em meados da quarta semana diminui em tamanho e torna-se uma estrutura insignificante na região sacrococcígea do embrião. Desaparecendo completamente até o final da quarta semana. Sua persistência resulta na formação de um tumor que pode conter vestígios de diferentes tecidos, visto que suas células estão envolvidas no desenvolvimentos dos 3 folhetos embrionários.

*Bibliografia: MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia clínica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen, 2021. 552 p. ISBN 9788595157491.; SADLER, T. W. Langman: Embriologia Médica. 13ª edição. 13. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2016 1 recurso online ISBN 9788527729178.*

14. 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.*

15. Em um serviço de acompanhamento à gestante, foi realizado um levantamento sobre o número de casos de sífilis na gestação diagnosticados no último mês. O objetivo era analisar o perfil epidemiológico destas gestantes. Foram 8 casos diagnosticados no período. Tendo como base a tabela abaixo, qual a mediana da idade das gestantes?

Caso	1	2	3	4	5	6	7	8
Idade(anos)	32	17	18	27	20	21	32	33

- A. 24 anos.
- B. 25 anos.
- C. 30 anos.
- D. 32 anos.
- E. 35 anos.

Alternativa Correta: **(A)** O termo mediana refere-se à medida que especifica a tendência central indicando exatamente o valor central de determinados dados. É importante ressaltar que quando temos uma quantidade ímpar de números, definimos a mediana como o número central dos números apresentados. Porém, quando se tem uma quantidade par de números, definimos a mediana destes da seguinte forma: Somam-se os dois números centrais e calcula-se a média entre eles. 17-18-20-21-27-32-32-33;  $(21+27) / 2 = 24$  anos mediana ; Média = 25 anos ; moda = 32.

16. 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 <sup>3</sup>	Referência
LEUCOCITOS		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 lincocitose 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 clinico laboratorial 3. ed- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.*

17. A psicose está associada a uma série de patologias psiquiátricas e também pode ser efeito de substâncias ou drogas tóxicas. A explicação inicial dessa condição recai para o entendimento do neurotransmissor dopamina no seu receptor D2. Quais os fármacos antipsicóticos típicos que deram origem a teoria da dopamina (na psicose)?
- A. Haloperidol e Clozapina.
  - B. Clorpromazina e Sulpirida.
  - C. Haloperidol e clorpromazina.
  - D. Clozapina e Clorpromazina.
  - E. Clozapina e Sulpirida.

Alternativa Correta: (C) A síntese da Clorpromazina e do Haloperidol permitiu deduzir que o mecanismo comum desses fármacos era o antagonismo da dopamina, especificadamente em D2. A Clozapina deu origem aos

antipsicóticos atípicos ou de segunda geração com ação preferencial em receptores serotominérgicos.

Bibliografia: BRUNTON, Laurence L. *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. Porto Alegre AMGH 2018. Página 339.*

18. A neurociência estuda a função e o papel de componentes celulares ativos no funcionamento e nas patologias do SNC. As células imunes residentes no cérebro são um exemplo destes componentes celulares. Assinale a alternativa que indica as únicas células imunes residentes no cérebro.
- A. Oligodendrócitos.
  - B. Micróglia.
  - C. Interneurônios.
  - D. Astrócitos.
  - E. Células de Schwann.

Alternativa Correta: (B) As Micróglia são as únicas células imunes residentes no cérebro. Elas agem como a primeira linha de defesa imunológica no cérebro.

Bibliografia: Neurociência para leigos. Frank Amthor, PhD. Alta Books editora, ed, Rio de Janeiro, 2017.

19. Uma adolescente foi internada em estado letárgico. Após 2 dias, começou a apresentar atividade convulsiva focal. Os níveis plasmáticos de amônia estavam em 1000 micromol/L (normal 5 a 35 micromol/L). A determinação dos níveis de aminoácidos no plasma mostrou aumento marcante de argininosuccinato. Investigações diagnósticas evidenciaram distúrbios no ciclo da ureia. Assinale a opção correta de conduta para pacientes com o distúrbio acima.
- A. Enriquecer a dieta com fontes de proteínas para evitar complicações de carência de aminoácidos essenciais.
  - B. Instituir dieta rica em lipídios para evitar carência de vitaminas lipossolúveis.
  - C. Evitar o consumo de carboidratos para poupar o fígado, tendo em vista que este órgão já está sobrecarregado sintizando ureia.
  - D. Orientar dieta equilibrada (proteínas, carboidratos e lipídios), rica em sais minerais para evitar a hiponatremia.
  - E. Evitar jejum prolongado visando minimizar complicações neurológicas.

Alternativa Correta: (E) Pacientes com distúrbios no ciclo da ureia apresentam dificuldades na eliminação de nitrogênio proveniente da oxidação de aminoácidos, levando ao acúmulo de amônia. Em jejum a oxidação de aminoácidos se torna maior e desta forma deve-se evitar jejum prolongado minimizando a oxidação de aminoácidos e com isso complicações neurológicas.

Bibliografia: HARVEY, R. A.; FERRIER, D. R. *Bioquímica Ilustrada. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, 520p. Capítulo 19.*

20. As enteroparasitoses decorrentes de infecção por protozoários e/ou helmintos representam um grave problema de saúde pública, particularmente nos países subdesenvolvidos. Três fatores são indispensáveis para que ocorra a infecção: as condições do hospedeiro, o parasita e o meio ambiente. Em relação aos fatores da tríade epidemiológica, pode-se afirmar que:

- A. A maioria das enteroparasitoses são assintomáticas, e as manifestações mais frequentes são: a anemia perniciosa e a desintéria.
- B. A água é um veículo de transmissão desses parasitas sem influenciar na incidência de parasitoses intestinais.
- C. A dependência de um vetor facilita a disseminação do parasita, tendo em vista que parte do ciclo de vida deste parasita ocorre no vetor.
- D. A imunização regular dos possíveis hospedeiros tem sido uma forma eficaz de prevenção contra diversas parasitoses.
- E. A resistência ao sistema imune do hospedeiro através de mecanismos de evasão é fator que beneficia alguns parasitas.

Alternativa Correta: (E) Não há imunização desenvolvida para enteroparasitoses causadas por helmintos e protozoários. Nem todas as parasitoses dependem da presença de um vetor para serem disseminadas. Nem sempre a água é veículo de disseminação de enteroparasitos. Além disso, o saneamento básico possui muita influência na redução da incidência de enteroparasitoses. A maioria dos enteroparasitas causam anemia ferropriva e diarreia.

*Bibliografia: NEVES, D. P.; COSTA, A. O.; de MELO, A. L.; REIS, A. B.; EIRAS, Á. E.; ROMANHA, Á. J.; BARBOSA, A. P.; da SILVA, A. V. M. Parasitologia humana. 12. Ed. São Paulo: Atheneu, 2011.*

## Saúde Coletiva

21. Os 4 princípios da bioética são a benevolência (fazer o bem), a não maleficência (não fazer o mal), a autonomia (a pessoa escolhe) e a justiça (priorizar com equidade). Na Atenção Primária à Saúde (APS), existem alguns desafios que permeiam os limites éticos profissionais. Com relação à atuação na APS, pode-se afirmar que:

- A. nada justifica a quebra de confidencialidade e, portanto, o prontuário médico é propriedade e responsabilidade exclusiva do médico na equipe multiprofissional.
- B. cada profissão envolvida na equipe multiprofissional segue seu código de ética, tornando desnecessária a discussão de papéis e limites de responsabilidade dentro da equipe multiprofissional.
- C. atualmente, existe a carência de um código de ética multiprofissional, favorecendo crises em razão de diferentes visões de cada profissão e de cada profissional diante de dilemas éticos.

- D. por se tratar de equipe multiprofissional, entende-se que toda a informação sobre o paciente necessita estar explícita em prontuário, de forma clara, para que todos conheçam todos os usuários.
- E. faz parte do trabalho multiprofissional as discussões sobre os casos atendidos, o que facilita que todos os profissionais conheçam detalhadamente cada caso, sanando, desta forma, qualquer conflito.

Alternativa Correta: (C) Existem condições que justificam a quebra de sigilo, como, por exemplo, sério dano físico a pessoa identificável, quando houver benefício real dessa quebra, quando for o último recurso e quando for generalizável, ou seja, mesmo dilema, com outros atores, permite a mesma solução. Sempre é necessário que a equipe multiprofissional discuta e compreenda os papéis e limites éticos de cada um dos profissionais da equipe e tentem estabelecer um processo de trabalho que acolha todas as nuances. O prontuário médico é de responsabilidade de instituição que o gere, sendo somente autorizada a exposição de detalhes e confidencialidades do paciente se este autorizar a exposição. Nem todos os casos precisam ser discutidos com todos os membros da equipe, podendo ser, num primeiro momento, compartilhado com profissionais que tenham compromisso com algum órgão de ética profissional.

*Bibliografia: Gusso, G, Lopes JM, Dias LC. Tratado de Medicina da Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2ª.Ed., Artmed, Porto Alegre, 2019.*

22. 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: GUSSO, 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.*

23. 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.*

24. A nova edição da PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) de 2017 deixa claro no seu artigo 2o. que "A

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais (...) realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária". Para que isso seja possível foi determinado que para os territórios de abrangência das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF):

- A. cada equipe ESF deve trabalhar com as pessoas sem relação territorial entre si, no sistema de organização que se chama carteira de pacientes.
- B. caso seja um território de risco ou de alta vulnerabilidade, deve ter um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para cada 3500 pessoas.
- C. as equipes são encorajadas a deixar de ser ESF para se tornar o que a PNAB passa a chamar de Equipe de Atenção Básica (EAB).
- D. cada cidade pode ter no máximo o número de equipes ESF que resulta na divisão de sua população por 2000.
- E. para a PNAB 2017 um quantitativo ideal seria montar o sistema de saúde local com 5000 pessoas por equipe ESF.

Alternativa Correta: (D) Toda ESF deve ser territorializada, com responsabilidade sanitária do território adscrito. Em caso de alto risco ou vulnerabilidade, deve ter 1 ACS a cada 750 pessoas. É a ESF que deve ser considerada o modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Quantitativo máximo previsto na PNAB de 3500 pessoas por equipe ESF.

*Bibliografia: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). [Internet]. 2017 [citado 10 de abril de 2022].*

25. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira envolveu várias organizações da comunidade, professores, sanitaristas e estudantes, sindicatos e diversos parlamentares e surgiu diante da insatisfação com as condições sociais de pobreza e de saúde precária da população. Este movimento teve como marco:

- A. a criação do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social).
- B. a criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde).
- C. a elaboração da Lei 8080 e da Lei 8142.
- D. a Oitava Conferência Nacional de Saúde.
- E. a implantação do PSF (Programa Saúde da Família).

Alternativa Correta: (D) Pela 1ª vez, a VIII Conferência Nacional de Saúde contou com uma expressiva participação popular em busca de uma reforma no sistema de saúde que atendessem a todos, bem como melhorias das condições de vida da população. Isso culminou em um novo conceito de saúde, mais abrangente e finalmente na implantação do SUS. Embora tenha ocorrido no período



da reforma sanitária, não foi o marco que mudou o rumo da saúde no Brasil.

*Bibliografia: Livro Saúde e Democracia. História e perspectivas do SUS. Nísia Trindade Lima. 2005. Editora Fiocruz. Pág 59 a 81; 315: As origens da reforma Sanitária e do SUS.*

26. A relação entre saúde e os determinantes sociais é necessária para a compreensão do conceito ampliado de saúde. Qual das alternativas abaixo apresenta um determinante social como fator de risco para a saúde?

- A. Ter menos de 10 anos.
- B. Ter regular suporte social.
- C. Cursar uma faculdade.
- D. Beber uma cerveja 2 vezes por semana.
- E. Estar desempregado.

**Alternativa Correta: (E)** De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, os fatores determinante e condicionantes de saúde são: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais para a saúde.

*Bibliografia: Bases da Saúde Coletiva. Organizadores: Selma Maffei de Andrade, e colaboradores. 2ª edição, revista e ampliada. Edue, 2009.*

27. Assinale a alternativa que ilustra corretamente o modelo da História Natural da Doença, em que Leavell e Clark dividem o processo saúde-doença em 2 períodos, a pré-patogênese e a patogênese.

- A. Um agente patogênico presente na pré-patogênese tem poder de, sozinho, ser suficiente para desencadear uma doença em um indivíduo suscetível.
- B. Os agentes patogênicos responsáveis por causar uma doença na pré-patogênese podem ser de natureza física, química, nutricional, genética.
- C. No período da patogênese temos três níveis de evolução da doença, que podem ser caracterizadas pela presença de sequelas, pela cronicidade ou pela cura.
- D. As alterações bioquímicas, fisiológicas e histológicas do período da patogênese, permitem o diagnóstico pelos sinais e sintomas específicos de uma doença.
- E. A cronicidade do período de patogênese necessariamente determina graus variados de incapacidade física irreversíveis e de invalidez.

**Alternativa Correta: (B)** É necessária uma interação de outros fatores como os individuais. No período da patogênese temos quatro níveis de evolução da doença e tem a morte como evolução da doença. A cronicidade pode ser reversível.

*Bibliografia: Introdução à Epidemiologia. Naomar de Almeida Filho e Maria Zélia Rouquayrol. 4ª edição. Ed*

*Guanabara Koogan, 2006. Capítulo 3: modelos de saúde doença.*

28. O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS. Este registro contém as informações dos indivíduos. Atualmente, o número do CNS é utilizado nos sistemas informatizados de saúde que demandam identificação dos indivíduos, sejam usuários, operadores ou profissionais de saúde. Sobre o CNS, assinale a alternativa correta.

- A. O CNS pode ser feito em cada estado, com isso há a possibilidade da pessoa ter vários CNS, o que pode fazer a pessoa ser mais facilmente atendida dependendo da localidade.
- B. O sistema de CNS tem seu papel apenas para o indivíduo, já que é pessoal e intransferível, dessa forma não tem importância epidemiológica para o gestor de saúde.
- C. Não existe exigência de se ter um registro no CNS para ser atendido pela saúde suplementar (convênios e planos de saúde).
- D. Existe um campo de Nome Social no CNS, mas deve ser obrigatoriamente usado o nome de registro no momento de interação da pessoa com o SUS.
- E. Com o CNS o cidadão poderá saber os nomes dos profissionais de saúde que o atenderam, o período, o nome da unidade de saúde e os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados.

**Alternativa Correta: (E)** CNS é cadastro único nacional vinculado ao CPF. Ele é muito importante para as análises epidemiológicas dos gestores de saúde pública e privada, conforme site do CNS do MS: O CNS faz parte da política do e-Saúde, que utiliza essas bases de dados de pessoas, estabelecimentos, procedimentos, como forma de propor ações estratégicas para a formulação de políticas de saúde de forma integrada. Com isso, é possível organizar a rede de atenção à saúde e a gestão do SUS, facilitar o atendimento ao cidadão e qualificar o trabalho dos gestores e profissionais da área da Saúde. Diante disso, perceba-se o impacto e a amplitude do uso das tecnologias de informação e de telecomunicação na gestão da saúde pública. O nome social deve ser usado em todas as interações da pessoa com o SUS conforme portaria 1820 de 13 de agosto de 2009: Art. 4º, Parágrafo Único, identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. O prazo para que todos os beneficiários de planos de saúde tenham seu número de Cartão Nacional de Saúde informado à ANS pelas operadoras foi em junho de 2013. O beneficiário de plano de saúde terá acesso ao número do CNS quando solicitá-lo à operadora.

*Bibliografia: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartão Nacional de Saúde: uma realidade para todos os brasileiros. [Internet]. [citado 13 de abril de 2022]. ; BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro*

Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. [citado 13 de abril de 2022].

29. Henry Sigerist descreveu as quatro funções da medicina: Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Tratamento dos Doentes e Reabilitação. Das alternativas abaixo, assinale aquela que apresenta uma ação correta de medida de prevenção.

- A. Lucia recebeu diagnóstico de Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e sua médica indicou uso de quimioprofilaxia como prevenção secundária.
- B. Seu Joaquim é diabético, obeso, usa insulina e seu médico recomendou atividade física e dieta equilibrada como medida de prevenção terciária.**
- C. Amanda de 23 anos foi colher seu exame de coleta de Citologia Oncótica pedido como rotina pela médica, realizando uma prevenção primária.
- D. Maria, 67 anos, após alta devido a um AVC, iniciou fonoaudiologia para ajudar na deglutição, pensando em prevenção quaternária.
- E. A verificação da pressão arterial nas consultas de rotina de Dona Ilda na UBS traduz uma forma de prevenção primária.

Alternativa Correta: **(B)** Diabéticos que fazer exercícios, evitam complicações da doença. A coleta de citologia oncológica é prevenção secundária. A fonoaudiologia em pacientes com sequela de AVC é prevenção terciária. A reavaliação de pressão arterial é prevenção secundária. A quimioprofilaxia é prevenção primária.

Bibliografia: *Tratado de Saúde Coletiva. Gastão Wagner S Campos, Maria Cecília de Souza Minayo e colaboradores, Editora Ucitec. Fiocruz. 2000.*

30. Um gestor de um pequeno município precisa contratar um serviço privado complementar para realização de um exame dentro do Sistema Único de Saúde. Segundo a lei 8080/1990 este serviço deve observar a diretriz:

- A. Universalidade da saúde para todos, com exceção dos estrangeiros que moram no Brasil.
- B. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.**
- C. Centralização político-administrativa, com direção única na esfera federal do governo.
- D. Direito à informação para os meios de comunicação sobre a saúde de um indivíduo.
- E. Equidade da assistência à saúde, com maior acesso a quem menos precisa.

Alternativa Correta: **(B)** A LEI dispõe sobre os princípios do sistema e como os serviços complementares devem atuar.No caso nenhum serviço particular complementar ao SUS pode ter algum tipo de preconceito e deixar de atender a qualquer pessoa.

Bibliografia: *Brasil, Princípios básicos do SUS: Lei 8080/90 e Lei 8142.*

31. 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.*

32. Estudo realizado por Ranzani et al., publicado em agosto de 2021, envolveu 43.774 adultos com idade maior ou igual a 70 anos no estado de São Paulo. Todos os pacientes foram testados por meio de RT-PCR para o SARS-Cov-2. Os pacientes que apresentaram resultado positivo com doença sintomática foram pareados com um grupo controle de pacientes negativos. Observou-se então nos dados do sistema de vigilância epidemiológica se esses pacientes tinham sido vacinados. Com o resultado foi possível calcular a eficácia da vacina CoronaVac em idosos. É correto afirmar que esse é um estudo:

- A. do tipo coorte histórico.
- B. ecológico com grupo controle.
- C. controlado randomizado.
- D. transversal controlado.
- E. do tipo caso-controle.**

Alternativa Correta: **(E)** A PNAB 2017 passou a permitir que os ACSs façam procedimentos básicos de enfermagem, contanto que passem por capacitação para tais práticas. Essas capacitações devem ser oferecidas pela gestão do sistema de saúde.O estudo apresentado é um estudo individuado, observacional e longitudinal. O estudo parte de pacientes com testes positivos e negativos para o SARS-Cov-2 (infectados e não infectados) e buscase em algum momento do passado se esses pacientes foram

ou não vacinados (expostos ou não expostos). Esse delineamento de estudo é característico dos estudos de caso-controle, para ser mais específico, dos estudos de caso-controle teste negativos. Os estudos de coorte partem da exposição para a doença (desfecho). Os estudos ecológicos são agregados e não individuados. Apesar de ter grupo controle o estudo não é randomizado. O estudo é longitudinal e não transversal.

*Bibliografia:* 1. Bonita, R. *Epidemiologia básica* / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010 2. *Delineando a pesquisa clínica* / Stephen B. Hulley et al.; tradução e revisão técnica: Michael Schmidt Duncan; tradução: André Garcia Islabão. - 4. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2015. 3. Ranzani OT, Hitchings MDT, Dorion M, et al. *Effectiveness of the CoronaVac vaccine in older adults during a gamma variant associated epidemic of COVID-19 in Brazil: test negative case-control study. BMJ 2021; 374: n2015.*

33. Dentre os métodos utilizados para controlar fatores de confusão de um estudo, qual pode ser utilizado na fase analítica?

- A. Randomização.
- B. Estratificação.**
- C. Cegamento.
- D. Emparelhamento.
- E. Restrição.

Alternativa Correta: **(B)** Os fatores de confusão em um estudo podem ser controlados em 2 momentos, no delineamento do estudo e na análise dos resultados (fase analítica). No delineamento podem ser feitos o cegamento, a randomização, o emparelhamento e a restrição. A estratificação consiste em estabelecer extratos (categorias homogêneas bem definidas das variáveis de confusão) para a análise dos resultados, portanto, feita na fase analítica.

*Bibliografia:* 1. Bonita, R. *Epidemiologia básica* / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010 2. *Delineando a pesquisa clínica* / Stephen B. Hulley et al.; tradução e revisão técnica: Michael Schmidt Duncan; tradução: André Garcia Islabão. - 4. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2015.

34. Considerando a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a resultante Carta de Ottawa (1986) que propôs cinco campos de ação principais para a promoção da saúde, ao realizarmos ações de educação em saúde para a adoção de estilos de vida saudáveis, em que campo de ação estamos atuando?

- A. Implementação de políticas públicas saudáveis.
- B. Criação de ambientes saudáveis.
- C. Reforço da ação comunitária.
- D. Reorientação do Sistema de Saúde.
- E. Desenvolvimento de habilidades individuais.**

Alternativa Correta: **(E)** Desenvolvimento de habilidades individuais: Viabilizado por meio de estratégias educativas, são programas de formação e atualização que capacitam os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à promoção da saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.

*Bibliografia:* DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. *Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008. vol. 3, p. 49-76.*

35. Os estudos epidemiológicos permitem que as medidas de efeito e associação podem ser relativas, do tipo razão ou absolutas, do tipo diferença. Frente ao exposto assinale a alternativa que define as medidas de riscos.

- A. Diferença de risco é a diferença entre a prevalência (proporção ou taxa) do grupo de expostos em relação ao grupo não exposto.
- B. Odds ratio é uma medida de associação que pode ser utilizada para verificar a probabilidade de o evento acontecer na população.
- C. Risco atribuível é a diferença entre a incidência do evento em dois grupos, o do exposto ao fator de risco e do não exposto.**
- D. Risco relativo é a divisão entre a probabilidade de um evento acontecer quando se está exposto ou não a um fator de risco.
- E. Razão de prevalência é o cálculo que resulta em quantas vezes o risco de desenvolver uma doença é maior em um grupo comparado ao outro grupo.

Alternativa Correta: **(C)** Odds ratio :É a divisão entre a probabilidade de um evento acontecer quando se está exposto ou não a um fator de risco. Risco relativo: É o cálculo que resulta em quantas vezes o risco de desenvolver uma doença é maior em um grupo comparado ao outro grupo. Razão de prevalência: é uma medida de associação que pode ser utilizada para verificar a probabilidade de o evento acontecer na população. Risco atribuível/Diferença de risco: é a diferença entre a incidência do evento em dois grupos, o do exposto ao fator de risco e do não exposto.

*Bibliografia:* *Epidemiologia. Isabel Galhardo Demarchi, 2019.*

36. Mulher de 60 anos, chega à Unidade de Saúde com queixa de diarreia há 3 meses, associada a desconforto abdominal e perda de peso involuntária de 10% em relação ao habitual. Ao exame físico está com mucosas hipocoradas e dor na palpação profunda em fossa ilíaca direita, sem massas palpáveis, sem dor à descompressão brusca. Paciente nega história familiar de neoplasia intestinal. O acadêmico de medicina do terceiro ano, estagiário no serviço, ficou na dúvida sobre qual exame diagnóstico deveria ser pedido neste caso e em discussão com seu preceptor chegam a uma conclusão e encaminham a paciente para sua realização. Quando o paciente possui sintomatologia expressiva, identifique qual a característica principal do teste diagnóstico que deve ser levada em consideração antes de sua solicitação?

- A. Valor preditivo positivo.
- B. Valor preditivo negativo.
- C. Sensibilidade.
- D. Especificidade.**
- E. Prevalência pós-teste.

Alternativa Correta: **(D)** Como a paciente possui sintomas e forte suspeita de neoplasia maligna, necessitamos realizar um exame complementar com alta especificidade, que é a capacidade do teste diagnóstico detectar os verdadeiros negativos. Em exame com alta especificidade o resultado positivo aumenta consideravelmente as chances de ter a doença.

*Bibliografia: DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2013. xxiv, 1952p.*

37. Em 2006, após seguidas discussões que se iniciaram na Oitava Conferência Nacional de Saúde, e a orientação da OMS (Organização Mundial de Saúde) sobre regulamentação de políticas que incentivassem o uso das chamadas práticas de medicina tradicionais e complementares, foi regulamentada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS). Na PNPICS foram incluídas as seguintes práticas:

- A. Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo social.**
- B. Apiterapia, Dança circular, Meditação, Terapia Comunitária Integrativa e Shantala.
- C. Reiki, Massoterapia, Osteopatia, Musicoterapia e Naturopatia.
- D. Biodança, Arteterapia, Ayurveda, Terapia de florais e Imposição de mãos.
- E. Reflexoterapia, Constelação familiar, Aromaterapia, Bioenergética e Ozonioterapia.

Alternativa Correta: **(A)** A Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo social, foram regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) e inseridas na primeira edição da política.

*Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.*

38. A Hanseníase é uma doença crônica, transmissível de uma pessoa doente sem tratamento, para outra, após um contato próximo e prolongado. A forma virchowiana é a mais contagiosa (Classificação de Madrid, 1953) e possui algumas características específicas, tais como:
- A. Sudorese abundante e generalizada.
  - B. Nervos periféricos normais.

- C. Infiltração da pele da face.**
- D. Pilificação mantida.
- E. Emagrecimento.

Alternativa Correta: **(C)** A forma virchowiana, é a mais contagiosa das formas da hanseníase, segundo a classificação de Madrid (1953), que tem outras 3 formas classificadas, e se caracteriza pela pele da face infiltrada, avermelhada, seca, com poros dilatados e com acometimento dos pelos, causando sua queda, principalmente em região de sobrancelhas (madarose). O suor está diminuído ou ausente de forma generalizada, exceto nas áreas poupadas pela doença, onde fica mais intenso. Os nervos periféricos e seus ramos mais superficiais se tornam mais espessados simetricamente, o que dificulta sua comparação.

*Bibliografia: Brasil. MS. Sec de Vig Saúde. Depto. de Vig. das Dças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 68 p.*

39. Paciente de 42 anos chega ao pronto socorro de um município da região sudeste referindo quadro agudo de mal-estar, cefaleia, mialgia, náusea, vômito, dor abdominal e febre alta (40°C) intermitente que se alterna com períodos de sudorese e calafrio. Relata proceder de Porto Velho (Rondônia) há 15 dias e trabalhar na agricultura. Antes de proceder ao exame físico, o principal diagnóstico é de:

- A. Febre amarela.
- B. Febre maculosa.
- C. Malária.**
- D. Doença de Chagas aguda.
- E. Dengue.

Alternativa Correta: **(C)** O quadro clínico e a epidemiológico é típico da malária, doença endêmica em nosso país na região da Amazônia Legal. Trata-se de uma situação relativamente comum em qualquer pronto socorro do país.

*Bibliografia: DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed Editora SA, 2013.*

40. 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.*

## Pediatria

41. Lactente de 2 anos é trazido para consulta devido a quadro de prurido intermitente há 1 ano. Segundo a mãe, no último mês, paciente tem apresentado prurido intenso nos quatro membros, principalmente nos dias mais quentes. Nega febre. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou urinários. No exame físico notam-se lesões eritemato descamativas nas pregas antecubitais e poplíteas e pele áspera. Qual tratamento tópico é adequado para o controle do quadro?

- A. Creme de permetrina.
- B. Hidratante corporal.**
- C. Solução de ácido salicílico.
- D. Prometazina creme.
- E. Cetoconazol creme.

**Alternativa Correta: (B)** Paciente com quadro clínico compatível com dermatite atópica (início dos sintomas no período de lactente, piora com mudanças ambientais, pele seca/ áspera e localização de lesão em superfície flexora). O tratamento consiste em 4 pilares: educação do paciente, hidratação da pele, controle dos desencadeantes e medicamentos tópicos ou orais.

*Bibliografia: o BURNS, Dennis Alexander Rabelo et al. Tratado de Pediatria. 4.ed. Barueri, SP: Manole, 2017.*

42. Menino de 18 meses, dá entrada no pronto-socorro com tosse rouca, tiragem intercostal leve e estridor inspiratório. Na história, há presença de coriza há um dia sem febre associada. Com base neste quadro clínico prescreva o tratamento adequado.

- A. Inalação com beta-2-agonista 3 ciclos com intervalo de 20 min.

- B. Dexametasona 0,6 mg/Kg dose única via oral.**

- C. Prednisolona 0,5 mg/Kg/dia por 5 dias.

- D. Inalação com epinefrina 0,5 mL/Kg.

- E. Inalação com fluticasona 2x com intervalo de 1 hora.

**Alternativa Correta: (B)** A questão avalia os diagnósticos diferenciais de estridor respiratório, diferenciando o tratamento entre estridor laringeo e broncoespasmo, cujo quadro clínico se diferencia principalmente pelos sintomas apresentados. Este quadro é comum nas emergências pediátricas e o tratamento correto prontamente iniciado evita as complicações potencialmente graves das obstruções de trato respiratório superior. A medicação de escolha para a laringite viral aguda leve/moderada, como é a situação do nosso paciente, é a dexametasona VO dose única. A inalação com epinefrina está indicada nos casos graves. A inalação com beta-2-agonista está indicada na crise de broncoespasmo e a prednisolona para a laringite deve ser prescrita na dose de 1-2 mg/Kg/dia por 3 dias.

*Bibliografia: 1- Tapiainen T, Aittoniemi J, Immonen J, Jylkkä H, Meinander T, Nuolivirta K, Peltola V, Salo E, Seuri R, Walle SM, Korppi M. Finnish guidelines for the treatment of laryngitis, wheezing bronchitis and bronchiolitis in children. Acta Paediatr. 2016 Jan;105(1):44-9. doi: 10.1111/apa.13162. Epub 2015 Nov 6. ; 2- Guia Prático de Conduta - Departamento de Emergências - SBP - Crupe viral e bacteriano; N° 1, Jan 2017.*

43. Menina de 7 anos é trazida à consulta por aparecimento de pelos pubianos há 6 meses. Nega doenças prévias, nasceu de parto vaginal a termo, com peso de 2800g. A mãe mede 155cm, e teve a menarca aos 11 anos; o pai mede 168cm. Ao exame, apresenta estatura e peso no percentil 97. Presença de acne em face, pelos pubianos e hipertrofia de clitóris, sem mamas (M1 P3). A idade óssea é compatível com 10 anos. Sobre este caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A. Deve-se solicitar dosagem de estradiol, LH e FSH para descartar uma puberdade precoce central.
- B. O aparecimento precoce de pelos pubianos e aumento do clitóris é sugestivo de uma puberdade precoce isosssexual.
- C. Provavelmente é uma puberdade precoce não progressiva (adrenarca precoce).
- D. Trata-se de uma puberdade precoce periférica e deve-se investigar exposição a esteróides sexuais, além de tumor ou hiperplasia adrenal congênita.**
- E. Em meninas esse quadro é normal, pois as alterações da puberdade se iniciam aos 7 anos.

**Alternativa Correta: (D)** Essa criança apresenta uma puberdade precoce heterossexual, portanto de causa periférica, e as causas mais comuns são: tumor ou hiperplasia adrenal congênita, exposição a androgênios. A adrenarca precoce não causa hipertrofia de clitóris nem avanço de idade óssea tão grande.

*Bibliografia: Madeira, I.R.; Cordeiro, M.M. Endocrinologia Pediátrica. 2ª edição; Editora Manole, 2019, pag 41-51.*

44. Uma menina de 7 anos é trazida à consulta por estar ganhando muito peso há 3 anos. A mãe refere que a criança é sedentária e se alimenta apenas 3 vezes ao dia (almoço, lanche da tarde e jantar), mas repete o prato e não come vegetais. Ao exame, apresenta peso acima do percentil 95, estatura no percentil 90 e IMC de 22 (acima do percentil 97), queixo duplo, genu valgo, sem sinais de puberdade. Sobre esse caso, assinale a alternativa CORRETA.

- A. O valor de IMC é compatível com diagnóstico de sobrepeso.
- B. A obesidade pode levar a complicações sérias em crianças, como esteatose hepática, apneia do sono e depressão.**
- C. As endocrinopatias são causas frequentes de obesidade na infância.
- D. A família deve ser alertada do risco de puberdade precoce e diabetes mellitus tipo1 se ela permanecer acima do peso.
- E. A criança deve ser orientada a deixar de fazer o desjejum, para diminuir a ingesta calórica.

Alternativa Correta: **(B)** A obesidade na infância é de causa exógena em mais de 90% dos casos. O DM1 não é uma complicação da obesidade. A omissão do desjejum é um fator de risco de obesidade. O IMC acima do percentil 97 é definido como obesidade.

*Bibliografia: Madeira, I.R.; Cordeiro, M.M. Endocrinologia Pediátrica. 2ª edição; Editora Manole, 2019, pag 210-222.*

45. Todo atendimento em Unidade Básica de Saúde é uma oportunidade para se verificar e, se necessário, atualizar a situação vacinal do paciente. No entanto, o médico deve se atentar a situações que contraindicam determinadas vacinas. Assinale a alternativa que contenha uma contra indicação correta a vacina citada.

- A. Vacina hepatite B - filhos de mãe portadora da Hepatite B.
- B. Vacina do rotavírus - malformações do trato gastrointestinal**
- C. BCG - exposição vertical ao vírus do HIV.
- D. Tríplice viral - baixo peso ao nascer.
- E. Febre amarela - portadores de alergia à proteína do leite de vaca.

Alternativa Correta: **(B)** O conhecimento das reais contraindicações das vacinas é fundamental para evitar hesitação ou atrasos desnecessários na administração de vacinas. A vacina da hepatite B deve ser aplicada nas primeiras horas de vida e caso a mãe seja portadora do vírus, deve-se realizar também imunoglobulina específica. Exposição vertical ao HIV não contraindica a vacina BCG. A vacina da febre amarela deve ser evitada em pacientes com anafilaxia ao ovo. Vacina do rotavírus não deve ser realizada em indivíduos com malformações do trato gastrointestinal devido ao risco de invaginação intestinal.

*Bibliografia: o BURNS, Dennis Alexander Rabelo et al. Tratado de Pediatria. 4.ed. Barueri, SP: Manole, 2017.*

46. 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.*

47. 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 do nariz.
- C. É norteado primordialmente por exames de imagem como radiografia do perfil nasal (cavum) e seios da face.
- D. É mandatório realização de nasofibrosopia 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 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. Nasofibrosopia 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.*

48. 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.

49. Escolar de 7 anos, é levado ao pronto socorro com história de agitação psicomotora súbita, dor abdominal intensa, tremores e falta de ar há 1 hora. O paciente é previamente hígido, mãe nega internações, nega uso de medicação contínua, nega alergias, a mesma refere que ele estava brincando na casa de um vizinho e beberam suco artificial, após isto ambos apresentaram sintomas. Ao Exame: pupilas mióticas bilaterais, frequência cardíaca de 50 bpm, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular muito reduzido e agitação psicomotora. A principal hipótese diagnóstica é de intoxicação exógena. Qual síndrome tóxica apresentada pelo paciente e qual a medida imediata?

- A. Síndrome anticolinérgica - tratamento de suporte, descontaminação gástrica com carvão ativado.
- B. Síndrome extrapiramidal - monitorização cardiorrespiratória, administração de biperideno.
- C. Síndrome adrenérgica - monitorização cardiorrespiratória, benzodiazepínico.
- D. Síndrome anticolinérgica - tratamento de suporte, administração de atropina.**
- E. Síndrome opióide - realizar uma dose de flumazenil como antídoto .

Alternativa Correta: (D) As intoxicações exógenas, principalmente as não intencionais, constituem uma das principais causas de atendimento em emergência pediátrica, sendo portanto fundamental o conhecimento e tratamento inicial das principais síndromes tóxicas. O caso apresentado trata-se de uma provável intoxicação por organofosforado, que exige medidas imediatas devido à ampla distribuição deste agente tóxico no organismo e à sua ligação irreversível à acetilcolinesterase na fenda sináptica.

Bibliografia: J Pediatria (R Janeiro), 2005; 81 (5 Supl): S221- S222 - Diretrizes brasileiras para Diagnóstico e

Tratamento de Intoxicações por Agrotóxicos- cap 2, dez 2018.

50. Um bebê nascido com 39 semanas de idade gestacional, pesou 3460 gramas e seu Apgar foi 7/9. Com 13 horas e meia de vida estava hipoativo, gemente, taquipneico, cianótico, apresentando esforço respiratório, frequência cardíaca de 170 batimentos por minuto, não foi percebido sopro. Evoluiu com necessidade de suporte ventilatório com FiO2 de 100%, expansão com soro fisiológico 0,9% 70 ml e droga vasoativa. A radiografia de tórax mostrou área cardíaca normal, parênquima pulmonar sem alterações, cânula traqueal posicionada adequadamente. Paciente persistiu com baixa saturação mesmo em ventilação mecânica. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Choque séptico.
- B. Hipertensão pulmonar.
- C. Transposição dos grandes vasos da base.**
- D. Aspiração meconial.
- E. Coarctação da aorta.

Alternativa Correta: (C) A transposição dos grandes vasos da base é cardiopatia cianótica dependente de canal arterial e a manifestação clínica mais importante é cianose que ocorre algumas horas após o parto quando ocorre o fechamento do canal arterial. No tratamento dessa cardiopatia deve-se iniciar prostaglandina endovenosa contínua para manter o ducto arterial pérvio. Não deve ser usado oxigênio e o tratamento é cirúrgico. O mais interessante no caso é uma cianose que não responde ao oxigênio justamente porque o oxigênio faz uma constrição do ducto promovendo o seu fechamento e piora da cianose. Lembrar que neste tipo de cardiopatia a circulação é em paralelo. Na radiografia de tórax geralmente a área cardíaca é normal ou com discreta cardiomegalia. O parênquima pulmonar também é normal e algumas vezes pode apresentar discreta congestão. Na ausculta cardíaca geralmente não há sopros, podendo apresentar segunda bulha mais hiperfonética devido a posição da aorta anterior saindo do ventrículo direito. Portanto lembrar que paciente com cianose que não melhora com oxigenioterapia, com radiografia de tórax que se exclui alterações pulmonares que justifiquem a cianose, ausência de sopros importantes uma boa hipótese diagnóstica é transposição dos grandes vasos da base.

Bibliografia: Tratado de Pediatria de 2017- 4ª edição -Sociedade Brasileira de Pediatria- Seção 9- Cardiologia, Capítulo 1, pág. 474-475.

51. Gestante de 32 anos, primigesta, apresentou diabetes gestacional, evoluiu para parto normal com 39 semanas de gestação. Bolsa rota com 1 hora de evolução, o neonato pesou 4200 gramas, Apgar 8/9. Com 12 horas de vida, o bebê está hipoativo, sonolento, frequência cardíaca 150 bpm, 55 inspirações por minuto, pulsos presentes, não auscultado sopro cardíaco, ausência de visceromegalia. Apresentou 1 episódio de apneia. Qual a provável causa das alterações na décima segunda hora de vida?

- A. Sepsis neonatal.
- B. Cardiopatia.
- C. Convulsão neonatal.
- D. Erro inato do metabolismo.
- E. Hipoglicemia.**

Alternativa Correta: **(E)** A hipoglicemia acomete cerca de 8 a 10% dos bebês grandes para idade gestacional. Os sinais e sintomas incluem irritabilidade, recusa alimentar, sucção débil, letargia, apneia, hipotonia, hipotermia, crises de cianose, instabilidade vasomotora, dificuldade respiratória, convulsões. O diabetes gestacional é um fator de risco para hipoglicemia neonatal.

*Bibliografia: Tratado de Pediatria de 2017- 4ª edição - Sociedade Brasileira de Pediatria- Seção 16- Neonatologia, Capítulo 5, pág. 1235-1241.*

52. Menina de 3 anos chega ao pronto socorro com história de febre, prostração há 2 dias e início de petéquias e equimoses em membros inferiores e tronco há 12 horas. Encontra-se em mal estado geral, sonolenta, hipotensa e com tempo de enchimento capilar maior que dois segundos. Além da monitoração e oxigenação, qual deverá ser o procedimento para este caso?

- A. Administração de cristalóides 10-20 ml/kg e antibioterapia de amplo espectro na primeira hora.**
- B. Administração de solução glicosada a 5% 10-20ml/kg, e realização de exames complementares, incluindo culturas e internação.
- C. Administração de colóide 10-20ml/kg, realização de exames complementares e início de antibioterapia de amplo espectro.
- D. Administração de cristalóides 10-20ml/kg e antibioterapia de amplo espectro em até três horas.
- E. Administração de colóide 10-20ml/kg e antibioterapia de amplo espectro da primeira hora.

Alternativa Correta: **(A)** O reconhecimento do choque séptico é essencial e urgente. Na questão a paciente apresenta achados clínicos compatíveis com choque séptico e deve ser manejada de acordo com as diretrizes clínicas da *Surviving Sepsis Campaign*: monitorização, fornecimento de oxigênio e administração de volume através de cristalóides balanceados e tamponados, inicialmente 10-20 ml/kg. O início da antibioterapia deve ser, no caso do choque séptico, em até uma hora e a coleta de culturas não deve atrasar sua administração.

*Bibliografia: Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, et al. Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Intensive Care Med. 2020;46 (Sup. 1): S10-S67; Sociedade Brasileira de Pediatria, Novas Diretrizes do Surviving Sepsis Campaign 2020 para o tratamento da Sepsis e Choque séptico em Pediatria, nº 6, 2021*

53. Lactente de 6 meses é levado ao pronto socorro com quadro de vômitos e diarreia aquosa há 48 horas. Ao exame físico se encontra sonolento, hipoativo, olhos fundos com mucosas secas e ausência de lágrimas, pulso débil e enchimento capilar lentificado. Peso na admissão: 7 Kg. A reidratação deveria ser feita com que tipo de solução e volume?

- A. Glicosada 140 ml IV.
- B. Ringer lactato 210 ml IV.
- C. Glicofisiológica 140 ml IV.
- D. Fisiológica 140 ml IV.**
- E. Fisiológica e glicosada (meio a meio) 210 ml IV.

Alternativa Correta: **(D)** Lactente com quadro de desidratação grave secundário à diarreia aguda. Neste caso, deve ser tratado desde a admissão com terapia de reidratação parenteral. Segundo proposto pelo Ministério da Saúde, deve receber Soro fisiológico 0,9%, 20ml/kg cada 30 minutos, até que esteja hidratada.

*Bibliografia: Sociedade Brasileira de Pediatria, Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Nº 1, março 2017; Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 444p. Série B. Textos Básicos de Saúde.*

54. O reflexo primitivo do lactente de voracidade é aquele em que um estímulo tátil em torno da boca resulta em busca do estímulo. Qual é a origem no sistema nervoso desse reflexo?

- A. Medula espinhal.
- B. Córtex cerebral.
- C. Sistema piramidal.**
- D. Núcleos vestibulares.
- E. Núcleos da base.

Alternativa Correta: **(C)** A percepção do estímulo tátil na face ocorre pelo nervo craniano trigêmeo, sendo a origem do reflexo.

*Bibliografia: Robert M. Kliegman et al. Nelson, princípios de pediatria. Tradução da 5ª Ed., Elsevier, Rio de Janeiro, 2006.*

55. O exame do reflexo vermelho ("teste do olhinho") tem se mostrado eficaz como exame de triagem no período neonatal. Os casos suspeitos são encaminhados ao oftalmologista para confirmação diagnóstica. Identifique o que sugere a possibilidade de catarata congênita.

- A. Hemorragia subconjuntival.
- B. Aumento da córnea.
- C. Presença de midríase.
- D. Presença de leucoria.**
- E. Presença de anisocoria.



Alternativa Correta: (D) O hábito de avaliar estruturas oculares no RN é essencial para o diagnóstico precoce da catarata congênita, devendo fazer parte da rotina do exame neonatal. A presença de leucocoria (pupila branca) ou a ausência do "reflexo vermelho" sugere a possibilidade de catarata.

*Bibliografia: Medicina Ambulatorial Série Pediatria, SOPERJ, coordenadora Eliane Maria Oliveira da Fonseca - Organizadores Edson Ferreira Liberal, Marcio Moacyr Vasconcelos, editora Guanabara Koogan 2013.*

56. A leucocitúria pode ser detectada no exame de urina rotina 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 diagnostica 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.).*

57. Em relação ao teste da oximetria de pulso ou teste do coraçãozinho em recém-nascidos, assinale a alternativa correta.

- A. O resultado é considerado alterado se a saturação de oxigênio estiver abaixo de 95% em um ou ambos os membros.
- B. O teste deve ser realizado nas primeiras 24 horas de vida, para permitir o diagnóstico precoce das cardiopatias congênitas.
- C. Deve ser realizado nos recém-nascidos que apresentarem sopros na ausculta cardíaca.

D. O resultado normal exclui a presença de cardiopatias congênitas críticas dependentes do canal arterial.

E. Compara a oximetria de pulso em um dos membros superiores com o membro inferior ipsilateral.

Alternativa Correta: (A) Deve ser realizado em todos os recém-nascidos. Momento da aferição entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar (não deve ser realizado antes de 24 horas de vida, período no qual ainda estão ocorrendo adaptações da circulação e fechamento do canal arterial). Local de aferição membro superior direito (antes de possível shunt pelo canal arterial) e em um dos membros inferiores. 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. Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Sendo assim, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através dele, principalmente aquelas do tipo coarctação de aorta.

*Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Teste do coraçãozinho (oximetria de pulso) na triagem neonatal. CONITEC; 2014. tab. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/TesteCoracaozinho-FINAL.pdf>.*

58. Recém-nascido a termo, sexo masculino, evoluiu com volumosos hematomas em coxas após receber vitamina K e vacina para hepatite B no pós-parto imediato. Qual sua principal hipótese diagnóstica?

- A. Hemofilia A.
- B. Doença de von Willebrand.
- C. Trombocitopenia imune primária.
- D. Púrpura de Henoch-Schönlein.
- E. Doença hemorrágica do recém-nascido.

Alternativa Correta: (A) As alterações do número ou da função plaquetária se expressam por sangramentos mucosos e cutâneos de intensidade variável, como epistaxe, sangramento gengival e menorragia. A doença de von Willebrand caracteriza-se pela presença de sangramento cutâneo-mucoso. A Púrpura de Henoch-Schönlein ou vasculite por imunoglobulina A (IgA) é uma doença que envolve vasos predominantemente de pequeno calibre, com acometimento preferencial cutâneo, articular, gastrintestinal e renal. As manifestações clínicas das hemofilias são principalmente hematomas e hematomas relacionados ou não a trauma. As manifestações clínicas são precoces desde o nascimento nos casos graves.

*Bibliografia: Lorea CF, Campanaro CM, Lyra IM. Distúrbios trombóticos e hemorrágicos em pediatria. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de pediatria. 5 ed. Barueri (SP): Manole, 2022, p. 582-87.*

59. Sobre a quimioprofilaxia para contatos próximos a suspeitos de doença meningocócica, podemos afirmar que:

- A. o antibiótico de escolha para quimioprofilaxia é amoxicilina.

- B. é desnecessário que a da quimioprofilaxia ser administrada de forma simultânea aos contatos.
- C. é indicada aos profissionais de saúde, quando realizam procedimentos invasivos sem equipamento de proteção adequada.
- D. o início da quimioprofilaxia deverá ser até 24 horas da exposição ao doente.
- E. deverá ser realizada através da imunização.

Alternativa Correta: (C) os profissionais de saúde deverão receber imunoprofilaxia apenas se realizar procedimentos invasivos como intubação oro-traqueal, caso não utilizar EPI adequado. O medicamento de escolha é a rifampicina, iniciado até 48 horas após a exposição ao doente, de forma simultânea a todos os contactantes.

*Bibliografia: Tratado de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª ed, 2017; Nelson Tratado de Pediatria, 20ª ed, 2017; Guia de vigilância em saúde, Ministério da Saúde, 2017.*

60. Uma criança de 5 anos apresenta quadro de lesões maculopapulares avermelhadas que se iniciaram em face, tomando as bochechas, após 2 dias, as lesões atingiram os membros, com aspecto rendilhado. O início do quadro foi precedido por febre baixa. Qual o diagnóstico mais provável?
- A. Sarampo.
  - B. Exantema súbito.
  - C. Rubéola.
  - D. Doença de Kawasaki.
  - E. Eritema infeccioso.

Alternativa Correta: (E) A questão apresenta uma criança com febre baixa, evoluindo para exantema maculopapular em face e posteriormente em membros, em aspecto rendilhado. A descrição do exantema na face é do tipo "face esbofetada, sendo assim, devemos lembrar sempre do diagnóstico de eritema infeccioso. O eritema infeccioso é causado pelo parvovírus b19, apresentando um exantema que passa por 3 fases: a primeira é a face esbofetada, a segunda é o aparecimento de um exantema maculopapular de aspecto rendilhado e a terceira fase que se caracteriza por uma recidiva do exantema 1 a 3 semanas após por sol, calor, estresse ou exercício.

*Bibliografia: Aspectos úteis no diagnóstico diferencial dos exantemas, departamento científico SPSP, março de 2017.; Pediatria Diagnóstico e Tratamento, 7ª Edição, Jayme Murahovski, seção XV- doenças infecciosas exantemáticas.; Pediatria Baseada em Evidências, 1ª Edição, parte 4- infectologia pediátrica, cap25. Doenças exantemáticas.*

## Ginecologia e Obstetrícia

61. Médico atende adolescente de 13 anos, grávida de 8 semanas, com conjunção carnal consentida, porém não aceita a gestação e deseja expressamente a interrupção da gravidez com apoio dos seus pais biológicos, presentes na consulta. O profissional deve proceder esclarecendo que :

- A. é considerado estupro mesma a adolescente tendo consentido a relação sexual, porém, como a gestação está na oitava semana, não é permitido aborto.
- B. precisa ouvir a opinião de um jurista e outros dois médicos obstetras além de um diretor de uma maternidade pública, para ser tomada a decisão.
- C. neste caso, está contra-indicado interrupção da gravidez e a gestação apresenta riscos aumentados, deve fazer pré-natal em serviço de referência.
- D. a conjunção carnal foi consentida e conhecida previamente dos pais, portanto, legalmente, não está permitida a interrupção da gravidez.
- E. é admissível sua interrupção, cabendo ao Estado o dever de garanti-la, sendo realizado de maneira ética, humanizada e segura.

Alternativa Correta: (E) Por ser menor de 14 anos, fica caracterizado o crime de estupro de vulnerável, pelo código penal (CP), que não faz distinção de estupro real e presumido. Como ela não aceita a gestação, é admissível sua interrupção, cabendo ao Estado o dever de garanti-la, sendo realizado de maneira ética, humanizada e segura.

*Bibliografia: Braz. J. of Develop., Curitiba, v.6, n.9, p.69522-69540, sep.2020. ISSN 2525-8761.*

62. Gestante de 34 semanas, 30 anos de idade, foi encaminhada ao pré-natal de alto risco por exame de sífilis alterado. Ao revisar sua carteirinha de pré-natal você encontra os seguintes testes:

1ª rotina: teste treponêmico reagente e teste não treponêmico: 1:2  
 2ª rotina: teste treponêmico reagente e teste não treponêmico: 1:4  
 3ª rotina: teste treponêmico reagente e teste não treponêmico: 1:4

Qual a conduta frente ao caso:

- A. Exclusão do diagnóstico de sífilis - acompanhar a curva de VDRL e tratar caso ocorra aumento do VDRL.
- B. Diagnóstico de sífilis - prescrever azitromicina por 5 dias.
- C. Possível exclusão diagnóstica - prescrever 1 dose de Penicilina Benzatina como garantia.
- D. Diagnóstico de sífilis - prescrever 3 doses de penicilina benzatina para a paciente e o parceiro.
- E. Possível diagnóstico de sífilis - avaliar histórico prévio da paciente para descartar cicatriz sorológica.

Alternativa Correta: (E) Avaliar se a paciente se já teve tratamento prévio e completo de sífilis anteriormente pois pode permanecer a cicatriz sorológica após o tratamento . Se sem histórico de tratamento, em sífilis tardia a titulação pode ficar baixa e tendo um teste treponemico positivo e um não treponemico positivo, considera-se infectada.

*Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da*

Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. 2022, PARTE 3 - Doenças infecciosas na gestação, pag. 223 a 238.

63. Mulher de 28 anos, procura a unidade de pronto atendimento relatando ter sido vítima de violência sexual há cerca de 20 horas; na anamnese refere que não utiliza método contraceptivo. Para contracepção de emergência, é indicado:

- A. Enantato de Noretisterona + Valerato de Estradiol, intra-muscular.
- B. Desogestrel, 75 mcg, via oral, em dose única.
- C. Acetato de medroxiprogesterona, 150 mg, intra-muscular, em dose única
- D. Etinilestradiol 30 mcg + gestodeno 75 mcg, via oral, em dose única.
- E. Levornogestrel, 0,75mg, via oral, em duas doses com intervalo de 12 horas.

Alternativa Correta: (E) A anticoncepção de emergência (AE) deve ser prescrita para todas as mulheres e adolescentes expostas à gravidez, através de contato certo ou duvidoso com sêmen, independente do período do ciclo menstrual que se encontrem, que tenham tido a primeira menstruação (ou que já apresentem sinais de puberdade) e que estejam antes da menopausa. A AE deve ser administrada o mais precocemente possível, dentro das primeiras 72 horas após o abuso. Porém entre o 4º e 5º dia da violência sexual a AE ainda oferece razoável proteção, embora com taxas de falha maiores. Sendo assim, a AE pode ser administrada até o 5º dia após a violência sexual.

Bibliografia: Ministério da Saúde. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 3ª Edição, Brasília, DF, 2014.

64. 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.

65. A Síndrome da Insensibilidade Androgênica Completa é uma forma de pseudo-hermafroditismo masculino e uma importante causa de amenorreia primária. Nesta síndrome encontramos:

- A. Cariótipo XY, genitália externa feminina, vagina curta e ausência de trato genital interno feminino.
- B. Cariótipo XY, genitália externa parcialmente masculinizada, presença de trato genital interno feminino, vagina curta.
- C. Cariótipo XY, genitália externa feminina, vagina curta e presença de trato genital interno feminino.
- D. Cariótipo XX, genitália externa masculina, vagina de tamanho normal e trato genital interno feminino.
- E. Cariótipo XX, genitália externa ambígua, vagina de tamanho normal e ausência de trato genital interno feminino.

Alternativa Correta: (A) As pacientes com síndrome de insensibilidade androgênica têm cariótipo masculino normal (46,XY), testículos que produzem testosterona e hormônio anti-mulleriano. Entretanto, uma mutação inativante do gene codificador do receptor androgênico intracelular resulta em insensibilidade dos órgãos às ações do androgênio que impede a masculinização normal interna e externa durante o desenvolvimento embrionário. Formando uma genitália feminina, ausência de órgãos internos e uma vagina curta em fundo cego.

Bibliografia: FRITZ, M. A.; SPEROFF, L. Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade. Rio de Janeiro, 8 ed Revinter, 2015.

66. Mulher de 27 anos, nulípara, menarca aos 9 anos, com dismenorreia progressiva e dispareunia profunda vem à Unidade Base de Saúde trazendo ultrassonografia transvaginal que evidencia cisto ovariano à direita com conteúdo espesso. Com base na história clínica e o exame complementar é provável tratar-se de:

- A. Cisto de corpo lúteo.
- B. Torção ovariana.
- C. Gravidez ectópica.
- D. Endometriose.
- E. Doenças inflamatória pélvica.

Alternativa Correta: **(D)** O Teste RA endometriose tem como característica a menarca precoce, dismenorrea progressiva, dispareunia de profundidade, infertilidade. Para o diagnóstico definitivo é necessário a visualização dos focos endometrióticos, sendo a laparoscopia considerada padrão-ouro, mas o achado de cistos ovarianos com conteúdo espesso, homogêneo é fortemente sugestivo de endometrioma.

*Bibliografia: BEREK & NOVAK - TRATADO DE GINECOLOGIA - 16ª ED. (2021).*

67. Mulher de 25 anos, IMC 30, queixa-se de irregularidade menstrual e acne severa desde a menarca, suspeita-se do diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos (SOP). Sobre o diagnóstico da SOP é correto afirmar que:

- A. o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos será estabelecido após exclusão de outras causas de anovulação crônica.
- B. ovários normais ao exame de ultrassonografia afastam o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos.
- C. os níveis séricos de FSH deverão estar superiores ao de LH em qualquer fase do ciclo menstrual.
- D. pelos critérios de Rotterdam, a hiperandrogenemia ou hiperandrogenismo é um achado obrigatório na Síndrome dos ovários policísticos.
- E. os níveis ou razões de gonadotrofina são um critério confiável para o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos.

Alternativa Correta: **(A)** Os critérios de Rotterdam é o mais utilizado no diagnóstico de SOP, que estabelece a presença de dois dos três critérios (anovulação crônica, hiperandrogenismo ou hiperandrogenemia, ovários policísticos ao ultrassom). Além disso, faz-se necessária a exclusão de outras causas de anovulação crônica e alteração androgênica.

*Bibliografia: FRITZ, M. A.; SPEROFF, L. Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade. Rio de Janeiro, 8 ed Revinter, 2015.*

68. Paciente de 25 anos, solteira e com parceiro fixo, comparece ao ambulatório com queixa de corrimento amarelado e dor hipogástrica há cinco dias. Nega febre no período. Não há sinais de irritação peritoneal. No exame especular, observa-se corrimento amarelado com leve odor fétido se exteriorizando pela cérvix uterina e dor à mobilização uterina ao toque bimanual. Qual a conduta para este caso?

- A. Internar a paciente e iniciar penicilina benzatina 1.200.000 UI IM associada a metronidazol 500mg IV de 12/12 horas por 14 dias.
- B. Tratar a paciente ambulatorialmente com esquema de ceftriaxona 250 mg IM em dose única associada à doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas por 14 dias.
- C. Internar a paciente e começar cefoxitina 2g IV de 12/12 horas associada à doxiciclina 100mg VO de 12/12 horas até melhora clínica.

D. Tratar paciente em regime ambulatorial com azitromicina 1g em dose única e ertapenem 1g IM por três dias.

E. Tratar paciente ambulatorialmente com clindamicina 300mg VO de 08/08 horas associada à ampicilina 7,5mg/kg IM por quatro a seis semanas.

Alternativa Correta: **(B)** A rigor, o enunciado não fornece dados suficientes para diagnóstico de DIPA, pois não descreve os três critérios maiores obrigatórios (dor pélvica, à mobilização de colo e de anexos). Os agentes presumidos são gonococo e clamídia respectivamente. Não há sinais de peritonite nem de instabilidade hemodinâmica, sendo desnecessária a internação neste momento.

*Bibliografia: Manual FEBRASGO - Atashili J, Poole C, Ndumbe PM, Adimora AA, Smith JS. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. AIDS. 2008;22(12):1493-501.*

69. Primigesta de 38 semanas, dá entrada ao pré-parto com bolsa rota, 6 cm de dilatação, dinâmica uterina de 3 contrações regulares em 10 minutos e batimentos cardíofetais normais. Após 6 horas de evolução do trabalho de parto, mantém 7 cm de dilatação, dinâmica uterina de 4 contrações efetivas em 10 minutos, batimentos cardíofetais normais, bossa serossanguinolenta e edema de colo. Qual o próximo passo para a condução do caso?

- A. Indicar cesarea.
- B. Condução do trabalho de parto com ocitocina.
- C. Analgesia de parto.
- D. Indicar fórcepe.
- E. Aguardar a evolução natural.

Alternativa Correta: **(A)** No trabalho de parto a dinâmica uterina com 4 contrações em 10 minutos, bolsa rota, bossa serossanguinolenta, edema de colo e parada de progressão caracterizam desproporção Céfalopélvica e é indicação de Cesárea.

*Bibliografia: Trapani Junior A, Faust LW, Trapani TF. Cesárea: indicações. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 106/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.*

70. Puérpera chega ao consultório com queixa de dor em mama direita e endurecimento mamário. Ao exame físico apresenta mama direita com hiperemia, hipertermia em quadrante superior externo. Seu diagnóstico inicial é de mastite sem abscesso. Qual recomendação deve ser dada à sua paciente?

- A. Suspender a amamentação na mama direita.
- B. Antibiótico de largo espectro e manter amamentação.
- C. Antibiótico de largo espectro e suspender a amamentação nas duas mamas

- D. Drenagem cirúrgica e suspender amamentação na mama direita.
- E. Compressa quente na mama.

Alternativa Correta: (B) Em casos de mastite sem abscesso, o tratamento adequado é o uso de antibiótico de largo espectro e manter a amamentação. A amamentação deve ser suspensa somente nos casos de saída de pus pela mama. A drenagem cirúrgica se faz somente nos casos de abscesso mamário.

*Bibliografia: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aleitamento materno. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 13/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).*

71. Mulher de 38 anos, IV gesta, já teve 3 partos normais e 1 abortamento, apresenta um quadro de ausência de menstruação há 6 meses. Fez o teste da progesterona que foi negativo, apresentou sangramento quando associou estrogênio. As dosagens das gonadotrofinas se mostraram elevadas. O diagnóstico neste de caso é de:
- A. Provável hiperprolactinemia.
  - B. Amenorreia psicogênica.
  - C. Síndrome dos ovários policísticos.
  - D. Síndrome de Asherman.
  - E. Falência ovariana.

Alternativa Correta: (E) Pacientes que não respondem aos testes do estrógeno e progesterona, com altos níveis de hormônios gonadotróficos circulantes, tem como causa principal de amenorreia a falência ovariana. Isso porque, afastadas causas estruturais (improváveis, visto que a paciente menstruava anteriormente e, inclusive, tem 3 partos vaginais), a ausência de sangramento menstrual se dá pela insuficiência ovariana, que não tem mais folículos ovarianos para estímulo endometrial proliferativo e posterior descamação. Assim como, na ausência de produção endógena de gonadotrofinas, não há feedback negativo na produção de FSH e LH.

*Bibliografia: Tratado FEBRASGO - Romão GS, Navarro PA. Clinical use for anti-mullerian hormone in gynecology. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(3):136-40.*

72. O organismo feminino sofre mudanças anatômicas e funcionais durante a gravidez, adaptando-se para a presença do feto em desenvolvimento. O conhecimento das alterações fisiológicas do organismo materno é de fundamental importância para a prática da obstetrícia. Nas alterações fisiológicas cardiovasculares e hematológicas da grávida temos:
- A. elevação discreta dos níveis plaquetários, 30% maior que o de antes da gestação
  - B. diminuição de todos os fatores de coagulação, exceto os fatores XI e XIII.
  - C. aumento da frequência cardíaca basal, do volume sistólico e do débito cardíaco.

- D. aumento do volume plasmático e menor produção de eritrócitos.
- E. aumento da resistência vascular periférica e diminuição do débito cardíaco

Alternativa Correta: (C) O sistema cardiovascular da gestante totalmente diferente da mulher não gestante. Há aumento da frequência cardíaca basal, do volume sistólico e do débito cardíaco. Os níveis plaquetários estão diminuídos. Todos os fatores de coagulação aumentam, exceto os fatores XI e XIII. O volume plasmático aumenta mesmo, mas a produção de eritrócitos está aumentada também. A resistência vascular periférica diminui e o débito cardíaco aumenta.

*Bibliografia: ZUGAIB, M.; FRANCISCO, R.P.V. Obstetrícia. 3ª edição ed Manole, 2016. p. 154-159.*

73. Mulher com 19 semanas de gestação, da entrada no pronto atendimento por queixa de sensação de peso na vagina. Nega queixas algícas e dados vitais normais. Ao exame físico colo uterino esvaecido, dilatação cervical em 4 cm, percebe-se bolsa amniótica em canal vaginal, plano de DeLee +1. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.
- A. A principal causa associada à hipótese diagnóstica é a hipertensão materna.
  - B. Há uma insuficiência do sistema de oclusão do colo uterino.
  - C. As malformações fetais associadas neste caso são principalmente renais.
  - D. As malformações cardíacas fetais são determinantes nesse quadro.
  - E. É responsável por cerca de 80% das causas de abortamento.

Alternativa Correta: (B) A principal hipótese diagnóstica nesse caso é a Incompetência Istmo Cervical. Caracteriza-se por perda fetal recorrente no segundo trimestre da gravidez, em consequência de insuficiência do sistema de oclusão do colo uterino. O diagnóstico é clínico de incompetência cervical geralmente retrospectivo e depende fundamentalmente de uma cuidadosa anamnese obstétrica. Geralmente ocorre dilatação cervical indolor, ausência de sangramento, protrusão das membranas ovulares na vagina e posterior rotura de membranas, seguida de expulsão fetal, na maioria das vezes com produto conceitual ainda vivo. Responsável por 10 a 20

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

74. 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.*

75. 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.*

76. Uma paciente de 35 anos busca o consultório de reprodução humana para esclarecer suas dúvidas sobre a preservação da fertilidade. Ela relata, que escutou na televisão, que a fertilidade da mulher diminui consideravelmente após os 35 anos, e quer, portanto, saber a sua reserva ovariana (nível de esgotamento folicular e oocitário). Quais parâmetros devem ser avaliados?

- A. FSH, Estradiol e contagem de folículos antrais.
- B. Idade, FSH e LH.
- C. Idade, hormônio Anti-Mulleriano, contagem de folículos antrais.**
- D. Hormônio anti-Mulleriano, LH e Estradiol.
- E. FSH, Estradiol e Inibina A.

Alternativa Correta: **(C)** A grande maioria dos trabalhos científicos utilizam a idade com um excelente parâmetro para mensurar a reserva ovariana de uma paciente e orientá-la a buscar meios de preservar a fertilidade. Sem dúvidas, após os 35 anos, as pacientes experimentam um declínio importante da sua população folicular, com aumento significativo das taxas de aneuploidia em embriões produzidos por estes óvulos. O hormônio Anti-Mulleriano é produzido exclusivamente pelos folículos antrais e pré antrais, sofrendo mínima variação durante as fases do ciclo menstrual ou pela utilização de contraceptivos orais. Isso torna este marcador superior aos demais exames hormonais para mensurar a reserva ovariana da mulher. A CFA, realizada ultrassonograficamente com a paciente menstruada complementa a avaliação da reserva ovariana.

*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.*

77. Paciente de 26 anos foi submetida à coleta de exame de colpocitologia oncótica do colo uterino, na Unidade Básica de Saúde e, durante o exame, questionou a enfermeira sobre quando as mulheres deveriam iniciar a coleta deste exame e com qual frequência. De acordo com as últimas Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, editada pelo Ministério da Saúde em 2016, assinale a alternativa correta.

- A. A colpocitologia deve ser iniciada aos 25 anos independentemente de ter iniciado ou não a vida sexual e interrompida aos 64 anos, desde que os dois últimos exames sejam negativos.
- B. A citopatologia cervical e teste de Schiller devem ser iniciados um ano após início da atividade sexual, e mantido anualmente até os 62 anos.
- C. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo anual, e sendo negativos, a paciente realiza a citopatologia cervical a cada 3 anos.**
- D. A partir das diretrizes de 2016, o Ministério da Saúde incluiu a pesquisa de HPV de alto risco ao exame citopatológico cervical bianual.
- E. A citopatologia cervical e o teste de Schiller devem ser realizados bianualmente a partir dos 25 anos.

Alternativa Correta: **(C)** Baseado no último manual INCA 2016, o rastreamento para o câncer de colo uterino é feito através da colpocitologia oncológica cervical convencional que é iniciada aos 25 anos, nas pacientes que já iniciaram a vida sexual. Este exame deve ser feito anualmente por duas vezes consecutivas e, se normais, passa a ser trienal. O rastreamento pode ser suspenso aos 64 anos desde que os dois últimos exames estejam normais. Paciente hysterectomizadas e com colo extirpado por doença benigna estão dispensadas do rastreamento, assim como as pacientes que nunca tiveram relação sexual por via vaginal.

*Bibliografia: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção*

e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. - 2. ed. rev. atual. - Rio de Janeiro: INCA, 2016.

78. 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 HPVs 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.

79. Primigesta de 30 anos, não tabagista, gestante de 12 semanas, tem resultado de sorologia para toxoplasmose mostrando IgM positiva, IgG positiva e a prova de avidez de IgG inferior a 30%. Para este caso indica-se:

- A. rifampicina e isoniazida.
- B. o pirimetamina e sulfonamida com ácido folínico.
- C. espiramicina.
- D. rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
- E. sulfametoxazol e trimetopim.

Alternativa Correta: (C) Iniciar com Espiramicina de forma contínua até a 16ª semana de gestação. A partir da 18ª semana de gestação, substituir a espiramicina por esquema SPAF (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Folínico) até a 34ª semana gestacional, substituindo o SPAF pela espiramicina. Por não atravessar a placenta, a espiramicina não pode ser usada para tratar infecções fetais.

Bibliografia: Obstetrícia de Williams 25 edição, pg 810. 2021.

80. Mulher de 50 anos realizou mamografia rotineira. Mostrou-se apreensiva devido a descrição de calcificações grosseiras "tipo pipoca" em seu laudo mamográfico. O médico a tranquilizou, pois este achado é sugestivo de:

- A. papiloma.
- B. necrose gordurosa.
- C. fibroadenoma calcificado
- D. hemangioma calcificado.
- E. mastopatia fibrocística.

Alternativa Correta: (C) O achado mamográfico de calcificações grosseiras, tipo pipoca, que são calcificações tipicamente benignas não exigem investigação adicional. Acontecem dentro dos fibroadenomas e na Classificação de BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) é classificada como BI-RADS 2.

Bibliografia: Abrão, F. S. Tratado de Oncologia Genital e Mamária 2ª Edição - Revinter; WILLIAMS, J. W; HOFFMAN, B. L. Ginecologia de Williams. Porto Alegre: AMGH, 2014.; BEREK, J.S.; NOVAK, E. R. Tratado de Ginecologia. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

### Clínica Cirúrgica

81. Mulher de 60 anos, índice de massa corpórea (IMC) de 45, em uso crônico de AINES, procura emergência devido quadro de dor abdominal suprapúbica, febre e saída de gás pela vagina. Ao exame físico: febril, temperatura 38,5 graus, frequência cardíaca 110, frequência respiratória 26, abdômen com dor a palpação de flanco esquerdo e região suprapúbica recorrente. Qual o diagnóstico para este caso?

- A. Úlcera gástrica perfurada.
- B. Diverticulite aguda complicada.
- C. Cistite aguda complicada.
- D. Apendicite aguda supurada.
- E. Pancreatite necro-hemorrágica.

Alternativa Correta: (B) Diverticulite aguda, mais comum em mulheres, a partir dos 50 anos, o uso de AINES está associado a 70% casos de diverticulite. Localização predominante reto-sigmoide. Crises recorrentes podem fistulizar para bexiga e vagina.

Bibliografia: Livro Sabiston Textbook of Surgery, 21st Edition; Courtney M. Townsend; ISBN: 9780323640626.

82. O pneumotórax espontâneo geralmente ocorre com o paciente em repouso, raramente durante exercício. Dor torácica e dispnéia são os sintomas mais frequentes. Qual a causa mais comum de pneumotórax espontâneo secundário?

- A. Trauma por acidente de trânsito.
- B. Tuberculose.

- C. Fibrose pulmonar.
- D. DPOC.**
- E. Neoplasia pulmonar.

Alternativa Correta: (D) Com pico de incidência entre 45 e 60 anos de idade, tem como causa mais comum a doença pulmonar obstrutiva crônica.

*Bibliografia: XIMENES NETTO, M./ SAAD JÚNIOR, R./ CARVALHO, W. R./ FORTE, V. Cirurgia Torácica Geral. 2ª. Ed Atheneu, Rio de Janeiro, 2011.*

83. 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.*

84. Paciente de 58 anos, usando anticoagulante oral, chega ao pronto-socorro referindo que após tossir, teve sangramento difuso (hiposfagma) na esclera. Está enxergando 20/20 pela tabela de Snellen e não refere dor associada e nem dor a movimentação ocular. Está com Glasgow 15 neste momento. O que fazer neste caso?
- A. Internar paciente e pedir exame radiológico.
  - B. Aplicar lubrificante ocular e orientar o paciente.**
  - C. Prescrever antibióticos e anti-inflamatórios.
  - D. Fazer compressas geladas no olho afetado.
  - E. Solicitar mapeamento de retina deste mesmo olho.

Alternativa Correta: (B) Caso clínico de hiposfagma. Hiposfagma significa sangramento conjuntival. Existem várias causas para que este evento ocorra. O mais comum é após espirro, tosse ou vômitos. Outra coisa importante são aqueles pacientes que fazem uso de anticoagulante oral e possui os vasos capilares da esclera mais frágeis - que é o caso desta paciente da questão.

*Bibliografia: Coletânea do Conselho Brasileiro de Oftalmologia - 3ª edição.*

85. Criança de 2 anos, com quadro de otite média aguda (OMA) em ambos ouvidos, realizou tratamento com antibiótico e após alguns dias da resolução do quadro de OMA, os pais observaram dificuldade auditiva. Ao exame físico constatado: otite média com efusão bilateral, membrana timpânica íntegra bilateral, Rinoscopia: septo alinhada, mucosa normocorada, Oroscoopia: tonsila palatina grau II, sem lesões. Audiometria: Perda auditiva de grau moderado, Níveis maior ou igual a 40 dB. Qual a conduta frente ao caso?

- A. Indicar timpanotomia e dreno de ventilação bilateral.**
- B. Repetir audiometria em 1 ano para reavaliar.
- C. Tratamento medicamentoso com corticoide tópico.
- D. Observar por 6 meses e indicar cirurgia de adenoidectomia.
- E. Indicar cirurgia de adenoidectomia e tonsilectomia.

Alternativa Correta: (A) A presença de efusão na orelha média após um episódio de OMA (otite média aguda) é a regra. Independentemente de tratamentos, uso de medicações ou acompanhamento clínico, a resolução espontânea da OME (otite média com efusão) é favorável, ocorrendo em 75% a 90% das crianças após três meses. Apesar da história natural favorável, a taxa de recorrência é alta, ficando ao redor de 65% em dois anos. A maioria dos casos se resolve dentro de alguns meses, mas o prognóstico é inversamente relacionado ao tempo de evolução. A resolução espontânea é menor nos casos bilaterais e com persistência de três meses ou mais. Na maioria dos casos, a abordagem à OME é de observação por tempo determinado, acompanhando a sua história natural de resolução espontânea. Nesse período, cabe ao médico proteger o paciente de intervenções infundadas, ao mesmo tempo que deve estar atento para detectar problemas de desenvolvimento da criança e alterações otoscópicas que possam resultar em danos irreversíveis. As crianças com OME sem fatores de risco para dificuldades de desenvolvimento devem ser inicialmente observadas por três meses a partir do início da efusão (se conhecido) ou da data do diagnóstico. Em muitos casos, não é possível prever quando iniciou a OME. Um episódio de OMA/IVAS ou audiometria/timpanometria recente podem auxiliar na estimativa de sua duração. Recomenda-se, nas crianças com OME crônica que realizaram avaliação auditiva, a seguinte abordagem, considerando-se o nível auditivo no melhor lado: 1. Níveis menores ou iguais 20 dB (normal): repetir teste auditivo em 3 a 6 meses na persistência de OME. 2. Níveis entre 21 e 39 dB (leve): abordagem individualizada de acordo com a duração da efusão, intensidade da perda auditiva e preferência dos pais. 3. Níveis maiores ou iguais a 40 dB (moderado): recomenda-se cirurgia. Essas recomendações não contemplam OME crônica unilateral que provoca perda auditiva condutiva.

*Bibliografia: Tratado de otorrinolaringologia, 14 Otite Média Aguda, Recorrente e com Efusão— Shirley Shizue Nagata Pignatari, Wilma Terezinha Anselmo-Lima.*

86. Os aneurismas da aorta abdominal são dilatações localizadas na parede da aorta abdominal. Geralmente se



expandem lentamente e, às vezes, se rompem. Para a detecção de aneurismas de aorta abdominal o exame de escolha para triagem é a:

- A. Tomografia computadorizada com contraste endovenoso.
- B. Ressonância nuclear magnética.
- C. Arteriografia.
- D. Angioressonância magnética.
- E. Ultrassonografia abdominal.**

Alternativa Correta: **(E)** A ultrassonografia tem mostrado sensibilidade e especificidade excelentes. É um excelente método de triagem, pois evita as complicações associadas com exames invasivos, radiação e meio de contraste.

*Bibliografia: SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.*

87. Considerando a importância do rastreamento de câncer de próstata, qual a conduta recomendada na prática diária para o diagnóstico precoce?

- A. Indicar rastreamento para todos homens acima de 40-45 anos sem risco aumentado para câncer de próstata.
- B. Indicar rastreamento para todos homens acima de 50-55 anos com risco aumentado para câncer de próstata.
- C. Indicar rastreamento para homens com histórico familiar positivo para câncer de próstata, independentemente da idade.
- D. Indicar rastreamento de forma individualizada, após decisão informada, para homens acima de 50-55 anos, sem risco aumentado para câncer de próstata.**
- E. Indicar rastreamento de forma individualizada, após decisão informada, para homens acima de 40-45 anos, sem risco aumentado para câncer de próstata.

Alternativa Correta: **(D)** Todas as sociedades nacionais e internacionais de Urologia e Oncologia indicam rastreamento para câncer de próstata, com exame digital da próstata (toque) e dosagem do PSA sérico, sempre levando em consideração dados individuais como histórico familiar, raça, idade, presença de sintomas miccionais, desejo do paciente. A idade para início do rastreamento pode diferir entre os "guidelines" das diferentes associações, alguns recomendando iniciar após os 50 anos, outros após os 55 anos.

*Bibliografia: WEIN, A.J.; KAVOUSSI, L.R., et al. Campbell-Walsh Urology. 11 ed. Elsevier, 2017.*

88. 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.*

89. A hérnia inguinal pode ser definida como a protrusão de conteúdo intra-abdominal por uma falha na parede abdominal na região inguinal. Em relação às hérnias inguinais, assinale a alternativa correta.

- A. A hérnia inguinal ocorre por uma falha de tecido conjuntivo na parede abdominal inguinal.
- B. A hérnia inguinal indireta é medial aos vasos epigástricos inferiores.
- C. Na criança são mais frequentes as hérnias diretas.
- D. A maior parte das hérnias inguinais são indiretas.**
- E. A hérnia inguinal direta ocorre pela persistência do conduto peritônio vaginal.

Alternativa Correta: **(D)** A região inguinal é delimitada lateroinferiormente pelo ligamento inguinal (e trato iliopúbico), medialmente pelo músculo reto abdominal e superiormente por uma linha imaginária ligando as duas espinhas ilíacas.

*Bibliografia: Freitas LV, Marins CAM. Fisiopatologia e classificação das hérnias inguinais. In: Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Victor FC, Bravo Neto GP, organizadores. PROACI Programa de Atualização em Cirurgia: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 45-59. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).*

90. Mulher de 35 anos, quinto dia pós-operatório de hemicolectomia esquerda, é admitida no pronto-atendimento com quadro de náuseas associado a dor abdominal, predominando no lado esquerdo, e febre aferida de 38 graus. Ao exame físico apresenta dor à palpação profunda em hipocôndrio e flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal e frequência cardíaca de 120 batimentos por minutos. Ausculta pulmonar é normal, temperatura axilar de 38 graus e restante do exame físico sem alterações. Diante do quadro clínico apresentado qual seria o diagnóstico?

- A. Broncopneumonia.
- B. Atelectasia.
- C. Deiscência de anastomose.**
- D. Infecção de ferida operatória.
- E. Infecção urinária.

Alternativa Correta: **(C)** Paciente submetida a colecotomia esquerda apresentando no pós-operatório precoce quadro de náuseas, dor abdominal, febre e taquicardia; a principal suspeita diagnóstica é deiscência de anastomose. Além disso, não apresenta sintomas respiratórios ou alterações pulmonares no exame físico.

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

91. 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 lipotimia 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.*

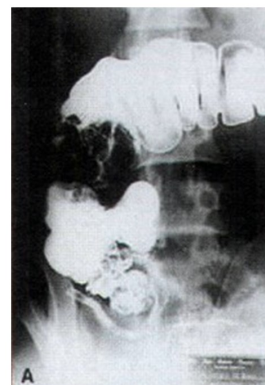
92. No jejum prolongado não-complicado, o organismo adapta-se para a conservação de energia e nutrientes, o que permite a sobrevivência por períodos de tempo mais longos. Nas primeiras horas do jejum não complicado, a glicemia é mantida por:

- 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, 19ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. GAMA, Rodrigues, J.J.; MACHADO, M.C.C.; RASSLAN, S. Clínica cirúrgica - FMUSP. Barueri; Manole, 2008.*

93. Paciente de 75 anos apresenta anemia e fraqueza e a investigação demonstrou a seguinte imagem radiológica:



O que poderia ter sido solicitado como medida de diagnóstico precoce desta doença?

- A. Endoscopia digestiva alta acompanhado de biópsia de lesões suspeitas em adultos de 50 a 75 anos.

- B. Hemograma e dosagem de ferro sérico e ferritina em adultos de 50 a 75 anos bianualmente.
- C. Pesquisa de sangue oculto e colonoscopia acompanhada de biópsia de lesões suspeitas para adultos de 50 a 75 anos.
- D. Ultrassonografia de abdomen total a cada cinco anos em pacientes do sexo feminino acima de 60 anos.
- E. Tomografia computadorizada e dosagem de antígeno carcinoembrionário em pacientes acima dos 60 anos.

Alternativa Correta: (C) Anemia em idosos é consequência frequente de perda sanguínea, geralmente de tubo digestivo. A imagem em "mordida de maçã" em enema opaco é bem característica de neoplasia de colon e para esta doença, o exame de sangue oculto nas fezes (FOBT, do inglês, fecal occult blood test) é uma estratégia utilizada como um primeiro teste de suspeição, que necessitará, nos casos positivos, de exame complementar ou confirmatório. Os exames endoscópicos, como retossigmoidoscopia e colonoscopia, além de poderem ser utilizados como teste de rastreamento alternativos, são os confirmatórios dos casos com rastreamento com exame de sangue oculto alterado ou com sinais e sintomas suspeitos, permitindo biopsiar achados suspeitos e retirar lesões pré-malignas (HEWITSON et al., 2007). A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos, em 2021, referendado pelo INCA, recomendou o rastreamento em adultos de 50 a 75 anos (recomendação grau A), de 45 e 49 anos (recomendação grau B) e, seletivamente, entre 76 e 85 anos (recomendação grau C).

Bibliografia: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Detecção precoce do câncer - Rio de Janeiro: INCA, 2021.

94. Paciente de 32 anos, sofreu acidente de trânsito onde era passageiro no banco da frente de um carro, e segundo a equipe do SAMU, estava sem cinto. Ao chegar na sala de emergência apresentava hemoptise, enfisema subcutâneo em região cervical e pneumotórax hipertensivo. Após a drenagem torácica o pulmão não expandiu completamente e persiste com escape importante no dreno. Qual o exame seria indicado para diagnosticar a causa desse quadro?
- A. Tomografia de tórax.
  - B. Ressonância magnética de tórax.
  - C. Seriografia esofágica.
  - D. Broncoscopia.
  - E. Endoscopia digestiva alta.

Alternativa Correta: (D) O quadro clínico é muito sugestivo de lesão traqueobrônquica, onde a broncoscopia possui papel fundamental. É importante o aluno entender que o tratamento do trauma torácico envolve avaliação multidisciplinar e que a investigação não deve se restringir à tomografia.

Bibliografia: ATLS- Advanced Trauma Life Support, 10ª Edição. American College of Surgeons, 2018.

95. Homem de 65 anos, com história de varizes em membros inferiores desde os 20 anos, refere lesão ulcerada na perna direita há cerca de 5 anos, de difícil cicatrização. Faz acompanhamento no ambulatório de feridas por úlcera venosa crônica. Sobre a insuficiência venosa e a úlcera de estase, analise as alternativas abaixo e assinale a correta.
- A. A localização mais frequente da úlcera venosa é no terço proximal da perna.
  - B. A úlcera venosa apresenta-se como extensa, profunda, com leito pálido e tecido necrótico.
  - C. A dor no quadro de insuficiência venosa crônica piora com a elevação do membro.
  - D. As úlceras de estase são de caráter benigno e não sofrem degeneração maligna.
  - E. As úlceras venosas tornam-se dolorosas na ocorrência de infecção associada.

Alternativa Correta: (E) A dor presente em pacientes com insuficiência venosa, normalmente inicia-se no decorrer do dia, após períodos em posição ortostática, com piora no final do dia e a noite e apresenta melhora no repouso com membros elevados. A úlcera venosa (estase venosa) pode ser pequena ou estender-se por grandes áreas, apresenta leito raso e com tecido de granulação. Normalmente são indolores e tornam-se dolorosas quando apresentam infecção associada. A localização mais comum são nas regiões maleolares, principalmente maléolo medial. Nas úlceras de longa duração, a presença de bordos elevados deve levantar a suspeita de degeneração maligna.

Bibliografia:- MAFFEI, F.H.A.; LASTÓRIA, S. e cols. Doenças Vasculares Periféricas. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2015./ - BRITO, C. J. Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular, Angiologia. 4ª ed. Editora Revinter, 2020.

96. A biópsia incisional deve ser evitada no melanoma, mas, em alguns casos, é a opção mais indicada. Identifique qual informação histopatológica que costuma ser comprometida neste tipo de biópsia.
- A. Índice de Breslow.
  - B. Invasão vascular.
  - C. Fase de crescimento.
  - D. Classificação histológica.
  - E. Invasão linfática.

Alternativa Correta: (A) Correlação entre a técnica de biópsia realizada e a avaliação histopatológica do melanoma, avaliando o conhecimento frente as formas diagnósticas/prognósticas e de estadiamento do melanoma. Uma vez que o índice de Breslow é avaliado de forma adequada com a biópsia excisional da lesão, pois a retirada completa permite avaliar todas suas camadas e consequentemente o grau de profundidade de invasão da lesão.

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.

97. Homem de 52 anos vem a consulta com exame colonoscópico demonstrando lesão polipoide pediculada no cólon ascendente de 11 mm de diâmetro que foi ressecada. O exame anatomopatológico mostra pólipos adenomatosos com carcinoma intramucoso ou *in situ*, sem invasão da muscular da mucosa com margens livres. Em relação a este achado, assinale a conduta indicada.
- A. Expectante com nova colonoscopia em 5 anos.
  - B. Nova colonoscopia com mucosectomia da base da lesão.
  - C. Expectante com nova colonoscopia em 3 anos.**
  - D. Colectomia direita com ileotransverso anastomose.
  - E. Expectante com nova colonoscopia anualmete.

Alternativa Correta: (C) Acompanhamento ou Vigilância dos pólipos intestinais, segue a historia natural de seu processo de malignização, em especial a sequencia adenoma-carcinoma, pode-se estimar que esta formação leva no mínimo de 2 a 3 anos para formar um pólipo adenomatoso e cerca de 4 a 10 anos para a transformação maligna. Sabe-se, também, que quando existem mais do que três adenomas ou um adenoma maior que 10 mm ou componente viloso ou displasia de alto grau o risco para câncer colorretal é maior. Por isso da vigilância da colonoscopia entre 2 a 3 anos apos a polipectomia. Apos uma polipectomia endoscópica de um pólipo maligno ou com displasia de alto grau, considera-se curado se o o exame histopatológico diagnosticar um pólipo adenomatoso com carcinoma intramucoso ou *in situ*, portanto sem invasão da sua camada muscular da mucosa. Já as indicações formais de follow-up para os achados na colonoscopia pela Associação Americana de Cirurgiões colorretais (ASCRS) são: 1) Não tiver pólipos: colonoscopia a cada 10 anos, não havendo história familiar relevante; 2) Pólipos hiperplásicos distais pequenos: a cada 10 anos, não havendo história familiar relevante; 3) 1-2 adenomas tubulares com menos de 1 cm: 5-10 anos, não havendo história familiar relevante; 4) 3-10 adenomas tubulares ou 1 adenoma maior que 1 cm ou qualquer tamanho se viloso ou com displasia de alto grau: colonoscopia a cada 3 anos, se todas as lesões foram removidas. Se o preparo estiver ruim ou se houver mais de 10 pólipos: repetir com menos de 3 anos; 5) Se mais de 10 adenomas: repetir em menos de 3 anos, considerar síndrome polipoide; 6) Adenoma séssil removido por piece meal (ou seja, removido em pedaços): colonoscopia dentro de 2 a 6 meses, pois pode haver pólipos residuais em até 14% dos pacientes.

*Bibliografia: Marcelo Averbach et col. Endoscopia digestiva ? diagnostico e tratamento, Sobed . Rio de Janeiro: Revinter 2013.; Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer 2012.*

98. Paciente de 30 anos queixa-se de perda da acuidade visual com evolução de 3 semanas associado a cefaleia progressiva com piora noturna. Ao exame neurológico apresenta hemianopsia heterônima bitemporal. Baseado no achado do exame neurológico, qual a provável localização da lesão tumoral?
- A. Tumor do corpo caloso.

- B. Tumor de hipófise.**
- C. Tumor do lobo frontal.
- D. Tumor do lobo occipital.
- E. Tumor de lobo temporal.

Alternativa Correta: (B) Avaliação do conhecimento de anatomia, noções de semiologia, neurologia e oftalmologia. Tumores de hipófise podem fazer compressão do quiasma óptico com conseqüente Hemianopsia Heterônima Bitemporal.

*Bibliografia: Handbook of Neurosurgery Mark S. Greenberg;*

99. Um paciente sofreu mordedura de cachorro em perna direita. A lesão causada pela mordedura foi superficial. O paciente afirmou que o cachorro desapareceu após o acidente. Após lavar a ferida, para prevenção da Raiva Humana, o médico deverá:
- A. observar o paciente por 10 dias.
  - B. iniciar vacinação.**
  - C. iniciar soroterapia.
  - D. prescrever antibióticos profiláticos.
  - E. prescrever analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais.

Alternativa Correta: (B) De acordo com TMFC em caso de acidente leve (lesão superficial em perna) com o cão desaparecido, deve-se lavar ferida e iniciar vacinação.

*Bibliografia: SABISTON TRATADO DE CIRURGIA 10 EDICAO EDITORA ELSEVIER.*

100. Homem de 32 anos deu entrada no Pronto-Socorro vítima de acidente automobilístico. Apresentou perda de consciência com recuperação da mesma no local do acidente, sendo admitido com Glasgow 15 e exame neurológico normal. Após 6 horas do trauma, paciente evoluiu com rápido declínio neurológico (coma e hemiparesia direita). Realizada tomografia computadorizada de crânio que evidenciou hematoma biconvexo frontotemporal esquerdo. Qual estrutura vascular está relacionada com a formação deste hematoma?
- A. Artéria cerebral anterior.
  - B. Artéria temporal superficial.
  - C. Artéria cerebral média.
  - D. Artéria basilar.
  - E. Artéria meníngea média.**

Alternativa Correta: (E) O hematoma epidural resulta em geral de um traumatismo craniano associado a uma fratura lateral do crânio e ruptura da artéria meníngea média. Os pacientes podem ou não perder a consciência inicialmente. Com frequência, existe um intervalo lúcido de várias horas antes do início do coma, durante o qual poder ocorrer cefaleia, vômitos, embotamento, convulsões e sinais neurológicos focais. O diagnóstico pode ser feito

por meio de tomografia computadorizada de crânio que classicamente mostram uma massa biconvexa em forma de lente e radiodensa comprimindo o hemisfério cerebral.

*Bibliografia: Greenber, D.A.; Aminoff M.J.; Simon R.P. Neurologia Clínica. 8ª. Ed., Artmed, Porto Alegre, 2014.; Greenber, M.S.; Manual de Neurocirurgia. 7ª. Ed., Artmed, Porto Alegre, 2013.*

## Clínica Médica

101. 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 infradesnivelamento 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 supradesnivelamento 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.*

102. A síndrome clínica Edema Agudo de Pulmão é um dos eventos mais comuns em sala de emergência de população adulta. Sua apresentação é súbita e evolui muito rapidamente para deterioração ventilatória plena. A intervenção sistemática e padronizada pode evitar a necessidade de intubação e ventilação mecânica neste grupo de pacientes. Em relação a abordagem inicial do edema agudo de pulmão, assinale a alternativa correta.

- A. O foco terapêutico de escolha deve ser o uso de elevadas doses de diurético - acima de 100mg de furosemida endovenosa em aplicação rápida (se não houver hipotensão), pois é mais rápido e irá resolver a síndrome do edema agudo.
- B. O uso de morfina no edema agudo de pulmão ainda é controverso devido ao fato de poder gerar uma dificuldade ventilatória maior que o paciente já apresenta na admissão, e deve ser reservada apenas para a profissionais mais experientes.
- C. **Uso de doses mais elevadas de vasodilatadores do tipo nitratos (quando paciente não apresenta hipotensão), tem efeito potente em redução de pré-carga por reduzir retorno venoso, e diminuir inundação do alvéolo.**
- D. Mesmo sendo muito comentado na atualidade, o uso de ventilação não invasiva - VNI - ainda não tem comprovação nesta síndrome e é de difícil realização em unidades de emergência.
- E. A intubação e ventilação mecânica não deve ser considerada neste grupo de pacientes, devido ao fato de serem pacientes, em geral, casos de insuficiência cardíaca terminal e pela doença de base já possuírem prognóstico reservado.

Alternativa Correta: **(C)** Todo médico deve ter pleno conhecimento do manejo em sala de emergência do Edema Agudo de Pulmão, porque a abordagem sistemática e rápida com as diversas intervenções evita a falência ventilatória plena e a necessidade de intubação. E de forma alguma, o paciente deve ter sua conduta definitiva definida por uma síndrome de EAP, que em um grande número de casos não está relacionada a quadros terminais de insuficiência cardíaca, e sim a eventos agudos que são passíveis de tratamento se identificados e manejados. Portanto se houver falha na abordagem inicial, o paciente deve ser intubado e receber suporte ventilatório. Quanto à resposta correta, o uso de nitratos em fase inicial supera em rapidez farmacológica de ação o efeito das outras medicações, gerando um alívio mais efetivo da congestão e hipóxia, enquanto medicações com início de ação mais lento, como

o diurético iniciam o efeito. A morfina e a ventilação não invasiva (VNI) são medidas já muito embasadas e de fácil utilização por equipes de emergência, constituindo primeira linha no tratamento do EAP.

*Bibliografia: Diretrizes da SBC - II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda - Arq Bras Cardiol 2009; 93(3 supl.3): 1-65.*

103. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, encontra-se entre as doenças crônicas mais prevalentes no mundo. Seu tratamento está baseado em sua classificação de gravidade. A classificação mais utilizada do mundo se chama GOLD, sendo sua última atualização em 2022. Frente a esta classificação, assinale a alternativa correta.

- A. A capacidade vital forçada é um importante preditor funcional e está diretamente relacionado com mortalidade.
- B. O número de exacerbações por ano caracteriza aumento de gravidade, mas não interfere no farmacológico.
- C. O grau de dispneia basal está entre os fatores determinantes de gravidade nesta classificação.
- D. A gasometria arterial e a capacidade vital forçada pós broncodilatador interferem nesta classificação.
- E. A classificação GOLD gradua de 1 a 4, considerando a espirometria e a gasometria.

Alternativa Correta: (C) A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica é classificada pelo sistema GOLD. Ela determina o tratamento farmacológico e não farmacológico ideal nos níveis A a D, baseados na VEF 1, dispneia basal e número de infecções anuais. Capacidade vital forçada e gasometria arterial não predizem gravidade.

*Bibliografia: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD 2022.*

104. A intervenção dietética é um dos pilares para a perda de peso sustentada no tratamento da obesidade. Em relação a composição de macronutrientes (proteínas, carboidratos e gorduras) de uma dieta para a indução de perda de peso, assinale a alternativa correta.

- A. A modificação da composição de macronutrientes de uma dieta é mais eficaz que a redução total de energia ingerida.
- B. A dieta com restrição de gordura totais não auxilia na redução de peso mesmo quando acarreta redução total de energia consumida.
- C. O aumento da ingestão de proteínas em até 50% da composição dietética deve ser recomendado por facilitar a perda de peso com manutenção da massa magra, independente da intensidade do treinamento físico realizado pelo paciente.
- D. A ingestão de macronutrientes específicos após um período de jejum prolongado é determinante para a perda de peso.

E. A restrição de carboidratos (entre 25% a 40% do valor energético total) é mais eficaz em curto prazo e semelhante a longo prazo, quando comparada a outras dietas com ingestão calórica semelhante.

Alternativa Correta: (E) A dieta com baixo teor de carboidratos apresenta perda de peso mais rápida quando comparada a outras dietas com mesmo teor calórico, sem superioridade no longo prazo.

*Bibliografia: Uptodate - Obesity in adults, Dietary Therapy, 2022.*

105. Uma paciente de 39 anos, portadora de HIV (vírus da imunodeficiência humana), deu entrada no pronto-socorro devido sonolência e cefaleia nas duas últimas semanas, com piora há 3 dias, quando também iniciou hemiparesia à direita, e, há 2 horas, um episódio de crise convulsiva. No momento, apresenta escala de coma de Glasgow 12 (2+5+5), sacade hiperométrica à esquerda, paralisia facial periférica à esquerda, hemiparesia à direita, dismetria à esquerda, além de ataxia de marcha. Foi realizada tomografia de crânio com contraste, que evidenciou múltiplas lesões nodulares com realce ao contraste e edema adjacente, principalmente em região de núcleos da base, uma lesão em ponte à esquerda e uma lesão cerebelar à esquerda. A última contagem de linfócitos CD4 desta paciente estava menor que 100 células/mm<sup>3</sup>. Para o caso apresentado, a etiologia mais provável para as lesões encontradas é:

- A. Encefalite herpética.
- B. Neurotuberculose.
- C. Neurocriptococose.
- D. Neurotoxoplasmose.
- E. Meningite asséptica.

Alternativa Correta: (D) A neurotoxoplasmose é a principal responsável por lesões com efeito massa no SNC em imunocomprometidos por HIV. Além disso, apresenta quadro com alteração do nível de consciência e déficits focais em mais de 50% dos casos. A imagem típica é de lesão nodulares com realce ao contraste, principalmente em região de núcleos da base.

*Bibliografia: MOREIRA, Raoni et al. Infecções Oportunistas do Sistema Nervoso Central em HIV/AIDS na Emergência. 2018.; BERTOLUCCI, Paulo H F et al. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 3. ed. Rj: Manole, 2021.*

106. 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: (C) 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.

107. Paciente com 42 anos, chega para consulta no ambulatório para fazer exame de rotina. Nega doenças ou uso de medicamentos. Informa que fica muito tenso quando é avaliado por profissional de saúde. Durante a avaliação pré-consulta foi identificada pressão arterial de 142/92 mmHg no membro superior direito e sentado. Em sua casa, ao medir a pressão arterial sua pressão é normalmente 120/80mmHg. Qual é a hipótese diagnóstica para este paciente?

A. Hipertensão estágio II.

B. Efeito do avental branco.

C. Hipertensão estágio I.

D. Pré hipertensão.

E. Crise de ansiedade.

Alternativa Correta: (B) A diferença da pressão arterial entre as medidas obtidas no consultório e fora dele é denominada Efeito do avental branco ou Efeito do mascaramento, quando seus valores são, respectivamente, positivos ou negativos. Com base em estudos de MRPA, diferenças iguais ou superiores a 15 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou 9 mmHg na pressão arterial diastólica indicam Efeito do avental branco significativa, enquanto diferenças iguais ou inferiores a -1 mmHg na pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica indicam efeito de mascaramento significativa. Com os dados disponibilizados no enunciado, não é possível fazer o diagnóstico de hipertensão.

Bibliografia: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2020 Barroso et al. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658.

108. A malária é uma doença infecciosa, febril, potencialmente grave, causada por protozoários transmitidos ao homem, na maioria das vezes pela picada de mosquitos do gênero Anopheles. Em relação a esta doença é CORRETO afirmar que:

A. a identificação da espécie do plasmódio é central no diagnóstico da malária, uma vez que a conduta terapêutica a ser adotada requer essa informação.

B. na infecção pelo Plasmodium, o paroxismo malárico é o sinal patognomônico que permite fazer o diagnóstico clínico da doença com segurança em área não endêmica.

C. o diagnóstico da malária é feito por hemoscopia em lâmina corada, mas também por testes imunocromatográficos que detectam antígeno específico do Plasmodium e podem estimar a carga parasitária.

D. a elevada sensibilidade e especificidade de métodos sorológicos (IFI e ELISA) justifica o seu uso no diagnóstico da malária em área endêmica.

E. a suspeição clínica da malária em áreas não endêmicas já permite o tratamento empírico para quebrar a cadeia de transmissão em áreas não endêmicas onde existe o mosquito vetor.

Alternativa Correta: (A) A malária é uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero Plasmodium e transmitida ao homem por fêmeas de mosquitos do gênero Anopheles, produzindo febre, além de outros sintomas. Quatro espécies de plasmódio podem causar a doença: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. malariae* e *P. ovale* (essa, de transmissão natural apenas na África). O tratamento da malária visa atingir o parasito em pontos-chaves de seu ciclo evolutivo e é específico para as diferentes espécies do Plasmodium.

Bibliografia: Veronese R, Focaccia R, *Tratado de Infectologia*, 6ª edição, Livraria Atheneu, 2020; *Guia Prático para o tratamento da Malária, Brasília/DF, 2020; Malária: Informações para profissionais de saúde- Ofício 005/2006, DIVE/SC.*

109. Homem de 22 anos tem hipotireoidismo desde os 12 anos. Veio à consulta no pronto atendimento queixando-se de dor abdominal, poliúria e polidipsia há 3 dias. Na história familiar pai portador de Doença de Graves. Ao exame físico: IMC=18, PA= 110/70 mmHg. Na unidade de saúde fez os seguintes exames: glicemia de jejum = 300mg/dl e hemoglobina glicada = 13%. Indique a melhor opção de início de tratamento para este caso.

A. Insulina glargina e asparte.

B. Metformina 850mg 3 vezes ao dia.

C. Metformina 500mg duas vezes ao dia.

D. Insulina NPH e glargina.

E. Insulina lispro e regular.

Alternativa Correta: (A) No manejo do paciente com suspeita de diabetes tipo 1, situação frequentemente encontrada nos serviços de pronto atendimento, é indicado o uso de duas insulinas, a basal e a ultra-rápida.

Bibliografia: Diretriz SBD 2021.

110. Um paciente de 66 anos busca atendimento no pronto-socorro devido a cefaleia pulsátil bitemporal, com início há 2 meses, associada a fadiga. Cerca de 1 mês antes do início sentiu algumas dores em ombros e na região cervical, intermitentes. Há 2 dias tem tido momentos de amaurose fugaz no olho esquerdo. A dor piora ao mastigar. Considerando esta apresentação clínica, devemos investigar rapidamente a possibilidade diagnóstica de:

- A. Migrânea com aura.
- B. Cefaleia tensional.
- C. Cefaleia cervicogênica.
- D. Arterite temporal.**
- E. Cefaleia em salvas.

Alternativa Correta: **(D)** Em paciente com mais de 50 anos, com dor temporal e alteração visual o diagnóstico de arterite temporal deve ser rapidamente investigado para evitar seqüela visual. Outra característica comum é a piora ao mastigar e a fadiga e dores articulares associadas.

*Bibliografia: BERTOLUCCI, Paulo H F et al. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 3. ed. Rj: Manole, 2021.; PALLADINI, Mariana Camargo. Tratado de Dor Neuropática. Rj: Atheneu, 2021. ; BERTOLUCCI, Paulo H F et al. Neurologia: diagnóstico e tratamento. 3. ed. Rj: Manole, 2021.*

111. Paciente de 16 anos foi atendido na UPA devido a dor em membros inferiores há 3 dias. As dores se iniciaram de forma abrupta e sem associação com traumas. Referiu uso de analgésico com discreta melhora, porém hoje evoluiu falta de ar e dor no peito. Ao exame apresentava-se icterício (2+/4+), pálido (3+/4+), febril, taquicárdico e taquipnéico. Na história pregressa, referiu várias internações inclusive com necessidade de transfusão sanguínea por 2 vezes. No hemograma apresentava: anemia normocrômica/normocítica severa, microscopia com presença de drepanócitos. Com base nas informações acima, assinale a alternativa que mostra qual exame laboratorial deverá ser realizado para confirmação do diagnóstico etiológico.

- A. D-dímero.
- B. Eletroforese de hemoglobina.**
- C. Mielograma.
- D. Curva de fragilidade osmótica.
- E. Teste de Guthrie.

Alternativa Correta: **(B)** Anemia hemolítica com anemia, icterícia (provavelmente crônica, pois já necessitou transfusão anterior), com sintomatologia aguda sugerindo quadro de síndrome torácica aguda, exames favorecendo diagnóstico de anemia falciforme (anemia normo/normo e presença de drepanócitos), porém necessita confirmação com exames complementares. Diagnóstico definitivo: comprovação da hemoglobina S (ou de outras Hb mutantes) pela eletroforese de hemoglobinas por Cromatografia Líquida de Alta Performance (HPLC) ou Eletroforese de hemoglobina com Focalização Isoelétrica (FIE). Os testes de falcização indicam apenas a presença da Hb S, portanto também são positivos para os casos de traço.

*Bibliografia: ZAGO, Marco Antonio; FALCÃO, Roberto Passetto; PASQUINI, Ricardo. Tratado de Hematologia. São Paulo: Atheneu, 2013.*

112. A síndrome de lise tumoral é caracterizada pela destruição maciça de células malignas e consequente liberação do seu conteúdo no espaço extracelular. Embora possa ocorrer de modo espontâneo, ela aparece,

em geral, logo após o início do tratamento com agentes quimioterápicos citotóxicos. Uma vez liberados, estes metabólitos podem subjugar os mecanismos homeostáticos, depositando-se no rim e levando à insuficiência renal aguda. Os principais achados da síndrome de lise tumoral são:

- A. hipouricemia, hipercalcemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia.
- B. hiperuricemia, hipocalemia, hipercalcemia, hipofosfatemia.
- C. hipouricemia, hipercalcemia, hipocalemia, hipofosfatemia.
- D. hiperuricemia, hipocalemia, hipercalcemia, hiperfosfatemia.
- E. hiperuricemia, hipercalcemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia.**

Alternativa Correta: **(E)** Na síndromes de lise tumoral por conta da lise das células patológicas ocasional aumento de purinas e consequentemente hiperuricemia, liberação de potássio e fosforo dessa forma hiperfosfatemia, hipercalcemia e pelo excesso de fósforo depleção de cálcio.

*Bibliografia: Alakel, N., Middeke, JM, Schetelig, J., & Bornhäuser, M. (2017). Prevenção e tratamento da síndrome de lise tumoral e a eficácia e o papel da rasburicase. OncoTargets and therapy, 10 , 597-605. ZAGO, Marco Antônio; FALCÃO Roberto Passetto; PASQUINI Ricardo. Tratado de Hematologia. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.*

113. 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.*

114. Mulher de 29 anos apresenta insônia, palpitações, nervosismo e perda de peso há 4 meses. Ao exame físico: FC 112 bpm, glândula aumentada de volume, indolor, nódulo palpável de cerca de 2 cm no terço superior de lobo esquerdo da tireoide. Os exames mostram: TSH 0,01 mcUI/ml (VR: 0,4 a 5), T4 livre 4,5 ng/dl (VR: 0,7 a 1,8), cintilografia de tireoide com aumento da captação, exceto área hipocaptante no lobo esquerdo (na topografia do nódulo). Qual é a causa destas alterações?

- A. Adenoma tóxico.
- B. Tireoidite linfocítica subaguda.
- C. Doença de Graves.**
- D. Tireoidite de Hashimoto.
- E. Bócio multinodular tóxico.

**Alternativa Correta: (C)** Trata-se de um caso de tireotoxicose, em que é necessário se fazer o diagnóstico diferencial. Todas as alternativas apresentadas são possíveis causas de tireotoxicose. A paciente apresenta um nódulo palpável, o que poderia sugerir uma doença de Plummer (nódulo autônomo). Porém, a cintilografia de tireoide, exame mais adequado para diferenciação entre as causas, mostra um nódulo hipocaptante, com hipercaptação no restante da glândula, o que indica o diagnóstico de doença de Graves. O nódulo neste caso não é a causa da tireotoxicose (se fosse, ele apareceria hipercaptante com hipocaptação no restante da glândula). A tireoidite linfocítica subaguda resultaria em hipocaptação difusa na cintilografia.

*VILAR, Lucio (Ed.). Endocrinologia clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.*

115. 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.*

116. Uma mulher de 31 anos se apresenta ao médico de família com leve falta de ar e tosse não produtiva, com piora à noite. Seus sintomas se agravaram ligeiramente com um resfriado várias semanas antes e não melhoraram. Ela também se queixa de coceira nos olhos, espirros e obstrução persistente do nariz. Ela foi diagnosticada com asma aos 12 anos. Ela se lembra de ter feito um teste cutâneo, que deu positivo para alergia a ácaros da poeira doméstica. Assinale a alternativa correta.

- A. Com as informações apresentadas podemos descartar a necessidade do uso de corticoides, considerando se tratar de uma asma crônica que se manteve estável por longo período.
- B. O tratamento clínico da rinite não deve ser iniciado até a estabilização completa dos sintomas relacionados ao quadro de asma crônica.
- C. Devemos avaliar se ocorreu uma exacerbação aguda de asma grave o suficiente para exigir tratamento com corticoides orais ou encaminhamento para um especialista.**
- D. A escolha por corticóide oral em monoterapia deve ser indicada para esse caso, com interrupção de outros fármacos até a estabilização dos sintomas da asma.
- E. O uso de um antibiótico da classe dos macrolídeos deve ser associado ao tratamento convencional, devido a sua ação antibacteriana e anti-inflamatória.

**Alternativa Correta: (C)** Asma é uma condição inflamatória crônica das vias aéreas. Os pacientes devem iniciar o tratamento na etapa mais adequada à gravidade inicial. O uso de corticoide pode ser necessário a qualquer momento e em qualquer etapa.

*Bibliografia: Murray & Nadel. Tratado de Medicina Respiratória. Tradução 6ª Edição. GEN Guanabara Koogan.*

117. Mulher de 63 anos, ex-tabagista (60 maços/ano) foi submetida a cirurgia com ressecção do nódulo e o anátomopatológico revelou neoplasia pulmonar de pequenas células. Antes de iniciar o tratamento adjuvante, observou que estava indo ao banheiro urinar 6 vezes ao dia, urina de coloração clara e aos exames complementares hemograma normal; glicose 89 mg/dl; sódio de 128 mmol/L. A hipótese diagnóstica mais plausível é síndrome:

- A. de Horner.
- B. perdedora de sal.
- C. de Addison.
- D. de Graves.

**E. da secreção inapropriada de vasopressina.**

Alternativa Correta: **(E)** Os tumores de pequena célula, tem a capacidade de secretar hormônios neuroendócrinos como ADH, levando a um quadro de polaciúria e hiponatremia denominada síndrome da SIADH.

*Bibliografia: Christian Grohé, Rossanna Berardi, Volker Burst, Hyponatraemia-SIADH in lung cancer diagnostic and treatment algorithms, Critical Reviews in Oncology/Hematology, Volume 96, Issue 1, 2015, Pages 1-8, ISSN 1040-8428 - Fiordoliva, I., Meletani, T., Baleani, MG, Rinaldi, S., Savini, A., Di Pietro Paolo, M., & Berardi, R. (2017). Gerenciando a hiponatremia no câncer de pulmão: últimas evidências e implicações clínicas. Avanços terapêuticos em oncologia médica, 9 (11), 711-719.*

118. Paciente de 30 anos procurou atendimento devido a fraqueza e dispneia aos esforços há 4 meses. Nos antecedentes pessoais referia obesidade mórbida tratada com cirurgia bariátrica há 2 anos. Realizados exames laboratoriais sendo constatado anemia microcítica severa com depleção dos estoques de ferro corporal. Quais são os sítios de absorção deste micromineral?

- A. Fundo gástrico e duodeno.
- B. Corpo gástrico e íleo terminal.
- C. Jejuno e íleo terminal.
- D. Duodeno e jejuno proximal.**
- E. Fundo gástrico e jejuno proximal.

Alternativa Correta: **(D)** O ferro é absorvido pela borda em escova das células epiteliais dos vilos intestinais, principalmente do duodeno e parte proximal do jejuno. O transporte do lúmen intestinal até a circulação sanguínea ocorre em três fases principais: 1) captação e internalização na membrana apical do enterócito; 2) deslocamento intracelular, e 3) transporte para o plasma.

*Bibliografia: ZAGO, Marco Antonio; FALCÃO, Roberto Passetto; PASQUINI, Ricardo. Tratado de Hematologia. São Paulo: Atheneu, 2013.*

119. Homem de 50 anos, apresenta manchas nas costas com prurido esporádico, notadas durante o verão. Ao exame físico, observa-se múltiplas máculas arredondadas, brancas, recobertas com escamas finas desde o

pescoço, estendendo-se por todo tronco, intercaladas de pele normal. As lesões também apresentam sensibilidade tátil, térmica e dolorosa preservadas e, ao estiramento da pele, a descamação ficou ainda mais evidente. Qual o diagnóstico para este caso?

- A. Pitiríase rósea de Gilbert.
- B. Pitiríase versicolor.**
- C. Hanseníase indeterminada.
- D. Psoríase.
- E. Dermatite seborreica.

Alternativa Correta: **(B)** A pitiríase versicolor (PV) é uma infecção fúngica superficial comum, causada pelo fungo *Malassezia furfur*. Pacientes com PV geralmente apresentam múltiplas lesões no tronco, com regiões intercaladas de pele normal. As lesões podem também surgir no pescoço e extremidades superiores proximais. Sua distribuição normalmente é paralela à das glândulas sebáceas, com ocorrência maior no tórax, dorso e face. O tratamento é realizado com cetozolazol 200mg/dia por 10 dias e xampu de sulfeto de selênio 2,5%.

*Bibliografia: GRIFFITHS, C. et al. Rook's Textbook of Dermatology. 9th ed. Malden, Oxford, Victoria: Wiley-Blackwell, 2016. Chap. 32.*

120. Homem de 56 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico. procura atendimento médico por crises de dor e edema no joelho direito de início há 3 dias. Relato prévio de crises semelhantes em primeira metatarsofalângiana do pé esquerdo. Alega períodos que fica totalmente sem dor. Nega uso de medicações para o quadro. Ao exame, presença de derrame articular em joelho direito e presença de nódulos palpáveis em cotovelo esquerdo e região articular direita com saída de secreção esbranquiçada ao toque. Frente ao quadro clínico acima, ASSINALE a principal hipótese diagnóstica e conduta.

- A. Gota. Artocentese diagnóstica de joelho direito. Adiar o início de alopurinol. Alvo de ácido úrico menor que 5mg/dL.**
- B. Artrite reumatóide. Artocentese diagnóstica de joelho direito. Início de drogas modificadoras de atividade de doença convencional (cDMARDs).
- C. Gonartrose. Infiltração articular com glicocorticoide. Início de antiinflamatório não hormonal.
- D. Gota. Artocentese diagnóstica de joelho direito. Início imediato de alopurinol em altas doses. Alvo de ácido úrico menor de 6mg/dL.
- E. Artrite reumatóide. Artocentese diagnóstica de joelho direito. Início de drogas modificadoras de atividade de doença biológica (cDMARDs).

Alternativa Correta: **(A)** Dor de desenvolvimento agudo, monoarticular e de primeira metatarsofalângiana (podagra) é indicativo de gota. Outros locais de acometimento podem ser os joelhos, tornozelos e o cotovelo. O quadro agudo de gota é acompanhado de sinais flogísticos como dor, vermelhidão e edema. Em monoartrite aguda,

sem diagnóstico, é obrigatório a indicação de artrocentese diagnóstica para exclusão de quadros infecciosos. Flutuações do ácido úrico são esperados com o início de terapia redutora, podendo atrasar o alívio sintomático bem como prolongar o tempo de crises agudas, dessa forma é recomendado o adiamento da terapia até o fim da crise aguda. O alvo de ácido úrico em pacientes com quadro tofáceo (como o do paciente acima) é indicativo de rigidez, sendo esperado menor que 5mg/dl.

*Bibliografia: Hochberg, Marc C. Rheumatology. 7th edition. Edinburgh: Mosby, 2003.*