

1. RN prematuro de 34 semanas, nasceu com peso adequado para a idade. A mãe não realizou pré-natal e deu entrada na maternidade em trabalho de parto. O exame da criança mostrou exteriorização do intestino delgado e parte do fígado. Esta alteração é decorrente de:
- A. Defeito na diferenciação da mesoderme.
 - B. Falhas na rota do intestino primitivo.
 - C. Dobramento incompleto no plano mediano.**
 - D. Alteração na migração das cristas neurais.

Alternativa Correta: **(C)** A Formação incompleta da parede abdominal ocorre pelo dobramento incompleto no plano mediano do embrião, que ocorre durante a quarta semana. A rota do intestino primitivo, as cristas neurais e a mesoderme não participam na formação da parede abdominal.

MOORE, Keith L.; PERSAUD, T. V. N.; TORCHIA, Mark G. Embriologia clínica. Rio de Janeiro: Saunders Elsevier, 2013. xviii, 540 p. ISBN 978-85-352-5769-4.

2. Homem de 32 anos, ao levantar-se da cama pela manhã, sentiu subitamente dor na região ânterolateral do pescoço à direita. No pronto socorro foi realizado radiografia cervical que demonstrou flexão da coluna cervical e rotação para o lado esquerdo, sem alterações estruturais. Após a palpação, concluiu-se pelo diagnóstico de torcicolo espasmódico. Assinale a alternativa que apresente o músculo acometido e a causa da dor:
- A. Músculo escaleno direito; a dor resulta da isquemia e compressão das terminações nervosas causadas pelo espasmo muscular.
 - B. Músculo esternocleidomastóideo esquerdo; a dor resulta da tensão dos tecidos após rotação extrema.
 - C. Músculo esternocleidomastóideo direito; a dor resulta da isquemia e compressão das terminações nervosas causadas pelo espasmo muscular.**
 - D. Músculo escaleno esquerdo; a dor resulta da tensão dos tecidos após rotação extrema.

Alternativa Correta: **(C)** A dor na região lateral direita se dá pela contratura muscular do esternocleidomastóideo direito que faz a flexão e rotação da cabeça para o lado esquerdo, o que explica a posição antálgica do paciente e a rotação e flexão da coluna vertebral para a esquerda, observada no exame radiológico. *Bibliografia: MOORE, Keith L.; Dalley, Arthur F.; Agur, Anne M. R. Anatomia Orientada para a Clínica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. STANDRING, S. GRAY'S Anatomia. 40 ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.; TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. Princípios de anatomia e fisiologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.*

3. Paciente de 45 anos, com cansaço progressivo nos últimos meses e perda de memória, com maior dificuldade de deambulação que vem progressivamente aumentando de intensidade. A esposa relata vários episódios de esquecimento e apatia. Tem história de cirurgia abdominal por quadro de obstrução intestinal há 7 anos, com ressecção do íleo terminal. Faz uso de Sulfasalazina. Ao exame: palidez, FC 101 bpm, PA 120x80 mm/Hg, FR 12ipm, afebril; sinal de liberação piramidal e ataxia sensitiva. Sobre o quadro acima é correto afirmar que:
- A. a deficiência de ferro deve ser levada em conta, considerando a presença de sintomas neurológicos e comportamentais.
 - B. a ressonância magnética de crânio deve fazer parte inicial da rotina complementar a ser solicitada, justificada principalmente pela presença de ataxia sensitiva.
 - C. o hemograma provavelmente irá evidenciar anemia com volume corpuscular médio (VCM) elevado e presença de leucócitos hipersegmentados.**
 - D. a ressecção do íleo terminal tem repercussão na absorção da vitamina C, determinando aumento de oxalato sérico e acúmulo deste nos núcleos da base.

Alternativa Correta: **(C)** Anemia com manifestação neurológica e comportamental deve levar à suspeita de deficiência de vitamina B12, sustentada pela ressecção de longa data do íleo terminal, importante local de absorção dessa vitamina. O hemograma é típico, com megaloblastose e hipersegmentação neutrofílica. A presença de ataxia sensitiva é típica de lesões de cordões posteriores medulares e a RNM de crânio não se justifica. Deficiência de ferro não determina sintomas neurológicos proeminentes. A absorção da vitamina C não tem relação com íleo terminal nem com oxalato.

Bibliografia: Briani C, Dalla Torre C, Citton V, et al. Cobalamin deficiency: clinical picture and radiological findings. Nutrients. 2013;5(11):4521-39. Published 2013 Nov 15. doi:10.3390/nu5114521; Herrmann W., Obeid R. (2012) Cobalamin Deficiency. In: Stanger O. (eds) Water Soluble Vitamins. Subcellular Biochemistry, vol 56. Springer, Dordrecht.

4. Idoso de 75 anos é levado ao consultório para acompanhamento. Refere constantes episódios de mal-estar e visão turva associados a palidez cutânea e sudorese. Por duas vezes apresentou quadro sincopal com recuperação rápida da consciência. É hipertenso e tem história de hiperplasia prostática benigna. Está em uso de hidroclorotiazida, atenolol e combinação de doxazosina mais finasterida. Ao exame: PA deitado: 120x90 mmHg, PA sentado: 95x78 mmHg. Considerando o caso acima, qual alternativa é verdadeira sobre efeito de drogas e suas interações no paciente idoso.
- A. A testosterona tem papel fundamental na expressão de baro-receptores, de modo que sua inibição pela utilização de finasterida determina hipotensão postural frequente.
 - B. A inibição dos receptores alfa 1 pela doxazosina tem efeito vascular associado e pode determinar hipotensão ortostática quando usada com outros anti-hipertensivos.**
 - C. A redução do débito cardíaco pelo uso de atenolol associado ao aumento do volume plasmático observado com uso de diuréticos explica os eventos sincopais.
 - D. A hidroclorotiazida tem em sua composição um radical Sulfa, podendo determinar evento anafilático, justificando a redução marcada da pressão arterial nesse paciente.

Alternativa Correta: **(B)** A doxazosina tem efeito alfa bloqueador no esfíncter interno da uretra, com consequente relaxamento desse músculo e consequente efeito facilitador da micção em pacientes com HPB. O uso concomitante com outros anti-hipertensivos pode determinar hipotensão postural em idosos e quedas frequentes. *Bibliografia: CORDEIRO, Renata Cereda et al. Factors associated with functional balance and mobility among elderly diabetic outpatients. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 53, n. 7, p. 834-843, Oct. 2009; FERREIRA NETO, Carolina Justus Bührer et al. Avaliação dos riscos de queda de pacientes em uso de medicamentos prescritos em hospital universitário. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 2, p. 305-310, Apr. 2015.*

5. Em um quadro de hepatite aguda grave, com consequente lesão acentuada do parênquima hepático, o metabolismo de aminoácidos pelo fígado é alterado. Nesta condição, o nível plasmático de qual composto tende a estar mais baixo que o normal, dentre os a seguir?
- A. Amônia.
 - B. Glicina.
 - C. Ureia.**
 - D. Alanina.

Alternativa Correta: **(C)** Os aminoácidos (com exceção dos de cadeia ramificada como a leucina, isoleucina e valina) são captados pelo fígado por meio da circulação porta e metabolizados em uréia. A lesão hepática grave prejudica o metabolismo normal dos aminoácidos e se reflete pelos níveis séricos aumentados dos aminoácidos de cadeia não-ramificada. Como a uréia não pode ser produzida, a amônia não é mais metabolizada. *Bibliografia: LONGO, DL. Medicina Interna de Harrison. 18 ed. Porto Alegre: McGraw-Hill e Artmed, 2013.*

6. Homem de 55 anos teve câncer gástrico há 2 anos e sofreu gastrectomia total. Qual complicação costuma acontecer nestes pacientes?
- A. Anemia megaloblástica por falta de absorção de vitamina B12 pela não produção de Fator Intrínseco.**
 - B. Desnutrição por falta da digestão das proteínas alimentares por não produção de ácido clorídrico e pepsina.
 - C. Doença do refluxo ácido gástrico por destruição do esfíncter inferior do esôfago no momento da cirurgia.
 - D. Gastrite alcalina por refluxo de substâncias alcalinas (secreção biliar e pancreática) e redução da produção de H⁺.

Alternativa Correta:

(A) As células principais gástricas produzem Fator Intrínseco, cuja função é permitir a absorção de vitamina B12 em intestino delgado. A retirada total do estômago provoca a médio prazo consumo dos depósitos de Vit B 12 e anemia megaloblástica. Nem sempre ocorre desnutrição porque a digestão proteica se mantém pela atividade pancreática. Após a gastrectomia total não há produção de ácido e não ocorre refluxo ácido nem pode haver gastrite.

Bibliografia: Andreollo et al. Complicações pós-operatórias após gastrectomia total no câncer gástrico: análise de 300 doentes. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, Volume 24, Number 2, 2011, pp. 126-130(5).

7. Duas pessoas A e B tem mesma capacidade pulmonar total (6 litros) e mesmo espaço morto (1,5 litros). Considerando os dados colocados na tabela abaixo,

Pessoa	Volume corrente	Frequência respiratória	pO ₂	pCO ₂
A	0,6 litros	10 ipm	normal	normal
B	0,3 litros	20 ipm	baixo	elevado

É correto afirmar que:

- A. A relação de volume corrente e espaço morto foi de 50% em A e 25% em B.
- B. O volume minuto do paciente A foi de 6 litros e do paciente B foi de 3 litros.
- C. A maior frequência respiratória do paciente B provoca retenção de CO₂ e aprisionamento de O₂.
- D. A ventilação alveolar do paciente A foi de 4,5 litros e o do paciente B é de 3 litros.**

Alternativa Correta: **(D)** O volume corrente é calculado pela multiplicação do volume de ar inspirado pela frequência respiratória e é igual a 6l nos dois pacientes. A ventilação alveolar por minuto é igual o volume corrente subtraído do espaço morto e multiplicado pela frequência respiratória, sendo de 4,5 l em A e de 3l no B. A relação VC/EM para A=0,4 ou 25% e B=0,2 ou 50%. O volume de ar que corresponde ao espaço morto fisiológico é de até 150ml em adultos u não varia. A frequência respiratória elevada e volume corrente baixo = aprisionamento de CO₂ e hipoxemia.

Bibliografia: SHERWOOD, Lauralee. Fisiologia humana: das células aos sistemas. 7. ed. São Paulo: Centage Learning, 2011; GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de fisiologia médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

8. Os seres humanos estão constantemente expostos a agentes infecciosos (bactérias, vírus e fungos). O sistema imunológico atua de maneiras distintas para se defender. Em relação a vacinação podemos afirmar que:
- A. a imunidade específica (adquirida ou adaptativa) corresponde a proteção a cada agente infeccioso ou antígeno. Inicia-se quando os agentes infecciosos são reconhecidos nos órgãos linfoides pelos macrófagos.
 - B. a imunidade inespecífica (natural ou inata) é constituída de mecanismos de bioquímicos e celulares que já estão presentes no organismo antes mesmo de iniciar o processo infeccioso, respondendo prontamente a infecção.**
 - C. durante o período indutivo não haverá produção de anticorpos específicos. Após o reconhecimento do linfócito B específico, inicia-se a produção de anticorpos. A primeira classe de imunoglobulina a ser produzida é a IgG e posteriormente a IgM.
 - D. a IgM ficará presente, na maioria das vezes para o resto da vida. As imunoglobulinas específicas contra esse antígeno serão produzidas todas as vezes em que o organismo entrar em contato com esse agente etiológico.

Alternativa Correta: **(B)** A imunidade inespecífica não necessita de estímulos prévios e não tem período de latência. Esse tipo de imunidade se opõe a colonização, a penetração, a multiplicação e a persistência do agente infeccioso no organismo.

Bibliografia: Manual de norma e procedimento para vacinação Ministério da Saúde. 2014.

9. Um indivíduo apresenta um quadro de hemorragia cerebral que conduziu a uma lesão com grave disfunção seletiva no giro pós-central (córtex somatossensorial) do lado direito. Como resultado pode-se esperar essencialmente perda da sensibilidade:
- A. tátil no hemi-corpo esquerdo.**
 - B. visceral no hemi-corpo esquerdo.
 - C. tátil grosseira e da propiocepção no hemi-corpo esquerdo.
 - D. dolorosa do hemi-corpo esquerdo.

Alternativa Correta: **(A)** O córtex somatossensorial tem por função perceber e localizar os estímulos somáticos, portanto não recebe informações das vísceras. O fato das vias ascendentes cruzarem para o lado oposto, a lesão no lado direito compromete o hemi-corpo esquerdo. A sensibilidade dolorosa e do tato grosseiro pode ser processada no tálamo. O córtex somatossensorial recebe informações sensoriais. Portanto não exerce controle sobre contração muscular.

Bibliografia: AYRES, M.M. Fisiologia. 4ª edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 2012.; BERNE, R.M e LEVY, M.N. Fisiologia. 6a ed., Elsevier Editora, Rio de Janeiro, RJ,2009.; GUYTON, A.C. e HALL, J.E. Tratado de Fisiologia Médica. 11ª ed., Editora Elsevier, Rio de Janeiro, RJ, 2011.; .

10. Dentre os princípios da ação diurética temos o mecanismo de freio compensatório, que consiste em minimizar os efeitos colaterais dos diuréticos para a manutenção da homeostase. Assinale a afirmativa abaixo que corresponde à um desses mecanismos.

- A. Ativação renina-angiotensina-aldosterona.
- B. Inativação do sistema nervoso simpático.
- C. Diminuição da expressão do transportador do epitélio renal.
- D. Aumento da liberação de vasopressina.

Alternativa Correta: (A)

Embora a administração contínua de diurético provoque um déficit global prolongado no sódio total do corpo, o curso do tempo da natriurese é finito porque os mecanismos compensatórios renais equilibram a excreção de sódio com a sua captação. Freio compensatório : ativação SN simpático, ativação renina-angiotensina-aldosterona, hipertrofia da célula epitelial renal, aumento da expressão do transportador do epitélio renal, alterações hormônios natriuréticos

Bibliografia: Bruton L.L ., DanDan R.H. As Bases Farmacológicas da Terapêutica De Goodman e Gilman 13ª Ed. . McGrawHill, Artmed 2018.

11. Homem de 67 anos vem consultar com queixas de fadiga, emagrecimento, fraqueza e anorexia. História de tabagismo e etilismo há 20 anos. Exames realizados sugeriram diagnóstico de cirrose, confirmado pela elastografia. A fibrose hepática característica da cirrose, que resulta da agressão crônica, ocorre devido:

- A. destruição das células de Kupffer e substituição por fibroblastos que passam a produzir colágeno.
- B. ativação das células estreladas hepáticas, que se transformam em miofibroblastos e passam a sintetizar e depositar colágeno.
- C. inibição de citocinas, como o fator de necrose tumoral, que resultará em aumento do depósito de colágeno.
- D. aumento a função dos hepatócitos na produção de colágeno.

Alternativa Correta: (B) As células estreladas hepáticas (células de Ito) são células perisinusoidais que armazenam vitamina A e produzem fatores de crescimento, citocinas, prostaglandinas e outras substâncias bioativas. Podem sofrer um processo de ativação para um fenótipo semelhante a miofibroblastos. Quando ativadas apresentam maior capacidade de proliferação, síntese de colágeno e componentes da matriz extracelular. A regeneração dos hepatócitos nesta matriz fibrótica resulta no desenvolvimento da cirrose hepática.

Bibliografia: Porth, Carol Mattson; Grossman,Sheila -Editora: Guanabara Koogan Porth - Fisiopatologia - 9ª Ed. 2015.

12. Uma das situações clínicas que têm se mostrado grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Assinale a alternativa correta em relação a característica farmacológica dos anti-hipertensivos citados abaixo.

- A. O diltiazem é um bloqueador de canal de cálcio que atua na musculatura lisa vascular e no músculo cardíaco.
- B. A losartana é um anti-hipertensivo cujo mecanismo de ação ocorre devido inibição da enzima conversora de angiotensina (ECA).
- C. O atenolol é considerado um antagonista Beta1 e Beta 2 adrenérgico e por isso melhora os sintomas da doença vascular periférica.
- D. A hidralazina é um vasodilatador que reduz a pressão arterial por causar relaxamento direto do músculo liso arteriolar, e por isso pode ser usada de forma isolada no tratamento da HAS.

Alternativa Correta: (A) O diltiazem é um bloqueador de canal de cálcio que atua tanto na musculatura lisa vascular como no músculo cardíaco, tendo dessa forma efeito anti-hipertensivo.

Bibliografia: HANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M.; FLOWER, R.J., HENDERSON, G. Farmacologia. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.; GOODMAN, Louis Sanford; GILMAN, Alfred Goodman; BRUNTON, Laurence L.; CHABNER, Bruce A.; KNOLLMANN, Björn C. (Org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 12. ed. Porto Alegre:McGraw-Hill, 2012.

13. A Doença de Berger (nefropatia por IgA) é uma doença auto-imune, onde temos como processo fisiopatológico a formação de IgA defeituosa, o que acarreta em depósitos de IgA nas células mesangiais renais resultando em dano tecidual e hematuria no quadro agudo. Qual situação abaixo está relacionada na ativação dessa doença e aparecimento de hematuria?

- A. Infecção do trato urinário.
- B. Uso de anti-inflamatórios não estereoidais.
- C. Impetigo crostoso.
- D. Infecção das vias aéreas superiores.**

Alternativa Correta: **(D)** A IgA responsável pela defesa da mucosa do trato respiratório e digestivo, aumentando sua concentração na vigência de IVAS, sendo no caso do paciente com a Doença de Berger sua produção defeituosa. Impetigo crostoso, está relacionado ao estreptococos, levando a outra glomerulonefrite (pós-estrepto).

Bibliografia: Abbas, Abul K.; Kumar, Vinay; Mitchell, Richard N. - Fundamentos de Patologia - Robbins & Cotran - 9ª Ed. 2017 Elsevier.

14. No ano de 2017, foram notificados no estado de Santa Catarina, 5.802 acidentes por aranha, sendo o gênero *Loxosceles* (aranha marrom). Este tipo de aranha possui hábitos noturnos e pode ser encontrada em pilhas de tijolos, telhas e no interior de residências. O acidente com este tipo de aranha irá provocar, além da dor local, os seguintes sinais e sintomas:
- A. dor no abdômen, fraqueza, letargia, hiperestesia, ansiedade, agitação, lesões puntiformes e infartamento gangli-onar.
 - B. sudorese, edema, eritema, parestesia em membros, fasciculação, agitação e hipertensão arterial.
 - C. parestesia intensa, eritema, sudorese com equimose central e áreas de palidez e área endurecida, sem sintomas gerais.
 - D. lesão dermonecrotica que aparece algumas horas após o acidente, isquemia, bolha hemorrágica, febre e sintomas gerais.**

Alternativa Correta: **(D)** O gênero *Loxosceles* é encontrado em todo o país, no entanto sua importância é mais destacada na região Sul e, particularmente, no Paraná, onde vem se proliferando de maneira significativa na última década. Várias são as espécies descritas no Brasil, sendo as principais causadoras de acidentes as seguintes: *Loxosceles laeta*, *Loxosceles intermedia*, e *Loxosceles gaucho*. Constroem teias irregulares em fendas de barrancos, sob cascas de árvores, telhas e tijolos, atrás de quadros e móveis e em vestimentas, geralmente ao abrigo da luz. A picada é usualmente pouco dolorosa, podendo passar despercebida; após algumas horas, dor, eritema e edema na região da picada tornam-se evidentes, com equimose central e áreas de palidez (placa marmórea) e eventualmente bolhas com conteúdo sero-hemorrágico; à palpação, nota-se área endurecida. A lesão cutânea pode evoluir com necrose seca e úlcera.

Bibliografia: Guia de Vigilância Epidemiológica - MINISTÉRIO DA SAÚDE; Acidentes por Animais Peçonhentos - Caderno 14. 7ª Edição BRASÍLIA - DF 2010 NEVES, David Pereira. Parasitologia humana - 12.ed. - / 2012 12. ed. -. São Paulo, SP: Atheneu, 2012.

15. Com o avanço da microscopia e das técnicas de coloração, os cientistas conseguiram observar que algumas estruturas celulares tem uma localização definida no citoplasma. Admitiu-se então a existência de um "esqueleto" celular que foi nomeado citoesqueleto. O citoesqueleto é uma das principais estruturas da célula, sendo encontrada apenas em células eucariotas. Define-se citoesqueleto como:
- A. cílios fundidos e dispostos em lamelas que fazem o suporte de indivíduos unicelulares.
 - B. conjunto de fibras e túbulos de proteínas que dá sustentação às células e permite sua movimentação.**
 - C. feixes de actina, miosina e queratina que promovem o estrangulamento da célula no processo de divisão celular.
 - D. conjunto de fibras e túbulos de diferentes diâmetros, formado por celulose e que dá suporte às várias estruturas celulares.

Alternativa Correta: **(B)** Microfibras e microtúbulos são estruturas proteicas que formam o citoesqueleto. Esse componente celular participa da sustentação e de movimentos celulares. *Bibliografia: Junqueira, L. C.; Carneiro, J. Biologia celular e molecular. 9. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012. Capítulos 1, 7 e 12.*

16. 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 sintetizando ureia.
- D. Evitar jejum prolongado visando minimizar complicações neurológicas.

Alternativa Correta: (D) 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.

17. Um dos agentes causadores de vulvovaginites mais comum é o protozoário *Trichomonas vaginalis*, causador da Tricomoniase. Assinale a alternativa correta em relação a este agente:
- A. nas mulheres provoca corrimento esbranquiçado aderido à parede vaginal com prurido.
 - B. o exame a fresco de secreção vaginal, uretral ou prostática serve para visualizar os cistos.
 - C. pacientes com diagnóstico de tricomoníase devem ser rastreados para sífilis e HIV.
 - D. os homens infectados com tricomoníase podem apresentar uretrite com corrimento amarelado.

Alternativa Correta: (C) Tricomoniase é uma doença sexualmente transmissível, transmitida quando não houve uso de preservativo, aumentando assim a possibilidade de transmissão de outras DSTs prevalentes no nosso meio, sendo recomendado a investigação dos pacientes. Os homens geralmente são assintomáticos. A visualização a fresco é da forma de trofozoítos, sendo que o *T. vaginalis* não se apresenta na forma de cistos. O corrimento esbranquiçado é característico da candidíase.
Bibliografia: Microbiologia Médica - 8ª Ed. 2017 Murray, Patrick.

18. Com base no mecanismo de ação dos inibidores da enzima de conversão de angiotensina e do beta-bloqueador, qual o principal fator de benefício desses fármacos na diminuição da progressão da insuficiência cardíaca congestiva?
- A. redução da pós-carga.
 - B. redução da pré-carga.
 - C. diminuição o remodelamento cardíaco.
 - D. diminuição do débito cardíaco.

Alternativa Correta: (C) Embora uma redução da pré-carga e da pós-carga tenham um benefício da sintomatologia e condições de trabalho cardíaco, a diminuição do remodelamento cardíaco causado pela angiotensina II, ativação simpática exacerbada e ativação da aldosterona, será o benefício para não progressão do erro de adaptação do tecido muscular cardíaco.
Bibliografia: As Bases Farmacológicas da Terapêutica - 12ª Ed. Goodman and Gilman Brunton, Laurence L., Ph.D. / A. Chabner, Bruce / C. Knollman, Björn.

19. Homem de 60 anos chegou ao Pronto-Socorro apresentando dor torácica há 2 horas, de forte intensidade, em opressão, com irradiação para membro superior esquerdo e mandíbula, não relacionada com esforço físico e associada a náuseas. A ecocardiografia indicou uma obstrução do ramo circunflexo da artéria coronária. Qual região do coração estava sendo acometida pela obstrução coronariana?
- A. Átrio esquerdo e ventrículo esquerdo.
 - B. Átrio esquerdo e nó sinoatrial.
 - C. Ventrículo direito e ápice do coração.
 - D. Átrio direito, ventrículos direito e esquerdo.

Alternativa Correta: (A) O ramo circunflexo da Artéria Coronária Esquerda, menor, acompanha o sulco coronário ao redor da margem esquerda até a face posterior do coração. O ramo marginal esquerdo do ramo circunflexo acompanha a margem esquerda do coração e supre o ventrículo esquerdo. Tem distribuição nos átrios e ventrículos esquerdos. *Bibliografia: MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R. Anatomia Orientada para a Clínica. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.*

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 água é um veículo de transmissão desses parasitas sem influenciar na incidência de parasitoses intestinais.
- B. A dependência de um vetor facilita a disseminação do parasita, tendo em vista que parte do ciclo de vida deste parasita ocorre no vetor.
- C. A imunização regular dos possíveis hospedeiros tem sido uma forma eficaz de prevenção contra diversas parasitoses.
- D. A resistência ao sistema imune do hospedeiro através de mecanismos de evasão é fator que beneficia alguns parasitas.**

Alternativa Correta: **(D)** 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.

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.

Ginecologia e Obstetrícia

21. O abscesso subareolar é condição benigna que surge como uma infecção na região subareolar e evolui para abscesso que se apresenta clinicamente como um tumor mamário. Relaciona-se ao abscesso subareolar recidivante:
- A. Etilismo.
 - B. Obesidade.
 - C. Anticoncepcional hormonal.
 - D. Tabagismo.**

Alternativa Correta: **(D)** O abscesso subareolar recidivante é um tipo de mastite crônica não lactacional, de caráter crônico e recorrente, que em sua evolução apresenta fístula para a pele periareolar. Atinge mulheres jovens e leva a alterações anatômicas, devido à fibrose e cicatrizes locais. Dentre os vários fatores de risco para esses abscessos, o tabagismo se destaca, podendo estar relacionado à ação isquêmica direta da nicotina, à hipóxia tecidual causada pela ação do monóxido de carbono na dissociação do oxigênio da hemoglobina, ou indiretamente pela interferência no metabolismo do estrógeno e da prolactina.

Bibliografia: 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.

22. 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. alterações fibrocísticas.

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.

23. Mulher de 35 anos, com dor crônica em região pélvica. Ultrassonografia pélvica evidencia tumoração cística em ovário direito com cerca de 5 cm de diâmetro. Realizada cirurgia, que revela cisto com cavidade unilocular repleto de líquido espesso com aspecto achocolatado. Microscopia da parede do cisto com macrófagos contendo hemossiderina. O diagnóstico da tumoração é:
- A. teratoma maduro.
 - B. cistoadenoma mucinoso.
 - C. adenocarcinoma seroso de ovário.
 - D. endometrioma.**

Alternativa Correta: **(D)** Os casos de endometrioma ovariano diagnosticados pela clínica e pela ultra-sonografia são confirmados por histopatologia. Os diagnósticos diferenciais de presumíveis endometriomas, são os cistos de corpo lúteo, teratomas císticos hemorrágicos e cistos serosos.

Bibliografia: 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.

24. Gestante de 16 semanas apresenta Teste Rápido para sífilis reagente e VDRL negativo. Nega tratamento anterior para a doença. Qual conduta deve ser tomada a seguir?
- A. Deve ser solicitado VDRL seriado e aguardar soroconversão para iniciar tratamento e na ausência de títulos deve se manter conduta expectante.
 - B. Trata-se de cicatriz sorológica, pois o Teste Rápido para sífilis tem pouca especificidade em relação a sífilis e o resultado do VDRL deve prevalecer.
 - C. Devido à alta taxa de falso-positivo do Teste Rápido para sífilis uma nova sorologia deve ser realizada a fim de descartar essa possibilidade.
 - D. Deve-se iniciar imediatamente o tratamento com Penicilina G Benzatina devido à gravidade da sífilis na gestação em relação ao conceito.**

Alternativa Correta: **(D)** O Teste Rápido para sífilis é um teste treponêmico, com alta especificidade e sensibilidade. Associados ao VDRL negativo, sem história de tratamento prévio, podemos ter duas possibilidades: 1. a gestante se encontra na janela imunológica, uma vez que Teste Rápido para sífilis positiva antes do VDRL, 2. a gestante se encontra em uma fase mais avançada da doença, na qual os títulos de VDRL podem se apresentar negativos.

Bibliografia: Zugaib, Marcelo; Francisco, Rossana Pulcineli Vieira, Zugaib Obstetrícia, 3ª Ed., Ed. Manole, 2016.

25. Na abordagem de paciente na menacme com queixa de mastalgia, galactorreia e amenorreia, observa-se que:
- A. a dosagem habitual de prolactina normal descarta hiperprolactinemia e adenoma de hipófise, independentemente da clínica.
 - B. o tratamento inicial para microadenomas de hipófise produtores de prolactina é cirúrgico por via transesfenoidal.
 - C. o uso de antagonistas dopaminérgicos é primeira opção para o tratamento da hiperprolactinemia.
 - D. níveis de prolactina elevados acima de 200 ng/dl indicam a investigação de tumores da hipófise.**

Alternativa Correta: **(D)** Níveis elevados de prolactina estão mais associados a tumores, sendo indicada investigação. Microadenomas tem tratamento inicial com agonistas dopaminérgicos.

Bibliografia: Ginecologia de Williams / Hoffman ... [et al.] ; tradução: Ademar Valadares Fonseca ... [et al.] ; [coordenação técnica: Suzana Arenhart Pessini ; revisão técnica: Ana Paula Moura Moreira ... et al.]. - 2. ed. - Porto Alegre : AMGH, 2014.

26. A distócia de ombro é uma urgência obstétrica de extrema importância devido sua incidência e também sua morbidade. Na distocia de ombro quais manobras podem ser aplicadas?
- A. Adução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno e, se necessário, pressão supra - púbica, praticada por um auxiliar, diretamente sobre a sínfise púbica materna.**
 - B. Rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, pressão supra púbica, praticada por um auxiliar, diretamente sobre a sínfise púbica materna.
 - C. Adução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno e, se necessário, rotação manual do ombro anterior do feto para posterior.
 - D. Rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, tração controlada do cordão e colocação do recém-nascido no nível da vulva ou abaixo desta, por três minutos.

Alternativa Correta: **(A)** A distócia de ombro se trata de uma urgência obstétrica de extrema importância devido sua incidência e também sua morbidade quando não revertida de forma adequada. Já se estabeleceu uma conduta padronizada mundialmente para reversão de tal quadro.

Bibliografia: Manual de Parto, Aborto e Puerpério, Ministério da Saúde 2001.; Manual de Obstetrícia- FEBRASGO. São Paulo, Editora FEBRASGO 2017.

27. Geralmente, o trabalho de parto inicia-se espontaneamente entre as 37 e 40 semanas de gestação, com a expulsão do tampão mucoso e a rotura da bolsa das águas. A gestante começa a ter contrações irregulares, as quais vão se intensificando, até ficarem regulares. O trabalho de parto passa por três fases. Em relação a dilatação ou primeiro período do trabalho do parto fisiológico podemos dizer que:

- A. inicia-se com as contrações uterinas rítmicas, que começam por modificar ativamente a cérvix, e terminam quando a sua ampliação está completa (10 cm).
- B. implica em dilatação do colo graças ao efeito de relaxamento das fibras longitudinais do corpo uterino, que se alonga durante as contrações uterinas, e a outros fatores como bolsa das águas e apresentação fetal.
- C. inicia-se com as contrações uterinas, finaliza com a expulsão da placenta e completa com a involução uterina com a trombomiotamponagem na primeira hora de pós-parto.
- D. inclui uma fase ativa e uma fase latente, sendo a fase ativa caracterizada por dilatação cervical gradual e a fase latente por dilatação cervical rápida.

Alternativa Correta: (A) O primeiro período do trabalho de parto é caracterizado essencialmente pela fase de dilatação do colo uterino secundária a força mecânica atuante pela apresentação fetal no colo uterino empurrado pelas contrações efetivas da musculatura miometrial.

Bibliografia: 1. Zugaib obstetrícia básica- São Paulo: Editora Manole, 2014.

28. Mulher de 40 anos de idade, casada e com vida sexual ativa, procura a unidade básica de saúde com relato de corrimento com mau cheiro e disúria. Identifica-se na colpocitologia oncótica: amostra satisfatória, esfregaço trófico, flora bacteriana mista e *Trichomonas vaginalis*, alterações celulares inflamatórias benignas. Qual o tratamento proposto para o casal?

- A. Metronidazol 2 gramas, via oral, dose única.
- B. Fluconazol 150 mg via oral, dose única.
- C. Cefalexina 500 mg via oral de 6/6h, por 7 dias.
- D. Ciprofloxacina 500 mg via oral de 12/12h, por 7 dias.

Alternativa Correta: (A) A tricomoníase é uma IST. Deve ser avaliada no âmbito do casal e o tratamento deve abranger os parceiros sexuais. O tratamento preconizado é metronidazol 2g em dose única.

Bibliografia: Ferriani, R.A.; Vieira, C.S.; Brito, L.G.O in Rotinas em Ginecologia- São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

29. Paciente de 23 anos submetida a cesariana por prolapso de cordão, apresenta febre persistente de 38,7°C, mesmo em vigência de antibioticoterapia com ampicilina, clindamicina e gentamicina. O exame físico e os exames laboratoriais são normais. A tomografia da pelve é sugestiva de tromboflebite pélvica séptica. Além de manter os antibióticos, deverá ser realizado:

- A. histerectomia.
- B. heparina endovenosa.
- C. embolectomia cirúrgica.
- D. estreptoquinase.

Alternativa Correta: (B) O melhor tratamento neste caso seria manutenção da terapia antibiotica e inicio da anticoagulação com heparina endovenosa. A estreptoquinase e histerectomia não estão indicadas neste caso. Embolectomia cirurgica poderia ser considerada apenas em um segundo momento.

Bibliografia: Casos clínicos em ginecologia e obstetrícia - Baker, Toy, Jennings, Ross, 4 edição, artmed, 2014.

30. Paciente de 14 anos, chega à consulta referindo sangramento genital de moderada intensidade há 15 dias, com leve diminuição há 3 dias, associado a intensa cólica, principalmente no período da manhã. Refere menarca aos 12 anos, apresentando ciclos menstruais irregulares desde então, com menstruações variando de 5 a 10 dias. Nega vida sexual. Ao exame, observa-se hímen íntegro, com sangramento vaginal moderado, mucosas hipocoradas +/++++, hidratada, PA estável e pulso cheio. O restante do exame físico geral estava dentro da normalidade. Após a administração de antiespasmódico a conduta será:

- A. iniciar estrogênio terapia.
- B. realizar curetagem uterina.

C. solicitar beta-HCG quantitativo e ultrassonografia pélvica.

D. iniciar ciclo estro-progestativo bifásico.

Alternativa Correta: (D) Por tratar-se de uma adolescente com menos de 2 anos após a menarca, o diagnóstico é de hemorragia uterina disfuncional por imaturidade do eixo hipotálamo-hipofise-ovário. O tratamento se baseia na mimetização de um ciclo ovariano normal (bifásico), bem como o uso de antiespasmódico para o tratamento da dor. Contraceptivos de alta dosagem não devem ser utilizados em adolescentes como primeira escolha. A curetagem uterina em paciente virgem, sem comprometimento hemodinâmico não se justifica. A conduta expectante não vai resolver em curto prazo e não melhora o desconforto da paciente.

Bibliografia: Fritz MA & Speroff L. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8th Ed. Editora Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

31. Multípara, 35 semanas, hipertensa crônica e tabagista, apresenta sangramento vaginal, vermelho vivo, útero lenhoso e dor abdominal intensa. Ao exame: dilatação de 08 cm, céfálico, PA 100 x 70 mmHg, FC 100bpm e BCF 120bpm. Qual a conduta indicada?

A. Cesariana devido o quadro de sangramento vaginal e hipertonia uterina.

B. Amniotomia, aguardar o parto por via baixa, vigilância contínua de BCF.

C. Acompanhar o trabalho de parto com observação clínica materno fetal rigorosa.

D. Solicitar exames laboratoriais e Ultrassonografia para confirmação diagnóstica.

Alternativa Correta: (B) A Descrição clássica de descolamento prematuro de placenta com vários fatores de risco (estado hipertensivo, multiparidade e tabagismo), com trabalho de parto adiantado, segue-se a amniotomia, aguardando o parto por via baixa se este ocorrer rapidamente, sempre sob vigilância contínua de BCF.

Bibliografia: Rotinas de Obstetrícia, Freitas, pag 303, sétima edição.

32. Gestante assintomática, 38 semanas, traz exames de rotina à consulta pré-natal. Entre eles, apresenta cultura de urina positiva para *E. Coli*. Em relação ao tratamento com antibioticoterapia podemos dizer que deve ser:

A. adiado por estar assintomática.

B. adiado pela proximidade do parto.

C. realizado imediatamente por via oral.

D. realizado no momento do parto por via endovenosa.

Alternativa Correta: (C) Todas as gestantes com infecção urinária devem ser tratadas ainda durante o pré-natal, independentemente da proximidade do parto. Diante da ausência de sintomas locais ou sistêmicos, deve-se dar sempre preferência pela via oral.

Bibliografia: Amaral, E. *Assistência Pré-Natal*. FEBRASGO Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 3. Porto Alegre Editora Artmed Panamericana, 2014, volume 3.

33. Gestante de 36 semanas de idade gestacional chega na maternidade apresentando cefaleia, escotomas, ganho de peso importante. Ao exame físico apresenta edema generalizado, PA 180X120mmhg, BCF 144 bpm. Após ser administrado, por via endovenosa (EV), sulfato de magnésio 4 g, a conduta deverá ser:

A. prescrever anti-hipertensivos e diurético, solicitar exames complementares e resolver da gestação.

B. prescrever diazepam 10 mg EV e anti-hipertensivos, solicitar exames complementares e resolver da gestação.

C. prescrever sulfato de magnésio 1g EV (em bomba de infusão) e anti-hipertensivo, solicitar exames complementares e resolver da gestação.

D. prescrever diazepam 10 mg EV e corticoides, solicitar exames complementares e resolver da gestação.

Alternativa Correta: (C) Na eminência de crise de eclampsia a utilização do sulfato de magnésio é a droga mais eficaz.

Bibliografia: Rotinas em Obstetrícia/Fernando Freitas et al. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.

34. Gestante de 12 semanas, tem resultado de sorologia para toxoplasmose mostrando IgM positiva, IgG positiva e a prova de avidade de IgG inferior a 30%. Para esta paciente está indicado:

- A. sulfadiazina + pirimetamina.
- B. sulfametoxazol + trimetropina.
- C. metronidazol + ácido fólico.
- D. **espiramicina.**

Alternativa Correta: **(D)** Iniciar com Espiramicina de forma contínua até a 16ª semana de gestação. A partir da 16ª semana de gestação, substituir a espiramicina por esquema SPAF (Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido Fólico) até a 34ª semana gestacional, substituindo o SPAF pela espiramicina.

Bibliografia: Obstetrícia - gravidez normal e patológica, Gabbe S.G, 6 edição 2015.

35. A síndrome dos ovários policísticos (SOP) representa a principal causa de anovulação crônica diagnosticável. Com base no consenso de Rotterdam, a SOP pode ser definida pela presença de pelo menos dois critérios, que são:
- A. síndrome de Cushing e irregularidade menstrual.
 - B. **oligo/amenorreia e hiperandrogenismo**
 - C. obesidade e dosagem de gonadotrofinas diminuídas.
 - D. aumento de volume ovariano e hipotireoidismo.

Alternativa Correta: **(B)** Mulheres com ovários fazem anovulação (escrito na contextualização) associadas frequentemente a amenorreia e hiperandrogenismo. SOP é extremamente frequente em rotina de atendimentos de ginecologia.

Bibliografia: Williams Ginecologia 2ª edição, página 461, quadro 17-1.

36. A Incontinência Urinária prejudica a qualidade de vida das pacientes, tendo grande importância no atendimento à mulher. Pode-se afirmar que:
- A. a incontinência mista é a causa mais comum de incontinência urinária e deve ser tratada com procedimento cirúrgico.
 - B. a incontinência urinária é uma consequência natural do envelhecimento, devendo-se tranquilizar as pacientes de que é um processo normal.
 - C. **na incontinência urinária de esforço, há o comprometimento da musculatura dos esfíncteres ou do assoalho pélvico.**
 - D. na urge-incontinência há perda urinária aos grandes esforços que não está associada a noctúria e aumento da ingesta hídrica.

Alternativa Correta: **(C)** A incontinência por esforço e a urge-incontinência são mais frequentes. A incontinência não deve ser encarada como uma consequência natural do envelhecimento. Na urge-incontinência não há perda ao esforço, mas apresenta noctúria. *Bibliografia: Ginecologia de Williams / Hoffman ... [et al.] ; tradução: Ademar Valadares Fonseca ... [et al.] ; [coordenação técnica: Suzana Arenhart Pessini ; revisão técnica: Ana Paula Moura Moreira ... et al.]. - 2. ed. - Porto Alegre : AMGH, 2014.*

37. Puérpera, parto normal há 15 dias queixa-se de dor nas mamas, febre 38.0° C, tremor, calafrios. Ao exame clínico apresenta-se angustiada, chorosa, com dor intensa em ambas as mamas, turgidas, com fissura mamilar bilateral. A mama direita apresenta abaulamento que ao Ultrassom foi constatado presença de abscesso. A conduta deverá ser:
- A. calor úmido em ambas as mamas e antibiótico.
 - B. **compressa fria, ordenha, drenagem do abscesso e antibiótico.**
 - C. compressa fria em ambas as mamas e anti-térmico.
 - D. suspender amamentação e fazer compressa quente.

Alternativa Correta: **(B)** O caso clínico acima é de mastite com abscesso em MD. Esta é causada por lesões mamilares o que predispõe a invasão bacteriana. Esta é causada por técnica inadequada de amamentação ou obstrução anatômica dos ductos lactóforos. Devemos fazer analgésico, compressa fria e ordenha manual ou mecânica. No caso de já existir abscesso devemos providenciar a drenagem e antibioticoterapia. Não necessita suspender a amamentação.

Bibliografia: Neme, Obstetrícia Básica - Editora Sarvier - 2000.

38. Gestante de 32 anos, G3P2, idade gestacional ecográfica=23 semanas, chega à emergência com as seguintes queixas: exantema pruriginoso intenso há 2 dias, dor muscular leve, hipertrofia ganglionar importante, ausência de febre, e com conjuntivite não purulenta bilateral. Baseado nestes achados clínicos é possível direcionar o diagnóstico para:

- A. Zika.
- B. Chicungunya.
- C. Parvovirose.
- D. Dengue.

Alternativa Correta: (A) Quadro clínico com todas as características podendo ser atribuídas à Zika, conjuntivite presente em até 90% dos casos.

Bibliografia: FEBRASGO - Infecção pelo vírus Zika em gestantes e microcefalia. Série orientações e recomendações. No 1, vol 1, junho-2016.

39. Gestante de 41 anos, G3P2, DUM: 7 semanas, sem queixas no momento. Apresenta parecer de cardiologista atestando risco de morte devido a gestação atual. A paciente portadora de coarctação grave da aorta e está estável hemodinamicamente. Pede-se que seja induzida ao aborto previsto em lei. O médico de plantão nega este pedido alegando que o caso contraria os ditames de sua consciência. Conforme o relato acima assinale a alternativa correta.

- A. O médico tem a obrigação de induzir o aborto em casos previstos na lei.
- B. O caso deve ser discutido no comitê de ética do hospital.
- C. O médico tem autonomia para não realizar este aborto e encaminhar a paciente.
- D. O caso só pode ter desfecho após ordem judicial protocolada.

Alternativa Correta: (C) Conforme os princípios fundamentais do código de ética médica o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a realizar atos que contrariem os ditames de sua consciência, exceto em casos de urgência, quando sua recusa possa causar danos imediatos a paciente ou na ausência de outro médico. Como no caso acima não se caracteriza uma urgência o médico pode se negar e encaminhar a paciente para outro profissional.

Bibliografia: Código de Ética Médica Revisado: www.rcem.cfm.org.br.

40. Paciente de 27 anos, com vida sexual ativa, é admitida no Pronto Atendimento com sangramento vaginal abundante e presença de lesão em colo uterino sugestiva de câncer. Ao ser questionada sobre a realização prévia de exames de rastreio para câncer de colo uterino, refere nunca ter realizado. Sobre este tema as diretrizes do Ministério da Saúde orienta que:

- A. o rastreamento para o câncer de colo de útero deve ser realizado periodicamente em mulheres com vida sexual ativa, independentemente da idade.
- B. a prevenção do câncer de colo de útero consiste principalmente na identificação e no tratamento de mulheres com lesão intraepitelial de alto grau.
- C. a maior parte dos cânceres de colo de útero em estágios iniciais cursa com sangramento vaginal ou corrimento líquido.
- D. o principal fator de risco para o câncer de colo de útero é a ausência de rastreamento periódico através de exame histológico do colo uterino.

Alternativa Correta: (B) A maioria das pacientes com câncer de colo de útero é assintomática em estágios iniciais. A prevenção consiste principalmente na identificação e no tratamento de mulheres com displasia de alto grau através do exame de rastreamento chamado citológico (papanicolaou) para todas as mulheres com vida sexual ativa após os 25 anos de idade.

Bibliografia: SCHORGE & Col. Ginecologia de Williams. Ed. AMGH LTDA, 2ª edição, 2014; 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.

Clínica Médica

41. Na suspeita de síndrome coronariana aguda associada a intoxicação por cocaína está contraindicado o uso de:

- A. betabloqueadores.
- B. nitratos.

- C. fibrinolíticos.
- D. antoagregantes plaquetários.

Alternativa Correta: (A) A SCA associada ao uso de cocaína deve ser tratada como em pacientes sem uso de cocaína, a excessão é o uso de betabloqueadores que esta contraindicado devido ao risco de vasoconstricção associada a estimulação de receptores alfa que podem ocorrer.

Bibliografia: Swartz BG, Rezkalla S, Kloner RA. Cardiovascular effects of cocaine. Circulation 2010; 122:2558 Uptodate.

42. Mulher de 29 anos refere há cerca de um mês insônia e palpitações. Ao exame físico a tireoide apresenta discreto aumento de volume difuso, indolor, móvel à deglutição. Foram solicitados exames, com os seguintes resultados: TSH 0,02 mcUI/ml (VR: 0,4 a 5), T4 livre 2,4 ng/dl (VR: 0,7 a 1,8), captação de iodo radioativo/24h = 5% (VR 15 a 30%). Qual o diagnóstico deste caso?
- A. Doença de Graves.
 - B. Tireoidite granulomatosa subaguda.
 - C. Tireoidite linfocítica subaguda.
 - D. Ingestão de T3.

Alternativa Correta: (C) paciente apresenta quadro clínico e laboratorial de tireotoxicose. A tireotoxicose poderia ser causada por qualquer uma das hipóteses diagnósticas apresentadas; porém, no caso de uma tireoidite granulomatosa subaguda, a paciente apresentaria dor (no caso é indolor à palpação). Na doença de Graves, a captação de iodo radioativo é elevada; e na ingestão de T3, o T4 livre não aumenta. Portanto, a hipótese mais provável é a tireoidite linfocítica subaguda, que se caracteriza, em sua fase inicial, por tireotoxicose, bócio indolor e captação de iodo diminuída.

Bibliografia: VILAR, Lucio (Ed.). Endocrinologia clínica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. xxi, 1089 p. ISBN 9788527722049.

43. A cefaleia tensional é o tipo mais comum de dor de cabeça, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia. Cerca de 38% a 74% dos brasileiros sofrem com essa morbidade. A respeito da cefaleia tensional é correto afirmar que apresenta caráter:
- A. constritivo, geralmente unilateral, de intensidade moderada a grave.
 - B. constritivo, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada.
 - C. pulsátil, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada.
 - D. pulsátil, geralmente unilateral, de intensidade moderada a grave.

Alternativa Correta: (B) A Cefaleia Tensional apresenta caráter constritivo, geralmente bilateral, de intensidade leve a moderada, a incidência na população é comum.

Bibliografia: Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaleia do tipo tensional crônica e episódica. Arq neuropsiquiatr 2003;61(4):991-994.

44. Rapaz de 22 anos vem apresentando há 1 semana febre, queda do estado geral, mialgia e náuseas. Tem história de um acampamento com sua turma de faculdade na praia há um mês, com abuso de álcool, sexo e péssimas condições alimentares. O médico detectou icterícia ++, hepatomegalia dolorosa e macia, e os exames mostraram: AST = 1100 u/l (10-31 u/l); ALT = 1500 u/l (10-31 u/l); TAP (Tempo de ação da protrombina) = 15"90% (normal 12" e 100%); Anti-HAV-IgG positivo; Anti Hbc IgM positivo e Ag Hbs negativo. Qual das seguintes alternativas encontra respaldo no quadro clínico deste paciente?
- A. as condições alimentares e o Anti HAV IgG + sugerem hepatite aguda viral sintomática por vírus A, com evolução benigna.
 - B. a elevação importante de AST e ALT e a redução do TAP de 100 para 90% indica uso de antivirais para reduzir complicações.
 - C. trata-se de hepatite aguda por vírus B, pois há Anti Hbc IgM positivo e ainda não houve tempo suficiente para a positividade do Ag Hbs.
 - D. com a indefinição do quadro sorológico e o risco de reinfeção, este paciente deverá receber as vacinas para vírus A e B antes da alta.

Alternativa Correta: (C) O quadro clínico e a elevação das transaminases sugerem hepatite aguda, por vírus B (anti ABC IgM positivo). AST (TGO) menor que ALT (TGP) reduz a chance da etiologia ser alcoólica, e a presença de Anti-HAV IgG positivo sugere exposição anterior ao vírus A, já resolvida. O uso de antivirais nesta fase não tem utilidade e o quadro sorológico é bastante específico.

Bibliografia: Ministério da Saúde - Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST.

45. Mulher de 65 anos vem à UBS para consulta. Está assintomática, com exame físico sem alterações e traz exames de rotina solicitados em uma consulta anterior. Interprete o exame abaixo e assinale a alternativa correta para o caso.

UROCULTURA	
Escherichia coli - 10 ⁶ UFC/mL	
ANTIBIOGRAMA	
Amicacina	Sensível
Cefalotina	Resistente
Cefepime	Sensível
Ciprofloxacino	Sensível
Imipenem	Sensível
Nitrofurantoína	Sensível
Norfloxacino	Sensível
Sulfametoxazol-Trimetoprim	Resistente

- A. Repetir o exame em 1 semana pois deve tratar-se de erro laboratorial.
B. Trata-se de bacteriúria assintomática sem necessidade de tratamento.
C. Prescrever nitrofurantoína por 5 dias e orientar ingestão hídrica adequada.
D. Prescrever ciprofloxacino por 3 dias e fazer urocultura de controle após.

Alternativa Correta: (B) Uma mulher assintomática, com exame físico normal e que em consulta de rotina traz uma urocultura positiva apresenta Bacteriúria Assintomática. Esse é um diagnóstico frequente no dia-a-dia do médico, especialmente em idosos, e na grande maioria dos casos não necessita de qualquer tipo de tratamento, devendo o paciente ser orientado que o resultado alterado do exame deve ser desconsiderado. Casos especiais que necessitam de tratamento ou abordagem individualizada incluem gestantes, transplantados renais, pacientes neutropênicos ou que serão submetidos a procedimentos urológicos.

Bibliografia: LONGO, et al. Medicina Interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

46. Paciente 39 anos, sem comorbidades, encaminhado devido a sangramento excessivo após extração dentária. Exame físico, hemograma com plaquetas, TAP, TTPA, fibrinogênio são todos normais. O diagnóstico para este caso é de:

- A. Doença de Von Willebrand.
B. Hemofilia B.
C. Lúpus Eritematoso Sistêmico.
D. Hemofilia A.

Alternativa Correta: (A) Paciente hígida sem história prévia de sangramento e num procedimento dentário apresentou sangramento moderado a grave. Conforme o manual de hemofilia do Ministério da Saúde o quadro de hemofilia A e B geralmente se apresentam com TTPA prolongado e TAP normal. A paciente em questão não tinha estigmas clínicos de LES ou exames alterados para essa patologia. Conforme o manual de hemofilia do Ministério da Saúde em pacientes com TAP e TTPA Normal a hipótese mais apropriada seria deficiência de Fator XIII ou Doença de Von Willebrand.

Bibliografia: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual de Hemofilia. Brasília, 2ª ed, p. 15-16, 2015.

47. Mulher de 27 anos, procurou o posto de saúde com queixa de três episódios de "urina avermelhada", início súbito, associado a quadro de infecção de vias aéreas superiores. Exames anteriores também evidenciavam hematúria microscópica em todas as ocasiões, embora não percebesse a olho nu e fosse completamente assintomático. Supondo que a hematúria seja de origem glomerular, qual a glomerulopatia mais provavelmente envolvida?

- A. Nefropatia por Imunoglobulina A.
B. Panarterite nodosa.
C. Doença de lesão mínima.

D. Glomerulonefrite aguda pós-estreptocócica.

Alternativa Correta: (A) Trata-se de uma síndrome nefrítica e o quadro de hematúria súbita, com aparecimento dos sinais e/ou sintomas com período prodrômico curto (cinco dias ou menos) com relação ao início de um quadro infeccioso sugere fortemente o quadro de nefropatia por IgA. E se tratando da glomerulonefrite mais frequente, deve-se saber que pode se manifestar mais comumente como hematúria microscópica.

Bibliografia: Brenner & Rector'S - The Kidney - 10a Edition - Ed Elsevier - 2016.

48. Homem de 30 anos, previamente hígido, iniciou com cefaleia intensa que progrediu ao longo de 2 dias para dor de forte intensidade, com fotofobia e temperatura de 39°C. Não há história de outra crise semelhante. Teve contato com tio em tratamento de tuberculose. O exame físico mostra rigidez de nuca e ausência de déficit neurológico. Paciente foi submetido a punção lombar cujo líquido apresenta os seguintes resultados: Leucócitos 400/mm³ (Até 5/mm³), Neutrófilos 80%, Linfócitos 18%, Monócitos 2%, Eosinófilos 0%, Glicose 10 (45-75mg/dL), Proteínas 300mg/dL (15-45mg/dL), Lactato 5 (0,6-2,2 mmol/L). S conduta para este caso será iniciar tratamento com:

A. antibiótico, assim que sair o resultado da cultura do líquido.

B. rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

C. ceftriaxona.

D. aciclovir.

Alternativa Correta: (C) A questão aborda um caso de meningite bacteriana. O quadro não permite aguardar o resultado de antibiograma. Embora haja contato com tio em tratamento com Tuberculose o líquido não tem característica linfomonocitária.

Bibliografia: Houser, Stephen; Josephson, Scott. Neurologia Clínica da Harrison. 3. Ed, Artmed. Porto Alegre: 2015.; Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único - 2.ed. - Brasília: ministério da Saúde, 2017.

49. Os tumores do estômago aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto entre as mulheres. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) são diagnosticados mais de 20 mil novos casos de câncer gástrico por ano. Qual alternativa apresenta fatores de risco para o desenvolvimento do câncer gástrico?

A. Infecção por monilíase, dieta pobre em produtos de origem vegetal, pólipos adenomatosos do estômago, história familiar de câncer gástrico.

B. Infecção pelo HIV, homossexualidade, drogadição, dieta rica em sal, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, polipose adenomatosa familiar.

C. Infecção pelo citomegalovírus, meia idade, gênero feminino, alcoolismo, gastrite erosiva de antro, história familiar de câncer do aparelho digestivo.

D. Infecção pelo *Helicobacter pylori*, idade avançada, gênero masculino, tabagismo, gastrite crônica atrófica, história familiar de câncer gástrico.

Alternativa Correta: (D) Segundo o Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico, publicado em 2013, a causa é multivariada e os componentes de risco conhecidos são de origem: 1) infecciosa, como a infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; 2) idade avançada e gênero masculino; 3) hábitos de vida como dieta pobre em produtos de origem vegetal, dieta rica em sal, consumo de alimentos conservados de determinadas formas, como defumação ou conserva na salga; 4) exposição à drogas, como o tabagismo; 5) associação com doenças, como gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago, gastrite hipertrófica gigante e 6) história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar.

Bibliografia: Zilberstein, B., Malheiros, C., Lourenço, L. G., Kassab, P., Jacob, C. E., Weston, A. C., ... & Gama-Rodrigues, J. (2013). Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brazil. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo), 26(1), 2-6.; Fuccio L, Eusebi LH, Bazzoli F. Gastric cancer, Helicobacter pylori infection and other risk factors. World J Gastrointest Oncol 2010;15, 2(9): 342-347.

50. Homem de 70 anos, tabagista ativo de 90 anos/maço, com diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), procura UBS com dispneia progressiva, atualmente descrita para tomar banho, se vestir, colocar os sapatos. Tem história de 2 internações por pneumonia adquirida na comunidade no último ano. Qual o estadiamento do paciente conforme a classificação do GOLD 2018?

A. Grupo A.

B. Grupo B.

C. Grupo C.

D. Grupo D.

Alternativa Correta: (D) A classificação em letras estabelecido pelos dos sintomas de dispneia (escala mMRC ou CAT) e o risco de exacerbação, pode ser usado para guiar a terapia, sendo, portando do Grupo D.

Bibliografia: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2018.

51. Mulher de 24 anos, deu entrada na emergência com queixa de dormência em seus pés. Como seu exame neurológico resultou sem anormalidades, ela foi liberada. Após 3 dias, ela retorna à emergência incapaz de andar, queixando-se de parestesia em ambos os pés e agora em mãos também. Exame revelou: fraqueza distal maior que a proximal nos quatro membros, reflexos aquilares e patelares ausentes. Ela mencionou que teve uma virose algumas semanas atrás e agora está com falta de ar. Qual o diagnóstico para este caso?

A. Síndrome de Guillain-Barré.

B. Esclerose múltipla.

C. Mielite transversa.

D. Miastenia gravis.

Alternativa Correta: (A) Esta paciente tem Síndrome de Guillain-Barré, que é a polirradiculoneurite desmielinizante inflamatória aguda. Geralmente é precedida por uma infecção respiratória ou gastrointestinal algumas semanas antes. Seu reconhecimento em tempo hábil é fundamental por ser uma das causas mais comuns de paralisia ascendente a se apresentar nos serviços de emergência, poder ser complicação associada a diversas arboviroses endêmicas no Brasil e é uma emergência neurológica por levar à insuficiência respiratória e necessidade de intubação muitas vezes de forma abrupta. Esclerose múltipla se caracteriza por episódios repetidos e intermitentes ao longo de anos de surto-remissão. Miastenia gravis geralmente acomete movimentação ocular, tem curso crônico e possui flutuação ao longo do dia, sendo pior ao final do dia, e mielite transversa não se caracteriza por fraqueza predominantemente distal, geralmente sendo associada a um nível de comprometimento medular.

Bibliografia: Cheng-Ching E et al. Comprehensive review in clinical neurology. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.

52. Uma mulher de 40 anos se apresenta com queixas de não ser capaz de sair de casa. Nos últimos cinco anos tem sentido dificuldade maior de se afastar muito de casa. Preocupa-se constantemente com a possibilidade de não conseguir ajuda se "pirar". De fato, teve numerosos episódios não provocados de intenso medo, associado á dificuldade de respirar, dor no peito, tontura, sudorese e tremores, que duraram cerca de vinte minutos. Esta convencida de que, caso se afaste muito de casa, terá um ataque e não conseguira obter ajuda. Já procurou vários cardiologistas e pneumologistas, que disseram estar tudo bem. Qual dos seguintes diagnósticos é o mais provável?

A. Fobia social.

B. Fobia específica.

C. Transtorno de ansiedade generalizada.

D. Transtorno de pânico.

Alternativa Correta: (D) Ataques de pânico espontâneos recorrentes e entre os ataques tem medo de sofrer ataques adicionais. Também apresenta mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques.

Bibliografia: TOY, E. C.; KLAMEN, D. Casos clínicos em psiquiatria. Porto Alegre. Artmed, 2005.

53. Paciente feminina de 40 anos de idade com quadro de poliartrite simétrica afetando pequenas articulações e com rigidez matinal de 1 hora que iniciou há 6 meses. Os exames mostraram VHS de 64mm e PCR de 21mg/L (valor ref menor que 6mg/L). Fator reumatóide = 124UI/mL (valor ref menor que 12UI/mL). Vem tomando prednisona 20mg /dia com melhora parcial dos sintomas. Qual a conduta a ser tomada?

A. Iniciar com metotrexato.

B. Aumentar a dose de prednisona.

C. Iniciar com imunobiológico.

D. Iniciar metotrexato e imunobiológico.

Alternativa Correta: (A) Paciente com quadro de artrite reumatóide deve ser indicado medicação modificadora do curso doença (MMCD) desde o início, associado a antiinflamatório hormonal ou não hormonal. A medicação biológica é utilizada após falha de dois MMCD.

Bibliografia: Fluxograma para tratamento da artrite reumatóide no Brasil, Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia/José Tupinambá Souza Vasconcelos(et al) 1ª edição-Barueri (SP): Manole, 2019.

54. Paciente de 45 anos admitido na unidade de emergência, vítima de acidente moto x moto. Durante avaliação neurológica, apresentava-se torporoso, com abertura ocular ao estímulo doloroso, resposta com palavras inapropriadas e localizando estímulo doloroso. De acordo com a escala de coma de Glasgow, qual o valor do escore deste paciente?
- A. 6.
 - B. 8.
 - C. 10.
 - D. 12.

Alternativa Correta: (C) A classificação de gravidade do traumatismo cranioencefálico pode ser graduada de acordo com a escala de coma de Glasgow, isto é: entre 13-15, leve; 9-12, moderado; e abaixo de 8, grave. O paciente em questão apresenta pontuação 10, indicativa de trauma moderado.

Bibliografia: Brasil Neto, Joaquim Pereira; Takayanagui, Osvaldo M. Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia - capítulo 10 - Fundamentos de Neurointensivismo. 1 edição. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.

55. A III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica descreve a insuficiência cardíaca como uma síndrome clínica complexa de caráter sistêmico, definida como disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Assinale a alternativa que descreve corretamente os exames complementares usados em seu diagnóstico.
- A. A dosagem de peptídeos natriuréticos BNP ou NT-proBNP pode ser útil como triagem na sala de emergência para o diagnóstico diferencial de dispnéia e podem diminuir no sexo feminino, em idosos e pacientes com insuficiência renal, e se elevar em obesos.
 - B. A realização de eletrocardiograma de 12 derivações é recomendada na avaliação inicial de todos os pacientes com IC e detém baixo valor preditivo negativo com o intuito de excluir disfunção ventricular sistólica.
 - C. A radiografia simples do tórax é recomendada pela sua alta sensibilidade na avaliação inicial dos pacientes com sinais e sintomas de IC e em quadros de IC com função sistólica preservada para avaliação de cardiomegalia e congestão pulmonar.
 - D. O ecocardiograma transtorácico é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico de IC, porém não é recomendado de forma rotineira, ainda que se sugere sua repetição quando houver mudança significativa de seu estado clínico.

Alternativa Correta: (D) O ecocardiograma transtorácico é exame de imagem de escolha para o diagnóstico e o seguimento de pacientes com suspeita de IC. Deve ser repetido quando há mudança significativa de seu estado clínico, com descompensação da IC ou perante progressão de sintomas. Os peptídeos natriuréticos BNP e NT-proBNP tem papel definido no diagnóstico de IC, tanto no cenário da sala de emergência quanto em pacientes com IC crônica ambulatoriais, entretanto pode-se elevar no sexo feminino, na presença de insuficiência renal crônica e idade avançada. A realização de eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações é recomendada na avaliação inicial de todos os pacientes com IC para avaliar sinais de cardiopatia estrutural como hipertrofia ventricular esquerda, isquemia miocárdica, áreas de fibrose, distúrbios da condução atrioventricular, bradicardia ou taquiarritmias, que podem demandar cuidados e tratamentos específicos. Não revela alterações específicas, entretanto tem alto valor preditivo negativo. A radiografia simples do tórax, por sua simplicidade, rapidez de obtenção e ampla disponibilidade, é recomendada na avaliação inicial dos pacientes com sinais e sintomas de IC, para avaliação de cardiomegalia e congestão pulmonar, entretanto tem pouca sensibilidade.

Bibliografia: Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018; 111(3):445-450.

56. Paciente com diabetes tipo 2 em uso de Metformina, Pioglitazona, Glimpirida e Dapagliflozina, com HbA1c=6,4%. Queixa-se de edema de membros inferiores. O médico afere sua pressão e identifica: Pressão arterial (PA) em decúbito de 120 x 80 mmHg e em seguida PA em ortostase de 80 x 40 mmHg. Assinale a alternativa que contém os medicamentos que podem explicar a queixa do paciente e o achado no exame físico respectivamente:
- A. Pioglitazona e Glimpirida.

- B. Glimepirida e Metformina.
- C. Pioglitazona e Dapagliflozina.
- D. Dapagliflozina e Glimepirida.

Alternativa Correta: (C) Glitazonas tem efeito colateral conhecido o edema de MMII, devido à seu efeito de retenção hídrica. As gliflozinas tem como possível efeito colateral a hipotensão postural, devido à importante diminuição de reabsorção de Sódio (e glicose) no Túbulo Contorcito Proximal. As demais classes não contemplam tais achados.

Bibliografia: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018.

57. Mulher de 43 anos de idade, portadora de uma prótese valvar aórtica, procura a emergência com queixas de febre, calafrios e mal-estar generalizado há 4 semanas. Exames complementares realizados na emergência evidenciaram bacteremia por *Staphylococcus epidermidis* e um ecocardiograma transesofágico evidenciou uma ecodensidade na sua válvula aórtica. Três dias após admissão, apresenta hemiparesia esquerda de instalação súbita. Ressonância magnética do encéfalo demonstrou múltiplos focos corticais bilaterais de restrição à difusão, sendo o maior foco em território da artéria cerebral média à direita. Para este caso podemos afirmar que:
- A. os pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico devido a endocardite infecciosa devem ser imediatamente anticoagulados para prevenção de novos eventos encefálicos isquêmicos.
 - B. o acidente vascular encefálico isquêmico por êmbolo séptico é a complicação neurológica mais comum de endocardite infecciosa.
 - C. o acidente vascular encefálico isquêmico com transformação hemorrágica é incomum em pacientes com endocardite infecciosa.
 - D. a hemiparesia esquerda de instalação súbita nesta paciente e seu quadro clínico cardíaco são eventos independentes, sem relação causal.

Alternativa Correta: (B) Devido ao aumento substancial do risco de transformação hemorrágica, a anticoagulação em pacientes com AVE isquêmico associado a endocardite infecciosa deve ser realizada somente em casos específicos como em pacientes com válvulas mecânicas. Endocardite infecciosa pode levar a diversas complicações neurológicas, por embolização séptica encefálica, levando a AVEs isquêmicos (mais comuns), hemorragia intracraniana (por transformação hemorrágica de AVE isquêmico prévio), hemorragia subaracnóide, abscesso cerebral, meningoencefalite, crises epiléticas, podendo ocorrer nos pacientes tanto submetidos a implantes valvares prostéticos, como em pacientes com endocardite com válvulas nativas.

Bibliografia: Cheng-Ching E, Chahine L, Baron E, Rae-Grant A. Comprehensive review in Clinical Neurology. Philadelphia: Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

58. Os transtornos alimentares são bastante frequentes na atualidade, principalmente em mulheres. Qual das alternativas a seguir apresenta uma paciente com este distúrbio?
- A. Mulher de 18 anos com 1,70 m e 62 kg, com acne, buscando orientações médicas sobre dietas e exercícios físicos.
 - B. Mulher de 40 anos com 1,72 m e 61 kg, relatando redução de 10 kg nos últimos três meses, inapetência, insônia e anedonia.
 - C. Mulher de 65 anos com 1,60 m e 43 kg, apresentando adinamia, mucosas hipocoradas e perda de 10 kg nos últimos dois meses.
 - D. Mulher de 30 anos com 1,65 m e 65 kg, com dispepsia, erosões dentárias, cicatrizes no dorso das mãos e aumento de parótidas.

Alternativa Correta: (D) Dispepsia, erosões dentárias, cicatrizes nos dorso das mãos (sinal de Russell) e aumento das parótidas podem ser causados pela indução frequente de vômitos na bulimia nervosa e devem alertar o médico para o transtorno, já que muitas vezes os pacientes omitem os episódios de compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios (ex: indução de vômitos, uso de laxativos). O transtorno também é mais comum em mulheres jovens. O índice de massa corporal na bulimia nervosa tende a estar na faixa normal ou mesmo na faixa de sobrepeso.

Bibliografia: SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. BOTEGA, Neury Jose (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

59. Quais são as alterações cognitivas necessárias para o diagnóstico de delirium na UTI?
- A. Alteração do nível de consciência e desatenção.

- B. Inquietude motora e alucinações visuais.
- C. Início súbito de pensamento desorganizado contínuo.
- D. Alucinações auditivas e confabulação.

Alternativa Correta: **(A)** Inatenção ou desatenção é pedra angular do diagnóstico delírium. A associação com alteração do nível de consciência (hipo ou hiperatividade) ou com pensamento desorganizado já é suficiente para o diagnóstico. Um início súbito e um curso flutuante, uma informação que necessariamente é obtida com a família ou com um cuidador, ajudam a fechar o diagnóstico.

Bibliografia: Ely E, Margolin R, Francis J et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med 2001; 29:1370-1379.

60. Homem de 57 anos, diabético, ex-tabagista e hipertenso, refere desconforto precordial noturno associado a dispnéia e ortopneia. Sintomas iniciaram há 3 semanas e têm aumentado em frequência e duração. Deu entrada na emergência, encaminhado da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para avaliação. ECG mostra negatização da onda T nas derivações V4-V6 e sua troponina na chegada era normal, porém a segunda dosagem, 4 horas após a chegada, se mostrava elevada. Ele foi submetido a cineangiocoronariografia que mostrou coronária direita obstruída no terço médio com circulação colateral e lesão de 85% no tronco da coronária esquerda. Qual é conduta terapêutica indicada para este paciente?
- A. Aspirina
 - B. Revascularização Miocárdica.**
 - C. Angioplastia primária.
 - D. Rosuvastatina.

Alternativa Correta: **(B)** Embora todas as alternativas estejam incluídas como adjuvantes no tratamento de doença vascular aterosclerótica, este paciente, por se tratar de um indivíduo de alto risco (diabético, com infarto do miocárdio “silencioso” e lesão de tronco da coronária esquerda), se qualifica para a cirurgia de revascularização do miocárdio.

Bibliografia: Papadakis MA, McPhee SJ (Eds.) Current Medical Diagnosis and Treatment 2017. 56th Ed. McGraw Hill, New York, 2017.

Pediatria

61. A rinite crônica é frequente na faixa pediátrica e pode levar a alterações faciais adaptativas. Marque a alternativa que contém um sinal típico da fâcias do respirador oral.
- A. Arco dentário em formato de “U”.
 - B. Trismo de músculo masseter
 - C. Alargamento de maxila.
 - D. Mordida aberta ou cruzada posterior.**

Alternativa Correta: **(D)** As alterações faciais são importantes alterações que pode ocorrer na rinite crônica, o arco dentário em V, Mordidas anômalas e estreitamento da maxila são alterações encontradas com frequência.

Bibliografia: Chhabra N, Houser SM. The surgical management of allergic rhinitis. Otolaryngol Clin North Am. 2011;44(3):779-95.

62. Um recém-nascido de 20 dias, que está sendo exclusivamente amamentado, foi trazido à consulta médica por sua mãe, que tem dúvidas em relação à amamentação. Qual das seguintes afirmações da nutriz deve causar preocupação ao pediatra?
- A. “Meu bebê mama até largar o peito espontaneamente.”.
 - B. “Meu bebê apresenta duas a três fraldas molhadas por dia.”.**
 - C. “Meu bebê abocanha o mamilo e parte da aréola.”.
 - D. “Meu bebê acorda a cada duas horas para mamar.”.

Alternativa Correta: **(B)** O RN, que recebe leite materno suficiente, tem urina clara e transparente, com 6-8 micções diárias, no mínimo. É normal que RN mame com frequência e sem horários regulares, cerca de oito a 12 vezes ao dia. O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê. Na pega correta, o RN mantém a boca bem aberta e abocanha o mamilo e parte aréola.

Bibliografia: Rego, JD. Aleitamento Materno - 3.ª edição. Editora Atheneu, 2015. pág. 153-4/ 309.; Brasil Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Pág. 21/31.; Current pediatrics : diagnóstico e tratamento / William W. Hay ... [et al.] ; - 22. ed. - Porto Alegre : AMGH, 2016. Pag. 73.

63. No sarampo, uma vez que um caso seja notificado, deve ser realizado bloqueio vacinal, com a finalidade de eliminar a cadeia de transmissão da doença e extinguir contatos suscetíveis, sendo essa ação decisiva em surtos. Nesta situação, a partir de que idade os contatos devem ser vacinados?

- A. 3 meses de idade.
- B. 6 meses de idade.**
- C. 9 meses de idade.
- D. 12 meses de idade.

Alternativa Correta: **(B)** A vacina não é recomendada para as gestantes, pessoas com doenças relativas à deficiência da imunidade e crianças menores de seis meses. As crianças com idade entre 6 meses a 1 ano deverão ser vacinadas apenas em situações de bloqueio vacinal.

Bibliografia: Brasil, MS. Nota Informativa nº 119/2018, de 2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Orienta as ações de vigilância epidemiológica, laboratorial e de imunizações na vigência de surto de sarampo.

64. Menino de 05 anos de idade, atendido no Pronto Socorro com dor no joelho direito e claudicação há 03 dias. Mãe nega história de febre e traumatismo local. Antecedentes de coriza e tosse há 02 semanas, com duração de 05 dias. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, com dor à movimentação passiva (rotações interna e externa) do quadril direito, sem limitação importante da amplitude dos movimentos. O diagnóstico e a conduta são:

- A. Piorrite do joelho direito; drenagem.
- B. Sinovite transitória do quadril; analgesia e orientação.**
- C. Piorrite do joelho direito.; antibioticoterapia parenteral.
- D. Doença de Still; encaminhar ao Reumatologista.

Alternativa Correta: **(B)** A sinovite transitória do quadril é uma causa comum de dor e claudicação em crianças, tendo seu pico de incidência entre 3-8 anos. A sua gênese é desconhecida, ocorre geralmente de 7-14 dias após uma infecção viral respiratória. Os exames laboratoriais e os exames de imagem costumam ser normais. O diagnóstico diferencial mais importante é a artrite séptica e a osteomielite. O tratamento recomendado é o repouso no leito e o uso de AINE até resolução do quadro álgico por aproximadamente 07 dias. É a patologia mais frequente que causa dor referida no quadril, nesta faixa etária. Esta questão apresenta uma situação clínica comum encontrada nos Serviços Médicos de Urgências; Clínicas Médicas Pediátricas e Ortopédicas.

Bibliografia: Do, TT. Transient synovitis as a cause of painfull limps in children. Curr Opin Pediatr 2000; 12:48.

65. Paciente de 3 anos de idade, previamente hígido, com um quadro febril, com características de doença viral de vias aéreas superiores. Durante a ausculta cardíaca, o médico percebeu um sopro de origem sistólica em área mitral, de curta duração e baixa intensidade (1+/4+). Sem presença de cianose central ou de extremidades, pulsos normais. Solicitado radiografia de tórax e eletrocardiograma, os quais não evidenciaram nenhuma alteração. O diagnóstico desde caso será:

- A. Coarctação da Aorta (CoA).
- B. Sopro inocente - sopro vibratório de Still.**
- C. Comunicação Interventricular (CIV).
- D. Estenose Pulmonar.

Alternativa Correta: **(B)** O sopro de Still é detectado em 75 a 85% dos escolares e raramente está presente em crianças menores ou adolescentes. Ocorre no começo da sístole com baixa intensidade e pode desaparecer com a pressão do aparelho contra o tórax.

Bibliografia: Pediatria em consultório, 5ª edição, Maria Ignez Saito, Editora Sarvier, 2010.

66. Lactente, 4 meses de vida, com regurgitação e irritabilidade excessiva desde 15 dias de vida, crises de choro que duram até 1 hora diariamente e dificuldade de manter o sono por mais de 1 hora. Aos 2 meses de vida, houve piora da regurgitação, associada a vômitos após todas as mamadas. Em uso de leite materno desde o nascimento e há 2,5 meses o pediatra orientou associar fórmula infantil padrão para idade, devido a possibilidade da criança não estar sendo saciada adequadamente com o leite materno exclusivo. Ao exame físico, o lactente apresenta-se em bom estado geral, com abdome flácido e indolor, estatura para idade entre Z escore 0 e -2 e Peso para estatura entre Z escore 0 e +2. Qual a conduta a ser tomada?

- A. Orientar suspender imediatamente o uso de fórmula infantil e manter em aleitamento materno exclusivo.
- B. Orientar a mãe a fazer dieta isenta de leite de vaca e prescrever fórmula infantil a base de aminoácidos.
- C. Orientar a prescrição de inibidor da bomba de prótons, na dose de 10 mg pela manhã por 2 meses.
- D. Orientar a mãe a fazer dieta totalmente isenta de leite de vaca, manter a amamentação e suspender a fórmula infantil.

Alternativa Correta: (D) O tratamento da APLV baseia-se na exclusão das proteínas do leite de vaca da dieta, devendo-se também evitar a inalação e o contato com a pele, e manter as necessidades nutricionais do paciente. Para os RN e lactentes em aleitamento materno, recomenda-se a dieta de restrição para a mãe nutriz.

Bibliografia: *Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. - 4. ed. - Barueri, SP : Manole, 2017.pag 775-784.; Rosen R. et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2018.*

67. Paciente de 7 anos foi admitido com cefaleia, náuseas, vertigem, ansiedade, estado mental alterado e taquipneia, após ter sido resgatado de um incêndio em um armazém com plásticos, esponjas, acrílicos e polímeros sintéticos. Além das medidas de suporte clínico, como suplementação de oxigênio e manutenção cardiovascular, qual terapia com antídotos deve ser realizada precocemente?

- A. Glucagon.
- B. Atropina.
- C. Fisostigmine.
- D. Hidroxicobalamina.

Alternativa Correta: (D) A intoxicação por cianeto pode ocorrer por exposição aguda em incêndios, por inalação de fumaça, proveniente da combustão incompleta de material carbonáceo e nitrogenado, como algodão, seda, madeira, papel, plásticos, esponjas, acrílicos e polímeros sintéticos em geral. Os suportes ventilatórios e hemodinâmicos são essenciais no manejo da intoxicação por cianeto. A hidroxicobalamina é o antídoto de escolha e deve ser administrada precocemente. Seu mecanismo de ação é a ligação direta com o cianeto, formando a cianocobalamina (molécula estável de excreção renal).

Bibliografia: *Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. - 4. ed. - Barueri, SP : Manole, 2017.pag 226-227.*

68. Por que um neonato, com peso de 1600g e nascido às 31 semanas de gestação, precisa receber suplementação de ferro?

- A. Tal como em um neonato nascido a termo, a suplementação de ferro se faz necessária devido à baixa biodisponibilidade de ferro no leite humano.
- B. Para o tratamento da Anemia da Prematuridade, que é essencialmente ferropênica, e agravada por coletas frequentes de exames séricos.
- C. Como o depósito de ferro ocorre especialmente no 3o. trimestre da gravidez, o nascimento prematuro pode ocasionar menor reserva nutricional de ferro.
- D. O prematuro tem dificuldade em manter os estoques de ferro devido à imaturidade do seu aparelho digestivo, responsável pela absorção do ferro.

Alternativa Correta: (C) Como o depósito de ferro ocorre no último trimestre gestacional, o RN pré-termo tem menores reservas de ferro que o RN a termo. Para lactentes nascidos pré-termo ou com baixo peso (menor de 2500g), a recomendação é de suplementação com 2mg/kg/dia de ferro a partir do 30º dia até os 12 meses. A anemia da prematuridade é basicamente a intensificação da anemia fisiológica do lactente devido à imaturidade funcional do sistema hematopoiético. Não é por deficiência de ferro.

Bibliografia: *TVasconcelos, Marcio Moacyr. GPS pediatria / Marcio Moacyr Vasconcelos. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017. Capítulo 5.; SBP. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica. 2018.*

69. O médico recebe no consultório pediátrico um menino de 1 ano e 6 meses. A mãe refere que há cerca de um mês ele apresenta lacrimejamento frequente bilateralmente, pisca os olhos bastante e chora quando sai passear ao sol. Na história pregressa, é paciente nascido a termo, de parto vaginal, com peso adequado para idade gestacional. Calendário vacinal está em dia, dieta é adequada para a idade, e ainda recebe leite materno. Ao exame físico há dificuldade em visualizar adequadamente o fundo de olho, pois a imagem está turva. Frente ao principal diagnóstico deste caso, a conduta a ser adotada ser:

- A. investigar doenças infecciosas na gestação (STORCHs) e indicar avaliação com oftalmologista.
- B. solicitar ultrassonografia ocular e encaminhar para oncologista pediátrico.
- C. encaminhar para oftalmologista com urgência para determinar necessidade cirúrgica.**
- D. indicar prescrição de colírio a base de corticóide e agendar nova avaliação em 7 dias.

Alternativa Correta: (C) O paciente apresenta a tríade clássica do glaucoma infantil: epífora, blefaroespasma e fotofobia. O tratamento é cirúrgico, e deve ser realizado o mais breve possível, para evitar perda visual e/ou ambliopia. Vale salientar que uma das causas de glaucoma na infância é o uso de colírios de corticoide em crianças com quadro de alergia ocular, e o mesmo deve, portanto, ser evitado.

Bibliografia: Tratado de pediatria : Sociedade Brasileira de Pediatria / [organizadores Dennis Alexander Rabelo Burns... [et al.]]. - 4. ed.- Barueri, SP : Manole, 2017.pag 2269-2272.; Motta MMS. Alterações oftalmológicas em crianças: eventos frequentes e eventos graves. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Leone C, Cabral AS, organizadores. PROPED:Ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.p11-49.

70. O Estatuto da Criança e do Adolescente obriga os profissionais de saúde e educação a notificar casos suspeitos de violência ou abuso contra menores. Ao identificar indícios de que uma criança ou um adolescente possa estar sendo vítima de "maus-tratos"(ou qualquer outro tipo de violência), o médico deverá comunicar:

- A. A Delegacia de proteção à Criança, ao Adolescente, à Mulher e ao Idoso.
- B. O Diretor Clínico do Hospital
- C. O Ministério Público
- D. O Conselho Tutelar.**

Alternativa Correta: (D) Os artigos 13 e 56, inciso I, da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), fixaram a notificação obrigatória por parte dos profissionais de saúde e da educação, que deverão comunicar ao Conselho Tutelar os casos em que há mera suspeita da ocorrência de "maus-tratos"(ou outras formas de violência) contra crianças e adolescentes, nos termos do no artigo 245, também do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Bibliografia: Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90 — Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

71. Recém-nascido a termo e pequeno para idade gestacional, com 18h de vida, apresenta-se hipoativo e com tremores, níveis de glicose sanguínea de 37mg/dL. O tratamento adequado é oferecer:

- A. 2 mL/Kg de SG 10%, EV rápido.**
- B. 10 mL/Kg de SG 5%, EV rápido.
- C. complemento lácteo VO e medir glicemia 1 hora após.
- D. dextrino-maltose VO e medir glicemia 1 hora após.

Alternativa Correta: (A) Não existe consenso sobre definição precisa de hipoglicemia em recém-nascidos, principalmente nas primeiras 48h de vida; entretanto, crianças sintomáticas com níveis de glicose inferior à 40mg/dL, devem ser tratados com glicose intravenosa.

Bibliografia: Cloherty and Stark's. Manual of Neonatal Care. 8ª ed. Philadelphia, Lippincot Williams e Wilkins, 2016. p 295.

72. Paciente de 3 anos, apresenta quadro de diarreia há 45 dias. Mãe queixa-se de distensão abdominal. No exame, apresenta-se com o mesmo peso registrado na carteira da consulta realizada há 6 meses. Mãe com tireoidite de Hashimoto. Nesse caso, qual conduta a ser tomada além de solicitar dosagem de IgA?

- A. Solicitar anticorpo antitransglutaminase IgA, por suspeita de doença celíaca e se resultado alterado, endoscopia com biópsia de intestino delgado.**
- B. Solicitar anticorpo antiendomísio IgA, por suspeita de doença celíaca e se resultado alterado, retirada dos alimentos com glúten.

- C. Solicitar anticorpo anti gliadina IgA, por suspeita de doença celíaca e se resultado alterado, endoscopia com biópsia de intestino delgado.
- D. Solicitar anticorpo antitransglutaminase IgG, e se resultado alterado, endoscopia com biópsia de intestino delgado.

Alternativa Correta: (A) Paciente com quadro de diarreia e distensão abdominal, baixo ganho ponderal e história familiar de doença autoimune. Quadro clínico sugestivo de doença celíaca. Para avaliação do quadro é necessária dosagem de IgA total, para descartar deficiência de IgA. Os anticorpos com melhor sensibilidade para avaliação são o antiendomísio IgA e o antitransglutaminase IgA. Após a triagem sorológica, para confirmação diagnóstica deve ser realizada a endoscopia digestiva alta com biópsias de bulbo e duodeno, na vigência de dieta com glúten.

Bibliografia: Sdepanian VL; Galvão LC: Doença celíaca. In: Burns DAR, Campos Junior D, Silva LR, Borges WG. (org.). Tratado de Pediatria. 4 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017, v. 1, p. 739-42.

73. Lactente de 4 meses, passou a frequentar creche há 10 dias e está com coriza, tosse e febre há 3 dias. Nas últimas 12 horas, houve piora significativa da tosse com dificuldade para mamar. Avaliado no pronto-socorro, apresentava-se com FC: 130, FR: 70, saturação de oxigênio: 89% com tiragem subcostal e roncos e sibilância à ausculta pulmonar. Foi internado para tratamento hospitalar de bronquiolite viral aguda. Assinale o tratamento preconizado para este caso.

- A. Hidratação e oxigenioterapia.
- B. Nebulizações com broncodilatadores e oxigenioterapia.
- C. Hidratação, corticoide inalatório e oxigenioterapia.
- D. Nebulizações com broncodilatadores, corticoide sistêmico e oxigenioterapia.

Alternativa Correta: (A) O tratamento preconizado para bronquiolite viral aguda consiste em suporte (hidratação) e oxigenioterapia (quando insaturação). Outros tratamentos, embora realizados na prática clínica frequentemente, não encontram-se nos consensos e nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria pois seus usos ainda são controversos na maioria dos estudos.

Bibliografia: Lopez, FA; Campos Jr, D; Burns DAR. Tratado de Pediatria. 3ª edição. Editora Manole, 2014.

74. Um médico está sozinho de plantão numa UPA em uma pequena cidade, quando chega uma gestante em período expulsivo, referindo que está na 34ª semana de gestação. O pré-natal estava sendo realizado e sem intercorrências até então. Não há tempo de transferir a gestante e nasce o prematuro. Após os primeiros cuidados sob uma fonte de calor radiante, o recém-nascido evolui com desconforto respiratório progressivo, com batimento de asa de nariz e uso de musculatura acessória. Colocado em halo de Oxigênio a 100%, após 30 minutos de vida a saturação oscila entre 89 e 92% e a respiração está irregular. Existe uma vaga na UTI neonatal em uma cidade vizinha a 40Km de distância e a ambulância com suporte avançado só estará disponível em cerca de 2 horas. Qual conduta é a mais correta a ser tomada?

- A. Manter o recém-nascido na UPA em halo com oxigênio e em incubadora com isolamento, prescrever hidratação por acesso periférico e solicitar radiografia de tórax.
- B. Providenciar acesso vascular adequado, entubar, manter em ventilação assistida e iniciar hidratação endovenosa enquanto aguarda o transporte com suporte avançado.
- C. Transferir o recém-nascido o mais rápido possível, com oxigênio em halo na ambulância com suporte básico do município, mas acompanhar o transporte, levando um balão auto-inflável para uma eventual necessidade.
- D. Manter o RN em halo com oxigênio e aquecido até a chegada da ambulância com suporte avançado, solicitar hemograma e gasometria arterial e iniciar antibioticoterapia o mais rápido possível.

Alternativa Correta: (B) Recém-nascido em halo a 100% com respiração irregular, necessita de ventilação invasiva e deve ser transportado de forma segura por equipe treinada, com acesso vascular garantido para administração de fluidos e/ou drogas.

Bibliografia: Cloherty and Stark's. Manual of Neonatal Care. 8ª ed. Philadelphia, Lippincot Williams e Wilkins, 2016.; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, Consenso Clínico "Transporte Neonatal".

75. Menino de 2 anos de idade, foi levado ao pronto atendimento com lesões cutâneas associadas à inapetência, vômitos e precedidas de infecção do trato respiratório superior. O paciente foi internado e evoluiu com irritabilidade, dor abdominal difusa, edema de extremidades, dor à mobilização dos membros, lesões purpúricas em membros superiores e inferiores e pápulas eritematosas na face. Exames laboratoriais normais. Qual o diagnóstico para este caso?

- A. Púrpura Trombocitopênica Idiopática
- B. Artrite reativa.
- C. Púrpura de Henoch-Schönlein**
- D. Artrite Idiopática Juvenil.

Alternativa Correta: (C) A púrpura de Henoch-Schönlein (PSH), ou púrpura anafilatoide, é a vasculite sistêmica mais comum na infância. Apresenta ligeira predominância no sexo masculino. É uma vasculite mediada por depósito de imunocomplexos, contendo imunoglobulina A na parede de pequenos vasos. Usualmente, é precedida por uma infecção do trato respiratório superior. A PHS é caracterizada pela identificação de lesão cutânea purpúrica palpável, principalmente nas nádegas e membros inferiores, podendo ser acompanhada de artralgia ou artrite, dor abdominal, sangramento intestinal e nefrite.

Bibliografia: Reanimação do recém-nascido ?34 semanas em sala de parto. Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.

76. Pré-escolar de 2 anos de idade, é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde, pois há dois meses observou que o filho apresentava aumento peniano e pelos na região genital. Exame físico: pelos grossos, encaracolados em púbis e bolsa escrotal, pênis com cerca de 7,5 cm de comprimento com aumento do diâmetro. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?
- A. Tumor germinativo de testículo.
 - B. Tumor de Wilms.
 - C. Tumor de córtex adrenal.**
 - D. Tumor da região hipotalâmica-hipofisária.

Alternativa Correta: (C) No sul e sudeste do Brasil há uma incidência aumentada dos tumores de córtex adrenal, sendo sua frequência 15 vezes maior do que nas demais regiões do mundo. As crianças com tumores do córtex adrenal apresentam-se geralmente com síndrome virilizante, síndrome de Cushing ou com a forma mista, podendo também ter associação com hiperaldosteronismo. Mais raramente (j 5%), os tumores de córtex adrenal se apresentam com a forma não funcionante.

Bibliografia: Burns DAR, Campos Júnior D, Silva LR, Borges WG editores. Tratado de Pediatria. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2017.

77. Mãe com diagnóstico de tuberculose pulmonar realizado às 38 semanas de gestação. Criança nascida de parto normal com 39 semanas, peso de 2860 gramas, comprimento de 48 cm, perímetro cefálico de 37 cm, Apgar 9/10. Qual a conduta no caso?
- A. Não receber a BCG ao nascimento, mãe amamentar utilizando máscara comum, lactente receber isoniazida por três meses, após realizar teste cutâneo para decidir em relação à aplicação da BCG.**
 - B. Vacinar imediatamente com a vacina BCG e mãe amamentar utilizando máscara N95. Aguardar evolução clínica, caso sintomático tratar com esquema tríplice para tuberculose.
 - C. Vacinar imediatamente com a vacina BCG e mãe amamentar com máscara comum. O lactente receber isoniazida por três meses, caso sintomático tratar com esquema tríplice para tuberculose.
 - D. Não receber BCG ao nascimento, não amamentar no peito, aguardar evolução clínica, caso sintomático tratar com esquema tríplice para tuberculose.

Alternativa Correta: (A) Existe uma modalidade especial de quimioprofilaxia, denominada primária, indicada em indivíduos ainda não infectados, empregada em recém-nascidos que coabitam com bacilíferos. A isoniazida é administrada por 3 meses, na dose convencional, e, ao final deste período, é feito o teste tuberculínico. Se o resultado for reator forte, a quimioprofilaxia deve ser prolongada por mais 3 meses. Se o teste for não reator, a criança deve ser vacinada com BCG.

Bibliografia: Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

78. Paciente de 5 anos vítima de acidente automobilístico dá entrada na UTI com diagnóstico de trauma crânio-encefálico grave, necessitando de ventilação mecânica. Avaliação dos demais órgãos e sistemas encontra-se normal e com escoriações leves em membros inferiores. Nas primeiras 8 horas de internação, o controle de diurese é de 0,3ml/Kg/hora com densidade urinária de 1.028, sódio sérico de 127mEq/L e sódio urinário de 60mEq/L. Os dados vitais estão mantidos dentro dos valores normais. Qual o provável diagnóstico?

- A. Síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético.
- B. Desidratação hiponatrêmica.
- C. Lesão renal aguda por necrose tubular aguda.
- D. Hiponatremia hipervolêmica.

Alternativa Correta: (A) A síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH) caracteriza-se por liberação excessiva de ADH na ausência de estímulo fisiológico apropriado. O diagnóstico baseia-se em hiponatremia normovolêmica, com urina inapropriadamente concentrada sem evidência de doença renal, suprarrenal ou tireoideana. A concentração urinária de sódio é elevada (maior que 50mEq/L). Pode resultar de liberação de ADH não relacionada a osmolaridade plasmática desencadeada por sinais aferentes não osmóticos (como as doenças pulmonares ou as do SNC). A lesão renal aguda poderia resultar de um quadro de choque hipovolêmico e/ou rabdomiólise o que não ocorreu neste caso.

Bibliografia: Hirschheimer MR. Distúrbios do metabolismo do sódio e potássio e do equilíbrio acidobásico. In: Burns DAR, Campos Junior D, Silva LR, Borges Wg. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ed. São Paulo: Manole, 2017. p. 1927-58.

79. Com relação ao atendimento do recém-nascido em sala de parto, é correto afirmar:
- A. o cordão umbilical deve ser clampeado imediatamente após o nascimento se o líquido amniótico for meconial, mesmo que o bebê esteja vigoroso.
 - B. na ventilação com pressão positiva, com balão e máscara, deve-se utilizar oxigênio a 100%.
 - C. a ventilação com pressão positiva deve ser realizada no recém-nascido que, após as manobras iniciais, estiver com bradicardia.
 - D. a massagem cardíaca deve ser feita na proporção de 2 massagens para 1.

Alternativa Correta: (C) Sempre que houver bradicardia, apneia ou gasping após as manobras iniciais está indicada a ventilação com pressão positiva. O líquido amniótico meconial não interfere na conduta do atendimento ao recém-nascido, se ele nasce em boas condições. A ventilação com pressão positiva deve ser feita preferencialmente com O₂ a 21% nos recém-nascidos a termo. A massagem cardíaca deve ser feita na proporção de 3:1 ventilação

Bibliografia: Reanimação do recém-nascido ?34 semanas em sala de parto. Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.

80. Menino nascido de parto cesáreo, indicado por macrosomia fetal com 38 semanas de gestação apresenta, desde a primeira hora de vida, taquipneia e necessidade de oxigênio suplementar. A radiografia de tórax evidencia hiperinsuflação pulmonar e congestão peri-hilar radiada simétrica. A causa do distúrbio respiratório em questão é:
- A. deficiência de surfactante pulmonar.
 - B. produção excessiva de citocinas inflamatórias no parênquima pulmonar.
 - C. persistência da constrição vascular pulmonar.
 - D. **retardo na absorção do líquido pulmonar.**

Alternativa Correta: (D) O caso apresenta recém-nascido com fatores de risco e alterações clínico-radiológicas característicos de Taquipneia Transitória do Recém-nascido – distúrbio respiratório decorrente do retardo da absorção do líquido pulmonar fetal. As demais alternativas correspondem à fisiopatogenia de outros distúrbios respiratórios do período neonatal, que apresentam diferentes quadros.

Bibliografia: Atenção à Saúde do Recém-nascido. Guia para Profissionais de Saúde. Brasil, Ministério da Saúde. Volume 3.

Saúde Coletiva

81. A prefeitura precisava justificar ao Ministério da Saúde seus gastos com os programas em saúde de prevenção primária e secundária na tentativa de diminuir a incidência de síndromes coronarianas agudas e acidente vascular cerebral, relativos à população total do município. Foram utilizados dados epidemiológicos de morbimortalidade cardiovascular dos últimos 10 anos, de todos os municípios, bem como seus prontuários médicos. Qual das seguintes alternativas contempla características dos delineamentos de pesquisa epidemiológica mais adequados para realizar tal análise?
- A. **Pesquisa observacional do tipo transversal lhe serviria para levantamento do perfil epidemiológico de mortalidade por infarto e derrame. A análise para constatação de fatores de risco correlatos aos agravos a serem prevenidos seria possível através de um estudo observacional tipo coorte retrospectivo.**
 - B. Pesquisa observacional descritiva do tipo ecológica lhe serviria para levantamento do perfil epidemiológico de mortalidade por infarto e derrame bem como para uma adequada identificação e intervenção nos fatores de risco correlatos aos agravos a serem prevenidos.
 - C. Possíveis erros aleatórios de amostragem bem como algum erro sistemático por viés de seleção teriam, ambos, diminuídas as suas chances de ocorrência se, da população total em estudo, fossem retirados todos os diabéticos, tanto os contidos na população com história de derrame ou infarto como na população sem estes agravos.
 - D. Para a correta identificação do perfil epidemiológico de morbimortalidade do município relativo à infarto e derrame e de seus fatores de risco a serem prevenidos para diminuição dos desfechos citados, seria necessário a realização de um ensaio clínico experimental, randomizado, duplo cego, prospectivo.

Alternativa Correta: (A) No caso, entende-se que são dois passos distintos a se percorrer. A identificação simplificada de perfil epidemiológico de mortalidade por infarto e derrame seria a primeira parte, podendo ser contemplado por estudo observacional descritivo, transversal ou ecológico. Já a segunda parte necessária no delineamento de pesquisa para identificação dos fatores de risco de maneira mais adequada, utilizaríamos uma coorte retrospectiva, histórica. Vale lembrar que um estudo de caso controle teria maior validade para análises de doenças raras, que não é o caso. Quanto à utilização de ensaios clínicos, vê-se que não se trata a situação de estudo experimental, e sim de observacional inicialmente descritivo e, num segundo momento, com necessidade analítica. Quanto aos erros aleatórios e sistemáticos, o viés da amostragem tende a ocorrer com a diminuição do tamanho amostral e o viés de seleção é evitado quando não se exclui da população em estudo as pessoas que possuem características impactantes no desfecho analisado.

Bibliografia: Epidemiologia básica / R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010, cap. 3.

82. Considerando o conceito ampliado de saúde, o modelo de Dahlgren e Whitehead dispõe em camadas os determinantes sociais de saúde, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Visando a promoção à saúde, para atuarmos de maneira eficaz no primeiro nível - relacionado aos fatores comportamentais e de estilos de vida - devemos direcionar políticas públicas para:
- A. estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar.
 - B. assegurar melhor acesso à água limpa, construir redes de esgoto canalizado e tratado, prover condições de habitação adequadas, facilitar acesso a alimentos saudáveis e nutritivos.
 - C. mover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos deletérios sobre a sociedade.

D. ofertar programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propagação do tabaco e do álcool.

Alternativa Correta: **(D)** O segundo nível corresponde às comunidades e suas redes de relações. Como já mencionado, os laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. O terceiro nível se refere à atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada. O quarto nível de atuação se refere à atuação ao nível dos macrodeterminantes, através de políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, as violências, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade.

Bibliografia: BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, [s.l.], v. 17, n. 1, p.77-93, abr.2007.

83. A espiritualidade é inerente na vida das pessoas e a maneira como é vivida pode se refletir nos cuidados e na recuperação da saúde e na recuperação dos pacientes. Assinale a alternativa que contem a forma correta da abordagem deste aspecto na prática clínica.

- A. Por ser a espiritualidade uma característica pessoal e sua prática ser de foro íntimo, a abordagem do aspecto religioso deve ser evitada no contexto da relação médico x paciente, respeitando a individualidade e a liberdade do paciente.
- B. Sendo a Espiritualidade a dimensão humana que busca o sentido da existência, questões dos significados da vida e da morte, conversar com o paciente sobre como entende estes aspectos pode ser adequado e auxiliar no seu tratamento
- C. Considerando que as crenças do paciente têm impacto direto na forma como lida com seu adoecimento, e não sendo papel do médico nem da abordagem médica, deve-se referenciar o paciente ao psicólogo ou pessoa da sua Fé (capelão, pastor, outro).
- D. Mesmo considerando a importância da espiritualidade e sua abordagem como parte importante da integralidade no atendimento aos pacientes, ainda faltam ferramentas estruturadas que fundamentam a abordagem pelos profissionais de saúde.

Alternativa Correta: **(B)** O Médico de Família e Comunidade pode contribuir para a construção de resiliência das pessoas, favorecendo e oferecendo possibilidades de resignificação do sofrimento considerando o impacto que a espiritualidade tem na qualidade de vida e controle de sintomas, além de redução da mortalidade global e cardiovascular.

Bibliografia: GUSSO, G.; LOPES, M. C.; DIAS, L.C. Tratado de medicina família e comunidade. 2ª. Ed., Artmed, Porto Alegre, 2019.

84. Um lactente com 7 meses de idade recebeu BCG intradérmico aos 20 dias de vida. A cicatrização vacinal foi perfeita. Notou-se, porém, um gânglio axilar direito, duro, indolor, sem sinais flogísticos. Diante deste quadro, qual a conduta mais correta:

- A. Acompanhamento clínico.
- B. Solicitar Rx de tórax.
- C. Iniciar isoniazida
- D. Solitar PPD.

Alternativa Correta: **(A)** Adenomegalia na região axilar direita faz parte da evolução normal pós vacinação, desde que não esteja acompanhada de sinais flogísticos como dor, calor e rubor, flutuação ou supuração. Nesse caso, não há necessidade de tratamento, já que a adenomegalia costuma desaparecer espontaneamente. Logo, a conduta nesse caso é acompanhamento clínico, sem iniciar tratamento com isoniazida e sem necessidade de solicitar exames.

Bibliografia: DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

85. A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada de usuários com condições agudas, crônicas, mas também de pessoas assintomáticas e que desejam realizar exames de rastreamento de doenças. Supondo um indivíduo que tenha passado por um teste de rastreamento qualquer, com resultado positivo, ao qual se possa aplicar apenas um teste, a fim de confirmar que esse indivíduo realmente apresente essa doença, qual deve ser a característica desse teste?

- A. Ter alta sensibilidade.
- B. Ter alta especificidade.
- C. Ter alto valor preditivo positivo.**
- D. Ter alta prevalência.

Alternativa Correta: **(C)** É importante ter em mente que um teste que apresente alta especificidade não necessariamente terá sensibilidade adequada para detectar uma doença. O valor preditivo positivo, isto é, a chance de um indivíduo que tenha o teste positivo realmente estar doente, é a característica ideal que o teste deve apresentar, na situação descrita (uma situação pós-teste).

Bibliografia: STEIN, A. T. Medicina Baseada em Evidências Aplicada à Prática do Médico de Família. In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 182-192.

86. Mulher de 45 anos, assintomática, sexualmente ativa, realiza caminhada de 40 minutos diariamente, vem à consulta anual para realizar check-up. Sua última consulta foi há 3 anos. História mórbida familiar nada digno de nota e exame físico sem alteração. Quais exames são indicados para a paciente?
- A. Mamografia, exame preventivo do câncer de colo uterino, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, teste rápido para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis.
 - B. Exame preventivo do câncer de colo uterino, TSH, glicemia de jejum, colesterol total, teste rápido para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis.**
 - C. Exame preventivo do câncer de colo uterino, glicemia de jejum, colesterol total, HDL, triglicerídeos, teste rápido para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis.
 - D. Mamografia, exame preventivo do câncer de colo uterino, teste rápido para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis.

Alternativa Correta: **(B)** A prevenção secundária tem como uma de suas ações o diagnóstico e tratamento precoce de enfermidades prevalentes em determinada população e em mulher com 45 anos assintomática é recomendado o rastreamento para câncer de colo de útero, risco cardiovascular, diabetes e sorologias para HIV, hepatite e sífilis.

Bibliografia: Cadernos de Atenção Primária, n. 29, 2010 Ministério da Saúde.

87. Apresentada na Conferência de Ottawa (1986) como um enfoque político e técnico para a compreensão e intervenção sobre o processo saúde-doença-cuidado, a Promoção da Saúde foi se enriquecendo nas sucessivas conferências realizadas nas décadas subsequentes. Com base no enfoque dado a partir dessas Conferências, a Promoção da Saúde:
- A. fomenta campanhas e/ou ações pontuais a partir de dados epidemiológicos.
 - B. busca reduzir fatores de risco direcionada a doenças e agravos específicos.
 - C. utiliza estratégias persuasivas, com recomendações sobre estilo de vida saudável.
 - D. assume a saúde multidimensional e a intervenção participativa e corresponsável.**

Alternativa Correta: **(D)** A concepção atual de Promoção da Saúde está associada a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria) referindo-se a uma combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Bibliografia: CZERESNIA D., FREITAS C.M. (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

88. A construção de indicadores de saúde é necessária e importante para analisar a situação atual de saúde, fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo. Os indicadores de saúde são construídos por meio de frequências relativas, em forma de proporções e coeficientes (ou taxas). Acerca de coeficientes é correto o que se afirma em:
- A. Os coeficientes utilizados na área da saúde se baseiam em dados sobre morbidade (doenças) e mortalidade (morte) fornecidos pela vigilância epidemiológica.
 - B. Os coeficientes representam o risco de determinado evento ocorrer na população (pode ser a população do país, estado, município, de nascidos vivos, etc.)**

- C. O coeficiente de prevalência da doença representa o risco de ocorrência de uma doença na população e é inversamente proporcional ao coeficiente de incidência.
- D. O coeficiente geral de mortalidade (CGM) representa a proporção de óbitos entre os casos da doença, sendo um indicativo da gravidade da doença.

Alternativa Correta: **(B)** Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes). Coeficiente de prevalência da doença: representa o número de casos presentes (novos + antigos) em uma determinada comunidade num período de tempo especificado. O coeficiente geral de mortalidade representa o risco de óbito na comunidade.

Bibliografia: Bases da Saúde Coletiva: Cap. 10. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. Darli Antônio Soares. Selma Maffei de Andrade João José Batista de Campos, p. 183- 210, 2001.

89. Sobre o movimento sanitário que buscou a transformação do setor saúde no Brasil é correto afirmar:

- A. foi um movimento suprapartidário que congregou o movimento estudantil, o Centro de Estudos Brasileiros (CEBES), o movimento de médicos residentes e de renovação médica e, profissionais das áreas de docência e academia.
- B. iniciou com a separação do Ministério da Saúde do Ministério da Educação e englobou vários técnicos deste novo ministério. Tinha como proposta uma reforma sanitária na política nacional de saúde.
- C. foi uma resposta dos profissionais de saúde vinculados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) aos baixos valores repassados aos seus conveniados e ainda, a ampliação da rede hospitalar.
- D. foi um movimento inspirado na Reforma Sanitária Italiana que buscou a melhoria dos serviços de saúde conveniados ao INAMPS, permitindo a atuação de equipes multidisciplinares em novos centros de saúde.

Alternativa Correta: **(A)** O movimento sanitário articulou uma série de núcleos com três vertentes principais: i) movimento estudantil e CEBES; ii) movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica e; iii) profissionais das áreas de docência e pesquisa: a academia. A separação Ministério da Saúde e Ministério da Educação ocorreu em 1953 e o movimento sanitário inicia suas articulações na década de 70. O movimento sanitário defendia a democratização da saúde e o fim do sistema excludente perpetuado pelo INPS. O movimento sanitário defendia a democratização da saúde e o fim do sistema excludente perpetuado pelo INAMPS.

Bibliografia: ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. (org). Políticas e Sistema no Brasil. 2ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 323-364 p.

90. Considere uma população de 180.000.000 de habitantes em 2014; em que houve 3.100.000 nascimentos, dos quais 2.880.000 nascidos vivos e 220.000 natimortos. Ocorreram 55.800 óbitos em menores de 5 anos de idade e destes, 48.600 em menores de 1 ano. Calcule e assinale o coeficiente de mortalidade infantil para esta população.

- A. 15,67.
- B. 16,87.
- C. 27.
- D. 31.

Alternativa Correta: **(B)** Como calcular o coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI). Ele é calculado dividindo-se o número de óbitos em menores de 1 ano pelo total de nascidos vivos, em determinada área e período especificados. Então: Nascidos vivos em 2014 = 2.880.000 // óbitos em menores de 1 ano = 48.600. $CMI = 48.600 / 2.880.000 = 0,01687$. Que multiplicado por 1000, temos um CMI de 16,87 óbitos em menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos.

Bibliografia: Medronho A. R., et al. Epidemiologia, 2ª edição, Editora Atheneu, São Paulo, 2009.

91. 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.

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.

92. Em 2017 foi publicada a atualização da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A nova PNAB trouxe modificações importantes para a atuação de alguns profissionais da Atenção Básica. Essas mudanças forçam os gestores a adaptar os processos de trabalho e o gerenciamento dos recursos humanos. Em relação às modificações que a nova PNAB trouxe para atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é correto afirmar que:

- A. sua presença é obrigatória nas Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica para o recebimento dos incentivos financeiros.
- B. em áreas de grande dispersão territorial ou vulnerabilidade recomenda-se 100% de cobertura e pode-se ultrapassar o número máximo de 750 pessoas por ACS
- C. e coordenação do trabalho dos ACSs passa a ser responsabilidade do(a) enfermeiro(a) e ou gerente da unidade de saúde.
- D. os ACSs podem realizar aferição de sinais vitais e técnicas limpas de curativos, se tiverem treinamento específico para essas práticas.

Alternativa Correta: (D) 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.

Bibliografia: Ministério da Saúde, portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017.

93. A forma virchowiana é a mais contagiosa da hanseníase (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.

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.

94. Em uma unidade de saúde da família a equipe resolveu realizar exame de glicemia capilar em todos os pacientes hipertensos cadastrados em sua área de abrangência, para identificar possíveis casos de diabetes mellitus. Esta é uma prevenção do tipo:

- A. primária, pois tem o objetivo de fazer diagnóstico precoce de diabetes, antes mesmo do paciente apresentar sintoma.
- B. secundária e não deve ser realizado nesse caso, pois gera um custo desnecessário para o sistema de saúde.
- C. primária e deveria ser realizado em todos os pacientes cadastrados na unidade, independentemente de fatores de risco.
- D. secundária e justifica-se pelo elevado custo do diabetes e suas complicações para o paciente e o sistema de saúde.

Alternativa Correta: (D) Prevenção primária se faz no período pré-patogênico, portanto antes do aparecimento da doença clínica. Inclui a promoção de saúde e a proteção específica.; Prevenção secundária é realizada no indivíduo já sob a ação do agente patogênico e inclui o diagnóstico precoce, como no caso acima, tratamento precoce, e limitação das complicações.; A DM

não insulino-dependente é geralmente assintomática nas fases iniciais, e apresenta diversas complicações clínicas, geralmente com custo para a sociedade bastante elevado.

Bibliografia: Rouquayrol MZ & Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 5ª. Ed., Medsi, Rio de Janeiro, 1999.; DUNCAN B., SCHIMIDT M.I., GIULIANI E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. 3. ed. Artmed: Porto Alegre, 2004.

95. Um médico de uma cidade litorânea foi preso durante seu plantão no pronto atendimento porque alegou que não iria atender a todos os pacientes como forma de protesto midiático em vista de atraso no pagamento de salários há 6 meses. Com relação ao código de ética médica é correto afirmar que o médico:
- A. neste caso, não pode se recusar de atender todos os pacientes por se tratar de um serviço de urgência e emergência, que tem a prerrogativa legal de atendimento do tipo "porta aberta".
 - B. poderá suspender suas atividades caso a instituição para a qual trabalhe não ofereça condições adequadas para o exercício profissional, inclusive de remuneração digna ou justa, exceto as situações de urgência e emergência.
 - C. que se considera lesado pelo empregador não deveria ter comparecido ao plantão, com envio de comunicado prévio ao Conselho Regional de Medicina, e movido ação posterior junto à Justiça do Trabalho.
 - D. ao assinar contrato de trabalho em um serviço de emergência, está vedado de negar atendimentos ou de realizar paralisação da jornada laboral, devido a prerrogativa do Ministério da Saúde.

Alternativa Correta: **(B)** É direito do médico suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina.

Bibliografia: BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução Nº 2.217, de 1 de Novembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 01 Nov. 2018 (179, seção I).

96. Sobre as práticas integrativas e complementares (PIC) e política nacional de PIC (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde), assinale a resposta CORRETA.
- A. Em 2016 Ministério da Saúde publicou a PNPIC para contribuir com o aumento da resolutividade do SUS.
 - B. Até o presente momento existem 15 práticas complementares autorizadas para serem realizadas no SUS.
 - C. A OMS, desde 1930, recomenda Políticas Nacionais voltadas para a integração e inserção da medicina tradicional aos sistemas oficiais de saúde.
 - D. A construção da PNPIC desenvolveu-se a partir de recomendações de várias conferências nacionais e internacionais de saúde e OMS.

Alternativa Correta: **(D)** A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) é do ano de 2006. A recomendação da OMS para práticas integrativas é da década de 70. Há quase 30 técnicas de práticas integrativas autorizadas após a ampliação da política nacional.

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. 96 p. : il.

97. Pré-escolar de 5 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro de febre, dor no corpo e cefaleia há 1 dia. Exame físico normal. O médico que prestou atendimento prescreveu sintomáticos (dipirona e soro fisiológico nasal) e liberou o paciente. Retorna no terceiro dia após o início dos sintomas, ainda com febre e dor abdominal de forte intensidade associada à vômitos. Nesse momento, o médico assistente faz o diagnóstico presuntivo de dengue, estadiamento C. Por que o médico escolheu esse estadiamento?

- A. Por apresentar sinais de alarme.
- B. Por estar sem sangramentos no momento.
- C. Devido a manutenção do quadro febril.
- D. Dor abdominal intensa e contínua identifica gravidade e pré-choque.

Alternativa Correta: **(A)** O estadiamento C caracteriza-se por caso suspeito de dengue associado à presença de algum sinal de alarme. Sinais de alarme na dengue: Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua; Vômitos persistentes; Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico); Hipotensão postural e/ou lipotímia; Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal; Sangramento de mucosa; Letargia e/ou irritabilidade; Aumento progressivo do hematócrito. Os sinais de alarme devem ser rotineiramente pesquisados e valorizados, bem como os pacientes devem ser orientados a procurar a assistência médica na ocorrência deles. A maioria dos sinais de alarme é resultante do aumento da permeabilidade vascular, a qual marca o início do deterioramento clínico do paciente e sua possível evolução para o choque por extravasamento de plasma.

Bibliografia: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 5. ed. ? Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

98. Uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde é a participação social na discussão, definição e avaliação de políticas públicas, conforme descrito na Lei 8.142/1990. Assinale abaixo a opção correta sobre o controle social no SUS.
- A. Os Conselhos de Saúde são realizados periodicamente, em geral a cada quatro anos, enquanto as Conferências de Saúde têm caráter permanente.
 - B. As Conferências de Saúde têm caráter deliberativo, já os Conselhos de Saúde são instâncias consultivas.
 - C. A participação social na discussão e definição das políticas de saúde já é concreta nos municípios e estados, permanecendo a discussão de sua incorporação no nível federal.
 - D. **A composição das instâncias de controle social no SUS é dita paritária, de forma a privilegiar a participação dos usuários diante dos demais segmentos.**

Alternativa Correta: **(D)** A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação social no SUS e institui nos três níveis de governo as conferências de saúde, de caráter consultivo e que ocorre a cada quatro anos, e os conselhos de saúde, de caráter deliberativo e permanente. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Bibliografia: Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

99. Sobre a história da Reforma Sanitária no Brasil assinale a alternativa correta.
- A. No início do século XX, as populações dos centros urbanos se reuniram em um movimento para reivindicar que o governo vacinasse a população contra a Febre Amarela e a Varíola. Movimento que ficou conhecido como a Revolta da Vacina.
 - B. **Antes da criação do SUS a população não contava com acesso universal aos serviços de atenção à saúde. As pessoas que não disponham de recursos próprios e não estavam assegurados pelo INPS, eram obrigadas a recorrer a instituições de caridade.**
 - C. A Constituição de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, ratificou vários princípios constitucionais presentes na Constituição de 1967. Entre eles o princípio constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.
 - D. No modelo de sistema de saúde anterior ao SUS havia como diretrizes organizativas descentralização político-administrativa, a integralidade dos serviços e a tomada de decisão sem a participação do controle social.

Alternativa Correta: **(B)** A Reforma Sanitária teve seu auge na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que universalizou o acesso aos serviços de saúde para a população. Além da universalização, os outros princípios doutrinários do SUS são: a equidade e a integralidade.

Bibliografia: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Cap. 18: Saúde Mental e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

100. 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.

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.

Clínica Cirúrgica

101. Cicatrização é o nome dado ao processo no qual um tecido lesado é substituído por um tecido novo. Considerando as fases da cicatrização podemos dizer que a etapa:

- A. proliferativa, ocorre em 12 a 14 dias, e nesta fase o colágeno tipo I está presente e ocorre a neoformação vascular.
- B. de retração pode durar até 2 anos e caracteriza-se pela angiogênese, maturação e remodelamento das fibras colágenas.
- C. inflamatória (mais de 14 dias) caracteriza-se pela presença do fator de agregação plaquetária.
- D. de maturação, tem tempo indeterminado de duração e nesta fase o colágeno tipo I está abundante, o que estabelece a força tensil da ferida.

Alternativa Correta: (A) Fase inflamatória: fase exsudativa com duração entre um e quatro dias (a depender da extensão da área a ser cicatrizada e da natureza da lesão), caracterizada por dois processos que buscam limitar a lesão tecidual: a hemostasia e a resposta inflamatória aguda. Corresponde à ativação do sistema de coagulação sanguínea e à liberação de mediadores químicos (fator de ativação de plaquetas, fator de crescimento, serotonina, adrenalina e fatores de complemento). Nesta fase a ferida pode apresentar edema, vermelhidão e dor. Fase proliferativa: fase regenerativa que pode durar entre cinco e vinte dias. É caracterizada pela proliferação de fibroblastos, sob a ação de citocinas que dão origem a um processo denominado fibroplasia. Ao mesmo tempo, ocorre a proliferação de células endoteliais, com formação de rica vascularização (angiogênese) e infiltração densa de macrófagos, formando o tecido de granulação e retração. Fase de reparo: fase de maturação que inicia no 21º dia e pode durar meses. É a última fase do processo de cicatrização. A densidade celular e a vascularização da ferida diminuem, enquanto há a maturação das fibras colágenas. Ocorre uma remodelação do tecido cicatricial formado na fase anterior. O alinhamento das fibras é reorganizado a fim de aumentar a resistência do tecido e diminuir a espessura da cicatriz, reduzindo a deformidade. Durante esse período a cicatriz vai progressivamente alterando sua tonalidade passando do vermelho escuro ao rosa claro.

Bibliografia: Balbino CA, Pereira LM, Curi R, *Mecanismos envolvidos na cicatrização, uma revisão*. Revista Brasileira de ciências farmacêuticas, 2005.

102. 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.

Alternativa Correta: (C) Acompanhamento ou Vigilância dos pólipos intestinais, segue a história natural de seu processo de malignização, em especial a sequência 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 a vigilância da colonoscopia entre 2 a 3 anos após a polipectomia. Após uma polipectomia endoscópica de um pólipo maligno ou com displasia de alto grau, considera-se curado se 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.

103. Os pacientes politraumatizados apresentam frequentemente coagulopatia, a qual é uma das causas da mortalidade nesse cenário. Em relação a sua fisiopatogenia podemos afirmar que a coagulopatia do traumatizado é causada:
- A. por mecanismo semelhante ao da CIVD (coagulação intravascular disseminada).
 - B. principalmente por diluição dos fatores de coagulação na ressuscitação.
 - C. por choque hipovolêmico e pelo trauma tecidual.**
 - D. principalmente por acidose, hipotermia e hipercarbica.

Alternativa Correta: (C) A coagulopatia do trauma é causada por um complexo mecanismo, não se tratando apenas de colagulopatia dilucional, e sim iniciada por choque e lesão tecidual. É reconhecido que aproximadamente 1/3 dos pacientes já chegam à emergência com coagulopatia.

Bibliografia: Schwartz's principles of surgery. Tenth edition. New York : McGraw-Hill Education, [2014].NLM ID: 101614128; Sabiston textbook of surgery : the biological basis of modern surgical practice.19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders,c2012.

104. Homem de 22 anos foi vítima de um acidente de motocicleta, com trauma contuso torácico e abdominal. No local do acidente a PA sistólica era 80mmHg e a FC 120bpm. Durante o transporte para o hospital evoluiu com inconsciência, queda da PA sistólica para 60mmHg e aumento da FC para 140bpm. Apresenta distensão de veias cervicais e o murmúrio vesicular é presente bilateral. O melhor manejo para o paciente acima é a:
- A. manutenção de vias aéreas e descompressão torácica com agulha (toracocentese) bilateral.
 - B. colocação de cânula orofaríngea e ultrassonografia do trauma (FAST).
 - C. manutenção de vias aéreas e pericardiocentese.**
 - D. cricotireoidostomia e toracotomia antero-lateral esquerda.

Alternativa Correta: (C) Sempre seguir a sequência do ABCDE do trauma, preconizada pelo ATLS. Assim, a prioridade absoluta é a via aérea, e neste paciente garantir a via aérea é a primeira conduta. Não esquecer que neste momento a colocação do colar, ou proteção da coluna cervical se faz necessário. Depois segue-se à análise da respiração e posteriormente da circulação. No caso em questão, o paciente está ventilando, pois apresenta MV presente bilateralmente e simétrico, mas temos também associado estase jugular bilateral e tendência ao choque. Como a ausculta pulmonar é normal, não existe um aumento da pressão da caixa torácica que poderia justificar estase jugular. Logo, esta diminuição do retorno venoso é consequência de um aumento da pressão do átrio direito, que pode ser causado por uma contusão miocárdica ou, mais provável, por um tamponamento cardíaco, cuja indicação inicial é a pericardiocentese. Como não existe pneumotórax hipertensivo, pois o paciente está ventilando e tem MV simétrico e bilateral, não há indicação de toracocentese bilateral. Como o paciente está ventilando e tem o MV simétrico bilateral, e a avaliação é inicial, não há indicação de drenagem de tórax bilateral. Ultrassonografia do trauma (FAST) faz parte do exame secundário da circulação, letra C do ABCDE, ficando indicado para depois da pericardiocentese indicada. O paciente tem indicação manutenção das vias aéreas como procedimento inicial. Como no enunciado não há menção de trauma de face ou outra dificuldade técnica para a intubação, não há indicação de cricotireoidostomia.

Bibliografia: Committee on Trauma. American College of Surgeons (2018). ATLS; Advanced Trauma Life Support Program for Doctors. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons, ATLS.; TOWSEND, C. (org). Sabiston: tratado de cirurgia. v. 1, 19ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2012.

105. A cirurgia bariátrica consiste num método efetivo pra alcançar perda de peso significativa e duradoura nos pacientes com obesidade mórbida. Com relação à gastrectomia vertical (sleeve) para o tratamento da obesidade mórbida pode-se afirmar:
- A. Trata-se de procedimento restritivo no qual o estômago é seccionado paralelamente à pequena curvatura até o ângulo de Hiss.**
 - B. A ausência de anastomose faz com que fístula não seja uma complicação possível neste tipo de cirurgia.
 - C. Apresenta resultados satisfatórios em pacientes com hábito alimentar qualitativo, ou "comedores de doce".
 - D. Os pacientes submetidos à gastrectomia vertical apresentam perda de excesso de peso maior do que os submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux.

Alternativa Correta: (A) A gastrectomia vertical é um procedimento bariátrico restritivo no qual o estômago é seccionado com a utilização de stapler paralelamente à pequena curvatura gástrica. Uma das principais complicações é a fístula na região do ângulo de Hiss que é potencialmente fatal. A técnica apresenta melhores resultados quando realizadas em pacientes com hábito alimentar quantitativo, não sendo boa opção para os "comedores de doce". O bypass gástrico em Y-de-Roux resulta em perda de excesso de peso no pós-operatório de 60-80%, enquanto que a gastrectomia vertical 60-70%.

Bibliografia: Manual de clínica cirúrgica: cirurgia geral e especialidades / editor: Júlio Cezar Uili Coelho. ? São Paulo : Editora Atheneu, 2009.

106. Uma paciente de 70 anos foi internada por dor abdominal em faixa, em andar superior do abdômen, vômitos e icterícia discreta. O abdômen estava pouco distendido, flácido e doloroso à palpação de epigástrico. Exames laboratoriais: Leucócitos: 13.500/mm³, amilase: 1.200 U/L (normal até 120 U/L) e bilirrubinas totais: 4mg/L com bilirrubinas diretas de 2,8 (valor referência: BT = até 1,2 e BD = até 0,6). O ultrassom de abdome mostra vesícula biliar distendida, com paredes finas, repleta de cálculos, e colédoco de 0,6 cm de diâmetro (normal: 0,8 -1,0 cm). Esta paciente apresenta pancreatite aguda leve:

- A. com provável coledocolitíase associada, sendo indicada papilotomia endoscópica de urgência ou drenagem cirúrgica da via biliar.
- B. idiopática, e deve ser submetida a colecistectomia após a alta hospitalar com colangiografia intra-operatória.
- C. de etiologia biliar, e o tratamento deve ser inicialmente clínico com indicação de colecistectomia no mesmo internamento.
- D. associada a colecistite aguda calculosa, e tem indicação de colecistectomia com colangiografia intra-operatória.

Alternativa Correta: (C) A pancreatite aguda leve deve ser tratada inicialmente com tratamento clínico com hidratação, analgesia e evolução progressiva da dieta. Sendo de etiologia biliar a colecistectomia deverá ser realizada antes da alta hospitalar com objetivo de resolver a etiologia e evitar recidiva da pancreatite aguda.

Bibliografia: Townsend, Courtney; Beauchamp. Sabiston - Tratado de Cirurgia - A base biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 19 ed., Elsevier - Capítulo 56. 2014.

107. Homem de 56 anos, asmático e paraplégico desde os 40 anos (lesão medular em T7). Vem para o centro cirúrgico para laparotomia de urgência devido a abdome agudo perfurativo. Apresentava-se com importante distensão abdominal, taquidispneico e hipotenso. Foi optado por indução em sequência rápida de drogas para intubação orotraqueal no sentido de se evitar broncoaspiração. Qual a melhor combinação de drogas para a indução da anestesia nesse caso?

- A. Cetamina e succinilcolina
- B. Midazolam e cisatracúrio.
- C. Propofol e atracúrio.
- D. Etomidato e rocurônio.

Alternativa Correta: (D) Trata-se de um paciente em risco de broncoaspiração onde a indução em sequência rápida de drogas é mandatória, com provável hiper-reatividade de vias aéreas (asmático), instável hemodinamicamente e em risco de hiperpotassemia seguida de parada cardiorrespiratória (PCR) devido à proliferação de receptores extrajuncionais (comum em pacientes paraplégicos) quando se utiliza a succinilcolina. Dentre os hipnóticos os mais cardioestáveis são o etomidato a cetamina e o midazolam. Sendo o mais cardioestável deles o etomidato. A cetamina também tem boa estabilidade cardiovascular e vem ganhando espaço atualmente. O propofol é um importante depressor do miocárdio e não se presta para indução em pacientes instáveis. Dos relaxantes musculares os de início de ação mais rápido são a succinilcolina (cerca de 30 segundos) e o rocurônio (cerca de 60 segundos). O cisatracúrio não libera histamina e é a droga de escolha em pacientes com hiper-reatividade de vias aéreas, todavia, o cisatracúrio atracúrio e o tem início de ação longa e não são utilizados comumente na indução em sequência rápida de drogas. Sendo assim a melhor combinação de drogas nesse caso é o etomidato e o rocurônio, haja vista que a succinilcolina apesar de promover um relaxamento muscular ótimo em apenas 30 segundos, sendo a droga de escolha para indução em sequência rápida de drogas na maioria dos casos, é contraindicada nesse caso, devido a possibilidade de PCR por hiperpotassemia.

Bibliografia: Martins, R. S., Gamermann P. W., Martins A. L. C. Bloqueadores Neuromusculares. In: Manica, J. (Org) - Anestesiologia: princípios e técnicas. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p 651-691 ; Neto, G. F. D. Anestésicos Venosos. In: Manica, J. (Org) - Anestesiologia: princípios e técnicas. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p 651-691.

108. Mulher de 39 anos é atendida de emergência com dor lombar de forte intensidade à direita há 2 dias. Iniciou o quadro febril no dia de hoje, associado a calafrios e mal-estar. Nega outras doenças ou uso de medicações. Tomografia de abdome evidenciou cálculo de 11mm em ureter médio proximal á direita com hidronefrose a montante. Parcial de urina com leucocitose e nitrito positivo, hemograma com leucocitose de 16.000 e bastonetose com desvio à esquerda. A melhor conduta para este caso além da antibioticoterapia e analgesia é:

- A. alfa-bloqueador (tansulosina).
- B. nefrostomia percutânea.
- C. litotripsia.
- D. implante de cateter duplo-J.

Alternativa Correta: (D) Para cálculos obstrutivos associados à infecção, o sistema coletor deve ser drenado de modo urgente, preferencialmente através de cateteres ureterais.

Bibliografia: Alan J. Wein ; Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin, Craig A. Peters. CAMPBELL-WALSH UROLOGY, ELEVENTH EDITION. Elsevier Atlanta, EUA, 2016.

109. Homem de 60 anos, hipertenso e tabagista, chega ao Pronto Socorro, trazido por familiares, com dor torácica lancinante e de início súbito. Encontra-se sudorético, pálido, hipertenso (PA 180x120 mmHg). Eletrocardiograma sem alterações isquêmicas. Raio-X de tórax com alargamento do mediastino. Tomografia Computadorizada evidenciou aorta com dois lumens distintos, desde a aorta ascendente até a altura do diafragma. Ao Ecocardiograma foi identificada insuficiência severa da valva aórtica. Após o tratamento clínico para controle da dor, da hipertensão e do uso de beta bloqueadores, qual a conduta mais adequada para este paciente?
- A. correção cirúrgica tardia (após 48 horas).
 - B. correção cirúrgica se os sintomas persistirem.
 - C. implante de endoprótese.
 - D. correção cirúrgica precoce.

Alternativa Correta: (D) A dissecação de aorta tipo A (Classificação de Stanford) é doença de início súbito e elevada mortalidade. A abordagem inicial, enquanto se realiza a investigação, inclui controle da dor, controle pressórico e uso de beta-bloqueadores. O tratamento cirúrgico não deve ser postergado e quando há comprometimento da valva aórtica é a única possibilidade. Se ausência de comprometimento valvar, na dependência de sua extensão e do comprometimento de outras estruturas vasculares, o implante de uma endoprótese pode ser uma alternativa.

Bibliografia: Braunwald - Tratado de Doenças Cardiovasculares; 10. Ed, 2018, Elsevier.

110. O padrão-ouro para o tratamento cirúrgico de varizes devido à insuficiência da junção safeno-femoral associada ao refluxo na veia safena interna (VSI)?
- A. Obliteração minimamente invasiva da VSI.
 - B. Cirurgia com laser.
 - C. Ligadura da crossa com fleboextração.
 - D. Escleroterapia com espuma.

Alternativa Correta: (C) Este é considerado o padrão ouro do tratamento cirúrgico devido à insuficiência da junção safeno-femoral associada ao refluxo na VSI.

Bibliografia: Charles Angotti Furtado de Medeiros. Cirurgia de varizes: história e evolução. J Vasc Bras 2006, Vol. 5, N° 4.

111. Estudante de 22 anos, sedentário, dá entrada no setor de emergência com diagnóstico de pneumotórax espontâneo por rotura de bolha subpleural. Foi realizada a drenagem torácica em selo de água com dreno nº. 28 e observado grande borbulhamento, com alívio considerável da dispneia. No 4º PO da drenagem de tórax, o borbulhamento persiste toda vez que o paciente tosse. Na radiografia de tórax observa-se expansão pulmonar completa e dreno bem posicionado. Diante desse quadro, a melhor conduta a ser tomada é:
- A. Monitorar a drenagem pelo menos até o 7º PO.
 - B. Introduzir outro dreno com drenagem em selo de água em separado.
 - C. Iniciar esquema de drenagem com aspiração contínua de duas garrafas.
 - D. Indicar vídeotoracoscopia para ressecção das bolhas com abrasão pleural.

Alternativa Correta: (A) Após a drenagem inicial e resolvido o quadro emergencial, evitando-se assim um pneumotórax de tensão, o médico deve observar a expansão pulmonar na radiografia de tórax. Com pulmão expandido a tendência é de fechamento da fístula, devendo o paciente ser observado pelo menos até o 7º dia após a drenagem, no mínimo.

Bibliografia: Camargo, JJ; Filho, DRP. TÓPICOS DE ATUALIZAÇÃO EM CIRURGIA TORÁCICA. Editora FMO, 2011.; Filho, DRP et al. MANUAL DE CIRURGIA TORÁCICA. Editora Revinter, 2001.

112. Qual é o objetivo principal do exame de toque retal na avaliação de homens com Sintomas do Trato Urinário Inferior?

- A. Identificar nódulos de próstata.
- B. Estimar o volume da próstata.
- C. Obter secreções prostáticas.
- D. Avaliar a sensibilidade prostática.

Alternativa Correta: (A) O toque retal e o exame neurológico são feitos para detectar malignidade da próstata ou retal, avaliar o tônus do esfíncter anal e descartar problemas neurológicos que podem estar associados aos Sintomas do Trato Urinário Inferior.

Bibliografia: Alan J. Wein ; Louis R. Kavoussi, Alan W. Partin, Craig A. Peters. ?CAMPBELL-WALSH UROLOGY, ELEVENTH EDITION. Elsevier Atlanta, EUA, 2016.

113. A geração de energia mediante alteração súbita da homeostase em situações de trauma acidental é fundamental para manutenção da vida. Das fontes de energia mobilizáveis nessas situações estão disponíveis em seqüência fisiológica:

- A. glicose sangüínea, ácidos graxos, proteínas, glicogênio.
- B. glicogênio, proteínas, ácidos graxos, glicose sangüínea.
- C. glicose sangüínea, proteínas, glicogênio, ácidos graxos.
- D. glicogênio, ácidos graxos, glicose sangüínea, proteínas.

Alternativa Correta: (C) Na resposta metabólica ao trauma ocorre um abrupto rompimento da homeostase do corpo humano, o qual reage rapidamente consumindo energia para manter a vida. Isso garante ativação de diversas cascatas neuro-endócrinas que visam restaurar volemia, imunidade e reparo tecidual. Conhecimento sobre a ordem em que o corpo mobiliza essa energia e como isso ocorre é fundamental para o médico interferir corretamente minimizando os danos pelo jejum prolongado, trauma cirúrgico e acidental.

Bibliografia: Sabiston ? Tratado de Cirurgia - 19 a Edição.

114. Homem de 70 anos, com emagrecimento de 5kg em 30 dias, tabagista 70 anos/maço, tosse frequente com escarros hemoptoicos e dispneia aos esforços moderados. BEG, eupneico e repouso e sem comorbidades. Apresenta massa espiculada de 8 cm em região de hilo direito com atelectasia de lobo superior na radiografia de tórax. Assinale a seqüência correta de investigação diagnóstica.

- A. Tomografia computadorizada de tórax e biópsia transtorácica guiada por ultrassom.
- B. Tomografia computadorizada de tórax e biópsia da lesão por broncoscopia,
- C. Tomografia por emissão de pósitrons e biópsia cirúrgica por toracotomia.
- D. Ressonância magnética de tórax e biópsia por cirurgia videoassistida.

Alternativa Correta: (B) Tomografia computadorizada de tórax é o método de escolha na investigação de massas pulmonares e a broncoscopia é bem indicada em casos de massas com localização proximal, tendo bom rendimento diagnóstico e menor morbidade em relação à cirurgia videoassistida. A ultrassonografia de tórax não apresenta valor diagnóstico para massas pulmonares neste caso. Ressonância Magnética não é superior à tomografia na avaliação de massas suspeitas de neoplasia pulmonar, sendo este o método de escolha de imagem na investigação diagnóstica. PET-CT apresenta elevado custo em relação à tomografia e serve de complemento para o estadiamento. Toracotomia não é indicada neste caso para diagnóstico, pois a broncoscopia apresenta menor morbidade.

Bibliografia: Costa Júnior, A.S.; Santoro, I.L.; Pereira, J.R.; Fernandes, P.M.P.; Takagaki, T.Y. Série Atualização e Reciclagem em Pneumologia. Volume 4- Oncologia Torácica. Editora Atheneu, São Paulo, 2011.

115. Paciente de 29 anos é atendida no pronto atendimento com desconforto epigástrico de início há 3 meses, porém com piora nos últimos dois dias. Nega qualquer sintoma associado. Ao exame físico ela apresenta dor a palpação em hipocôndrio direito, porém com sinal de Murphy negativo. Tem história de uso de contraceptivos hormonais orais há mais de 12 anos. Exames laboratoriais revelam anemia normocrômica e demais exames normais, incluindo provas de função e de lesão hepática. Ecografia de abdome total evidencia massa de 8 cm com sinais de hemorragia recente intra-tumoral. A tomografia computadorizada também demonstrou massa bem circunscrita e heterogênea que mostrou acentuação da captação de contraste durante a fase arterial com sinais de hemorragia central. Com relação ao caso clínico acima, assinale a alternativa correta.

- A. Hiperplasia nodular focal é o diagnóstico mais provável, uma vez que é o tumor benigno hepático com maior incidência de sangramento espontâneo.

- B. O diagnóstico diferencial do adenoma com adenocarcinoma deve ser realizado solicitando antígeno carcinoembrionário.
- C. Adenoma hepático é a principal hipótese diagnóstica, pela associação deste tumor com o uso prolongado de contraceptivos hormonais orais.**
- D. O provável diagnóstico é cisto hepático simples, necessitando de drenagem guiada por tomografia após confirmação diagnóstica com ressonância nuclear magnética.

Alternativa Correta: **(C)** Os adenomas hepáticos ocorrem predominantemente em mulheres em idade fértil e parecem estar relacionados com o uso de contraceptivos orais. Os compostos contendo mestranol foram associados a um número desproporcional de casos, mas o mestranol vem sendo utilizado há mais tempo do que outros agentes. Estima-se que a transformação de adenoma hepático benigno em carcinoma hepatocelular ocorra em 5% dos casos, com a displasia de células hepáticas sendo a etapa intermediária. Histologicamente, os adenomas hepáticos consistem em uma massa homogênea e encapsulada de hepatócitos de aparência normal sem ductos biliares ou veia central. É possível haver hemorragia intratumoral ou necrose central. Cerca de metade dos pacientes é assintomática. A maioria dos pacientes com sintomas apresenta-se com dor no quadrante superior direito. Uma possível complicação bem-conhecida dos adenomas, que provavelmente ocorre em 20 a 40% dos casos não tratados, é a hemorragia espontânea na substância do tumor com subsequente ruptura e sangramento intraperitoneal. Entretanto, o risco real de hemorragia espontânea é difícil de ser estabelecido com certeza, uma vez que a incidência geral dos adenomas é desconhecida. Esse risco aumenta com o tamanho, e parece haver associação robusta entre episódios de sangramento agudo de adenoma e gravidez. Os pacientes com quadro potencialmente letal apresentam-se com dor aguda ou, até mesmo, choque hemorrágico.

Bibliografia: Townsend Jr CM, Beauchamp D, Evers M, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery. The biological basis of modern surgical practice. 18ª edition. Philadelphia, PA. Saunders Elsevier, 2008. Chapter 14.; Doherty GM. Current Diagnóstico e Tratamento em Cirurgia 14o ed Porto Alegre, AMGH 2017.

116. A lombalgia é uma das queixas dolorosas que mais frequentemente afetam a humanidade e tem diversas etiologias que inclui inadequada postura, sobrecarga, trauma, doença inflamatória, infecciosa, neoplásica, metabólica, além da dor irradiada. A dor pode ser aguda ou crônica e, no último caso, alterações na percepção da dor e fatores psicológicos têm grande influência na intensidade e perpetuação da queixa. Escolha o item que contém aspectos importantes da anamnese e/ou exame físico na abordagem deste sintoma.

- A. O sinal de Lasègue é considerado positivo quando reproduz a dor no trajeto dermatomérico da raiz comprometida.**
- B. Quando a lombalgia ou lombociatalgia se acompanhar de queixas sistêmicas, é necessária a investigação radiológica imediata.
- C. Geralmente a dor raquidiana não tem relação com o movimento da coluna ao contrário da dor extra-raquidiana.
- D. O sinal das pontas "De Seze" é indicativo de déficit motor das raízes da transição tóraco-lombar.

Alternativa Correta: **(A)** Manobra de Lasègue: É geralmente considerada positiva quando a dor se irradia, ou se exarceba, no trajeto do dermatomo de L4-L5, ou L5-S1, quando a elevação do membro inferior faz um ângulo de 35° a 70° com o plano horizontal. Sua positividade a 60° comprova compressão radicular. Grau de recomendação e força de evidência D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Bibliografia: Consenso Brasileiro sobre Lombalgias e Lombociatalgias, 1, São Paulo, 6-7 jul. 2000.

117. O tratamento do abscesso pulmonar é predominantemente clínico, porém existem casos que demandam drenagem cirúrgica, qual das situações abaixo demanda esta abordagem?

- A. Abscesso maior que 3 cm de diâmetro.
- B. Hemoptise recorrente.**
- C. Ausência de diminuição depois de 1 semana de terapia.
- D. Febre Persistente.

Alternativa Correta: **(B)** O tratamento cirúrgico do abscesso pulmonar é incomum, contudo possui suas indicações de drenagem. Entre elas, falha da terapia clínica, abscesso aumentando de tamanho durante o tratamento, evolução para pneumonia necrosante com hemoptise, ruptura de abscesso e piopneumotórax.

Bibliografia: Schwartz's principles of surgery. Tenth edition. New York : McGraw-Hill Education, [2014].; Sabiston textbook of surgery : the biological basis of modern surgical practice. 19th ed. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders.

118. Paciente de 30 anos, consulta devido a 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.

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

Bibliografia: Handbook of Neurosurgery Mark S. Greenberg;

119. Quando uma fratura em ossos longos é corrigida por fixação interna com placas e parafusos, podemos afirmar que:
- A. a fixação interna prevê que a união óssea seja atrasada.
 - B. a ossificação endocondral é mais completa
 - C. o calo ósseo na fratura se forma mais rapidamente.
 - D. a cicatrização ocorre entre os ossos com mínima formação de calo ósseo.**

Alternativa Correta: **(D)** Um redução e fixação precisa da fratura permite a cicatrização entre os ossos sem a formação de calo ou ossificação endocondral, que são características do tratamento fechado de fraturas.

Bibliografia: Schwartz's principles of surgery. Tenth edition. New York : McGraw-Hill Education, [2014].NLM ID: 101614128.

120. 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 evolui com rápido declínio neurológico (coma e hemiparesia direita). Realizada tomografia computadorizada de crânio que evidenciou hematoma biconvexo fronto-temporal esquerdo. Qual estrutura vascular está relacionada com a formação deste hematoma?
- A. Artéria temporal superficial.
 - B. Artéria cerebral média.
 - C. Artéria basilar.
 - D. Artéria meníngea média.**

Alternativa Correta: **(D)** 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. 8?. Ed., Artmed, Porto Alegre, 2014.;Greenber, M.S.; Manual de Neurocirurgia. 7?. Ed., Artmed, Porto Alegre, 2013.