



Faculdade de Medicina do ABC



Faculdade de Ciências
Médicas e da Saúde de
Sorocaba
PUC-SP



Faculdade de Medicina de
Catanduva



Faculdade de Medicina de
Presidente Prudente -
UNOESTE

UNISA
Universidade Santo Amaro

Universidade Santo Amaro

CONSÓRCIO SP 1

TESTE DE PROGRESSO

OUTUBRO/2020

COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES

- Verifique se este caderno de prova contém um total de 120 questões, numeradas de 1 a 120.
- Caso contrário solicite ao fiscal da sala um outro caderno completo.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta correta.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher uma resposta.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE:

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão a que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A, B, C, D) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS fazendo um traço bem forte no quadrinho que aparece abaixo dessa letra.

ATENÇÃO

- Marque as respostas com **caneta esferográfica de tinta azul ou preta**.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de aparelhos eletrônicos.
- Você terá **4h (quatro horas)** para responder a todas as questões e preencher a Folha de Respostas.

"Direitos autorais reservados. Proibida a reprodução, ainda que parcial, sem autorização prévia".

1. A

Comentários:

A alternativa (A) indica a célula parietal que é responsável pela liberação de íons H^+ e Cl^- , produção do fator antianêmico intrínseco que está associado à síntese de Vitamina B12. A letra (B) não está correta porque a célula indicada é uma célula principal que sintetiza a proteína pepsinogênio e as enzimas lipase e amilase gástrica. A letra (C) está errada porque a célula indicada é uma célula epitelial de revestimento, e a letra (D) está errada porque a célula indicada é uma célula mucosa que sintetiza mucina.

Referências Bibliográficas:

- JUNQUEIRA, Luiz Uchoa, CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição. Guanabara Koogan, 08/2013.
- ROSS, Michael H., PAWLINA, Wojciech. Histologia - Texto e Atlas - Em Correlação com Biologia Celular e Molecular, 6ª edição. Guanabara Koogan, 05/2012.

2. C

Comentários:

A fotomicrografia apresentada corresponde a uma imagem da região cárdia do estômago, indicada na letra (C) das alternativas. Nessa região observamos a presença de glândulas e fossetas curtas; também podemos observar na imagem a presença de parte do esfôgado com epitélio estratificado pavimentoso.

Referências Bibliográficas:

- JUNQUEIRA, Luiz Uchoa, CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição. Guanabara Koogan, 08/2013.
- ROSS, Michael H., PAWLINA, Wojciech. Histologia - Texto e Atlas - Em Correlação com Biologia Celular e Molecular, 6ª edição. Guanabara Koogan, 05/2012.

3. B

Comentários:

A alternativa (B) está correta porque a célula indicada pela letra B é uma célula principal que sintetiza a proteína pepsinogênio e as enzimas lipase e amilase gástrica. A alternativa (A) está errada porque a célula indicada é a célula parietal que é responsável pela liberação de íons H^+ e Cl^- , produção do fator antianêmico intrínseco. A alternativa (C) está errada porque a célula indicada é a célula epitelial de revestimento. A alternativa (D) está errada porque a célula indicada é uma célula mucosa que sintetiza mucina.

Referências Bibliográficas:

- JUNQUEIRA, Luiz Uchoa, CARNEIRO, José. Histologia Básica, 12ª edição. Guanabara Koogan, 08/2013.
- ROSS, Michael H., PAWLINA, Wojciech. Histologia - Texto e Atlas - Em Correlação com Biologia Celular e Molecular, 6ª edição. Guanabara Koogan, 05/2012.

4. D

Comentários:

Existem duas formas de desenvolvimento da doença de Chagas: determinada, quando a doença se desenvolve de forma severa e mais frequentemente em pessoas que estão infectadas pelo *Trypanosoma cruzi* tipo II; e indeterminada, quando a doença não apresenta sintomas que limitam o dia a dia do paciente. A forma indeterminada da doença é oligossintomática, ou pode até se apresentar de forma assintomática. Estes dois termos que estão sendo utilizados como distratores e taxonomicamente não podem ser utilizados para definir a doença.

Referências Bibliográficas:

- REY, Luís. Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- AMATO NETO, V. et al. Parasitologia: uma abordagem clínica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

5. C

Comentários:

Trata-se de um caso de atopia, que deve ser confirmado através da dosagem de IgE total e IgE específica para alérgenos suspeitos, como veneno de vespa e de abelha. A confirmação baseia-se na resposta clínica positiva da paciente à terapia anti-histamínica a que foi submetida.

Referência Bibliográfica:

- Delves, Peter J.; Martin, Seamus J.; Roitt, Ivan M., Burton, Dennis R. In: - Fundamentos de Imunologia, Ed Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 13ª Ed. 2018.

6. A

Comentários:

Resposta Correta (A): os relatos da paciente, em conjunto com os resultados dos exames laboratoriais, sugerem tratar-se de hipocortisolismo primário, uma vez que há redução na concentração plasmática dos hormônios adrenocorticais que promovem ações sobre a glicemia, pressão arterial e crescimento de pelos, e elevação do hormônio adrenocorticotrófico pela hipófise anterior, que leva à hiperpigmentação de algumas regiões.

Respostas Erradas:

(B): a disfunção dos seguimentos distais pode levar a alterações na concentração plasmática de sódio, potássio, na osmolaridade, pH e bicarbonato, mas não provoca redução na concentração de cortisol, aldosterona e glicose. Também não promove alterações no crescimento de pelos e da concentração de ACTH.

(C): a medula da adrenal secreta adrenalina e noradrenalina, substâncias que não se relacionam com os relatos da paciente e com os parâmetros alterados nos exames laboratoriais.

(D): uma disfunção hipotâmica poderia levar a um aumento do CRH, o que poderia explicar a elevação no ACTH. No entanto, neste caso, em resposta à elevação do ACTH, deveria haver elevação dos hormônios adrenocorticais. Ao invés disso há redução, indicando que a alteração não se encontra no hipotálamo, mas sim no córtex da adrenal.

Referências Bibliográficas:

- Guyton, A. Tratado de fisiologia médica. 11ª Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ. 2006. Cap. 77
- Berne & Levy. Fisiologia. 6ª Edição. Elsevier. Rio de Janeiro, RJ 2009. Cap. 42
- Aires, MM. Fisiologia. 3ª Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, RJ. 2008. Cap.66.

7. B

Comentários:

O cromossomo Y é essencial para determinação sexual masculina, formação e manutenção de células germinativas. O Yp é responsável pelo desenvolvimento testicular e o Yq pelos fatores envolvidos na espermatogênese. As áreas do Yq foram denominadas de Fatores de Azoospermia - AZF, sendo divididas em três sub-regiões (AZFa, AZFb, AZFc). As deleções e microdeleções no Yq são as causas genéticas mais comuns da infertilidade masculina, ocasionada pela falha espermatogênica. As deleções de novo de AZFc surgem em cerca de 1 em 4.000 homens e são responsáveis por aproximadamente 12% dos homens azoospermicos e cerca de 6% dos homens com oligospermia severa.

Referências Bibliográficas:

- NUSSBAUM, R.L.; MCLNNE, R.R.; WILLARD, H.F. Thompson & Thompson - Genética Médica. Oitava Edição. Editora Guanabara Koogan S.A., Rio de Janeiro, RJ, 2016.
- BORGES, C.H.S.; MACEDO, L.C. Infertilidade Masculina Decorrente de Microdeleções no Cromossomo Y. *Reprod. Clim.*, v. 31, n. 3, p. 169-174, 2016.

8. B

Comentários:

A inflamação é do tipo crônico e as Globias são encontradas na Hanseníase Virchowiana. Os granulomas contendo macrófagos epitelioides são característicos da Hanseníase Tuberculoide.

Referência Bibliográfica:

- KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. Patologia básica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

9. D

Comentários:

A necrose tubular aguda apresenta duas causas principais: isquêmica e tóxica. No referido caso, a paciente ingeriu medicamento nefrotóxico que levou a lesão renal, caracterizada pela presença de áreas com isquemia glomerular, núcleos contendo picnose, cariólise e cariorrhexe, células necróticas que são eliminadas sob a forma de cilindros e áreas de regeneração.

Referência Bibliográfica:

- ROBBINS. Patologia Estrutural e Funcional, 8ª edição.

10. A

Comentários:

Isso acontece porque carnes, ovos e produtos lácteos (que contêm leite) são extremamente ricos em vitamina B12. Por isso, pessoas que não incluem esses alimentos na dieta possuem risco mais elevado de desenvolver anemia por deficiência de vitamina B12. Essas pessoas podem necessitar de suplementos para repor a quantidade dessa vitamina no organismo. A deficiência desta vitamina pode causar anemia megaloblástica e a deficiência do número de hemácias e quantidade de hemoglobina, levando o indivíduo a um metabolismo anaeróbico que traz como sintomas fraqueza, fadiga, letargia e perda de memória.

Os alimentos de origem animal são a única fonte natural de vitamina B12, sendo a deficiência da vitamina decorrente de uma dieta pobre em alimentos como carnes, peixes, ovos, queijo e leite. As pessoas que possuem maior risco são os idosos, alcoólicos, que não se alimentam de maneira correta e os vegetarianos estritos.

Referências Bibliográficas:

- COZZOLINO Silvia. Biodisponibilidade de Nutrientes. 4º. Brasil: Manole Ltda, 2012, 513-525.
- BAYNES, JW, DOMINICZAK, MH. Bioquímica médica, 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

11. D

Comentários:

Com relação à Vitamina B12, a deficiência pode ocorrer em razão da menor secreção de ácido clorídrico pelo estômago, o que prejudica a digestão da vitamina ligada à proteína alimentar. Há uma redução importante na secreção do fator intrínseco gástrico pelas células parietais, o que interfere na absorção da vitamina.

A deficiência desta vitamina pode causar anemia megaloblástica e problemas neurológicos. Esta deficiência pode ser comum em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica. Estima-se que após a BGYR a prevalência média de níveis séricos reduzidos de vitamina B12 varie entre 12 e 33%, porém com poucos sintomas clínicos.

Referências Bibliográficas:

- ZAGO, Marco Antônio; FALCÃO, Roberto Passetto; PASQUINI, Ricardo. Tratado de hematologia. São Paulo: Atheneu, 2013. In: cap 1" Carências de Folatos ou Vitamina B12. Anemias Megaloblásticas".
- TOLEDO, Fábio Martins Teodoro; RUIZ, Sandra Silva Datore. Alterações Nutricionais após Cirurgia Bariátrica. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 03, Ed.05, Vol. 04, pp. 186-199, Maio de 2018. ISSN:2448-0959.
- ROCHA, José Carlos Gomes. Deficiência de Vitamina B12 no pós-operatório de Cirurgia Bariátrica. *International Journal of Nutrology*, v.5, n.2, p. 82-89, mai/ago 2012.

12. B

Comentários:

O quadro clínico e epidemiológico apresentado é característico dos pacientes infectados pelo SARS-CoV-2. As alternativas elencadas mostram as principais características estruturais do vírus causador da COVID-19 (SARS-CoV-2), assim como o mecanismo utilizado para infecção das células hospedeiras.

Referências Bibliográficas:

- Walls, A.C. et al. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell*, 181 (2):281-292, 2020.
- Han R. et al. Early Clinical and CT manifestations of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pneumonia. *American Journal of Roentgenology*, 215:1-6, 2020.

13. A

Comentários:

As crises dolorosas decorrem da falcização em microcirculação e consequente isquemia e processo inflamatório local.

Os quadros infecciosos, assim como a desidratação, são importantes fatores desencadeantes, mas o paciente não apresentava febre e nem queixa alguma que indicasse processo infeccioso.

Os quadros hiper-hemolíticos são raros, não necessariamente são acompanhados de dor, as queixas principais são piora da icterícia e aparecimento de queixas cardiorrespiratórias, por piora da anemia.

Referência Bibliográfica:

- Zago MA; Falcão RP, Pasquini R. Tratado de Hematologia. 1ª ed. Atheneu, 2013; 211-219.

14. C

Comentários:

A Meningomielocele é caracterizada pelo não fechamento do tubo neural, mais especificamente do neuróporo posterior. Isso pode levar a falhas no desenvolvimento da medula espinhal e das estruturas que estão à sua volta.

O canal neuroentérico é formado temporariamente e liga a cavidade amniótica à vesícula umbilical (cavidade exocelômica), não estando diretamente relacionado ao desenvolvimento da medula espinhal.

Gastrulação é a etapa de formação dos três folhetos embrionários e ocorre em um momento anterior à neurulação.

O processo notocordal se forma durante a gastrulação e suas células se diferenciam para formar a notocorda, estrutura que desaparece em humanos.

Referências Bibliográficas:

- Bevilacqua, NS; Pedreira, DAL. Cirurgia fetal endoscópica para correção de mielomeningocele: passado, presente e futuro. *Einstein*. 2015; 13(2):283-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC). 1994.
- Mathews TJ, Honein MA, Erickson JD. Spina bifida and anencephaly prevalence--United States, 1991-2001. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-13):9-11.

15. C

Comentários:

(C): a semelhança da estrutura molecular entre antígenos do vírus Epstein-Barr e da bainha de mielina do neurônio e a presença de determinados genes MHC/HLA, facilitam a apresentação e reconhecimento de antígenos próprios pelo complexo TCR de linfócitos T citotóxicos.

(A): erro: células do sistema imune inato como as dendríticas não são capazes de causar desmielinização de neurônios.

(B): erro: linfócitos T auxiliares não reconhecem antígenos apresentados por células que não sejam APCs.

(D): não há evidência de que isto ocorra na esclerose múltipla nem em outras doenças autoimunes.

Referências Bibliográficas:

- Roitt fundamentos de imunologia. - 13ª ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Capítulo 17, página 474.

16. D

Comentários:

(A): ao contrário, dependendo da variante molecular encontrada os protocolos de seguimento adjuvante podem ser exclusivos e até contraindicados.

(B): raramente utiliza-se o fish no aconselhamento oncogenético e a escolha da técnica não é devido às características tumorais, mas sim aos achados familiares tumorais e não-tumorais.

(C): a avaliação através de painéis de genes é parte da fase diagnóstica e a história familiar deve conter 4 gerações.

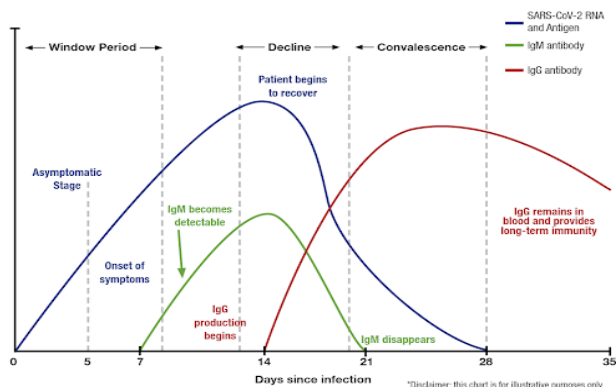
Referência Bibliográfica:

- INCA-Manual operacional sobre a Rede Nacional de Câncer Familiar- Rede Nacional de Câncer Familiar, disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/rede-nacional-de-cancer-familial>.

17. A

Comentários:

De acordo com o gráfico e a tabela de interpretação abaixo.



Test results			Clinical Significance
RT-qPCR	IgM	IgG	
+	-	-	Patient may be in the window period of infection.
+	+	-	Patient may be in the early stage of infection.
+	+	+	Patient is in the active phase of infection.
+	-	+	Patient may be in the late or recurrent stage of infection.
-	+	-	Patient may be in the early stage of infection. RT-qPCR result may be false-negative.
-	-	+	Patient may have had a past infection, and has recovered.
-	+	+	Patient may be in the recovery stage of an infection, or the RT-qPCR result may be false-negative.

Referências Bibliográficas:

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Orientações para manejo de pacientes com Covid 19.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19.

18. C

Comentários:

Proton pump inhibitors may decrease the gastrointestinal absorption of theazole antifungal agents, itraconazole (capsules only) and ketoconazole, both of which require an acidic environment for dissolution. By increasing gastric pH and reducing the acidity, proton pump inhibitors can decrease bioavailability of the azoles by 75% to 80%.

Referências Bibliográficas:

- Machado, R. S. Silva, M. R., Viriato, A. Furazolidona, tetraciclina e omeprazol: uma alternativa de baixo custo para erradicação de *Helicobacter pylori* em crianças. *J. Pediatr.* (Rio J.) vol.84 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. 2008.
- KATZUNG, B. G.; MASTERS, S. B.; TREVOR, A. J. *Farmacologia básica e clínica*. 13. ed. Porto Alegre: McGraw Hill, 2017.
- BRUNTON, L. L. *As bases farmacológicas e terapêuticas de Goodman & Gilman*. 13. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill/Artmed, 2018.

19. B

Comentários:

(B): correta

(A): errada, pois exemplos mais comuns de síndromes hereditárias de câncer incluem a síndrome hereditária de câncer de mama e ovário, síndrome de Li-Fraumeni, síndrome de Cowden e síndrome de Lynch.

(C): errada, pois os tipos de câncer observados em pacientes com síndrome de Li-Fraumeni incluem: sarcomas de partes moles, osteossarcomas, câncer de mama, tumores cerebrais, leucemias e carcinomas adrenocorticais.

(D): errada, pois na LFS a grande maioria das mutações de TP53 está localizada na região que codifica o domínio de ligação ao DNA da proteína.

Referências Bibliográficas:

- Zampiga V, Danesi R, Tedaldi G, Tebaldi M, Cangini I, Pirini F, Pittureri C, Amaducci E, Guidi L, Faedi M, Amadori D, Falcini F, Calistri D. Multiple primary tumors in a family with Li-Fraumeni syndrome with a TP53 germline mutation identified by next-generation sequencing. *Int J Biol Markers*. 2016 Dec 23;31(4):e461-e465. doi: 10.5301/ijbm.5000227.
- Gargallo P, Yáñez Y, Segura V, Juan A, Torres B, Balaguer J, Oltra S, Castel V, Cañete A. Li-Fraumeni syndrome heterogeneity. *Clin Transl Oncol*. 2019 Nov 5. doi: 10.1007/s12094-019-02236-2. [Epub ahead of print]

20. D

Comentários:

O paciente apresenta um quadro compatível com insuficiência cardíaca após episódio de infarto agudo do miocárdio. Em situações como essa, o dano tecidual leva ao remodelamento do tecido.

O coração remodelado usualmente apresenta aumento no conteúdo de colágeno. O colágeno fibrilar miocárdico é dividido em três componentes, que são denominados de epimísio, perimísio e endomísio. O epimísio envolve todo o músculo cardíaco e constitui as superfícies endocárdica e epicárdica. A partir do epimísio, grupos de miofibras interligam-se por uma rede denominada perimísio. As fibras perimisiais dão origem ao endomísio, que se constitui de uma fina rede em volta de cada miócito, ligando-os uns aos outros e aos capilares vizinhos. Com o aumento do colágeno (fibrose) envolvendo os três componentes, podem ocorrer bloqueios na condução elétrica, favorecendo o aparecimento de arritmias por reentrada. Assim, sabe-se que a fibrose está associada com arritmias e risco de morte súbita e, portanto, estratégias que diminuem a fibrose, como o uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina, reduzem a vulnerabilidade para arritmias.

Referências Bibliográficas:

- GRAZILLO, Cibele Laprosa and BENVENUTI, Luiz Alberto. Caso 2/2007: homem de 49 anos de idade, com insuficiência cardíaca após infarto do miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol* [online]. 2007, vol.88, n.3 [cited 2020-05-19], pp.361-366.
- AZEVEDO, Paula S. et al. Remodelação Cardíaca: Conceitos, Impacto Clínico, Mecanismos Fisiopatológicos e Tratamento Farmacológico. *Arq. Bras. Cardiol* [online]. 2016, vol.106, n.1 [cited 2020-05-19], pp.62-69.

21. B

Comentários:

Conclusão: a análise univariada mostrou que a exposição ao leite de vaca antes dos 4 meses associou-se positivamente, em cerca de 4,09 vezes, à ocorrência de DM Tipo I nos filhos das mães que forneceram as informações, com intervalo de confiança significativo. O texto informa que na análise multivariada houve persistência da associação, com aumento da razão de chances estatisticamente significativa.

Referência Bibliográfica:

- ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos Da (Org.). Epidemiologia & saúde. 8ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 752 p.

22. C

Comentários:

A higiene das mãos com água e sabonete líquido é considerada uma medida de precaução para aerossóis.

O uso da máscara cirúrgica pelo profissional de saúde é uma medida de precaução para gotículas.

O uso de luvas de procedimento pelo paciente suspeito não é uma medida de precaução de contato e para gotículas.

O uso de avental pelo profissional de saúde é uma medida de precaução de contato.

Referência Bibliográfica:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020. Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). (Publicada em 30 de janeiro de 2020 e atualizada em 31/03/2020). 73p. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>; páginas 14, 15 e 19.

23. D

Comentários:

(D) Trata-se de um óbito evitável e reduzível por adequada assistência no pré-natal. Não está claro se o manejo da doença hipertensiva foi efetivo, considerando a dosagem da medicação e o controle ambulatorial da PA. Seria necessário a solicitação do prontuário do pré-natal e da caderneta da gestante para averiguar a situação pressórica nas últimas 4 semanas antes do parto.

(A) Segundo o Manual de vigilância do óbito infantil e fetal (BRASIL, 2009), trata-se de um óbito neonatal precoce, pois a Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce é referente ao número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

(B) A causa básica da morte seria O14 e não O60.1, pois a doença hipertensiva provocou o trabalho de parto prematuro. "Causa básica é a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal".

(C) A causa da morte foi P22.0, pois a presença da membrana hialina provoca a Síndrome Respiratória Fatal. Ela é descrita "como todas as doenças, afecções mórbidas ou lesões que produziram a morte ou contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou violência que produziram quaisquer de tais lesões".

Referências Bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. P. 15, 29, 34.
- CLOHERTY, J.P, et al. Manual de neonatologia. 7. ed. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. P. 316-323.

24. A

Comentários:

A pessoa do caso apresenta uma placa (mancha elevada em relação à pele adjacente) totalmente anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro (forma de anel ou círculo), o que fala a favor de hanseníase tuberculoide (paucibacilar). A baciloscopia é negativa e a biópsia de pele quase sempre não demonstra bacilos.

Os casos de hanseníase dimorfa, geralmente, apresentam várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculoide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida).

Por ser um caso de hanseníase paucibacilar, o recomendado é uma dose mensal de rifampicina 600mg e uma dose diária de dapsona 100mg, por seis meses.

Referências Bibliográficas:

- Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

25. A

Comentários:

A sensibilidade de um teste é definida como a capacidade de identificar corretamente aqueles que apresentam a doença. Portanto, a sensibilidade é definida como a proporção de pessoas doentes que foram corretamente identificadas como “positivas”. A especificidade de um teste é definida como a capacidade de identificar corretamente aqueles que não apresentam a doença. Assim, a especificidade é calculada como a proporção de pessoas não doentes que foram corretamente identificadas como “negativas”.

Referência Bibliográfica:

- Gordis L. Epidemiologia. Editora Revinter; 4ª ed. 2010.

26. B

Comentários:

“A Lei Federal Nº 9.656/1998, art. 32, estabelece que as Operadoras devem, como obrigação legal, restituir ao SUS as despesas geradas pelos atendimentos prestados aos seus beneficiários de planos privados, quando estes são atendidos em hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS, e cujo procedimento tenha cobertura prévia nos contratos firmados entre as partes” (Carneiro Junior; Carvalho, 2018)

Referência Bibliográfica:

- Carneiro Junior N, Carvalho ALF. Sistema suplementar de saúde no Brasil. In.: Carneiro Junior N (ed). Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. Pp 27-30 (Série Concursos Médicos. Coordenador da Série: Irineu Francisco Delfino Silva Massaia).

27. D

Comentários:

A questão é baseada no documento "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais", do Ministério da Saúde, de 2019. Segundo tal manual, no capítulo 22, página 133, lê-se a seguinte orientação: "Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas, a cesárea eletiva após 38 semanas reduz a transmissão vertical". Portanto, a alternativa (D) é considerada correta e, logo, a alternativa (B) é considerada errada. A alternativa (A) é considerada errada, pois não há indicação de conversão para parto cirúrgico na situação de carga viral comprovadamente indetectável e em uso correto de TARV. A alternativa (C) é considerada errada, pois carga viral, idade gestacional e uso de antirretroviral são fatores relevantes para a decisão da via de parto, que deve ser clínica.

Referência Bibliográfica:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248 p.: il. ISBN 978-85-334-2630-6.

Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/search/content/protocolo%20cl%C3%ADnico>.

28. D

Comentários:

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS. Possui dentro dos seus princípios a Transversalidade, que corresponde ao princípio solicitado na questão.

A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS, e busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

As alternativas (A), (B) e (C) também correspondem a outros princípios da PNH, mas não corresponde ao conceito descrito, portanto estão incorretas.

Referência Bibliográfica:

- Política Nacional de Humanização - <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-sangue/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>

29. C

Comentários:

A alternativa (A) refere-se ao conceito de equidade.

A alternativa (B) refere-se ao conceito de resolubilidade.

A alternativa (D) refere-se ao conceito de descentralização.

Referência Bibliográfica:

- Souza MC et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família. O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):452-460/ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; Brasília. Secretaria nacional de assistência à saúde; 1990. 20 p. (ABC do SUS, 1).

30. B

Comentários:

(B): correta. De acordo com a história clínica, a causa mais provável dos quadros infecciosos de repetição está relacionada à atividade sexual. Existe evidência que permite prescrever nitrofurantoína pós-coito nesta situação.

(A): incorreta. A definição de infecção urinária de repetição é ocorrência de 2 ou mais episódios em 6 meses ou 3 ou mais episódios ao ano.

(C): incorreta. Em geral, são os mesmos microrganismos que causam infecção do trato urinário recorrente e não recorrente.

(D): incorreta. Em geral, mulheres com infecção do trato urinário de repetição não apresentam qualquer alteração anatômica do trato urinário, não se fazendo necessária, de rotina, a realização de exames de imagem contrastados e cistoscopia.

Referências Bibliográficas:

- <https://aps.bvs.br/aps/ha-evidencias-que-justificam-o-uso-de-antibiototerapia-profilatica-em-pacientes-com-infeccao-do-trato-urinario-recidivante/>
- https://portaldaurologia.org.br/medicos/wpcontent/uploads/2015/09/infeccao_urinaria_de_repeticao.pdf

31. A

Comentários:

(A): correta. Um paciente com SCA pode evoluir principalmente para uma fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso e necessita do uso de desfibrilador.

(B): incorreta. A obtenção de ECG é obrigatória para todo paciente com sintomas de SCA, independentemente do local de saúde em que se encontre o indivíduo.

(C): incorreta. As medicações não podem ser administradas a todos os pacientes que se encontram com sintomas anginosos sem antes avaliar as condições de saúde anterior, uso de medicações anteriormente, pressão arterial e frequência cardíaca, e avaliação de qual coronária acometida pelo ECG.

(D): incorreta. O monitoramento inicial deve incluir a avaliação de glicose capilar, principalmente por se tratar de um paciente diabético que possa estar com hipoglicemia.

Referências Bibliográficas:

- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Suporte avançado de vida Cardiovascular. American Heart Association. A vida é o porquê. Manual do Profissional, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. PROVAB. Dor Torácica. Brasília. UNASUS, 2014. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13961/1/DorToracicaPROVAB.pdf>

32. C

Comentários:

O Brasil vive sim uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças. Grande parte disso deve-se à transição demográfica/epidemiológica “atípica” vista no país, onde observamos a reemergência e a permanência de doenças infecciosas/parasitárias e da violência social em suas mais diversas formas. Podemos citar também o rápido declínio nas taxas de fecundidade e, conseqüentemente, um aumento no número de idosos, seguindo na contramão dos países desenvolvidos, que tiveram esse processo de forma mais lenta e gradual, dando tempo para os ajustes necessários nas políticas de saúde.

Referência Bibliográfica:

- Schramm, JMA; Oliveira, AF; Leite, IC; Valente, JG; Gadelha, AMJ; Portela, MC; Campos, MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf>.

33. D

Comentários:

O médico não pode deixar seus valores pessoais e tampouco a moral predominante em uma sociedade interferirem em seu atendimento. O Código de Ética Médica estabelece respeito à condição do paciente e de sua família, sem preconceitos. Por sua vez, o contexto deve servir de referência para as intervenções em saúde e não há uma integração social dita correta.

O artigo 36 do Código de Ética Médica veda ao médico abandonar o paciente sob seus cuidados. No entanto, o § 1º do Código considera situação em que o médico pode renunciar ao atendimento e estabelece os requisitos para que isso ocorra, tal qual exposto na alternativa correta de modo a assegurar os direitos do paciente.

O artigo 37 exige que, para a prescrição de tratamento ou outros procedimentos, o médico tenha o contato direto do paciente, salvo em situações de urgência e emergência. Apesar disso o parágrafo único do mesmo artigo não veda expressamente o atendimento médico à distância e da telemedicina ou de outro método, mas estabelece que este atendimento dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Referência Bibliográfica:

- CONSELHO Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.217/2018. Código de Ética Médica. D.O.U, de 1º de novembro de 2018. Seção I, p. 179 2018. Disponível em <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>>.

34. A

Comentários:

As alternativas (B), (C) e (D) fazem parte de uma abordagem mais focada na fisiopatologia da obesidade. A ideia central da questão é tomar decisões baseadas nas escolhas do conselho local de saúde do bairro (participação popular) e trabalhar com a ferramenta roda de conversa, que propõe troca de experiências em uma linguagem mais próxima à dos participantes (educação popular em saúde). Desta forma, a alternativa (A) é a que melhor se enquadra.

Referência Bibliográfica:

- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

35. A

Comentários:

(A): correta. Poderíamos ter, por exemplo, os remédios de antes do café, antes do almoço e antes do jantar, sem grandes prejuízos à farmacocinética, organizados em caixas com símbolos de café, almoço e jantar, sendo que ainda teríamos a sobrinha em 2 destes horários, garantindo a tomada adequada sem prejuízo ao trabalho da mesma.

(B): incorreta. Analfabetismo não inviabiliza aderência, desde que usemos uma linguagem compreensível. Obrigar a sobrinha a deixar o emprego para cuidar da tia pode inviabilizar o sustento da família.

(C): incorreta. Suspeitando de má aderência, trocaríamos os remédios da paciente antes de testá-los num regime mais factível de tomada sem saber se potencialmente funcionariam, uma vez adequadamente ingeridos. Exigir automonitoramento para uma paciente analfabeta também é difícil. Não há interações de alta relevância entre as medicações da lista.

(D): incorreta. A lista não é clara: o que está cedo e noite, 12/12 8/8 e após café e jantar, pode ser tomado junto? Tem que ser separado? Vejam, tentando montar os horários, teríamos por exemplo: o enalapril seria às 8 e às 20h, o metformina às 6, 14 e 22h, o amlodipina depois do café e do jantar, a insulina cedo (longe ou perto dos outros?), pode ser junto e noite. E a sinvastatina ao deitar, também às 24h? Difícil para quem se organiza a tomar.

Referência Bibliográfica:

- Drug prescribing for older adults. Paula A Rochon, Kenneth E Schmader, Jane Givens, MD; www.uptodate.com. Literature review current through: Feb 2020. This topic last updated: Aug 15, 2019.

36. D

Comentários:

Exige o conhecimento dos patamares de mortalidade materna no Brasil e países desenvolvidos, das principais causas e de sua relação com a política de aborto. A taxa de mortalidade materna no Brasil é maior quando comparada aos países desenvolvidos (Europa e América do Norte), e é decorrente de causas evitáveis por adequada assistência pré-natal, ao parto e puerpério, tais como hemorragias, hipertensão, eclâmpsia, infecções. As complicações de abortos também são causa contribuinte importante, agravada pela legislação que criminaliza o aborto provocado.

Referências Bibliográficas:

- Datasus Informações de Saúde (TABNET) Estatísticas Vitais Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/>
- Martins MA et al. Clínica Médica Vol.1 - Medicina Preventiva – Manole 2009.
- Ministério da Saúde (2009). 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. ISBN 9788533415591.

37. C

Comentários:

Ações voltadas para a descentralização e hierarquização entre as três esferas de governo. A regionalização é um princípio organizacional e a equidade, doutrinário. O discurso foi técnico (médico-sanitário) baseado nas orientações da OMS, com preocupação para a falência do sistema de saúde (público e/ou privado).

Referências Bibliográficas:

- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL M. Epidemiologia e saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
- PINHEIRO, R., CECCIM, R.B. & MATTOS, R.A. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO.2005.

38. B

Comentários:

Dadas às evidências de que a hidroxicloroquina não tem benefícios comprovados, podendo ainda gerar graves efeitos colaterais e aumento da mortalidade, e a paciente não apresentar sintomas que justifiquem a medicação, poderia ser iatrogênica esta prescrição. O princípio que deve, obrigatoriamente, nortear o tratamento do paciente é o da autonomia do médico na evidenciação científica, assim como a valorização da relação médico-paciente, “sendo esta a mais próxima possível, com o objetivo de oferecer ao paciente o melhor tratamento médico disponível no momento” (Portaria 04/2020).

Referências Bibliográficas:

- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL M. Epidemiologia e saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. Portaria 04/2020. Endereço eletrônico: <https://portal.cfm.org.br/>

39. B

Comentários:

A melhor resposta está na alternativa (B), sendo que o rastreamento do câncer de próstata deve ser individualizado.

Referência Bibliográfica:

- Telessaúde do Rio Grande do Sul (<https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/nota-conjunta-sobre-rastreamento-de-cancer-de-prostata/>)

40. C

Comentários:

A alternativa (A) está incorreta, pois não é por falta de educação em saúde que sua mãe procura a UPH, e sim porque não tem suas demandas de recurso e acesso contempladas quando vai à unidade de saúde do seu bairro.

A alternativa (B) está incorreta, pois crise de asma é um motivo de consulta sensível a APS.

A alternativa (D) está incorreta, pois o atributo da atenção primária que trata dessa questão é o atributo da longitudinalidade. Equidade trata de oferecer cuidados proporcionais à necessidade das pessoas e é um princípio do SUS, e não atributo da APS.

Referências Bibliográficas:

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83:457502.
- Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, De Simoni C, Turci MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saude Pública* 2009; 25(6):1337-1349.

41. D

Comentários:

Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alteração do peso e ideação suicida. Humor deprimido deve estar presente na maior parte do dia, além de estar presente quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada e a falha em detectar sintomas depressivos associados resultará em subdiagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Com os indivíduos que focam em uma queixa somática, os clínicos devem determinar se o sofrimento por essa queixa está associado a sintomas depressivos específicos. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante. A característica essencial de um episódio depressivo maior é um período de pelo menos duas semanas, durante as quais, há um humor depressivo ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.

Referência Bibliográfica:

- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association. DSM-V, 5ª Ed., 2014. Ed. Artmed, pg 155.

42. C

Comentários:

O caso evidencia um paciente que permaneceu em estado vegetativo persistente ou síndrome apática após o referido acidente de motocicleta com TCE grave. O estado vegetativo persistente é definido como uma situação em que o paciente permanece nesta condição por mais de 30 dias, sendo capaz de manter suas funções vitais. Apresentam abertura ocular, porém sem qualquer evidência de percepção de si e do ambiente, em geral com tetraplegia espástica, podendo manter posturas crônicas de descerebração ou decorticação. Alguns apresentam movimentos respiratórios espontâneos, porém em ritmo insatisfatório para adequada ventilação, enquanto outros, como neste caso, são capazes de se manter fora do ventilador. Podem exibir bocejo, olhar vago, sem fixação no ambiente e o eletroencefalograma mostra acentuada depressão dos ritmos cerebrais, sendo impossível a distinção correta entre estados de vigília ou sono nestes casos.

Referência Bibliográfica:

- Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. Rubens J. Gagliardi & Osvaldo M. Takayanagui; 2ª Edição, 2019. Editora Elsevier, página 2519.

43. A

Comentários:

A espirometria é exame complementar essencial para o diagnóstico de DPOC e o tratamento é definido tanto pela avaliação clínica quanto pela função pulmonar. A obstrução de vias aéreas no paciente com DPOC não é reversível com o tratamento. Existem critérios específicos para o uso de corticoide inalado em pacientes com DPOC: histórico de uma exacerbação grave ou duas exacerbações moderadas e eosinófilo em sangue periférico > 100 células/microlitro. O uso de corticoide inalado em pacientes com DPOC está associado a aumento na incidência de pneumonia, por isto, deve ser restrito ao paciente com indicação. Todos os pacientes com DPOC e queixa de dispneia devem usar pelo menos um broncodilatador de ação prolongada se não houver contra-indicação, mas o uso de corticoide inalado é indicado para os pacientes com histórico de uma exacerbação grave ou duas moderadas e eosinófilo em sangue periférico > 100 células/microlitro

Referência Bibliográfica:

- GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD) 2020. Disponível em: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf

44. D

Comentários:

Paciente jovem, sexo feminino, quadro clínico compatível com tireotoxicose e com exames laboratoriais que confirmam esta hipótese (TSH suprimido e T4L elevado). A principal hipótese diagnóstica neste cenário é de hipertireoidismo por Doença de Graves (Bócio Difuso Tóxico). Neste caso o tratamento recomendado é o uso de drogas anti-tireoidianas (metimazol ou propiltiouracil) e de beta-bloqueador (ex: propranolol) para aliviar as queixas adrenérgicas da paciente.

Referência Bibliográfica:

- Vilar, L; Endocrinologia Clínica, 6ª ed, 2016; capítulo 30 - Diagnóstico e Tratamento da Doença de Graves.

45. B

Comentários:

Trata-se de caso de sífilis secundária. Além disso, a lesão genital, na sífilis primária, é chamada de cancro duro. Desaparece espontaneamente, mas necessita de tratamento, já que pode evoluir para outras formas. Um teste treponêmico e não-treponêmico positivos, nos dão o diagnóstico de sífilis. A classificação depende das manifestações clínicas associadas. Na latente tardia, o paciente deveria estar assintomático e ter se infectado há mais de 1 ano. O tratamento de escolha na latente tardia é penicilina benzatina. Na cicatriz sorológica apenas o teste treponêmico será reagente.

Referência Bibliográfica:

- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - Ministério da Saúde (2018).

46. C

Comentários:

Trata-se de paciente jovem, sem comorbidades ou uso de medicamentos e hemograma evidenciando apenas plaquetopenia grave. Assim, a principal hipótese diagnóstica é púrpura trombocitopênica idiopática. Como a paciente não apresenta sangramentos graves, é contraindicada a realização de transfusão de concentrado de plaquetas, sendo o tratamento de escolha a imunossupressão com corticoide.

Referência Bibliográfica:

- Hoffbrand, A.V.; MOSS, P. A. H. Fundamentos em hematologia. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

47. A

Comentários:

Trata-se de Infarto do miocárdio com supra-ST em fase aguda e com pouco tempo de evolução. A medida correta a ser tomada é a abertura da artéria culpada o mais breve possível (terapia de reperfusão) e o melhor método é pela angioplastia primária.

Referência Bibliográfica:

- Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol. 2015; 105(2):1-105.

48. B

Comentários:

O abscesso cerebral apresenta imagem hipodensa no parênquima encefálico com realce periférico pelo meio contraste, por vezes associada a edema vasogênico.

Nota-se coleção hiperatenuante, extra-axial, com densidade de sangue e aspecto bicôncavo, característico de hematoma subdural agudo.

As metástases cerebrais são lesões predominantemente sólidas, intraparenquimatosas, de localização preferencial córtico/subcortical, com realce pelo meio de contraste e associada a edema vasogênico.

O meningioma constitui tumor sólido, na maioria das vezes arredondado, aderido a superfície dural, associada a hiperostose óssea.

Referências Bibliográficas:

- Dewan MC, Rattani A, Gupta S et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg 2018:1-18 [Epub ahead of print], Disponível em: <https://doi.org/10.3171/2017.10.JNS17352>. Google Scholar
- Link TW, Boddu S, Paine SM, Kamel H, Knopman J. Middle Meningeal Artery Embolization for Chronic Subdural Hematoma: A Series of 60 Cases. Neurosurgery 2018 Nov 9 [Epub ahead of print], Disponível em: <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy521>. Google Scholar

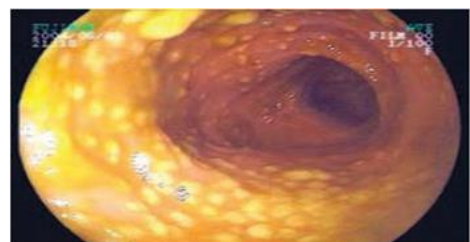
49. C

Comentários:

Seria necessária a solicitação de alguns destes exames para introdução de terapia biológica. Quadro clínico com forte evidência científica para o uso de Anti-TNFs como infliximabe, adalimumabe e outros, pois, é paciente jovem e tabagista.

A Síndrome do Intestino Irritável é doença altamente prevalente, apesar da diarreia do quadro clínico sofrer influência com o estresse, o paciente descrito possui alguns sinais de alerta como: emagrecimento e evacuações noturnas. Poderia apresentar também outros como: anemia, massa palpável abdominal etc. Na presença destes sinais de alerta, o mais prudente seria pensar em doença orgânica. Para a exclusão deste diagnóstico: todos os exames devem ser normais, inclusive de imagem.

A colite pseudomembranosa mostraria uma imagem típica na colonoscopia (vide foto a seguir), com placas arredondadas branco amareladas no cólon, bem diferente da imagem do caso em questão.



Na Doença Celíaca, o paciente pode apresentar diarreia crônica também, esta faria parte dos diagnósticos diferenciais. Contudo, o diagnóstico é confirmado na endoscopia digestiva alta com visualização e biópsia da segunda porção duodenal. A suspensão da ingestão de lactose talvez seja necessária no momento de atividade inflamatória da Doença de Crohn, pois há um processo inflamatório importante do delgado, com diminuição transitória da produção da enzima lactase necessária para a digestão da lactose (intolerância a lactose secundária).

Referência Bibliográfica:

- Tratado de Gastroenterologia da graduação à pós-graduação, 2º edição, São Paulo: Editora Atheneu, 2016.

50. D

Comentários:

O objetivo primário do tratamento de um caso novo de diabetes mellitus do tipo II (DM2) é a manutenção da saúde por meio de controle metabólico adequado, evitando o surgimento das complicações crônicas. O primeiro passo é a educação em Diabetes, visando conseguir uma mudança no estilo de vida (MEV) no sentido de seguir uma dieta adequada e realizar atividade física planejada e apropriada para cada caso, buscando uma perda de peso. De fato, se os benefícios da dieta são intuitivos, o exercício, além de aumentar o gasto calórico, aumenta a captação de glicose mediada pela insulina na musculatura esquelética e, com isso, melhora a sensibilidade insulínica. Cabe ressaltar que esta conduta pode ser orientada em nível ambulatorial, inclusive em UBS. Embora idade, histórico familiar, dentre outros fatores não modificáveis, possam estar presentes, na realidade os fatores modificáveis para o DM2 é que devem ser alvo de intervenção. Dentre os fatores de risco modificáveis para o DM2, destacam-se a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o tabagismo.

Em relação ao tratamento farmacológico, pode ser questionado o seu uso nesta paciente já no início da doença, porém, considerando o perigo representado pela “memória metabólica” e por não apresentar significativo excesso de peso (e, em tese não ter a expectativa de uma melhora tão rápida apenas com a MEV), torna-se oportuno o uso de pelo menos 1 hipoglicemiante oral, em dose mínima, mesmo que, de acordo com o Consenso Brasileiro em Diabetes, esta conduta seja preconizada só com glicemias acima de 350 mg/dL. Um motivo importante para esta conduta é que o provável retorno da paciente na UBS não deverá ser tão próximo, à luz da experiência de quem trabalha em estruturas públicas. Em certos casos, associam-se 2 hipoglicemiantes orais, visando tanto estimular a secreção de insulina, bem como reduzir a resistência periférica ao hormônio, usando respectivamente um secretagogo e um sensibilizador da insulina, mas no caso em tela esta conduta não é necessária por ser um diagnóstico recente. A seleção da terapia inicial adequada (o tratamento de longo prazo é outra história) deve ser ligada a vários fatores, como peso, a presença de síndrome metabólica e disponibilidade da paciente a aderir às MEV. De acordo com as Guidelines da AACE, é melhor iniciar com um medicamento apenas e, depois, em caso de controle metabólico insatisfatório, seria introduzido um segundo medicamento. Quanto à escolha, por ser uma paciente não catabólica, em sobrepeso moderado, considerando a relação custo benefício, e seus múltiplos efeitos, o medicamento recomendado é a metformina. Deve ser considerado que, caso a paciente perca peso, seguindo a sugestão de MEV, há grandes chances de uma retirada do agente prescrito, apesar das conclusões do UKPDS sugerirem que a monoterapia tem uma eficácia de até 5 anos, mas o tratamento intensivo desde o início da doença mostrou ser capaz de reduzir a prevalência de complicações crônicas. Uma redução da resistência à insulina, como aquela proporcionada pela metformina, em qualquer fase do DM2, mas, sobretudo no início, torna a insulina endógena mais efetiva, sobretudo reduzindo a produção hepática de glicose. Há outras vantagens no uso de metformina, como perda de peso (por perda de gordura visceral) associada à perda de apetite. Estudos americanos mostraram a efetividade da metformina em monoterapia em pessoas sobrepeso com glicemia de jejum acima de 240 mg/dL, como no caso em tela. O mesmo foi observado no UKPDS, bem como perda de peso, diferentemente dos pacientes que usaram Sulfonilureias. A associação das 2 drogas não melhorou significativamente o controle metabólico em relação à monoterapia com metformina.

Merece um comentário o uso de um inibidor da SGLT2 como droga de primeira escolha no tratamento do DM2. Esta relativamente nova classe de hipoglicemiantes orais está citada entre os possíveis medicamentos iniciais nas Guidelines da AACE. De fato, além de reduzir o excesso de glicose no sangue, os inibidores do SGLT2 podem contribuir para a perda de peso

corporal e a redução de pressão arterial em pacientes com DM2, que são fatores fundamentais para diminuição de futuras complicações, como as cardiovasculares. Estas características tornam esta classe de medicamentos uma forte candidata à droga de primeira escolha, porém o custo elevado e a possibilidade de infecções genitais e urinárias, considerando a dificuldade de planejar retornos em curto prazo na UBS para eventual orientação à paciente, sugerem não adotar esta classe de medicamentos, pelo menos no momento inicial, na paciente em tela.

Referências Bibliográficas:

- Oliveira M., Lyra R., Cavalcanti M. Abordagem geral no tratamento do Diabetes, em: Lyra R. Cavalcanti M: Diabetes Mellitus. 3ª Edição, GEN GRUPO EDITORIAL, Rio de Janeiro, 213-222; 2013.
- Coopan R. Abordagem geral ao tratamento do Diabetes Mellitus, em Kahn R, Weir G, King G I, M. Jacobson A M, Moses A C, Smith R J: Joslin' Diabetes Mellitus, 14ª Edição, Art Med, Porto Alegre: 599-608, 2008.
- Jin HY, Lee KA, Park TS. The impact of glycemic variability on diabetic peripheral neuropathy. *Endocrine. Sep;53(3):643-8; 2016.*
- Rosenstock J, et Al. Dual Add-on Therapy in Type 2 Diabetes Poorly Controlled with Metformin Monotherapy: A Randomized Double-Blind Trial of Saxagliptin Plus Dapagliflozin Addition Versus Single Addition of Saxagliptin or Dapagliflozin to Metformin. *Diabetes Care; 38:376–83; 2015.*
- Garber AJ, et Al. Consensus Statement by The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on The Comprehensive T2DM Management Algorithm – 2017.
- Ferrannini E et al. Dapagliflozin Monotherapy in Type 2 Diabetic Patients with Inadequate Glycemic Control by Diet and Exercise. *Diabetes Care; 33(10):2217–2224; 2010.*
- Jahagirdar V et al. Empagliflozin for the treatment of Type 2 Diabetes. *Expert Opinion on Pharmacotherapy; 15 :2419-2441. 2014.*

51. B

Comentários:

Enquanto a erisipela é infecção mais superficial, atingindo a derme e a porção superior do tecido subcutâneo, a celulite é processo mais profundo atingindo predominantemente o tecido subcutâneo. Etiologicamente, em adultos, o principal agente dessas infecções é o *Estreptococo β-hemolítico* do grupo A. Pode ser indicada a administração de Penicilina G Cristalina na dosagem diária de 5 a 10 milhões de unidades, por via intramuscular (IM) ou IV a cada 4 a 6 horas. A elevação das pernas é indispensável, além de compressas frias para alívio da dor, se necessário. Após a fase aguda, usar meias elásticas (preferencialmente de alta ou média compressão), evitar sempre a posição ereta e deambular o máximo possível são requisitos importantes para melhora e prevenção das recidivas

Referência Bibliográfica:

- Dermatologia - Sampaio E Rivitti, 4ª Edição, Editora Artes Médicas. Capítulo 37, páginas: 616-617.

52. A

Comentários:

A ocorrência de recombinação gênica, resultante de infecções simultâneas por sorotipos virais diferentes, no hospedeiro humano e também no vetor.

A partir da constatação de que os pacientes tinham história clínica compatível com dengue, devem ser solicitadas as tripagens virais no soro e no líquido e não somente no líquido.

Ocorre baixa produção de IgM e resposta aumentada precoce de IgG, e não aumento de IgG e IgM.

Referências Bibliográficas:

- Rosen L. Dengue hemorrhagic fever. Bull Soc Pathol Exot 1998;89:1-3.
- Shepherd S, Hinfey P, Shoff WH. Dengue fever. Med J 2002;3:1-20.
- Ferreira M. Brito L., Cavalcanti C. G., Coelho C. A., Mesquita S. D. Manifestação neurológicas de dengue. Estudos de 41 casos. Arq Neuropsiquiatr 2005;63(2-B):488-493.

53. C

Comentários:

Trata-se de quadro clínico clássico de hemorragia subaracnoideana por ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior (ACOP). A lesão da ACOP provoca compressão do nervo oculomotor justificando a anisocoria, ptose palpebral e estrabismo divergente. As hemorragias são extremamente irritativas quando em contato com o parênquima cerebral justificando a crise convulsiva.

Referência Bibliográfica:

- Rouanet Carolina, Silva Gisele Sampaio. Aneurysmal subarachnoid hemorrhage: current concepts and updates. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2019 Nov [cited 2020 May 18]; 77(11): 806-814. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20190112>.

54. A

Comentários:

Parestesia e hipoestesia sugerem comprometimento em de cordão posterior da medula espinhal (por onde transitam as vias sensitivas ascendentes e as vias da propriocepção). Paciente jovem, vegano; diante deste quadro neurológico sem dúvida apresenta deficiência de vitamina B12, associado a macrocitose e DHL aumentado - que confirmam o quadro. A deficiência de ácido fólico não causa sintomas neurológicos. A anemia falciforme não apresentaria macrocitose e apresentaria crises de falcização e dor com microinfartos, não compatível com o quadro descrito. A anemia hemolítica autoimune não justificaria os sintomas neurológicos e a macrocitose.

Referência Bibliográfica:

- ZAGO, Marco Antônio; FALCÃO, Roberto Passetto; PASQUINI, Ricardo. Tratado de hematologia. São Paulo: Atheneu, 2013.

55. D

Comentários:

A hiperuricemia, apesar de ser o pré-requisito para o desenvolvimento da gota, tem valor limitado durante a crise. A presença de cistos e lesões ósseas em saca-bocado acontecem com a evolução e não estão presentes no primeiro episódio de crise de gota. As provas inflamatórias estão geralmente alteradas, mas não confirmam o diagnóstico. O achado do cristal de urato de monossódico, em formato de agulha, principalmente se fagocitado pelo polimorfonuclear é o diagnóstico definitivo de gota.

Referências Bibliográficas:

- H. Ralph Schumacher, Lan X. Chen. Medicina Interna de Harrison, Reumatologia 18a Edição. Editora AMGH, 2014; páginas 188-190.
- Castelar G, Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia, Editor José Tupinambá Sousa Vasconcelos. Editora Manole, 2019; páginas 377-380.

56. D

Comentários:

Trata-se de caso clínico de Hiperaldosteronismo em mulher jovem, com manifestação de hipertensão arterial em estágio 3 (maior prevalência da doença neste estágio), hipocalemia sintomática (fraqueza, parestesia tipo formigamento, espasmos musculares), além de cefaleia e turvação visual (sintomas próprios de hipertensão). O hiperaldosteronismo primário (HAP) é uma condição clínica determinada por produção excessiva, inadequada e autônoma de aldosterona (Aldo), causada por hiperplasia bilateral das adrenais ou por adenoma unilateral produtor de Aldo (APA) e, mais raramente, por hiperplasia adrenal unilateral, carcinoma adrenal ou de origem genética (monogênicas ou quimera cromossômica). A prevalência do HAP em hipertensos é de 3-22%, sendo mais alta em hipertensos em estágio 3 e/ou resistentes. O rastreamento deve ser realizado em todo hipertenso com hipocalemia espontânea ou provocada por diuréticos:

- determinações de aldosterona (>15 ng/dL) e atividade/concentração de renina plasmática; cálculo da relação aldosterona/renina >30;

- testes confirmatórios (furosemida e captopril);

- exames de imagem: tomografia computadorizada com cortes finos ou ressonância nuclear magnética.

Referência Bibliográfica:

- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83. Magalhães CC et al. Tratado de Cardiologia SOCESP. 3. Ed. Barueri/SP: Manole, 2015.

57. C

Comentários:

Paciente tem quadro característico de insuficiência adrenal primária (doença de Addison) e, portanto, hipocortisolismo. Na insuficiência adrenal primária o ACTH estará aumentado, em geral acima de 100 pg/mL.

Referência Bibliográfica:

- O essencial em endocrinologia. Patrícia Sales, Alfredo Halpern, Cintia Cercato. – 1ª Edição, Editora Guanabara, 2016.

58. B

Comentários:

A leucocitúria é sugestiva de ITU, mas a única forma de se ter o diagnóstico de certeza é a urocultura. A hipoalbuminemia está associada a proteinúria superior a 3,5g/24h, caracterizando Síndrome Nefrótica. A anemia deve ter como principal causa a diminuição da produção de eritropoietina. O RFG estimado foi de 37 mL/min, caracterizando estágio IIIb pelo KDIGO (Kidney Diseases Improving Global Outcomes). A doença renal do diabetes costuma cursar com proteinúria não nefrótica e apenas em 10% dos casos apresenta-se como Síndrome Nefrótica e não tem componente nefrítico. Quando isso ocorre é motivo para biópsia e suspeita de outra glomerulopatia associada.

Referência Bibliográfica:

- Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidreletrolíticos. Miguel Carlos Riella. Editora Guanabara Koogan. 2018.

59. A

Comentários:

Inicialmente, cumpre assinalar que:

- A descrição dos sintomas "I" sugere um diagnóstico sindrômico inicial de Consolidação Pulmonar, com provável etiologia de Pneumonia.

- A descrição dos sintomas "II" sugere um diagnóstico sindrômico inicial de Derrame Pleural.

- A figura "A" demonstra uma diminuição da transparência do parênquima pulmonar com preservação de volume em região pericardiaca direita. Achados compatíveis com Consolidação Pulmonar.

- A figura "B" demonstra achados compatíveis com Derrame Pleural em base direita: apagamento dos seios costofrênico e cardiofrênico direito, diminuição da transparência do parênquima pulmonar e imagem em parábola da dissecação dos folhetos pleurais pelo acúmulo de líquido.

Alternativa "a descrição de sintomas "I" associado ao radiograma "A", permitem inferir um diagnóstico sindrômico de Consolidação Pulmonar com provável diagnóstico etiológico de Pneumonia. Os sinais esperados no exame físico seriam na base direita: palpação com diminuição da expansibilidade e do frêmito toracovocal, percussão maciça e presença de estertores crepitantes na ausculta": diagnóstico sindrômico e etiológico adequados, entretanto o frêmito toracovocal encontra-se aumentado, pois a consolidação do parênquima diminui a perda de energia sonora que atravessa o tórax do paciente e permite a percepção tátil aumentada.

Alternativa "a descrição de sintomas "I" associado ao radiograma "A", permitem inferir um diagnóstico sindrômico de Tromboembolismo Pulmonar com conseqüente infarto do parênquima pulmonar. Os sinais esperados no exame físico seriam na base direita: palpação com diminuição da expansibilidade e aumento do fremito toracovocal, percussão timpânica e estertores crepitantes na ausculta.": o diagnóstico de TEP com Infarto Pulmonar, embora possível, em geral, não apresenta estigmas de infecção pulmonar nos sintomas como expectoração amarelada e espessa e febre alta. Ademais, o Infarto Pulmonar quando significativo, apresenta semiologia que muito se assemelha a Consolidação Pulmonar, o que inviabiliza a descrição de percussão timpânica.

Alternativa "a descrição de sintomas "II" associados ao radiograma "A", permitem inferir um diagnóstico sindrômico de Consolidação Pulmonar com provável diagnóstico etiológico de Pneumonia. Os sinais esperados no exame físico seriam na base direita: palpação com diminuição da expansibilidade e diminuição do frêmito toraco vocal, percussão maciça e estertores crepitantes na ausculta.": os sintomas "II" não são sugestivos de afecção aguda como em uma pneumonia. Ademais, na Consolidação Pulmonar o frêmito toracovocal está aumentado.

Referências Bibliográficas:

- Atualização e reciclagem – Pneumologia. SPPT, 2008, 7ª Edição. Editora Roca.
- Condutas em Pneumologia. Luis Carlos Corrêa, 2002, 1ª Edição. Editora Revinter.

60. B

Comentários:

O TNF α exerce um papel importante na resposta imunitária contra o *Mycobacterium tuberculosis*, aumenta a capacidade fagocítica dos macrófagos, contribui para destruição do patógeno, a formação do granuloma e a prevenção da disseminação sistêmica da infecção. Assim sendo, o paciente que esteja em uso de anti-TNF α no tratamento da AR apresenta maior incidência de Tuberculose.

Referências Bibliográficas:

- Treatment of rheumatoid arthritis with tumor necrosis factor inhibitors may predispose to significant increase in tuberculosis risk: a multicenter active-surveillance report. *Arthritis Rheum.* 2003 Aug; 48(8): 2122-7. doi: 10.1002/art.11137.
- Tuberculosis and biologics in rheumatology: A special situation. *Int J Rheum Dis.* 2017 Oct; 20(10): 1313-1325. doi: 10.1111/1756-185X.13129.
- Tuberculosis risk and anti-tumour necrosis factor agents in rheumatoid arthritis: a critical appraisal of national registry data. *Int J Rheum Dis.* 2014 Sep; 17(7):716-24. doi: 10.1111/1756-185X.12375.
- The Risk of Tuberculosis in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Tumor Necrosis Factor- α Antagonist: A Metaanalysis of Both Randomized Controlled Trials and Registry/Cohort Studies. *J Rheumatol.* 2015 Dec;42(12):2229-37. doi: 10.3899/jrheum.150057. Epub 2015 Oct 15.

61. C

Comentários:

Trata-se de situação comum nas UBS. Primeira consulta do recém-nascido, mãe sem vínculo com o filho, sem apoio familiar, em depressão ou tristeza pós-parto. O pediatra deve incentivar a amamentação e dar apoio psicológico para essa mãe, ou solicitar apoio de equipe psicológica.

Referência Bibliográfica:

- Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar, 2015. Ministério da Saúde.

62. D

Comentários:

A resposta clínica ao tratamento antimicrobiano na infecção do trato urinário é condição suficiente para a manutenção do mesmo, independentemente do resultado do teste de sensibilidade "in vitro", visto que frequentemente determinados agentes patogênicos resistentes "in vitro" aos vários antimicrobianos são sensíveis aos mesmos "in vivo". A justificativa para este achado é que a concentração urinária da droga é, por vezes, 10 vezes maior do que a encontrada nos discos de testes "in vitro".

Referência Bibliográfica:

- National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary Tract Infection in Children: Diagnosis, Treatment, and Longterm Management: Nice Clinical Guideline 54. London, England: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007. Available at: www.nice.org.uk/nicemedia/live/11819/36032/36032.pdf.

63. C

Comentários:

O acidente botrópico apresenta hemorragias e edema importante no local do ferimento. Pode evoluir com falência renal, com poucas manifestações neurológicas. O acidente elapídico evolui com paralisia muscular, inclusive de músculos respiratórios. O acidente laquético é semelhante ao botrópico, podendo também apresentar bradicardia e hipotensão arterial.

Referências Bibliográficas:

- Ministério da Saúde do Brasil: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-por-animais-peconhentos-serpentes> [citado em 07/05/2020]

64. A

Comentários:

Um lactante de quatro meses já é capaz de levantar a cabeça e o peito quase no eixo vertical. O reflexo tônico cervical assimétrico já não existe mais e, com isto, ele já é capaz de levar a mão na linha média, segurar e levar objetos até a boca. Nesta faixa etária também não existe mais reflexo de Moro. Portanto, ele tem atraso neuropsicomotor, com causa provável pela asfixia perinatal que sofreu. No entanto, deve ser avaliado e estimulado precocemente, com acompanhamento multiprofissional.

Referências Bibliográficas:

- Tratado de Pediatria Nelson 20ª edição
- Pediatria Básica tomo 1 Marcondes 9ª edição
- Tratado de Pediatria SBP 4ª edição

65. B

Comentários:

A leucemia linfóide aguda (LLA) é o câncer mais comum na infância, correspondendo a 25% das neoplasias de 0 a 14 anos, e constitui 85% das leucemias infantis. Seu pico de incidência é de 2 a 5 anos de idade. O quadro clínico é bastante heterogêneo, variando de acordo com a intensidade do comprometimento medular e extramedular. Fadiga, letargia e perda de peso fazem parte dos sintomas, e 53% apresentam febre. Cerca de 40% dos pacientes apresentam dor óssea (difusa ou localizada) inicialmente intermitente, tendendo a tornar-se persistente, e/ou artralgia e/ou artrite, cujo padrão é bastante variável. Segundo a literatura, artrite ocorre em uma frequência de 13,5%, sendo mais comum na LLA. Pacientes com esta manifestação frequentemente têm hemogramas iniciais normais, o que pode contribuir para o atraso do diagnóstico. Ao exame físico, é possível não se encontrar nada além de artrite. Palidez e presença de sangramento mucocutâneo podem ser observados. O fígado, o baço e os linfonodos estão aumentados em mais da metade dos pacientes.

O número de pacientes com blastos na periferia descrito na literatura é de 33%. A plaquetopenia é outro dado relevante para o diagnóstico das leucoses, uma vez que a ARJ sistêmica, que é um diagnóstico diferencial importante entre as doenças reumatológicas, cursa com plaquetas normais, ou com trombocitose. Plaquetas abaixo de $150.000/\text{mm}^3$ podem ser encontradas em até 75% dos casos segundo a literatura.

Referências Bibliográficas:

- Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. *Pain* 1991; 46:247-64.
- Bowyer SL, Hollister RJ. Dores em membros em crianças. In: Levine MD. *Clínicas Pediátricas da América do Norte* 1984;5: 1105-35.
- Trapani S, Grisolia F, Simonini G, Calabri GB, Falcini F. Incidence of occult cancer in children presenting with musculoskeletal symptoms: A 10-year survey in a pediatric rheumatology unit. *Seminars in arthritis and rheumatism* 2000; 29(6):348-59.

66. A

Comentários:

A paciente apresenta um quadro infeccioso, de provável etiologia urinária, com colapso circulatório; um choque séptico. A este quadro está associada a taquicardia supraventricular, comum em lactentes jovens com processo infeccioso grave. Trata-se de um ECG de taquicardia supraventricular em que existe taquicardia, não há onda P antes do QRS, os complexos QRS são estreitos e intervalo R-R regular.

Referência Bibliográfica:

- Identificação de Arritmias. In: Suporte de vida avançado em pediatria: Manual do Profissional. Guarulhos: Artes Gráficas e Editora Sésil LTDA – Gráfica Bandeirantes, 2017. P.239-245.

67. D

Comentários:

Paciente com quadro de diarreia crônica (devido a tempo de evolução mais de 30 dias), associado a sintomas de má absorção, como distensão abdominal, palidez e emagrecimento. É necessária a investigação de doenças que comprometem absorção como Doença Celíaca ou parasitoses. O diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável não acompanha sinais de má absorção intestinal e na idade da paciente não é frequente a manifestação para Doença Inflamatória Intestinal. Ainda não se indica a retirada do leite materno, principalmente em condições de diarreia crônica como o descrito acima.

Referência Bibliográfica:

- Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria 3ª Edição; Editora Manole, 2014, volume 2; 1067 -1069.

68. C

Comentários:

Considerando-se os marcos do desenvolvimento, esta criança apresenta desenvolvimento motor dentro do esperado para a idade. Quanto à linguagem, está dentro do período que pode iniciar a fala de forma estruturada, porém necessita estimulação e reavaliação precoce pelo pediatra.

Segundo o Caderno de Atenção Básica n.33 do Ministério da Saúde, o acompanhamento deve ser realizado conforme o quadro abaixo:

Quadro 11 – Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.		
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.*

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

Legenda:

* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.

(Fonte: Ministério da Saúde, caderno de atenção básica 33, Cap. Acompanhamento do desenvolvimento, 2012.)

Referências Bibliográficas:

- Burns DAR et al. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 4 Ed, 2017. Seção2, Cap3 – Desenvolvimento normal.
- Ministério da Saúde. Caderno de atenção Básica n.33, Saúde da criança: Crescimento e Desenvolvimento, p.119-30, Acompanhamento do Desenvolvimento.

69. A

Comentários:

Criança com histórico de crises de sibilância recorrente, que respondem ao uso de medicação de alívio (fenoterol - beta 2 agonista de curta duração), tosse noturna e aos esforços, presença de IgE específica (prick test) para epitélio animal e antecedente familiar de atopia em parente de primeiro grau. O diagnóstico clínico de asma se impõe.

As últimas orientações de guidelines, em relação à classificação da asma, é que esta seja feita pelo nível de controle clínico em: controlada, não controlada e parcialmente controlada. O paciente preenche 2 de quatro critérios clínicos (sintomas de asma \geq 2x por semana, uso de medicação de alívio \geq 2x por semana, sintomas noturnos de asma e sintomas aos esforços), sendo então classificada como parcialmente controlada.

Os sintomas nasais diários associados a prick test positivo e diagnóstico de asma resultam no diagnóstico de rinite alérgica. Pela frequência de sintomas (mais de 4x por semana) e intensidade (incomodam o paciente) sua classificação é persistente moderada/grave.

O tratamento de manutenção de primeira escolha para asma e rinite são, respectivamente, corticoides tópicos inalatório e nasal.

Referências Bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma – 2012
- Guideline Global Initiative for Asthma (GINA) update 2019
- IV Brazilian Consensus on Rhinitis - an update on allergic rhinitis 2018

70. C

Comentários:

Quadro clínico de lactente assintomático, com bom desenvolvimento pondero-estatural, e propedêutica cardíaca de sopro inocente ou fisiológico. Quadros de tosse, coriza e febre são relacionados a infecções virais devido ao convívio íntimo com crianças na creche.

CIA é cardiopatia congênita acianótica, cujo sopro muitas vezes passa despercebido ao exame físico, e leva a hiperfluxo pulmonar. CIV é cardiopatia congênita acianótica de hiperfluxo pulmonar com sopro sistólico rude, e não é responsável por quadros de IVAS. PCA, cardiopatia congênita acianótica de hiperfluxo pulmonar, em maquinaria (holossistólico e diastólico), audível em BEE alto, muitas vezes audível em todo precórdio e dorso.

Referências Bibliográficas:

- Souza PG, Carvalho MF, Bresolin AC, Santos CCL, Afiune JY, Leite MFM, Barriodiaco PM.
- SBP – Departamento Científico de Cardiologia. Avaliação da Criança com Sopro, novembro 2018.
- Porto. Semiologia Médica, 8 ed, 2019.

71. B

Comentários:

O fundo de olho é indicado, mostrando hemorragia retiniana bilateral - Síndrome do bebê sacudido.

O hemograma não vai dar diagnóstico, mas pode ajudar a pensar em sangramentos visíveis ou não.

TC crânio depois do fundo de olho pode apresentar hemorragias difusas, principalmente em região inter-hemisférica.

LCR depois do fundo de olho pode se apresentar hemorrágico.

Referência Bibliográfica:

- SBP, SPSP, CFM, 2018

72. D

Comentários:

O caso clínico trata de paciente com cetoacidose diabética (glicemia $>$ 250, corpos cetônicos na urina e acidose metabólica), sem sinais de choque, sendo o tratamento inicial a expansão com 20 mL/kg de soro fisiológico 0,9% na primeira hora. Somente após a primeira hora é que deve ser iniciada a insulino terapia e correção de distúrbios hidroeletrólíticos.

A insulino terapia na cetoacidose diabética só deve ser iniciada após expansão inicial, visto que a hidratação já diminuirá os níveis glicêmicos.

A correção de bicarbonato não deve ser realizada precocemente, visto que a hidratação e a insulino terapia já corrigirão a acidose, e o uso precoce de bicarbonato é considerado fator de risco para edema cerebral.

Referências Bibliográficas:

- Stape A, Bouso A, Troster EJ, et al. Manual de Normas: Terapia Intensiva Pediátrica, 2ª edição, São Paulo, Savier, 2009, p 459-463
- Cesar RG, Oecchini R, Passareli MLB, Torre FPF, et al. Emergências em Pediatria – Protocolos da Santa Casa, 1ª edição, São Paulo, Monole, 2011; 19:257- 268
- Roger's Textbook of Pediatric Intensive care, 5ª edição, Wolters Kluwer, 2015, 106: 3228 - 3234

73. B

Comentários:

O eritema infeccioso é uma doença exantemática que cursa com febre baixa, erupção avermelhada principalmente no rosto (chamada de face esbofetada) e que se dissemina nos braços, pernas e tronco, durando de 5 a 10 dias. Entretanto pode haver recrudescência das lesões nas semanas seguintes principalmente com exposição ao sol, esforço físico ou estresse. Pode haver coriza e cefaleia. Pacientes com doenças hematológicas (anemia falciforme) ou imunológica (HIV) podem apresentar anemia grave. É doença causada pelo vírus parvovirus B19.

O Morbillivirus causa o sarampo, que costuma se manifestar com febre alta e exantema vermelho que se dissemina por todo corpo, cursa com tosse, conjuntivite.

O Herpes vírus 6 ou 7 causa a roséola, doença exantemática em menores de 1 ano com febre alta por vários dias e quando ela desaparece aparece um exantema maculopapular com distribuição crânio caudal.

A Varicela-zoster causa a varicela, que é uma doença exantemática vesicular que cursa com febre alta e lesões com polimorfismo na mesma localização da pele (pápula, vesícula, crostas).

Referências Bibliográficas:

- Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria 4ª edição 2017 Campos Júnior, Dioclécio / Burns, Dennis Alexander Rabelo / Lopez, Fabio Ancona.
- Belver, Natália Claver, et al. "Infecciones por Erythrovirus B19. Seis años de seguimiento en población adulta y pediátrica." Anales de Pediatría. Vol. 90. No. 5. Elsevier Doyma, 2019.
- Xavier, Analucia R., et al. "Diagnóstico clínico, laboratorial e profilático do sarampo no Brasil." Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial 55.4 (2019): 390-401.

74. A

Comentários:

Paciente de 6 meses com febre e irritabilidade, é obrigatória a investigação de foco urinário e com os dados de leucocitúria (sensibilidade 73%), leucoesterase (sensibilidade 83%) e nitrito positivo (especificidade 92%). A melhor conduta seria internar, pois há febre e irritabilidade (dor), sugerindo pielonefrite. Investigação radiológica é obrigatória nesta circunstância. Após resultado da urocultura e paciente afebril, pode-se adequar o término do tratamento via oral com seguimento ambulatorial.

Na alternativa (B) o médico não depende do hemograma e PCR para introdução do antibiótico, pois as alterações na urinalise já autorizam sua introdução.

Na alternativa (C) o médico deve sempre checar o status vacinal frente a um paciente com febre, mas não deve aguardar a urocultura para introdução do antibiótico em um paciente febril com estas alterações no exame de urina.

Na alternativa (D) o médico não deve tratar via oral um paciente de 6 meses com pielonefrite devido ao risco de complicações.

Referências Bibliográficas:

- Documento científico do departamento de nefrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria dezembro 2016. Infecção do Trato urinário. Lipinski, RW; Garcia, CD; Kaufman, A; Uhmman, A; Silvestre, LC, Bresolin, NL.
- Machado, Pâmela Araujo, Ethel Antunes Wilhelm, and Cristiane Luchese. "Prevalência de infecções do trato urinário e perfil de susceptibilidade a antimicrobianos de bactérias isoladas." *Disciplinarum Scientia| Saúde* 18.2 (2018): 271-287.
- Marcdante, Karen. Nelson princípios de pediatria. Elsevier Brasil, 2016. Capítulo 114 Infecção do trato urinário.

75. A

Comentários:

Em recém-nascidos e lactentes de até dois meses de idade, as enterobactérias (*E.coli*, *Klebsiellasp*, *Aerobacter*, *Salmonella sp*, *Proteus sp*), o estreptococo do grupo B (*Streptococcus agalactiae*) e a *Listeriamonocytogenes* permanecem como os principais agentes etiológicos.

Referências Bibliográficas:

- Infectologia pediátrica; Calil KairallaFarhat, Luiza Helena Fallerios Rodrigues Carvalho, Regina Celia de Menezes Succi, 3a edição 2007.
- Terapêutica em pediatria; Fábio Ancona Lopes. Flávio Gribela, Túlio Kanstantyner. Manole, 2010.
- Pediatria: Diagnostico e Tratamento; Murahovschi, Jayme. 4.ed. / rev. Ampl. São Paulo: Sarvier, 1990.

76. D

Comentários:

A doença de Legg-Calvé-Perthes é definida como uma necrose avascular do núcleo secundário de ossificação da epífise proximal do fêmur durante o desenvolvimento da criança. Pode ocorrer dos 2 aos 16 anos, mas é mais comum entre 4 e 9 anos. A incidência da doença de Legg-Calvé-Perthes é variável, havendo relatos desde 1:12.500 até 1:1.200, sendo mais comum nos meninos (4:1) e na raça branca. O início dos sintomas ocorre em mais de 80% das vezes entre 4 e 9 anos, com pico de acometimento em torno dos 6 anos de idade. O lado esquerdo é mais acometido; a bilateralidade ocorre em 10 a 20% dos casos.

O quadro clínico inicial pode ser de dor e claudicação relacionadas com atividade física, às vezes confundidas com alguma espécie de trauma. São localizadas na região inguinal ou irradiadas no território sensitivo do nervo obturatório para a face medial da coxa e do joelho.

Ao exame clínico articular, há maior ou menor restrição dos movimentos de rotação interna, abdução e flexão. A contratura intensa dos adutores ao movimento de abdução do quadril indica pior prognóstico, assim como a restrição global da mobilidade articular. Também influem no prognóstico da doença a idade de início (quanto menor a idade, maior a possibilidade de remodelação e adaptação), o sexo e a obesidade.

O principal diagnóstico diferencial é a artrite infecciosa, cujo sintoma é a dor intensa, acompanhada de febre e grande incapacidade funcional, em razão da posição antálgica. É comum haver sinais de comprometimento geral e alterações laboratoriais, como aumento da VHS, da proteína C reativa (PCR) e leucocitose com desvio à esquerda. Tumores ósseos também podem ser confundidos com a doença de Legg-Calvé-Perthes, principalmente os que acometem a epífise ou os justaepifisários, como granulomas eosinófilos, osteoblastomas, condroblastomas, linfomas e osteoma osteoide, porém a ausência de perda de peso, alterações laboratoriais e a radiografia afastam esse diagnóstico.

Referência Bibliográfica:

- Tratado de pediatria, 4ª edição volume 2. Sessão 24, Capítulo 6 Dores nos Membros Inferiores da Criança, página 2025.

77. B

Comentários:

Para a queixa de cefaleia recorrente na infância, os diagnósticos etiológicos mais frequentes são a enxaqueca e a cefaleia tensional.

Na enxaqueca, para o diagnóstico as crises de cefaleias devem ser intercaladas por períodos assintomáticos e associadas a pelo menos três das seguintes situações: presença de náuseas, vômitos, dor unilateral ou hemicraniana, dor pulsátil, alívio completo após repouso ou sono, presença de aura e história de enxaqueca na família.

Na cefaleia trigêmeo-autonômica, pouco frequente em crianças, apresenta crises de curta duração, unilateral e dor intensa e com sintomas autonômicos associados.

Na cefaleia por hipertensão intracraniana, pouco frequente em crianças, está associada a ocorrência de processo expansivo do sistema nervoso central por tumor.

Na cefaleia por sinusites, o diagnóstico deve valorizar a história clínica e sintomas de vias áreas.

Assim, pela história desse caso, o diagnóstico mais provável é cefaleia tensional.

Referências Bibliográficas:

- Pediatria Básica. Pediatria Geral e Neonatologia; Eduardo Marcondes, Flávio Adolfo Costa Vaz, José Lauro Araujo Ramos, Yassuhiko Okay. 9ª edição. Sarvier, 2003.
- Pediatria: Diagnostico e Tratamento; Murahovschi, Jayme. 4.ed. / rev. Ampl. São Paulo: Sarvier, 1990.
- Terapêutica em pediatria; Fábio Ancona Lopes. Flávio Giribela, Túlio Konstanyner. Manole, 2010.

78. C

Comentários:

A profilaxia é preconizada para todos os recém-nascidos a termo que não recebam mais do que 500mL de fórmula, sendo que se nasceram com baixo peso (< 2500g), a dose recomendada é de 2 mg/kg de peso por dia.

RNs a termo, que nasceram com peso maior que 2500g, devem receber profilaxia com 1 mg/kg de peso por dia, até os 2 anos de idade.

Referências Bibliográficas:

- Manual de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria
- Consenso de Anemia da Sociedade Brasileira de Pediatria
- Diretrizes Anemia do Ministério da Saúde

79. D

Comentários:

Ametropia, também conhecido como erro refrativo, é um defeito de visão decorrente da focalização inadequada da luz que chega à retina. Os tipos mais comuns de ametropia são: a miopia, a hipermetropia, o astigmatismo e a presbiopia.

Na miopia, a imagem visual não é focada diretamente na retina, mas à frente dela, o que faz com que os objetos vistos à distância pareçam desfocados; na hipermetropia, a imagem é focada atrás da retina, causando dificuldades para visualização de objetos próximos com nitidez; no astigmatismo, os objetos visualizados parecem ter aspecto alongado ou desfocado e a presbiopia causa dificuldade de focalização de objetos próximos, especialmente sob pouca luz. Outros sintomas podem incluir visão dupla, dores de cabeça e fadiga ocular. O princípio dos erros refrativos é baseado nas leis da reflexão de raios por uma lente esférica.

A miopia ocorre porque o globo ocular é mais alongado ou o cristalino tem uma distância focal curta, ao contrário da hipermetropia, onde o globo ocular possui menor comprimento ou a córnea ou o cristalino possuem uma menor curvatura. No astigmatismo, existe uma irregularidade na córnea ou no cristalino, que distorce a visão por causa das diferentes profundidades de foco. Já a presbiopia está diretamente relacionada ao processo de envelhecimento do cristalino. Alguns desses erros refrativos podem ser herdados dos pais e o diagnóstico é feito por exame oftalmológico.

Referências Bibliográficas:

- PROPED Programa de atualização em terapêutica Pediátrica. Ciclo 5, v. 1. 2018, p 11-49.
- Revista de Pediatria SOPERJ - suplemento, p40-46, 2011
- PROMEF – Ciclo 15, vol 1, 2020. p 35-60.

80. B

Comentários:

Segundo dados encontrados na literatura, os casos de giardíase são mais prevalentes nas idades menores que 10 anos e em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Em relação à sintomatologia em crianças menores de cinco anos, nos casos positivos para os enteroparasitas foram encontrados na grande maioria dos casos sintomas intestinais como diarreia, vômito, epigastralgia, perda de apetite e flatulências, sendo que na análise da associação de sintomas com parasitas específicos, são mais frequentes as seguintes associações: epigastralgia associada com ascaridíase, enquanto sintomas intestinais como dor, diarreia e flatulência são mais associados à giardíase.

Referências Bibliográficas:

- Projeto Diretrizes AMB - Abordagem das Parasitoses Intestinais mais Prevalentes na Infância.
- Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr./jun. 2010.
- Brasil - Secretaria de Vigilância em Saúde, 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

81. B

Comentários:

É importante que o médico tenha conhecimento dos aspectos ultrassonográficos de malignidade nos tumores ovarianos, devido ao rápido crescimento dos mesmos e à alta letalidade.

Referências Bibliográficas:

- Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 9-20.
- Tratado de Ginecologia FEBRASGO 2019.

82. C

Comentários:

(C): correta. Mulheres nulíparas podem fazer uso de DIU de cobre ou SIU com levonorgestrel, desde que façam acompanhamento clínico regular pelo maior risco de expulsão.

(A): incorreta. O DIU de cobre pode ser inserido a qualquer momento nas primeiras 48hs pós-parto (preferencialmente nos primeiros 10 minutos após a dequitação da placenta), ou após 4 semanas. O risco de expulsão é maior entre 48hs e 4 semanas.

(B): incorreta. A literatura não relata maior ocorrência de doença inflamatória pélvica em adolescentes com uso de DIU de cobre.

(D): incorreta. Cisto mamário não é contra-indicação ao implante. A presença de câncer de mama atualmente consiste em contra-indicação absoluta.

Referências Bibliográficas:

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
- HOFFMAN, Barbara L. et al. Ginecologia de WILLIAMS. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.
- BEREK, Jonathan S. Tratado de Ginecologia Berek & Novak. 14 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2008.

83. A

Comentários:

A vacina HPV está aprovada pelo Ministério da Saúde e consta no calendário vacinal para crianças do sexo feminino dos 9 aos 14 anos de idade, e para a população do sexo masculino dos 11 aos 14 anos de idade, com esquema de 2 doses. Situações de comprovada imunodeficiência, por exemplo a AIDS, indicam o uso de três doses (0, 2 meses e 6 meses). A vacina para população masculina não somente promove proteção direta contra tumores relacionados ao HPV, mas também diminui a circulação do vírus. Quando administrada na população mais jovem a vacina demonstra maior eficácia, pois menor probabilidade da positividade para o vírus HPV e uma maior resposta imunológica nessa população. Os dados na literatura demonstram que os efeitos colaterais a vacina HPV são comparáveis a de outras vacinas, incluindo predominantemente reações locais.

Referências Bibliográficas:

- DE, M. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada). p. 39, [s.d.]
- JOURA, E. A. et al. Human papillomavirus vaccination: The ESGO–EFC position paper of the European society of Gynaecologic Oncology and the European Federation for colposcopy. *European Journal of Cancer*, v. 116, p. 21–26, 1 jul. 2019.

84. A

Comentários:

A menarca tardia, associada ao histórico gestacional e de amamentação, são fatores protetores devido a menor exposição do tecido mamário ao estrogênio endógeno, com menor risco de progressão de nódulos com tenham receptores de estrogênio positivo. Mamografias com laudo BIRADS 0 são exames inconclusivos que necessitam de método propedêutico adicional. A anticoncepção é importante nessa paciente, mas o uso de anticoncepcional hormonal não é o mais indicado nessa situação, considerando a idade e o nódulo mamário. É necessária também a orientação sobre a possibilidade baixa de gravidez espontânea nesse caso e a investigação laboratorial para diagnóstico de menopausa. A ultrassonografia com laudo BIRADS 4 com nódulo palpável na grande maioria dos casos deve ser submetida a biópsia ou punção aspirativa. A ressonância magnética para propedêutica de nódulo mamário é utilizada em casos individualizados. O quadrante súpero-lateral é uma das localidades mais acometidas por lesões malignas e o fato de não notar crescimento no exame clínico não exclui a necessidade de avançar na propedêutica.

Referências Bibliográficas:

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 927-34.
- Freitas Jr R, Soares VF, Melo NF, Andrade ML, Philocreon GR. Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame da Mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.*1996; (18): 387-91.
- Souen J. Detecção precoce de câncer de mama: experiência pessoal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 1995; 17(3) :333-9.

85. C

Comentários:

Considerando que a paciente é nuligesta e com desejo reprodutivo, devemos ter uma conduta conservadora com intuito de preservar a fertilidade. A conduta cirúrgica se torna mandatória pela presença do nódulo em ureter direito levando à hidronefrose, sendo necessária a exeresse do nódulo para manter a função renal direita. A ooforoplastia direita seria realizada para controle da dor pélvica, preservando o máximo de tecido ovariano funcional.

Referências Bibliográficas:

- Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action (Sanjay K. Agarwal, et al., 2019).
- Chronic Niche Inflammation in Endometriosis-Associated Infertility: Current Understanding and Future Therapeutic Strategies (Yi-Heng Lin et al., 2018).
- Endometriosis: diagnosis and management-NICE guideline (2017).

86. D

Comentários:

A candidíase vaginal é patologia comum, sendo a segunda principal queixa de corrimento no consultório. As acometidas têm quase sempre sinais e sintomas inflamatórios, como ardor e coceira, além de corrimento abundante causado pela descamação acentuada do epitélio da mucosa vaginal inflamada. O contato sexual vaginal sem uso de preservativos pode levar à colonização peniana do parceiro, com aparecimento de balanopostite (infecção fúngica em glândula e prepúcio). No período pré-menstrual os sintomas são mais evidentes. A cultura deve ser feita sempre que não houver resposta ao tratamento padrão.

Referências Bibliográficas:

- Tratado de Ginecologia da FEBRASGO 2019. Cap. 23. Vaginites e Vaginoses.
- ISBN: 978-85-352-3302-5 e Infecções genitais femininas: Suporte teórico-prático. 2013. Gráfica DGA, UNICAMP. ISBN: 978-85-64762-046.

87. D

Comentários:

O uso de reposição hormonal está relacionado à presença de queixas, fogachos ou ressecamento vaginal (aqui, tratamento tópico). O ideal é respeitar a janela de oportunidade, ou seja, o período de início de menopausa, que hoje está estendido entre 5 e 10 anos. A categoria 2 não exige ultrassom mamário controle e não seria contraindicação.

Referência Bibliográfica:

- Novak & Berek, Tratado de Ginecologia, 15ª edição ed. Guanabara-Koogan.

88. B

Comentários:

O número de folículos e conseqüentemente o de oócitos cai drasticamente após os 35 anos, bem como a qualidade dos mesmos, comprometendo a fecundabilidade e a fecundidade da mulher.

Referência Bibliográfica:

- Ginecologia Hormonal. Tratado de Reprodução Humana SBRH. Badalotti, M; Fernandes, C. E; De Melo, N. R; Amaral, W.N. SBUS, 2013.

89. D

Comentários:

Pacientes com diagnóstico citológico de AGC devem ser encaminhadas para colposcopia. Durante esta colposcopia, deve ser realizada nova coleta de material para citologia com especial atenção para o canal cervical.

Referências Bibliográficas:

- Martins, Nelson Valente. Patologia do trato genital inferior: diagnóstico e tratamento – 2. Ed. São Paulo, 2014. Pág.: 368-377
- https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf

90. C

Comentários:

1 = estradiol, 2 = LH, 3 = progesterona e 4 = FSH.

Sendo assim, a alternativa (C) está correta, pois no tratamento da endometriose o objetivo é antagonizar ou bloquear o estímulo estrogênico. No tratamento hormonal do climatério deve-se oferecer esquema estro-progestativo, e não de LH e FSH. Se a paciente não tiver útero, pode receber apenas o estradiol como TH. Por fim, no tratamento de esterilidade, para induzir a ovulação devemos usar drogas com efeito do LH.

Referência Bibliográfica:

- Ovário - Cap. 4 Ross GT & Schreiber JR In: Endocrinologia Reprodutiva: fisiologia, fisiopatologia e tratamento clínico/ Yen S.S.C. and Jaffer R.B. São Paulo, Editora Roca, 1990.

91. A

Comentários:

(A): o valor de glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL e menor do que 126 mg/dL, na primeira consulta, fecha o diagnóstico de diabetes gestacional. Não há necessidade de repetição dessa glicemia para se firmar o diagnóstico na gestação.

(B): os fatores de risco não são mais elementos que justificam o rastreamento do diabetes gestacional, que segundo as normas atuais, deve ser rastreamento universal. E não se usa TTGO de 100 g mais, e sim de 75mg.

(C): os fatores de risco não são mais elementos que justificam o rastreamento do diabetes gestacional, que segundo as normas atuais, deve ser rastreamento universal. O TTGO está correto na sua especificação nessa alternativa, porém, frente a uma gestante que já está com o diagnóstico firmado de diabetes gestacional, o exame TTGO está contraindicado, pois já se tem o diagnóstico.

(D): o diagnóstico está definido pela glicemia de jejum. E não justifica hemoglobina glicada com 24 semanas para esse diagnóstico.

Referência Bibliográfica:

- <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/530-protocolo-febrasgo-para-o-manejo-de-diabetes-gestacional>

92. D

Comentários:

(D): trata-se de RPMO-PT (uma vez que ocorre a rotura antes da paciente entrar em trabalho de parto e abaixo de 37 semanas). Em pacientes com EGB desconhecido, recomenda-se administrar antibiótico profilático para sepse neonatal precoce, diante de fatores de risco neste caso apresentado, a RPMO acima de 18 horas e o trabalho de parto abaixo de 37 semanas. Uma vez que o primeiro gemelar se apresenta cefálico e ambos com pesos semelhantes e vitalidade preservada, não há indicação de cesariana, sendo recomendável a via de parto obstétrica, de preferência por via vaginal. A corticoterapia ante-natal não se justifica neste caso, pela idade acima de 34 semanas.

(A): não está indicada a tocólise nesse caso, devido à idade gestacional acima de 34 semanas.

(B): não está indicada a cesariana neste caso, como já explicado no item anterior.

(C): a clindamicina é a 3ª opção de droga para EGB, utilizada em pacientes com alergia a betalactâmicos, não sendo este o caso da paciente. Corticoterapia não indicada.

Referências Bibliográficas:

- Naef R W et al. Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks gestation: Aggressive versus conservative management. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 178:126-30.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. *ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol* 2013; 122: 918-30.
- Galletta MAK. Rotura prematura das membranas ovulares: protocolo clínico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, no. 30/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

93. A

Comentários:

(A): trata-se de gestante a termo, com diagnóstico de rotura prematura de membranas. Paciente com histórico de óbito neonatal progressivo por sepse neonatal, sendo a principal causa infecção por EGB. Nesse caso, a conduta é profilaxia com antibiótico imediata, sem a necessidade de cultura nessa gestação.

(B): não se dá alta para pacientes no termo com RPM.

(C): não há benefício de parto operatório.

(D): não há necessidade de aguardar 18h para profilaxia.

Referências Bibliográficas:

- Gestação de Alto Risco, manual técnico - Ministério da Saúde - 2012. M. Zugaib; Bittar, R.E; Francisco, R.P.V - Protocolos Assistenciais. 5ª ed, 2015.
- Naef R W et al. Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks gestation: Aggressive versus conservative management. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 178:126-30.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. *ACOG Practice Bulletin. Obstet Gynecol* 2013; 122: 918-30.
- Galletta MAK. Rotura prematura das membranas ovulares: protocolo clínico. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO Obstetrícia, no. 30/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

94. B

Comentários:

O uso de estrogênio na anticoncepção puerperal é recomendado após o sexto mês de puerpério para não influir na composição/quantidade do leite, bem como em efeitos adversos tromboembólicos. Já a progesterona pode ser utilizada. A tabelinha e o dispositivo intrauterino podem ser recomendados, mas não são os únicos métodos recomendados.

Referência Bibliográfica:

- Novak & Berek, Tratado de Ginecologia, 15ª edição, Guanabara-Koogan.

95. B

Comentários:

O tratamento da sífilis respeita o período da doença primária, secundária ou terciária. Casos de tempo de evolução desconhecido, especialmente em gravidez, são abordados como sífilis terciária, portanto, com 7.200.000 UI para o casal. O tratamento adequadamente recomendado, deveria ser feito até um mês antes do parto, o que não será o caso, uma vez que a paciente está com 40 semanas de gravidez. Portanto, comunicar o caso como não adequadamente tratado.

Referências Bibliográficas:

- Zugaib Obstetrícia. Marcelo Zugaib e Rossana Pulcinelli, editora Manole, 3ª edição.

96. C

Comentários:

Iminência de eclâmpsia é definida como sinais e/ou sintomas em órgãos alvos em pacientes com pré-eclâmpsia (PE). Atualmente, a iminência de eclâmpsia é um critério isolado para definição de PE. A proteinúria não deve ser solicitada para definição de condutas em casos de PE já diagnosticadas. Diante de casos de PE com sinais de severidade ou não e com fetos ainda na prematuridade precoce (< 34 sem), opta-se pela estabilização do quadro materno, avaliação do quadro fetal e só então, avaliar conduta de interrupção. Diante de estabilidade materna e feto com boa vitalidade, opta-se pela manutenção da gestação, utilizando-se a corticoterapia antenatal.

Referências Bibliográficas:

- Peraçoli JC, Borges VT, Ramos JG, Cavalli RC, Costa SH, Oliveira LG, et al. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 8/ Comissão Nacional Especializada em Hipertensão na Gestação).
- American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1122–31.
- Brown MA, Magee LA, Kenny LC, Karumanchi SA, McCarthy FP, Saito S, et al.; International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice [Review]. *Hypertension.* 2018;72(1):24–43.
- Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol.* 2017;129(4):e90–5.

97. C

Comentários:

Trata-se de uma paciente em trabalho de parto pré-termo, internada em maternidade para cuidados. Durante a internação é realizada a avaliação da vitalidade fetal com a cardiotocografia. Na Figura 1, observamos um exame de padrão normal, categoria 1, com mais de 2 acelerações transitórias, linha de base em 140bpm, variabilidade moderada 10bpm, com ausência de desacelerações precoces ou tardias. Com este padrão a equipe pode tranquilamente acompanhar a evolução do trabalho de parto. Já na figura 2 há uma alteração no traçado do exame, tornando-se um traçado indeterminado, ou categoria 2, com a presença das desacelerações. É mantida a linha de base em 140bpm, a variabilidade é mínima e há presença de desacelerações recorrentes, mas com mínima variabilidade, a tornando categoria 2. Se houvesse variabilidade ausente com desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou linha de base com bradicardia e/ou padrão sinusoidal, estaríamos a frente de uma categoria 3, com padrão anormal. Em categoria 2, ou padrão indeterminado, não prediz estado ácido-básico, mas necessita reavaliações e vigilância contínua, podendo ser necessários outros métodos ou medidas de reanimação intraútero. Em caso do padrão anormal, ou 3, já está associado a padrão ácido-básico anormal com imediata avaliação e reanimação intraútero, podendo ser considerada a realização do parto.

Referência Bibliográfica:

- Macones et al. The 2008 National Institute of Child Health and Human Development Workshop Report on Electronic Fetal Monitoring. *Obstet Gynecol*, 2008; 112:661-6.

98. A

Comentários:

A suplementação de ferro durante a gestação é recomendada para a prevenção de anemia, em função do aumento da demanda pelo feto, chegando ao final da gravidez com uma demanda de 1 grama. As doses recomendadas atualmente em nosso meio, de acordo com última publicação da Febrasgo e da OMS, é de 30mg por dia para pacientes não anemiadas, e 60mg/dia para pacientes com anemia.

Referências Bibliográficas:

- Protocolos Assistenciais, Quarta Edição. Zugaib, M; Bittar, E.B. Atheneu, 2013.
- El Beitune P, Jiménez MF, Salcedo MM, Ayub AC, Cavalli RC, Duarte G. Nutrição durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 14/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

99. D

Comentários:

Em casos de placenta prévia sem o comprometimento do binômio materno-fetal e com prematuridade, a melhor conduta é a expectante. Como o sangramento evidenciado é de moderada quantidade a paciente deve ficar internada e, depois, quando controlado o sangramento, a mesma poderá ter alta hospitalar com as devidas orientações e dar seguimento no pré-natal.

Referência Bibliográfica:

- Protocolos Assistenciais, Quarta Edição. Zugaib, M; Bittar, E.B. Atheneu, 2013.

100. B

Comentários:

Gestante com 35 semanas com diagnóstico de trabalho de parto prematuro (TPP) na UBS. O correto seria identificar o quadro de TPP, avaliar a vitalidade fetal e encaminhar a paciente ao serviço terciário. Corticoterapia antenatal, via de regra, é realizada até 34 semanas nesses casos. Antibioticoterapia para prevenção do *Streptococcus agalactiae* (EGB) está indicada, uma vez que a paciente apresenta TPP e não possui a cultura conhecida (antes de 35 semanas), porém, por ser de administração endovenosa, geralmente é realizada em ambiente hospitalar.

Referências Bibliográficas:

- Montenegro, Carlos Antonio Barbosa Rezende, Obstetrícia Fundamental /Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho -11ª ed - Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2008.
- Luis Camano, Eduardo de Souza, Nelson Sass, Rosiane Mattar Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP / EPM 1ª ed = São Paulo, Manole, 2003.

101. A

Comentários:

O Carcinoma escamoso de esôfago incide com muito maior frequência em alcoólatras e tabagistas crônicos, além de ser mais comum em esôfago proximal e médio, em geral são pacientes emagrecidos pelo próprio alcoolismo, é mais comum em população de baixa renda e em pardos.

O exame de Broncoscopia é dispensável, já que a neoplasia é de esôfago distal.

A esofagectomia distal pode ser realizada nas neoplasias apenas da junção esofagogástrica.

O adenocarcinoma de esôfago é mais comum na porção distal do esôfago e está associado a lesões esofágicas prévias, como esôfago de Barret, provocada pela DRGE.

Referências Bibliográficas:

- SABISTON – tratado de Cirurgia 19ª Edição.

102. B

Comentários:

A investigação inicial mínima para pacientes que procuram auxílio médico eletivamente para avaliar a saúde prostática consta inicialmente da dosagem do PSA sérico e toque digital da próstata. Outros exames auxiliares poderão ser solicitados caso o paciente apresente queixas de dificuldade miccional, alteração dos níveis do PSA ou alterações ao exame físico que os justifiquem.

Referências Bibliográficas:

- Urologia Brasil / AGUINALDO CRSAR NARDI, Carlos Alberto Bezerra, et al. Rio de Janeiro Planmark, 2013.

103. B

Comentários:

Classificação de estado físico segundo a ASA: I - Paciente sadio. II - Paciente com doença sistêmica leve a moderada, sem limitação funcional. III - Paciente com grave doença sistêmica, levando a limitação funcional. IV - Paciente com grave doença sistêmica, necessitando cuidados permanentes para sobrevivência. V - Paciente em risco iminente de vida.

Referências Bibliográficas:

- Pollard BJ, Healy TE - Preoperative preparation, concurrent drug therapy and premedication. Em: Anaesthesia. Nimmo WS, Smith G - Blackwell Scientific Publications. London. 1990; 431-447.
- Vandam LD, Desai SP - Evaluation of the patient and preoperative preparation. In Clinical Anesthesia. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Philadelphia. JB Lippincott Co, 1989; 407-438.

104. D

Comentários:

Lesões que apresentam área deprimida, o que, segundo a Japan Gastroenterological Endoscopy Society, são de difícil tratamento por dissecação endoscópica. A presença de displasia de alto grau em um adenoma tem grande chance de apresentar áreas de adenocarcinoma. Portanto, a cirurgia, preferencialmente por via laparoscópica, deve ser a escolha neste caso.

Referências Bibliográficas:

- Averbach M et al. Tratado Ilustrado de Endoscopia Digestiva. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2018, p 631-47.
- Townsend CM et al. Sabiston Tratado de Cirurgia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015 p 3257-310.

105. C

Comentários:

(C): correta. Imagens e quadro clínicos são compatíveis com hemopneumotórax bilateral. Conduta adequada é drenagem pleural bilateral e conexão a um sistema de selo d'água. O achado adicional de fratura de gradil costal não demanda abordagem específica de imediato, uma vez que não há clínica de tórax instável. O achado adicional de enfisema subcutâneo dá-se devido solução de contiguidade entre cavidade pleural e subcutâneo. Uma vez drenada cavidade pleural, tende-se a resolver enfisema subcutâneo.

(A): incorreta. Paciente sem sinais de choque avançado. Não há descrição de turgor jugular nem abolição de murmúrio em ausculta. Imagens.

(B): incorreta. Apesar de imagem e exame físico serem compatíveis com enfisema subcutâneo, a conduta adequada para manejo dessa condição não elenca o procedimento de escarotomia.

(D): incorreta. Uma vez drenada cavidade pleural, tende-se a resolver enfisema subcutâneo. Não há relato no enunciado que descreva quadro de instabilidade respiratória por falha de integridade de parede torácica.

Referências Bibliográficas:

- Saad Junior, R; Carvalho, W.R.; Ximenes Netto, M.; Forte, V. Cirurgia Torácica Geral – 2ª Edição.
- Marisco, G.A. Trauma Torácico – 1ª Edição.

106. D

Comentários:

As lesões do manguito rotador/síndrome do impacto têm no tendão supra espinal o tendão mais acometido e o quadro clínico é típico, como o do paciente da questão: dor crônica com piora progressiva e súbita após pequenos esforços. Exame físico: os testes de impacto de Neer, que avaliam impacto subacromial, e os testes de Jobe, que representam perda da força de elevação devido a lesão do supra espinal. A imagem da RNM, que demonstra ruptura completa do supra espinal, confirma a hipótese diagnóstica de lesão do manguito rotador, exame de padrão ouro. Todas as patologias acima são diagnósticos diferenciais de lesão do manguito rotador, exceto pela luxação acromioclavicular, que no exame físico na inspeção apresentaria um abaulamento importante na região acromioclavicular do ombro e estaria relacionado com história de trauma agudo prévio.

Referências Bibliográficas:

- Hebert, SK. et al Ortopedia e traumatologia: princípios e prática – Quinta Edição – Porto Alegre - Artmed, 2017.
- Barros Filho, TEP; Lech, O. Exame físico em ortopedia – Terceira Edição - São Paulo: Sarvier, 2017. Vários colaboradores.
- Motta, G; Barros Filho, TEP; Ortopedia e Traumatologia – Primeira Edição – Rio de Janeiro – Elsevier – 2018.

107. D

Comentários:

Paciente com nódulo de tireoide de 2,5cm com características suspeitas para malignidade (microcalcificações) e exames laboratoriais normais, e deve ser submetido a PAAF do nódulo para investigação do mesmo.

Referências Bibliográficas:

- Vilar, L; Endocrinologia Clínica, 6ª ed, 2016; capítulo 23 - Nódulos Tireoidianos / Avaliação Diagnóstica e Manuseio.

108. C

Comentários:

O derrame pleural na tuberculose expressa o processo inflamatório de hipersensibilidade tardia do tipo IV (imunidade mediada por células), resultante da presença do bacilo ou de antígenos do *M. tuberculosis* no espaço pleural. O aspecto do líquido pleural é geralmente amarelo citrino; caracteristicamente um exsudato com níveis de proteína no líquido pleural superiores a 4,5 g/dL, e o número relativo de células mesoteliais geralmente inferior a 5%. Níveis elevados de adenosina deaminase (ADA) no líquido pleural têm sido aceitos como critério diagnóstico de tuberculose pleural.

Referências Bibliográficas:

- Seiscento M, Conde M, Dalcolmo M. Tuberculose pleural. J Bras Pneumol. 2006;32(Supl 4): S174-S181.
- Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, 2ª edição. Ministério da Saúde, 2019.

109. A

Comentários:

O paciente apresenta um diagnóstico sindrômico de Abdome Agudo Obstrutivo, devido a parada da eliminação de gases e fezes, evoluindo com distensão abdominal e vômitos, excluindo a hipótese de apendicite. Na radiografia, podemos observar distensão de todo o cólon do paciente, com o ponto de obstrução na altura do sigmoide, não observamos sinais de obstrução de intestino delgado, excluindo bridas intestinais e íleo biliar, e não observamos o Sinal do Grão de Café, excluindo volvo de sigmoide.

Referências Bibliográficas:

- Sabiston Tratado de cirurgia. Courtney MTownsend et al. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier 2010. Lawrence, W.Way: Cirurgia, diagnóstico e tratamento. 9ª ed.

110. A

Comentários:

O quadro clínico é clássico de apendicite na gestante. Como o útero gravídico desloca o apêndice em direção ao hipocôndrio direito, a paciente manifesta o quadro de dor abdominal e sinais de peritonite "mais alta", próxima ao hipocôndrio direito. O laboratório também é compatível com apendicite aguda. E lembrando que: apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo na gestante. A conduta é cirúrgica: apendicectomia na urgência.

Referências Bibliográficas:

- SABISTON; Tratado de Cirurgia Geral, 17ª ed.

111. C

Comentários:

O quadro clínico sugere fortemente um caso de cólica biliar, que faz com que a paciente procure auxílio médico. A paciente apresenta alguns fatores de risco para apresentar litíase biliar, tais como sexo feminino e obesidade. A dor em cólica localizada no hipocôndrio direito, sem icterícia, sem descompressão brusca nos fala a favor de ser apenas uma cólica biliar. Nesta linha de raciocínio, a melhor conduta para a paciente seria a alternativa que contempla ministrar medicações sintomáticas como antiespasmódicos, analgésicos e antieméticos, além de solicitar exames laboratoriais para excluir possíveis diagnósticos diferenciais e ultrassom abdominal. Inicialmente melhorar a dor da paciente, seguido de uma investigação clínica do caso e excluir possíveis complicações inerentes ao quadro. O ultrassom é fundamental para o diagnóstico.

Referências Bibliográficas:

- Courtney M. Townsend e Kenneth Mattox. SABISTON - Tratado de Cirurgia: a Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 20.ed. Editora Elsevier, 2019.
- COELHO, J. C. Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

112. B

Comentários:

É recomendado que a orquidopexia, em pacientes saudáveis, seja realizada em torno dos 12-18 meses, a fim de prevenir as alterações morfológicas irreversíveis da gônada, após os dois anos de vida. A presença de hérnia inguinal concomitante, por si só, indica a correção cirúrgica precoce.

Alternativas incorretas: exames como tomografia e ressonância magnética não sobrepoem a importância do exame físico e não tem alta especificidade para o diagnóstico, tendo resultados frustrados, com falsos negativos. A videolaparoscopia é um bom método diagnóstico, porém para testículos não palpáveis, como rege os protocolos atuais, mas não é procedimento de diagnóstico precoce para malignização, que tem maior frequência em idade adulta ou a infertilidade, que será investigada em idade de adolescência com o espermatograma. O tratamento para testículo ectópico ainda tem predominância cirúrgica para evitar alterações morfológicas irreversíveis após os dois anos de idade, a infertilidade e o aumento do risco de malignização.

Referências Bibliográficas:

- Maksoud JG, Cirurgia Pediátrica, vol II, 2ª. ed, Rio de Janeiro: Revinter, 2003, 717-31.
- Ashcraft: cirurgia pediátrica, tradução Adriana Siqueira et.al. 6ª. ed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2017, 509-19.

113. D

Comentários:

O quadro clínico descrito é típico de catarata senil em evolução. O glaucoma crônico simples cursa de forma assintomática e é diagnosticado pelo exame oftalmológico, enquanto o glaucoma agudo cursa com dor, hiperemia e turvação visual. O descolamento de retina e uveíte são causas de baixa de visão abrupta, com rápida evolução. A ambliopia é a baixa de visão desenvolvida na infância. No adulto pode aparecer no caso de ambliopia por tabaco-álcool, e que no caso o paciente nega.

Referências Bibliográficas:

- Reggi, JRA et al. Título: Compêndio de oftalmologia geral. Edição 1. Editora Ateneu, 27 de junho de 2016.
- Riordan-Eva, P et al. Título: Oftalmologia Geral de Vaughan & Asbury. Tradução: Denise Costa Rodrigues [et al.]. - 17ª ed. - Dados eletrônicos. - Porto Alegre: AMGH, 2011.
- Höffling-Lima, A. L. et al. Título: Manual de Condutas em oftalmologia -UNIFESP. Edição 1. Editora Atheneu, 2010.

114. B

Comentários:

Por ser uma lesão mais periférica, o exame mais indicado seria a biópsia com agulha fina. O nódulo solitário de pulmão pode ser neoplásico em até 60% dos casos, e somente o diagnóstico anatomopatológico tem a possibilidade de traçar a conduta correta. A broncoscopia com biópsia nem sempre consegue chegar ao nódulo para colher material para o exame.

Referência Bibliográfica:

- Sabiston, tratado de cirurgia, 19ª edição, capítulo de pulmão, seção tórax.

115. A

Comentários:

A tomografia de abdome sem contraste é o exame de eleição para diagnóstico do cálculo ureteral, sendo superior aos demais exames de imagem. O exame de sedimentos de urina e urocultura é o mais trivial para o diagnóstico de itu.

Referências Bibliográficas:

- Schwartz's, Manual of Surgery, eighth edition, Urology, pag. 1036-1060. Editora McGRAW-HILL.
- EAU (European Association of Urology) in uroweb.org. Urolithiasis guidelines 2020, Diagnostic evaluation.

116. C

Comentários:

Com a parada de eliminação de gases e fezes está caracterizada a obstrução intestinal pela hérnia. O aparecimento de febre e eritema inguinal já demonstra sofrimento isquêmico da alça intestinal, com infecção já indicando a entrada de antibioticoterapia e cirurgia imediata, devido ao risco de necrose intestinal e necessidade de desobstruir o paciente.

Referências Bibliográficas:

- Sabiston, Tratado de cirurgia, 17ª edição. Hérnias, pag. 1199-1217. Editora Elsevier.
- Schwartz's, Manual of Surgery, eighth edition, Inguinal hernias, pag. 920-942. Editora McGRAW-HILL.

117. A

Comentários:

O IMC correto da paciente é de 38,61 kg/m². O IMC é um critério indispensável e, sem comorbidades, seria preciso IMC maior de 40 para indicar cirurgia. Apesar de considerar o IMC indispensável, apenas aguardar ganho de peso não seria correto, nem ético, assim o correto é não encaminhar para cirurgia sem indicação, não estimular ganhar mais peso e seria mais benéfico à paciente um acompanhamento e um tratamento não cirúrgicos, disponíveis na rede básica e necessários para uma cirurgia no futuro, caso necessário.

Referência Bibliográfica:

- Ministério da Saúde > Atenção Especializada e Hospitalar > Obesidade > Tratamento e Reabilitação > Indicações para Cirurgia Bariátrica. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/obesidade/tratamento-e-reabilitacao/indicacoes-para-cirurgia-bariatrica>, acesso em 19/05/20.

118. C

Comentários:

Nas classificações de Fontaine Estágio III ou Rutherford Grau 4 significa ISQUEMIA CRÍTICA com risco iminente de perda do membro. A conduta é o tratamento cirúrgico convencional ou endovascular precedido de estudo arteriográfico, para planejamento cirúrgico. O tratamento clínico (medicamentoso) será insuficiente para salvamento do membro. Provavelmente já faz uso por se tratar de uma doença crônica. Neste estágio o paciente não consegue deambular e o repouso com os membros elevados piora o quadro.

Referências Bibliográficas:

- Cirurgia Vascular (Cirurgia endovascular e Angiologia) - José Carlos Brito.
- Cirurgia Vascular – Rutherford.
- Doenças Vasculares Periféricas - Francisco H. de abreu Maffei.

119. B

Comentários:

O mecanismo de ação da rivaroxabana está ligado à inibição do fator Xa, bloqueando a função enzimática do mesmo em converter protrombina em trombina. Também é um anticoagulante com um rápido início de ação, com pico de concentração entre 2 e 4 horas, meia vida curta (5-9 horas em jovens e 11-13 horas em idosos), com metabolização hepática e excreção renal (66%). A rivaroxabana também se encontra aprovada para a prevenção do AVE em pacientes com FA não valvar, no tratamento do TEV (TVP e TEP), na prevenção do TEV recorrente e do TEV em grandes cirurgias ortopédicas. Da mesma forma que a dabigatrana, não está autorizada para ser usada na prevenção do tromboembolismo arterial em pacientes com próteses mecânicas valvares.

Um subestudo do estudo ROCKET-AF analisou os desfechos com relação à interrupção da rivaroxabana e da varfarina em 4.692 pacientes, por ocasião de procedimentos cirúrgicos. Observaram-se baixos índices de tromboembolismo tanto com a rivaroxabana quanto com a varfarina no período de suspensão, sem diferenças com relação à ocorrência de sangramento. Com relação ao tempo ideal de reinício da rivaroxabana, um grande estudo avaliou 2.179 pacientes, tratados em sua maioria com rivaroxabana, que tiveram a terapia anticoagulante suspensa por vários tipos de cirurgia, com reinício da terapia comumente após 24 horas após o procedimento cirúrgico, sendo que essa estratégia esteve associada a um risco de sangramento maior em 30 dias de 1,2%. Os consensos mais recentes preconizam que, em pacientes com função renal normal e baixo risco de sangramento, a rivaroxabana possa ser suspensa 24 horas antes da cirurgia e reintroduzida em dose plena pelo menos 24 horas após o término da cirurgia, desde que haja uma adequada homeostasia. Já naqueles pacientes com disfunção renal grave (clearance de creatinina de 15 a 30 mL/min) ou com cirurgias com alto risco caso ocorra um sangramento, como é o caso das neurocirurgias, a rivaroxabana deveria ser suspensa pelo menos 48 horas antes da intervenção cirúrgica, e naqueles pacientes com um alto risco de sangramento considerar a sua reintrodução após 48 a 72 horas do procedimento cirúrgico. Nos casos de anestesia regional com cateter epidural, preconiza-se aguardar pelo menos 6 horas após a retirada do cateter para a administração da próxima dose de rivaroxabana. Nos casos de cateter epidural mantido no pós-operatório para analgesia, a retirada deve ocorrer após 18 horas da última dose de rivaroxabana.

Referências Bibliográficas:

- Rev. Bras. Anestesiologia. vol.64 no.1 Campinas Jan./Feb. 2014.
- Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2017;27(3):195-200.
- Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th Ed: ACCP Guidelines.

120. D

Comentários:

A Estenose hipertrófica do piloro é a afecção cirúrgica mais frequente no período neonatal. Ocorrendo em 3:1000 nascidos vivos, sendo mais frequente em meninos (5:1) e caucasianos.

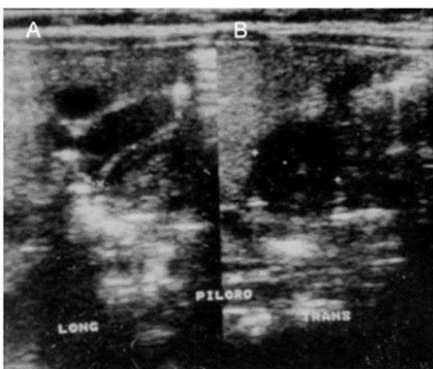
O quadro clínico típico da EHP é de um neonato saudável que entre duas e três semanas em média inicia um quadro de vômitos em jato e sem bile. Algumas crianças têm icterícia prolongada (5%). Com a progressão da doença, a criança torna-se desidratada e letárgica, devido à perda eletrolítica de cloro e potássio e a um quadro de alcalose metabólica secundário aos mecanismos de compensação tubular renal, associado a hipopotassemia e a hipocloremia. Estas crianças apresentam-se famintas e perdem peso rapidamente. O diagnóstico diferencial mais comum é a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

Ao exame físico, a criança geralmente está faminta e às vezes com ondas peristálticas visíveis no andar superior do abdome. Se o estômago estiver vazio, o piloro torna-se palpável como uma "oliva móvel", no quadrante superior direito adjacente à coluna. A oliva é palpável em até 90% dos casos, dependendo da experiência de quem examina.

O uso do exame por US e o estabelecimento de medidas de comprimento e diâmetro muscular do piloro tornou o diagnóstico da EHP mais fácil, com um índice de acerto próximo a 100%. Têm sido adotadas as medidas de comprimento máximo do canal pilórico e espessura de sua camada muscular de pelo menos 1,2cm e 0,3cm, respectivamente, como critérios para o diagnóstico é de fundamental importância estar atento a condições transitórias que podem simular resultados falso-positivos, como atividade peristáltica e espasmos pilóricos, fazendo-se necessária a observação durante alguns minutos para que se afastem estas causas como responsáveis pelas eventuais alterações encontradas.

No EDD o diagnóstico baseia-se no achado de alongamento e estreitamento do canal pilórico com um entalhe em crescente, côncavo, simétrico, característico na base do bulbo duodenal, provavelmente relacionado à invaginação parcial da massa muscular hipertrofiada para o bulbo – "sinal do guarda chuva".

O tratamento é cirúrgico, com piloromiotomia longitudinal, que envolve o peritônio visceral e a musculatura, sem incluir a mucosa.



13

Figura 13. Tomada longitudinal do piloro. Os cursores delimitam o comprimento do canal pilórico de uma criança com EHP. O diâmetro pilórico transversal, obtido em tomada transversa no centro do piloro, corresponde ao intervalo entre as superfícies serosas opostas (cursors).

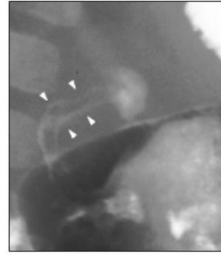


Figura 5. Sinal do duplo trilho: duas finas colunas paralelas de meio de contraste baritado são vistas ao longo do canal pilórico alongado e cranialmente orientado (pontas de setas brancas).

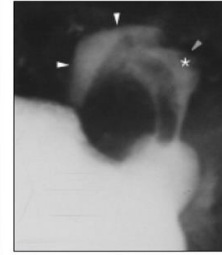


Figura 6. Sinal do cogumelo: bulbo preenchido por contraste apresentando impressão convexa em sua base, determinando configuração em "cogumelo" ou "guarda-chuva" (pontas de setas brancas). Sinal do diamante: imagem de adição em forma de tenda vista na porção média do canal pilórico (ponta de seta cinza). O asterisco indica o centro do recesso.

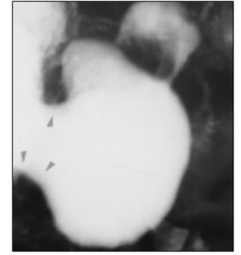


Figura 7. Sinal da lagarta: ondas peristálticas vigorosas e sincrônicas estão presentes durante a realização do exame (pontas de setas cinzas).

Referências Bibliográficas:

- ALBUQUERQUE, Sílvio; SILVA, Eduardo. Diagnóstico por Imagem em Pediatria – Revisão de Casos.
- BELIVACQUA, César e colaboradores. Emergências Pediátricas – Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) – URFJ.