



GABARITO COMENTADO - Teste de Progresso Nacional 2024 | ABEM

Questão	Correta	Gabarito	Referência bibliográfica
1	A) Pneumotórax hipertensivo.	O pneumotórax hipertensivo ocorre pela entrada de ar entre a parede torácica e o pulmão, como complicação de punção em veia subclávia esquerda. Isso faz com que aumente a pressão intra-torácica e o pulmão entre em colapso. Na condição descrita ocorre aumento da pressão torácica, reduzindo o retorno venoso para o coração e o choque. A ausência de ruídos à ausculta pulmonar ipsilateral se contrapõe à hipótese de tamponamento cardíaco. O pneumotórax simples não determina repercussão hemodinâmica e no hemotórax observa-se maciez à percussão.	TOWNSEND, C.M et al. Sabiston Tratado de Cirurgia- A base biológica da prática da cirurgia moderna. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. UTIYAMA, EM; RASSLAN, S; BIROLINI, D. Atualização em cirurgia geral, emergência e trauma: Cirurgião Ano 12. São Paulo: Manole, 2022.
2	D) Neoplasia de esôfago.	As neoplasias de esôfago estão relacionadas ao tabagismo, etilismo e ingestão frequente de bebidas quentes. Os sintomas mais comumente se apresentam em estágio avançado da doença, sendo a disfagia progressiva o sintoma mais proeminente, bem como a perda involuntária de peso. O esôfago de Barret é uma condição associada à esofagite de refluxo crônica, ocasionando sintomas relacionados à lesão do esfíncter esofageano inferior pelo refluxo ácido - pirose, regurgitação do conteúdo estomacal. O megaesôfago é caracterizado pela dilatação difusa do esôfago e diminuição do seu peristaltismo, sendo proeminentes os sintomas e sinais relacionados à estase gástrica. Além da natureza congênita, várias condições podem estar associadas. O megaesôfago chagásico é visto em áreas endêmicas de tripanossomiase. A atresia de esôfago é uma malformação congênita do trato digestivo superior diagnosticada no período neonatal (tipicamente, dificuldade de passagem de sonda orogástrica) e antenatal, não sendo, portanto, uma doença vista no adulto.	Atualização Terapêutica 2012/2013: Diagnóstico e Tratamento; Prado, Ramos e Valle; 24 Edição; Editora Artes Médicas; 2012; Técnica Cirúrgica: Bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas da cirurgia; 3 Edição, Editora: Livraria Atheneu; 1990. Sabiston: Tratado de Cirurgia: A base biológica da cirurgia moderna; Townsend, Courteny M.; Beauchamp, R. Daniel; Evens B. Mark; Mattoux, Kenneth L.; 19 Edição, Editora Elsevier; 2014.
3	C) Glaucoma primário de ângulo fechado.	Diminuição da acuidade visual (edema corneano), hiperemia conjuntival e midríase paralítica, acompanhada com vômitos e forte dor ocular, principalmente em paciente idoso é sinal de crise de glaucoma de ângulo fechado.	1) Rodrigues, M. L. V. & Dantas, A. M.: Oftalmologia Clínica; 2ª Ed.; Ed. Cultura Médica, 2001; 2) Spalton, D. J.; Hitchings, R. A.; Hunter, P. A.: Atlas Colorido de Clínica Oftalmológica; 2ª ed. Ed. Manole LTDA.; 1995.; 3) Kanski, J. J.: Oftalmologia Clínica – Uma abordagem Sistemática; 4ª Ed. Ed. Revinter e Rio Med; 2004.; 4) Oréfice, F.; Santos, D. V. V. ; Oréfice, J. L. : Uveítes; Série Oftalmologia Brasileira. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, 2ª Ed.; 2011.
4	D) Imobilização com pinça gessada em "U".	A Pinça (ou calha) gessada em "U" é utilizada para a proteção e imobilização aguda da fratura simples, como é a deste paciente. A órtese funcional pode substituir uma goteira gessada em "U" cerca de 2 semanas após a lesão. Aparelho gessado pendente é raramente usado hoje em dia, optando-se por cirurgia de fraturas deslocadas, que não é o caso do paciente. Fixação cirúrgica interna está indicada para fraturas complicadas.	McRae trauma ortopédico: gerenciando fraturas de emergência. Timothy O. White, Samuel P. Mackenzie, Alasdair J Gray; tradução Eliseanne Nopper, Ediane Victória, Marcella de Melo. - 3. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Parte II, Cap. 9
5	A) Realizar teste de tolerância à glicose oral (TTGO) e monitorar os sintomas e os níveis de glicose.	A síndrome de dumping é uma complicação comum após cirurgias bariátricas, especialmente o bypass gástrico. O teste de tolerância à glicose oral (TTGO) é útil para reproduzir os sintomas e monitorar as alterações nos níveis de glicose e insulina, confirmando o diagnóstico. A endoscopia digestiva alta e o teste de esvaziamento gástrico são mais indicados para avaliar outras complicações anatômicas ou funcionais. As dosagens de insulina e glicemia de jejum não têm especificidade para o diagnóstico de dumping.	1- Tratado de Clínica Cirúrgica - Ed. Atheneu, 2015. 2- Manual de Condutas em Cirurgia - Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2018. 3- Bariatric Surgery: A Guide for Mental Health Professionals - Ed. Routledge, 2017. 4- The ASMBS Textbook of Bariatric Surgery - Ed. Springer, 2015.
6	A) Deverá informar o óbito do paciente aos familiares e suspender os procedimentos de suporte à vida.	É legal e ética a suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando determinada a morte encefálica em não doador de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante. Do ponto de vista ético e legal, após o diagnóstico de morte encefálica é dever do médico retirar os procedimentos de suporte que mantinham artificialmente o funcionamento dos órgãos vitais utilizados até o momento de sua determinação. A suspensão desses recursos não é eutanásia nem qualquer espécie de delito contra a vida, haja vista tratar-se de paciente morto e não terminal. A Declaração de Óbito (DO) deverá ser preenchida pelo médico legista nos casos de morte por causas externas.	Resolução CFM N° 1.826/2007
7	A) Tromboembolismo pulmonar.	O caso acima é clinicamente sugestivo de tromboembolismo pulmonar, com ecotranstorácico indicativo da doença, sendo essa uma complicação temida em pacientes idosos com fratura de quadril.	Le Manach Y, Collins G, Bhandari M, et al. Outcomes after hip fracture surgery compared with elective total hip replacement. Jama. 2015;314:1159-66.
8	C) Volvo de sigmóide.	A obstrução do cólon evidencia-se por distensão e desconforto abdominal, hipertimpanismo, colo dilatado e repleto de ar na radiografia simples de abdômen. O volvo de sigmóide, causa mais provável do caso acima, é responsável por 2/3 de todos os casos de volvo colônico. Fatores associados: constipação crônica e envelhecimento (70-80 anos). A radiografia simples de abdome é o exame de imagem importante. A alça distendida pode assumir o aspecto de um "grão de café". No volvo de sigmóide, a concavidade do "grão de café" aponta no sentido do quadrante inferior esquerdo do abdome e no volvo cecal para o quadrante inferior direito. Outro aspecto radiológico característico é de um "tubo dobrado para dentro". O câncer colorretal é a principal causa de obstrução colônica, seguido por volvo e diverticulite. No caso descrito a probabilidade de câncer colorretal é menor devido à ausência de sangramento, anemia e emagrecimento. A diverticulite é diagnóstico diferencial de obstrução intestinal quando complicada e com sinais de peritonite. A síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução do colo) é caracterizada por dilatação do cólon, simulando oclusão intestinal, sem que se encontre uma causa mecânica para a obstrução e pode ser atribuída aos distúrbios eletrolíticos, à administração de narcóticos e anticolinérgicos, à imobilidade (exemplo: hospitalizado em pós-operatório) e a hemorragia ou massas retroperitoneais.	TOWNSEND, CM; BEAUCHAMP, RD; EVERS, BM; MATTOX, KL. Sabiston Textbook of Surgery. The biological basis of modern surgical practice. 20th. Philadelphia: Elsevier, 2017. FAUCI, AS et al. Medicina Interna de Harrison. 19ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2016.

9	B) Cirurgia imediata.	O caso descrito retrata, de modo clássico, a ocorrência de torção testicular, marcada pelo despertar do paciente em razão da dor, a elevação do testículo e a abolição do reflexo cremastérico. Embora possa ser considerado que o paciente também apresenta fator de risco para orquiopididite, os achados da história e do exame físico não são condizentes com essa hipótese. O tratamento da torção testicular é cirúrgico, ainda que, como no caso, a duração do quadro seja superior a 4 horas.	VICTORIA J. SHARP, KATHLEEN KIERAN, ANGELA M. ARLEN, MD; Testicular Torsion: Diagnosis, Evaluation, and Management. Am Fam Physician. 2013;88(12):835-840
10	B) Hemorragia extradural.	Todas as alternativas são hemorragias intracranianas que podem ocorrer após traumatismo cranioencefálico. Na hemorragia extradural verifica-se acúmulo de sangue entre a calota craniana e a dura mater que recobre o cérebro. A resposta correta toma por base a história clínica característica de piora neurológica algumas horas após o trauma (intervalo lúcido), com sinais clínicos de compressão do tronco cerebral, confirmada pela presença de fratura parieto-occipital direita na tomografia computadorizada (janela óssea) e por imagem de lesão extracerebral hiperdensa na convexidade parieto-occipital direita na tomografia (imagem de lente biconvexa), sugestiva de sangramento recente no espaço extradural. O caso ilustra a importância da suspeita de hemorragia em qualquer traumatismo craniano e da investigação imagiológica precoce, já que a hemorragia extradural requer intervenção imediata, o que constitui fator determinante de prognóstico.	Carlotti, Jr CG, JLR, Dias LAA, Oliveira RS, Colli BO. Traumatismos cranioencefálicos. In: Tópicos de neurologia para graduação. 2000. Greenberg MS. Manual de neurologia, 7ª Edição. Artmed, 2012.
11	A) Colangite aguda.	Quadro clínico acompanhado de febre, calafrio, colúria e icterícia. Exame físico também compatível com colangite aguda.	Beauchamp, Evers & Mattox, Tratado de Cirurgia – A Base Biológica da Prática. Cirúrgica Moderna – Sabiston, 20ª edição – Cap. 54.
12	A) Intubação traqueal.	O acidente provocou graves lesões na paciente, em face e região cervical, com queimaduras em cílios e vibrissas, que são sinais de lesão em via aérea. Esses sinais e a dificuldade para falar devido às queimaduras de língua e mucosa jugal são indicativos de via aérea definitiva. Nesse caso, não se deve aguardar exames para definição da conduta. Em relação à ressuscitação volêmica, foi estimada a área superfície corporal estimada pela regra dos nove: face (região anterior do crânio) = 4,5%, tórax e abdômen anteriores 18%, membro superior 4,5% = ASC queimada de 27%. Empregada a fórmula de Parkland para ressuscitação volêmica: Fórmula de Parkland = (2-4ml x Peso em Kg x ASC queimada) = (2-4ml x 75 x 27%) = volume total (para 2ml) é de de 4.050ml 24 horas 50% do volume em 8 horas = 2.025ml em 8 horas = 253 ml/h 50% restante do volume em 16 horas = 2.025 em 16 horas = 126,5 ml/h.	ATLS 9ª edição. Capítulo 9. Lesões térmicas, página 230-237.
13	B) Infecção de sítio cirúrgico superficial e, caso se opte por introduzir antibioticoterapia, a droga de escolha é a vancomicina.	Há sinais flogísticos superficiais e a aponeurose está preservada, sugerindo que trata-se de infecção restrita à pele e ao tecido subcutâneo. Se não houver repercussão clínica importante, a conduta adequada é abrir os pontos e permitir a drenagem, observando a evolução, sem necessidade de uso de antibióticos. Caso se opte pela antibioticoterapia, deve-se considerar o agente etiológico mais provável, o S. aureus hospitalar, o que indica a utilização da vancomicina.	NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 03/2023 -Critérios Diagnósticos das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) de notificação nacional obrigatória para o ano de 2023. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2023 May;44(5):695-720. Maia, D: Manual de Condutas Básicas em Cirurgia; Roca; 2013
14	C) Repetir o PSA total após 30 dias.	Diante de um quadro de infecção urinária em homens com hipertrofia benigna da próstata (HPB) há elevação do PSA, que se mantém até 6 semanas depois do início do quadro agudo. Portanto, no caso em tela, a conduta acertada é repetir o PSA depois de 30 dias. A história clínica, o exame físico e os outros exames são compatíveis com o diagnóstico de HPB. Então, não há necessidade de solicitar RNM ou biópsia de próstata. E não é necessário o uso de antibiótico além dos 28 dias.	Campbell-Walsh Urologia Edição Português Alan J. Wein (Autor) Editora: GEN Guanabara Koogan; 11ª edição (2018). Screening for prostate cancer UPTODATE. Literature review current through: May 2022.   This topic last updated: May 16, 2022.
15	C) Iniciar antibioticoterapia empírica com cefotaxima intravenosa.	A peritonite bacteriana espontânea (PBE) é diagnosticada quando a contagem de leucócitos polimorfonucleares (PMN) no líquido ascítico é $\geq 250$ células/mm <sup>3</sup> , independentemente dos resultados da cultura. A presença de febre, dor abdominal e ascite tensa em um paciente cirrótico são sinais clínicos sugestivos de PBE. A antibioticoterapia empírica deve ser iniciada imediatamente, sendo a cefotaxima uma escolha comum por sua eficácia contra a maioria dos patógenos causadores de PBE.	1-Tratado de Clínica Cirúrgica - Ed. Atheneu, 2015. 2-Manual de Condutas em Cirurgia - Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2018. 3-Harrison's Principles of Internal Medicine - Ed. McGraw-Hill, 2022. 4-Schiff's Diseases of the Liver - Ed. Wiley-Blackwell, 2020.
16	B) Aderências.	Paciente com quadro clínico de obstrução digestiva alta: dor abdominal, vômitos biliosos, constipação aguda e ausência de flatulência. Os sintomas na obstrução digestiva baixa, geralmente, se instalam de forma mais gradual, os vômitos aparecem com a progressão do quadro, sendo mais tardios e fecaloides. Entre as principais causas de obstrução alta estão: as bridas ou aderências, as neoplasias e as hérnias estranguladas. O paciente do caso descrito apresenta uma cicatriz cirúrgica xifumbilical bem cicatrizada, provavelmente relacionada a cirurgia abdominal anterior, principal causa para a formação de bridas.	Harrison 20ª edição – capítulo 323 – Obstrução intestinal aguda.
17	A) Drenagem pleural em selo d'água.	O quadro clínico, os achados radiológicos e de análise laboratorial do líquido pleural desse paciente são compatíveis com derrame pleural parapneumônico complicado (infestado). A natureza infecciosa do derrame pleural é corroborada pelos valores elevados de proteína (> 3g/dL), de LDH (>200 UI), glicose baixa, pH< 7,2 e pelo número elevado de polimorfonucleares (> 50%). Essa condição requer antibioticoterapia e a realização de drenagem pleural em selo d'água imediatos.	FAUCI, AS et al. Medicina Interna de Harrison. 19ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2016.
18	A) Apendicite aguda com abscesso.	A apresentação típica da apendicite começa com dor periumbilical, causada pela ativação dos neurônios aferentes viscerais, seguida por anorexia e náuseas. A dor localiza-se, então, no quadrante inferior direito conforme o processo inflamatório evolui para envolver o peritônio parietal sobrejacente do apêndice. O paciente apresenta uma história arrastada, com quadro clínico mais grave e presença de plastrão palpável. Os pacientes com suspeita de abscesso apendicular submetem-se a exame de imagem adicional, tipicamente ultrassonografia para crianças ou TC para adultos (Tomografia computadorizada sagital do abdome em paciente com abscesso periapendicular e apendicite perfurada. A TC revela um apêndice distendido (seta) e uma coleção de líquido periapendicular com inflamação).	Sabiston. Tratado de Cirurgia. 20ª ed., 2019.
19	A) Indicação de cirurgia imediata.	A descrição do caso é compatível com uma hérnia inguinal estrangulada e tem indicação de cirurgia imediata.	Artigo de Revisão. Rev. Col. Bras. Cir. 46 (4) • 2019. <a href="https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226">https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192226</a>
20	D) Apendicectomia videolaparoscópica.	O caso ilustra sintomas e sinais proeminentes da apendicite aguda - dor (95% dos casos), anorexia (90%); sinais de Blumberg e de Rovsing. A abordagem laparoscópica permite a inspeção ampla da cavidade e menor trauma cirúrgico.	TOWNSEND, Courtney M. Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. Grupo GEN, 2019. 9788595150461. Cap 45 e Cap 50
21	C) Doença celíaca.	A histopatologia da doença celíaca é caracterizada pelo número aumentado de linfócitos T CD8+ intraepiteliais (linfocitose intraepitelial), hiperplasia de criptas e atrofia das vilosidades. Como na deficiência de lactase o defeito é bioquímico, a histologia da biópsia é aparentemente normal. O diagnóstico da enterocolite por Campylobacter é primariamente realizado através da cultura fecal, já que os achados na biópsia não são específicos e revelam colite autolimitada aguda, com características comuns a muitas formas de colite infecciosa. Infiltrados de neutrófilos intraepiteliais e mucosos são proeminentes, especialmente dentro da mucosa superficial. O marco morfológico da doença de Whipple é o acúmulo denso de macrófagos espumosos e distendidos na lâmina própria do intestino delgado.	- KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul; ASTER, Jon. Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. Grupo GEN, 2016. E-book. ISBN 9788595150966.

22	A) São necessárias algumas semanas para que os auto-receptores sejam dessensibilizados às concentrações sinápticas elevadas de serotonina produzidas pela fluoxetina no tratamento agudo.	<p>O aumento da disponibilidade de serotonina na fenda sináptica em decorrência da inibição de sua recaptção por uso da fluoxetina, que tem como mecanismo de ação a inibição da recaptção pré-sináptica desse neurotransmissor, leva a uma hiperestimulação dos auto-receptores (que são pré-sinápticos), o que promove a diminuição da liberação de serotonina por inibição da fusão das vesículas, contendo o neurotransmissor em questão, levando a uma diminuição da sua disponibilidade na fenda sináptica e, conseqüentemente, diminuição da geração de um potencial pós-sináptico.</p> <p>A fluoxetina não atua no processo de armazenamento de serotonina nas vesículas dos neurônios.</p> <p>A serotonina promove o seu efeito estimulando os receptores pós-sinápticos.</p> <p>A fluoxetina não atua inibindo a síntese de serotonina e nem na captação do triptofano, aminoácido precursor desse neurotransmissor.</p>	Katzung, B. & Trevor, A.J. Farmacologia Básica e Clínica, 13ª Ed. Editora Artmed, 2017.
23	C) Nefropatia por AINEs, caracterizada por lesão renal aguda devida à inibição da síntese de prostaglandinas, resultando em vasoconstrição renal e redução do fluxo sanguíneo renal.	<p>A apresentação clínica do paciente, incluindo a oligúria, edema, elevação acentuada dos níveis de creatinina e ureia, e o uso recente de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), é altamente sugestiva de nefropatia por AINEs. Os AINEs inibem a síntese de prostaglandinas, que são importantes para a manutenção do fluxo sanguíneo renal, especialmente em situações de comprometimento hemodinâmico, como a hipertensão arterial mal controlada. A vasoconstrição renal resultante leva à redução do fluxo sanguíneo renal e à lesão renal aguda. A glomerulonefrite aguda e a síndrome nefrótica apresentam características clínicas e laboratoriais diferentes daquelas presentes no caso, assim como a nefropatia diabética, que é uma condição crônica, e não aguda.</p>	<p>1- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2021). Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Renal Aguda.</p> <p>2- Kirsztajn, G. M. (2018). Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento. Editora Atheneu.</p> <p>3- Cuppari, L. (2019). Nutrição e Doença Renal. Editora Manole.</p>
24	C) Leishmaniose tegumentar americana, forma cutânea; a biópsia identificou formas amastigotas intracelulares.	<p>Trata-se de um quadro de leishmaniose tegumentar americana (LTA). No caso, por tratar-se de uma lesão única, confinada na derme e ulcerada, tem-se, provavelmente, a forma cutânea. A forma cutânea mucosa também atinge a derme, porém é comum promover ulcerações em cartilagens, como a do nariz. A forma cutânea difusa não produz ulcerações. A Intradermoreação de Montenegro é positiva para essa forma clínica cutânea, negativa para a forma cutânea difusa e exageradamente positiva para a forma cutaneomucosa. A LTA é causada por protozoários do gênero Leishmania, sendo transmitida por flebotomíneos do gênero Lutzomyia. A leishmania pode ser encontrada em três formas: amastigotas (esféricas, sem flagelo e intracelular - macrófagos); promastigotas (flageladas, extracelulares; presentes no tubo digestivo do flebotomíneo responsável pela infecção durante a picada); paramastigotas (flageladas e encontradas apenas no tubo digestivo do flebotomíneo).</p>	<p>- NEVES, David Pereira. Parasitologia humana. 13 Rio de Janeiro: Atheneu. Capítulo 8.</p> <p>- FALQUETO, A.; SESSA, P. A. Leishmaniose tegumentar americana. In: VERONESI-FOCACCIA. Tratado de Infectologia. Capítulo 93, 5ª Edição. p. 1841-1858.</p>
25	D) Anemia falciforme, sem risco para o bebê.	<p>As pessoas que apresentam risco de gerar filhos com síndromes falciformes têm o direito de serem informadas, através do aconselhamento genético, a respeito dos aspectos hereditários e demais conotações clínicas dessas doenças. Sabemos que a anemia falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil. A causa da doença é uma mutação de ponto (GAG-&gt;GTG) no gene da globina beta da hemoglobina, originando uma hemoglobina anormal, denominada hemoglobina S (HbS), ao invés da hemoglobina normal denominada hemoglobina A (HbA). Esta mutação leva à substituição de um ácido glutâmico por uma valina na posição 6 da cadeia beta, com conseqüente modificação físico-química na molécula da hemoglobina. Em determinadas situações, essas moléculas podem sofrer polimerização, com falcação das hemácias, ocasionando encurtamento da vida média dos glóbulos vermelhos, fenômenos de vasoclusão e episódios de dor e lesão de órgãos. Em geral, os pais são portadores assintomáticos de um único gene afetado (heterozigotos), produzindo HbA e HbS (AS), transmitindo cada um deles o gene alterado para a criança, que assim recebe o gene anormal em dose dupla (homozigoto SS). No caso em questão, o pai é Homozigoto SS e a mãe é homozigota AA, o que faz com o que o bebê seja heterozigoto AS, não desenvolvendo a doença, sendo apenas portador assintomático.</p>	<p>- BRASIL. Ministério da Saúde. Doença Falciforme, Diretrizes Básicas e Cuidados da Linha de Cuidado, 2015. Disponível em: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf</a>.</p> <p>- GOLDMAN, L et al. Goldman &amp; Cecil – Medicina. 26a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,</p>
26	B) Carga viral (HIV RNA PCR).	<p>O estágio I da classificação de Fiebig é caracterizado pela positividade do RNA viral, não sendo qualquer outro teste reagente. A duração desse estágio é do décimo ao décimo sétimo dia após a contaminação.</p> <p>O imunoenensaio de terceira geração torna-se positivo a partir do estágio III/IV de Fiebig, do vigésimo ao vigésimo quinto dia após a contaminação.</p> <p>A antígenoemia p24 torna-se positiva a partir do estágio II de Fiebig, do décimo quinto ao vigésimo dia após a contaminação.</p> <p>O teste Western blot tem positividade mais tardia, a partir de 30 dias ou estágio V de Fiebig, não sendo indicado para diagnóstico .</p>	<p>1. MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV 3ª EDIÇÃO <a href="http://www.pncq.org.br/uploads/2016/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf">http://www.pncq.org.br/uploads/2016/manual_tecnico_hiv_2016_final_25_07_pdf_54115.pdf</a></p> <p>2. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. Brasília 2013. Atualizado em 2015. <a href="http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf">http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf</a></p> <p>3. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA ANTIRRETROVIRAL PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV. Brasília – DF Julho de 2015 <a href="http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_final_22_03_2017_pdf_75335.pdf">http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58168/pcdt_pep_final_22_03_2017_pdf_75335.pdf</a></p>
27	C) Capacidade total de ligação do ferro (TIBC).	<p>Na hemocromatose o ferro sérico encontra-se frequentemente elevado. Além disso, a ferritina, que representa o estoque de ferro, encontra-se aumentada. A capacidade total de ligação do ferro (TIBC) é uma medida indireta da transferrina circulante. Em 100 mL de soro há transferrina suficiente para se ligar a 250-450 µg de ferro. Como a concentração normal de ferro no soro é de cerca de 100 µg/L, normalmente a transferrina está saturada em 1/3 de sua capacidade total. Adicionando-se um excesso de ferro, os sítios não ocupados (UIBC = transferrina não saturada ou capacidade latente de ocupação da transferrina) serão preenchidos e medidos. A soma do UIBC com o ferro sérico medido representa o TIBC. Na deficiência de ferro há um aumento na síntese de transferrina, cuja capacidade de ligação estará elevada. Havendo diminuição da síntese de transferrina, como acontece na vigência de um processo inflamatório, ou aumento do ferro circulante, como na hemocromatose, o TIBC estará reduzido. O índice de saturação da transferrina é o teste isolado mais sensível para a identificação fenotípica de homozigotos para hemocromatose hereditária (HH). É calculado a partir do quociente entre o ferro sérico e a capacidade total de ligação do ferro, multiplicado por 100. Seu valor normal situa-se entre 30% e 40%, sendo geralmente maior que 60% nos homens e maior que 50% nas mulheres com HH clínica. É um índice mais estável do que o ferro sérico e se altera mais precocemente, já que frequentemente se eleva quando tais pacientes encontram-se na adolescência.</p>	<p>- GROTTI, H. Z. W. Diagnóstico laboratorial da deficiência de ferro. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. v. 32 (suppl 2), Jun 2010. <a href="https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000046">https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000046</a>.</p> <p>- ERICHSEN, ES; VIANA, LG; FARIA, RMD; SANTOS, SM. Medicina Laboratorial para o clínico. 1ª ed. Porto Alegre: COOPMED, 2009.</p>

28	D) A detecção de anticorpos contra antígenos autólogos específicos.	<p>A artrite reumatoide é um distúrbio inflamatório crônico de origem autoimune, que pode afetar muitos tecidos e órgãos, mas principalmente acomete as articulações, produzindo sinovite inflamatória proliferativa e não supurativa. Esta enfermidade frequentemente progride para destruição da cartilagem articular e anquilose das articulações. Células T CD4+, linfócitos B ativados e plasmócitos são encontradas no revestimento (sinóvia) inflamado da articulação, e inúmeras citocinas pró-inflamatórias, incluindo IL-1 e TNF, estão presentes no fluido sinovial (articulação). Nessa doença, os autoantígenos estimulam uma reação imunológica autoperpetuante que resulta em dano tecidual crônico e inflamação. Anticorpos contra peptídeos citrulinados (anti-CCP-2) têm sensibilidade de 78% e especificidade de 95% para o diagnóstico da artrite reumatoide. Esses autoanticorpos têm duas vantagens: elevada especificidade e surgimento precoce no curso da enfermidade, particularmente importantes, justamente nas fases precoces da doença, quando as manifestações clínicas podem ainda não ser suficientes para a definição diagnóstica, e a terapêutica apropriada. As demais alternativas, constituem aspectos da imunidade inata, não patognomônicos às doenças autoimunes, apesar do quadro inflamatório ser um componente identificado nestas enfermidades.</p>	<p>- CARVALHO, Marco Antonio P. et al. Reumatologia : diagnóstico e tratamento. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.  - KUMAR, Vinay. et al. Robbins &amp; Cotran Patologia — Bases Patológicas das Doenças. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.  - ABBAS, Abul K. et al. Imunologia Celular e Molecular - 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.</p>
29	A) Granulações tóxicas, corpúsculos de Döhle e vacúolos citoplasmáticos.	<p>Granulações tóxicas, corpúsculos de Döhle e vacúolos citoplasmáticos são achados relacionados à infecção aguda. Granulações tóxicas são granulações anormais no interior dos neutrófilos que indicam uma resposta do sistema imunológico a uma infecção ou inflamação aguda. A presença de granulações tóxicas sugere uma ativação intensa dos neutrófilos em resposta a uma infecção ou inflamação aguda. A granulopoiese constantemente estimulada, como acontece em processos inflamatórios, pode levar à diminuição do estágio inter-mitótico e redução do tempo de maturação das células precursoras, resultando na liberação dos neutrófilos na corrente sanguínea com a granulação primária. Corpúsculos de Döhle: são inclusões basofílicas azuladas no citoplasma dos neutrófilos, que também indicam uma resposta do sistema imunológico a uma infecção ou inflamação. Eles podem ser vistos em situações de estresse hematopoietico, como infecções agudas, inflamação ou após terapia com agentes quimioterápicos. Vacúolos citoplasmáticos são áreas de acúmulo de fluido no citoplasma das células, que podem ser observados em neutrófilos ativados em resposta a estímulos inflamatórios. Os corpos de Heinz são inclusões intracitoplasmáticas de hemoglobina desnaturada, observadas em hemácias, principalmente nos casos de deficiência de G6PD, e não estão associados com quadros de natureza inflamatório-infecciosa. Os corpúsculos de Howell-Jolly são inclusões nucleares puntiformes no interior das hemácias, tipicamente observadas após esplenectomia. As hastes ou bastões de Auer, vistos no interior dos blastos, são achados associados à leucemia mieloide aguda.</p>	<p>- Failace R, Fernandes F. Hemograma: Manual de Interpretação. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 4 de agosto de 2015.</p>
30	B) Antagonista dos receptores muscarínicos, que promove o relaxamento dos músculos lisos das vias respiratórias, resultando em broncodilatação.	<p>Os antagonistas dos receptores muscarínicos são usados no tratamento da DPOC para bloquear a ação da acetilcolina nos músculos lisos das vias respiratórias. Essa ação promove o relaxamento dos músculos lisos e a broncodilatação, o que facilita a passagem do ar pelos pulmões e melhora os sintomas de falta de ar e dificuldades respiratórias. Os antagonistas dos receptores beta-adrenérgicos, conhecidos como beta-agonistas, são utilizados no tratamento da DPOC. No entanto, eles promovem a broncodilatação através da estimulação dos receptores beta-adrenérgicos, resultando no relaxamento dos músculos lisos das vias respiratórias. A vasoconstrição não é um efeito desejado nesse contexto, pois poderia piorar os sintomas do paciente. Os agonistas dos receptores nicotínicos não são comumente utilizados no tratamento da DPOC. Eles estão mais associados ao tratamento da dependência de nicotina. Esses medicamentos não têm efeito na vasodilatação. Os agonistas colinérgicos são usados no tratamento da DPOC para estimular os receptores colinérgicos e promover a broncodilatação. No entanto, eles não têm um efeito direto na produção de muco, vascularização ou troca gasosa. Seu principal mecanismo de ação é relaxar os músculos lisos das vias respiratórias, melhorando o fluxo de ar e aliviando os sintomas de falta de ar e dificuldades respiratórias.</p>	<p>- Golan, David E. Princípios de Farmacologia - A Base Fisiopatológica da Farmacologia, 3ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2014.</p>
31	D) A resposta imune nos indivíduos alérgicos é do tipo Th2, que é a responsável pela indução da secreção de interleucinas produtoras de IgE e pela eosinofilia observada nesses pacientes.	<p>A resposta imune é desencadeada, no caso, a partir de uma resposta de células Th2. Trata-se de uma hipersensibilidade do tipo I, que desencadeia a produção de IgE, desgranulação de mastócitos e liberação de citocinas. É uma doença inflamatória induzida principalmente por uma reação de hipersensibilidade do tipo 1, com envolvimento de linfócitos Th2, mastócitos, basófilos e eosinófilos e aumento do nível sérico de IgE.</p>	<p>- ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 320 .p. ISBN 978-85-352-7110-2.  - ANEWAY, Charles A. et al. Imunobiologia: o sistema imunológico na saúde e na doença. 7. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 616.079 M978i.  - STITES, Daniel P.; TERR, Abba. I.; PARSLOW, Tristan G. Imunologia médica. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 616.079 S862i 2004.</p>
32	C) Ruptura traumática da aorta.	<p>A ruptura traumática da aorta é uma causa comum de morte súbita após colisão de veículo ou queda de grande altura. Os sobreviventes dessas lesões freqüentemente se recuperam se a ruptura aórtica for prontamente identificada e tratada rapidamente. Aqueles pacientes com maior chance de sobrevivência tendem a ter uma laceração incompleta próxima do ligamento arterioso da aorta. A continuidade é mantida por uma camada adventícia intacta ou hematoma mediastinal contido, evitando exsanguinação imediata e morte. O sangue pode escapar para o mediastino, mas uma característica compartilhada por todos os sobreviventes é que eles têm um hematoma contido. A hipotensão persistente ou recorrente geralmente ocorre devido a um local de sangramento separado e não identificado. Embora a ruptura livre de uma aorta seccionada para o lado esquerdo do tórax ocorra e possa causar hipotensão, geralmente é fatal, a menos que a equipe de trauma possa repará-la em alguns minutos. Sinais e sintomas específicos de ruptura traumática da aorta estão freqüentemente ausentes. Mantenha um alto índice de suspeita motivado por uma história de força de desaceleração e seus achados característicos na radiografia de tórax e avalie o paciente melhor. Outros sinais radiográficos de lesão contusa da aorta incluem: • Alargamento do mediastino • Obliteração do botão aórtico • Desvio da traqueia para a direita • Depressão do brônquio principal esquerdo • Elevação do brônquio principal direito • Obliteração do espaço entre a artéria pulmonar e aorta (obscurecimento da janela aortopulmonar) • Desvio do esôfago (tubo nasogástrico) para a direita • Faixa paratraqueal alargada • Interfaces paraespinhais alargadas • Presença de tampa pleural ou apical • Hemotórax esquerdo • Fraturas da primeira ou segunda costela ou escápula .</p>	<p>- Advanced trauma life support. Copyright© 2018 American College of Surgeons 633 N. Saint Clair Street Chicago, IL 60611-3211.</p>

33	D) O uso de espermatozoides e óvulos de doadores requer o consentimento informado e a abordagem das implicações éticas e legais, como a anonimidade dos doadores e os direitos futuros das crianças nascidas a partir desses gametas.	<p>O consentimento informado é mandatório para garantir que os pacientes estejam plenamente cientes dos procedimentos, riscos e implicações éticas, como a anonimidade dos doadores e os direitos das crianças nascidas a partir desses gametas. A discussão sobre o uso de gametas de doadores deve ser transparente e incluir todas as possíveis consequências legais e éticas, para que os pacientes possam tomar uma decisão informada.</p> <p>O consentimento informado é, portanto, sempre necessário para muitos procedimentos médicos, especialmente para aqueles que envolvem técnicas complexas e potencialmente controversas, como a fertilização assistida.</p> <p>A seleção de embriões com base em características genéticas, como sexo, é uma prática altamente controversa e legalmente restrita em muitos países, não sendo eticamente aceita de maneira universal. Apesar da FIV ser amplamente aceita, os aspectos éticos não devem ser ignorados, pois envolvem questões importantes relacionadas à manipulação de embriões e ao consentimento dos envolvidos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the ethical use of assisted reproductive technology. Geneva: WHO; 2017.</li> <li>2. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Ethical considerations of assisted reproductive technologies. Fertil Steril. 2018;110(7):1027-1045. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.027.</li> <li>3. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Planned oocyte cryopreservation for women seeking to preserve future reproductive potential: an Ethics Committee opinion. Fertil Steril. 2018;110(6):1022-1028. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.08.027</li> <li>4. Brazilian Federal Council of Medicine (CFM). Resolução CFM nº 2.168/2017: Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida. Brasília: CFM; 2017.</li> </ol>
34	B) Leucemia linfocítica crônica (LLC); acúmulo de linfócitos B maduros, mas funcionalmente incompetentes.	<p>A paciente apresenta um conjunto de sinais e sintomas típicos de neoplasia hematológica. Fadiga, perda de peso, febre noturna e linfadenopatia são manifestações frequentes em diversas neoplasias hematológicas. Os exames laboratoriais mostram anemia normocítica normocrômica, leucocitose com predominância de linfócitos, e trombocitopenia, sendo indicativos de uma condição em que há uma proliferação anômala de células sanguíneas.</p> <p><b>Leucemia linfocítica crônica (LLC):</b> É uma neoplasia hematológica comum em idosos, caracterizada pela proliferação de linfócitos B maduros, mas incompetentes, resultando em linfocitose. A linfadenopatia, anemia e trombocitopenia são características associadas. Os pacientes podem apresentar fadiga, perda de peso e febre.</p> <p><b>Anemia aplástica:</b> É caracterizada por pancitopenia (anemia, leucopenia e trombocitopenia) devida à falência da medula óssea, geralmente sem linfadenopatia significativa.</p> <p><b>Linfoma de Hodgkin:</b> Caracterizado pela presença de células de Reed-Sternberg ao exame histológico, e sintomas como febre, suores noturnos e perda de peso. No entanto, a leucocitose linfocítica não é uma característica marcante.</p> <p><b>Mieloma múltiplo:</b> Caracterizado pela proliferação de plasmócitos e produção de proteínas monoclonais, geralmente apresentando sintomas ósseos, hipercalcemia, e insuficiência renal. Não é frequente a linfadenopatia generalizada ou a leucocitose linfocítica.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.</li> <li>2. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.</li> <li>3. Henson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68. doi: 10.1200/JCO.2013.54.8800.</li> </ol>
35	B) Aumento da pressão de enchimento ventricular, taquicardia persistente e aumento da pré-carga.	<p>A insuficiência cardíaca é uma das complicações mais conhecidas do hipertireoidismo, sendo classicamente descrita como insuficiência cardíaca de alto débito em função das alterações hemodinâmicas e adrenérgicas que contribuem para o surgimento dessa condição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heart failure and thyroid dysfunction, Mechanisms in Endocrinology, European Journal of Endocrinology (2012) 167 609–618 ISSN 0804-4643.</li> <li>- Tratado de Fisiologia Médica – Guyton e Hall, Capítulo 22, página 161.</li> <li>- Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, vol.51 no.9 São Paulo Dec. 2007. Cardiomiopatia dilatada reversível relacionada a hipertireoidismo. Autores: Luiz Eduardo A. Wildemberg; Luciana Lopes de Sousa; Lara P. Monteiro da Fonseca; Marcus V. Leitão de Souza.</li> </ul>
36	C) Encefalocele.	<p>Encefalocele é um defeito congênito do tubo neural, sendo a malformação na região da linha média occipital mais comum. Caracteriza-se por defeito ósseo e da dura mater, com extravasamento do conteúdo craniano, resultando em uma tumoração com diferentes diâmetros. A neuroimagem é parte importante do diagnóstico desta anomalia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Markovic I, Bosnjakovic P, Milenkovic Z. Occipital Encephalocele: Cause, Incidence, Neuroimaging and Surgical Management. Curr Pediatr Rev. 2020;16(3):200-205. doi: 10.2174/1573396315666191018161535.</li> </ul>
37	B) Hipersensibilidade do tipo IV ou tardia.	<p>A hipersensibilidade do tipo IV está envolvida na patogênese de muitas doenças autoimunes e infecciosas (tuberculose, hanseníase, blastomicose, histoplasmose, toxoplasmose, leishmaniose, etc.) e na formação de granulomas secundários a infecções e antígenos estranhos. Uma outra forma de hipersensibilidade tardia é a dermatite de contato (por agentes químicos, metais pesados, etc.), onde as lesões são mais papulares. A hipersensibilidade do tipo II também é conhecida como hipersensibilidade citotóxica e pode afetar uma variedade de órgãos e tecidos. Os antígenos são normalmente endógenos, embora agentes químicos exógenos (haptenos) possam ligar-se a membranas celulares e também desencadear a hipersensibilidade do tipo II. Anemia hemolítica induzida por drogas, granulocitopenia e trombocitopenia são exemplos. O tempo de reação é de minutos a horas. A hipersensibilidade do tipo II é primariamente mediada por anticorpos das classes IgM ou IgG e complemento. A hipersensibilidade do tipo III é também conhecida como hipersensibilidade por imune complexo. A reação pode ser sistêmica (ex. doença do soro) ou envolver órgãos individuais, incluindo pele (ex. lúpus eritematoso sistêmico, reação de Arthus), rins (ex. nefrite do lúpus), pulmões (ex. aspergilose), vasos sanguíneos (ex. poliarterite), articulações (ex. artrite reumatoide) ou outros órgãos. Esta reação pode ser o mecanismo patogênico de doenças causadas por muitos microrganismos. A hipersensibilidade do tipo I é também conhecida como imediata ou hipersensibilidade anafilática. A reação pode envolver pele (urticária e eczema), olhos (conjuntivite), nasofaringe (rinite), tecidos broncopulmonares (asma) e trato gastrointestinal (gastroenterite). A reação pode causar uma variedade de sintomas, que podem ser mínimos, ou muito graves, podendo até determinar o óbito. A reação mais comumente ocorre 15 - 30 minutos após a exposição ao antígeno, podendo ter início mais demorado (10 - 12 horas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azulay, Ruben David. Dermatologia 7ª edição, 2017</li> <li>- Belda Jr., Walter. Tratado de Dermatologia 2ª edição, 2014</li> </ul>

38	D) Hanseníase virchowiana. Tratamento: rifampicina, dapsona e clofazimina por 12 meses.	Na hanseníase virchowiana, as manifestações cutâneas e neurológicas, bem como os resultados da baciloscopia, são completamente opostas às da forma tuberculoide, situando-se no polo oposto do espectro clínico da doença. Essa forma ocorre em indivíduos que não conseguem ativar adequadamente a imunidade celular específica contra Mycobacterium leprae, resultando em intensa multiplicação dos bacilos, que são facilmente detectáveis tanto na baciloscopia quanto na biópsia cutânea. Apesar da ativação da imunidade humoral e produção de anticorpos específicos contra o bacilo, esses anticorpos não conseguem impedir o aumento progressivo da carga bacilar. A hanseníase virchowiana é caracterizada por infiltração difusa, especialmente na pele e nos nervos periféricos, além de afetar linfonodos, fígado, baço, testículos e medula óssea. A Poliquimioterapia (PQT) é o esquema de primeira linha para o tratamento da hanseníase, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1982 e adotado no Brasil como o único esquema terapêutico desde o início da década de 1990. Este tratamento consiste na combinação de três antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina. Desde 2018, a OMS passou a recomendar o uso dos três medicamentos para o tratamento de todos os casos de hanseníase, independentemente da classificação operacional. O tratamento deve consistir em seis doses mensais para os casos paucibacilares (PB) e 12 doses mensais para os casos multibacilares (MB).	- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il. - TORTORA, G. J.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. Microbiologia. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 964 p. - MURRAY, Patrick R.; MURRAY, Patrick R; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, Michael A. Microbiologia médica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 513 p.
39	B) Síndrome metabólica.	O quadro de síndrome metabólica é caracterizado na presença de pelo menos 3 (três) dos seguintes critérios: 1. Obesidade Abdominal: Cintura até 102 cm em homens e 88 cm em Mulheres. 2. Hipertrigliceridemia $\geq$ 150 mg/dl. 3. HDL Colesterol Baixo: 40 mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres. 4. Pressão Arterial Elevada: $\geq$ 130/85 mmHg. 5. Glicemia de Jejum Elevada: $\geq$ 110 mg/dL. No caso, o paciente se enquadra em todos os critérios acima. As informações apresentadas não permitem definir os quadros de doença renal crônica, aterosclerose e diabetes do tipo 1.	- MARSHALL, William J. Ph. D. et al. (Ed.). Bioquímica clínica: aspectos clínicos metabólicos. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, c2016. 961 p. ISBN 9788535282764. - TOY, Eugene C. et al. Casos clínicos em bioquímica. 3. ed. Porto Alegre, RS: AMGH, 2016. ISBN 9788580555752. E-book. - PEREIRA, C. A. BIOQUÍMICA em casos clínicos. 1ª. ed. Lavras: Editora UFLA, 2024. v. 1. 421p. - FALUDI AA, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia - Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. Arq Bras Cardiol 2017;109(2 supl. 1):1 76. doi: 10.5935/abc.20170121 - ABESO. Obesidade e Síndrome Metabólica. Disponível em: Obesidade e Síndrome Metabólica - Abeso. Acesso em: 16 abr. 2022.
40	D) Artéria cerebral média esquerda.	A artéria cerebral média é responsável pela vascularização do território fronto-parietal, exceto a região medial do encéfalo, que recebe nutrição da artéria cerebral anterior. O déficit motor em hemisfério contralateral deve-se ao cruzamento das fibras motoras na decussação piramidal.	- Gardner Ernest. Anatomia - Estudo Regional do Corpo Humano. 4 edição. Pag 594.
41	D) Manter conduta expectante.	A indicação do tratamento é individualizada e leva em consideração inúmeros fatores, como: sintomas, idade da paciente, número, tamanho e localização dos miomas, expectativa em relação ao futuro reprodutivo e desejo de preservar o útero, tratamentos prévios, além da coexistência de outras doenças. Habitualmente, as pacientes assintomáticas ou oligossintomáticas devem ser apenas acompanhadas clínica e ultrassonograficamente, para monitorar o surgimento de queixas, além do volume e crescimento dos miomas.	MATOS, MS, et al. Manual de Ginecologia Salvador. EBMS/ FBDC. 2017. TRATADO DE GINECOLOGIA FEBRASGO, 1ª ED. (2018).
42	C) Aborto incompleto.	O quadro clínico é compatível com abortamento. Sangramento ativo e colo aberto com eliminação de restos, são indicativos de aborto incompleto. Aborto incompleto é também uma gravidez inviável. Não há dados ou sinais de aborto séptico.	Rotinas em ginecologia, 7ª edição, Artmed 2017, pag 98,99,100.
43	C) Examinar e tratar possíveis lesões do canal vaginal e do corpo, fazer profilaxia para infecção sexualmente transmissível/contracepção de emergência e encaminhar para seguimento com equipe multiprofissional.	O atendimento da pessoa em situação de violência nos serviços de saúde dispensa a apresentação de Boletim de Ocorrência (BO). São etapas do atendimento: acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, IST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, e seguimento ambulatorial.	NORMA TÉCNICA ATENÇÃO HUMANIZADA ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL COM REGISTRO DE INFORMAÇÕES E COLETA DE VESTÍGIOS, 1ª Edição. Brasília – DF, 2015.
44	C) Conização.	Mulher jovem com colpoicitologia revelando adenocarcinoma “in situ” terá indicação de conização, uma vez que a colposcopia não mostrou alteração sugestiva de invasão e a junção escamo-colunar foi observada em sua totalidade (satisfatória). Nesse caso não é recomendada a avaliação endometrial (com ultrassonografia e/ou estudo anatomopatológico), pois a paciente tem menos de 35 anos e a investigação endometrial deverá ser realizada na ocorrência de sangramento uterino anormal (o que não é o caso). Quando o resultado de adenocarcinoma “in situ” é dado na histologia da conização, fica indicada a histerectomia simples, exceto nas pacientes com prole incompleta. Na eventualidade de margens comprometidas na conização, e com prole completa, um novo cone deverá ser realizado, sempre que possível, para excluir doença invasiva.	Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo Uterino. Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer. 2011.
45	C) TSH, prolactina, LH, FSH, estradiol, testosterona total, beta HCG.	Diante de quadro de irregularidade menstrual deve-se excluir disfunções tireoideanas, hiperprolactinemia, hipogonadismo e gestação como avaliação inicial. A dosagem do cortisol basal é usada para diagnóstico da insuficiência adrenal, que pode cursar com irregularidade menstrual, porém com perda de peso, hipotensão, diarreia, hiporexia.	Diagnosis and management of polycystic ovarian syndrome. CMAJ   January 29, 2024   Volume 196   Issue 3. NEVES, E. M.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. Endocrinologia Feminina e Andrologia (2ª edição, Guanabara Koogan). Irregularidade Menstrual   Da menarca ao Climatério (cap 13).
46	D) Solicitar colposcopia.	O rastreamento do câncer de colo uterino deve ser feito pela colpoicitologia oncótica. A colpoicitologia visa estudar as células da ectocérvice (células escamosas) e as células da endocérvice (metaplásicas e glandulares). Um resultado compatível com ASCUS (células escamosas atípicas de significado indeterminado) deve ser acompanhado com novo exame em 6 meses em mulheres com mais de 30 anos. Neste novo exame, caso persistam células escamosas atípicas, estará indicada a colposcopia.	BRASIL. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

47	B) Cariótipo.	<p>Uma boa anamnese e cauteloso exame físico são fundamentais para investigação etiológica da puberdade tardia, já que o diagnóstico é predominantemente clínico. Puberdade tardia é definida pela ausência de sinais de maturação sexual em uma idade cronológica que está a 2-2,5 desvios-padrões acima da média da idade do início da puberdade na população geral. Ocorre em cerca de 2% das meninas e é caracterizada pela ausência do botão mamário (Tanner 2) aos 13 anos ou mais, ou quando decorrem mais de 4 anos entre o início da telarca e o surgimento da menarca. O comprometimento do processo de reativação do eixo hipotálamo-hipófise gonadal (HHG) acarreta desde atraso no desenvolvimento puberal até total incapacidade do alcance da maturação sexual. Pode ocorrer também um comprometimento na capacidade de produção hormonal pelos ovários. Essas alterações vão levar a um desfecho comum que se caracteriza pela ausência do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (CSS). No caso apresentado, temos um hipogonadismo hipergonadotrófico, onde a etiologia muitas vezes passa despercebida pela não ocorrência de um quadro sindrômico (pescoço alado, cúbito valgo e implantação baixa do cabelo) que reforçaria o diagnóstico de síndrome de Turner.</p> <p>A síndrome de Turner é uma doença genética que acomete pessoas do sexo feminino, 1/2.500 nascidos vivos, definida por uma ausência completa ou parcial do segundo cromossoma X, acompanhada por uma combinação de aspectos fenotípicos característicos, que incluem a presença de baixa estatura, pescoço alado (Pterygium colli - excesso de pele e tecidos moles na região cervical posterior), infantilismo sexual, disgenesia ovariana e malformações. As meninas, às vezes, apresentam apenas baixa estatura como única manifestação e se o cariótipo não for realizado, o diagnóstico não é conclusivo, perdendo a oportunidade de tratamento.</p> <p>O tratamento baseia-se, principalmente, na reposição hormonal com estrógenos e na administração de hormônio de crescimento, bem como no manejo das potenciais complicações (alterações cardiovasculares, hipotireoidismo, deficiência auditiva). No quadro apresentado, a menina não possui desenvolvimento secundário por ineficácia ovariana não responsiva à ação das gonadotropinas, inclusive os pelos axilares e pubianos são raros, sugerindo um sinergismo entre o estrogênio ao nível periférico e os andrógenos adrenais. O cariótipo seria 45, X.</p> <p>A ressonância magnética de crânio deve ser solicitada se os sintomas ou sinais neurológicos associados sugerirem processo central ou se a avaliação laboratorial for consistente com doença hipotálamo-hipofisária. Em relação às dosagens hormonais, inicia-se a avaliação com as dosagens de FSH, LH e estradiol sérico, distinguindo, principalmente por meio de FSH, a causa ovariana da central. Dosagens de prolactina, TSH e T4 livre devem ser realizadas para descartar casos de hiperprolactinemia e hipotireoidismo e estão mais relacionados a efeito em nível central e não periférico.</p>	<p>BEREK, Jonathan S. Berek &amp; Novak: tratado de Ginecologia. 16.ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021.</p> <p>FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Puberdades normal, precoce e tardia. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 92/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto-Puberal).</p> <p>FERNANDES, Cesar Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva; SILVA FILHO, de Agnaldo Lopes; POMPEI, Luciano de Melo; MACHADO, Rogério Bonassi e PODGAEC, Sergio Tratado de Febrasgo de ginecologia Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.</p> <p>WANDERLEY, Carla A.P et al. Desenvolvimento sexual e cognitivo das portadoras da síndrome de Turner: Sexual and cognitive development of Turner's syndrome porters. Ciênc. cogn., Rio de Janeiro , v. 2, p. 61-74, jul. 2004.</p> <p>Disponível em: &lt;<a href="http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-58212004000200007&amp;lng=pt&amp;nrm=iso">http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1806-58212004000200007&amp;lng=pt&amp;nrm=iso</a>&gt;. acessos em 29 maio 2023.</p>
48	B) Administração de sulfato de magnésio.	<p>O sulfato de magnésio é o tratamento de escolha para as convulsões eclâmpticas e também serve como profilaxia contra futuras convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia. O mecanismo pelo qual o sulfato de magnésio exerce seu efeito não é completamente compreendido, mas é conhecido por atuar como um depressor do sistema nervoso central e um vasodilatador, além de possuir propriedades anticonvulsivantes.</p> <p>A administração de benzodiazepínico não é a primeira linha de tratamento no contexto de eclâmpsia. Embora os benzodiazepínicos possam ser usados no manejo de convulsões agudas em outros contextos, na eclâmpsia, o sulfato de magnésio é preferível por sua eficácia comprovada e perfil de segurança na gestação.</p> <p>A fenitoína é um anticonvulsivante que pode ser considerado em outras condições convulsivas, mas não é o tratamento de escolha para eclâmpsia, onde o sulfato de magnésio demonstrou maior eficácia.</p> <p>A cesariana não é recomendada como ação imediata, sem antes estabilizar a mãe. Embora o parto (geralmente por cesariana) seja o único tratamento definitivo para a eclâmpsia a fim de prevenir futuras convulsões e melhorar os resultados materno-fetais, é crítico estabilizar inicialmente a gestante com sulfato de magnésio para evitar mais convulsões e controlar a pressão arterial antes de proceder com a entrega.</p>	<p>Zugaib M, Vieira RP. Obstetrícia. Editora Manole Saúde; 4ª edição. 30 de agosto de 2019.</p> <p>Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA, Passos EP, Freitas F. Rotinas em Obstetrícia. Porto Alegre: Artmed; 2017.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.</p>
49	B) Manter espiramicina, encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco para, na impossibilidade de realizar amniocentese, substituir a espiramicina por sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, o que deve ser mantido até o parto.	<p>Segundo o Manual de Gestação de Alto Risco, do Ministério da Saúde (2022), a sorologia com IgM e IgG reagentes deve ser interpretada como infecção aguda com indicação de início imediato de tratamento. Em gestações com idade gestacional <math>\leq</math> 16 semanas, inicia-se o tratamento com espiramicina e deve ser solicitado o teste de avidéz, se possível na mesma amostra sanguínea que detectou IgM e IgG. (O teste de avidéz avalia a ligação dos anticorpos IgG aos antígenos do <i>Toxoplasma gondii</i>.)</p> <p>Caso o resultado do teste em gestação com idade gestacional abaixo de 16 semanas seja alta avidéz, descarta-se que a infecção tenha ocorrido na gestação em curso, suspende-se a espiramicina e a gestante é mantida no pré-natal de risco habitual. Entretanto, se a avidéz for intermediária ou baixa, considera-se infecção aguda, mantém-se a espiramicina e encaminha-se a gestante para serviço de referência em gestação de alto risco para acompanhamento.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de gestação de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.</p> <p>Disponível em: <a href="https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf">https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf</a>. Acesso em 15 ago 2023.</p>
50	B) Acompanhar a paciente e tranquilizar os familiares, pois o restante do desenvolvimento puberal provavelmente se dará na idade normal.	<p>O desenvolvimento puberal prematuro pode resultar de diversas etiologias. A maioria das meninas submetidas à investigação para puberdade precoce apresenta desenvolvimento puberal normal, que apenas iniciou-se antes do período-padrão e não se origina em patologia subjacente. O caso descrito retrata um quadro de telarca precoce isolada, ou seja, apenas o desenvolvimento puberal precoce de tecido mamário. A telarca precoce é um diagnóstico de exclusão e a investigação para puberdade precoce nessas meninas revela idade óssea compatível com a cronológica, bem como níveis normais de FSH e LH, normais ou níveis discretamente elevados de estradiol, exame ultrassonográfico sem cistos ou tumores ovarianos que possam estar secretando precocemente o hormônio estradiol. O tratamento consiste em vigilância cuidadosa e tranquilização da paciente e sua família de que o restante do desenvolvimento puberal ocorrerá na idade normal.</p>	<p>CUNNINGHAM, G. Ginecologia de Williams. 2ª Edição. Editora: McGrawHill, 2014.</p>

51	D) Orientar sobre vacinações previstas na Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde), solicitar controle da hemoglobina glicada (HGT) e encaminhar a gestante para pré-natal de alto risco, já que trata-se de diabetes mellitus prévio diagnosticado na gestação.	Segundo o Manual para Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil, o quadro apresentado corresponde a um diabetes Mellitus diagnosticado na gestação e deve ser acompanhado em pré-natal especializado (atenção secundária ou terciária).	<a href="https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Rastreamento-Diabetes.pdf">https://www.febrasgo.org.br/images/pec/CNE_pdfs/Rastreamento-Diabetes.pdf</a> .
52	B) Inserção de DIU de cobre.	Trata-se de uma adolescente em situação de rua, população que por sua vulnerabilidade necessita usar método contraceptivo de longa duração, que apresente alta eficácia e não dependa da ação da usuária para manter sua eficácia. O DIU de cobre preenche esses requisitos e pode ser inserido em até 48 horas de pós-parto, desde que não haja infecção puerperal. No caso apresentado não estão presentes os critérios necessários para a realização de esterilização definitiva (laqueadura tubária): idade maior ou igual a 25 anos ou 2 filhos vivos. O uso de métodos hormonais combinados (contraceptivo injetável mensal) está contraindicado até 6 semanas do pós-parto, pelo risco aumentado de eventos tromboembólicos. Contraceptivo oral de progesterona não é um método de longa duração.	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Série orientações e recomendações: Contracepção reversível de longa ação. – São Paulo: FEBRASGO, nov. 2016. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
53	D) Rotura uterina; abordagem cirúrgica imediata.	O trauma abdominal é uma importante causa de rotura uterina pré-parto. O quadro apresentado retrata uma situação clássica de rotura uterina devida a trauma com desaceleração pelo impacto da colisão carro contra carro em alta velocidade. Observa-se a presença de enfisema subcutâneo, alteração da vitalidade fetal, sendo possível a palpação de partes fetais no abdome. A subida da apresentação fetal é um sinal de rotura uterina. O maior fator de risco para rotura uterina é a presença de cicatriz uterina e o antecedente de cesárea. Outras causas incluem antecedentes de curetagem uterina com perfuração, miomectomia, acretismo placentário, anomalias uterinas, hiperdistensão uterina, uso inapropriado de ocitocina, parto taquíótico ("parto a jato"). As demais alternativas apresentadas não se coadunam com a situação descrita.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
54	D) Internamento, hidratação e administração de ceftriaxona, doxiciclina e metronidazol, considerando investigação pélvica de abscesso tubo-ovariano.	Os critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP, incluem os critérios maiores e gravidade do caso, sendo recomendado assim o uso de ceftriaxona, doxiciclina e metronidazol.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
55	D) Teratoma maduro.	Os tumores de células germinativas são responsáveis por 15 a 20% dos tumores ovarianos. O teratoma é o tumor germinativo mais comum na adolescência. A transformação maligna ocorre em 1% dos casos. A conduta terapêutica deve ser a retirada do tumor com preservação do ovário sempre que possível.	MATOS, MS, et al. Manual de Ginecologia. Salvador. EBMS/FBDC. 2017.
56	C) Estrógeno transdérmico.	A terapia hormonal é considerada o tratamento mais eficaz para os sintomas vasomotores decorrentes da falência ovariana, e os benefícios superam os riscos para a maioria das mulheres sintomáticas com menos de 60 anos de idade ou dentro do período de 10 anos da pós-menopausa. A via transdérmica é recomendada pelo aumento do risco de doença cardiovascular e tromboembolismo venoso, complicação que pode levar ao óbito e que está associada à reposição de estrogênios e progesterona. Há um risco da reposição hormonal com a via oral. A terapia estrogênica isolada é empregada em mulheres histerectomizadas. A adição do progestagênio para pacientes com útero é necessária para proteção endometrial. Na via oral, os níveis hepáticos elevados de estrogênios ativam algumas vias metabólicas, resultando no aumento da globulina carreadora dos hormônios sexuais (SHBG), o que pode reduzir níveis séricos das frações livres do androgênio (Goodman, 2012; Sood et al., 2014), assim como há aumento nos valores séricos de triglicérides e da lipoproteína de alta densidade (HDL) e redução da lipoproteína de baixa densidade (LDL) (Sood et al., 2014; Godslund, 2001). Na via transdérmica, apesar da menor potência em relação à elevação da HDL e à diminuição da LDL, o aumento do transporte globulínico não ocorre, podendo até diminuir por mecanismos ainda pouco compreendidos (Wakatsuki et al., 1998).	Tratado de Ginecologia Febrasgo / Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá. pags 1711 e 1728, 1. ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
57	A) Manter o aleitamento materno com uso de máscara pela mãe, cobrindo nariz e boca durante as mamadas.	Por não haver risco de passagem do Mycobacterium tuberculosis pelo leite humano, o aleitamento materno deve ser mantido e estimulado. No entanto, deverão ser adotadas medidas de proteção da transmissão potencial da doença por meio das gotículas do trato respiratório. Nas primeiras 2 semanas da terapia antituberculose, a mãe poderá amamentar seu filho com uso de máscara (cobrindo nariz e boca).	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

58	A) Rotura prematura de membranas ovulares. Iniciar antibioticoprofilaxia após 18 horas de bolsa rota e induzir o parto com misoprostol.	A antibioticoprofilaxia está indicada para início 12 a 18 horas após a rotura da bolsa, e não imediatamente. O índice de Bishop, que orienta a indução do parto, resultante da soma de escores relacionados a cinco fatores - posição do colo uterino, sua consistência, dilatação, apagamento e posição da apresentação do feto - alcança o valor 4 para a paciente, o que é indicativo de indução com misoprostol para favorecer o amadurecimento do colo. Pela ausência de contrações, a paciente não encontra-se ainda em fase ativa de trabalho de parto. A ocitocina está melhor indicada em situações de dilatação cervical com escore de Bishop > 5.	FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
59	D) Cesárea.	A cardiocardiografia fetal mostra desaceleração intraparto tardia (DIP II), indicativa de sofrimento fetal e hipóxia. O partograma mostra parada de progressão do trabalho de parto e desproporção cefalo-pélvica. Há consenso que, na presença de sofrimento fetal, a realização de cesariana é necessária, devendo ser realizada no menor intervalo de tempo, idealmente antes de decorridos 30 minutos da evidência de sofrimento fetal.	Tratado de Obstetrícia da FEBRASGO-2019. Tratado de Obstetrícia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
60	A) Psicose puerperal.	A paciente descrita no caso apresenta comportamento sugestivo de quadro psicótico com comportamento desorganizado, delírio e alucinações. A disforia puerperal, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto têm sido classicamente relacionadas ao pós-parto. A psicose manifesta-se, como sugere o quadro descrito, em cerca de 0,2% das puérperas e configura condição grave, que envolve sintomas psicóticos e afetivos. A psicose puerperal pode afetar diretamente a segurança da mãe e do bebê, pois a mulher com essa condição tem tendência ao suicídio, comportamento hostil e prejudicial com a criança, o que geralmente requer internação hospitalar. A disforia puerperal ocorre em 50% a 85% das mulheres, o quadro é leve e transitório e não requer tratamento. A depressão pós-parto tem prevalência em torno de 13%, pode causar repercussões negativas na interação mãe-bebê, em outros aspectos da vida da mulher e deve ser tratada. Os transtornos ansiosos podem ser exacerbados ou precipitados no pós-parto, especialmente o transtorno de ansiedade generalizada, o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno obsessivo-compulsivo. Nessas situações é comum a menção a manifestações anteriores desses distúrbios.	Cantilino A, et al. / Rev Psiq Clín. 2010;37(6):278-84. Izoton R. G., Cattaneo A., Leite V. T., Castro M. G. de O., Linheiro C. V., Albuquerque S. R. C. de, Souza L. S. C. de, Rodrigues B. C., & Lopes B. A. (2022). Depressão pós-parto e psicose puerperal: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 15(11), e11409.
61	B) Equidade.	Equidade é um princípio do SUS para corrigir a oferta de acesso desigual para os desiguais, isto é, ser capaz de priorizar as pessoas com maior necessidade e maior dificuldade de acesso à atenção à saúde. Acessibilidade não é um princípio do SUS, mas um conceito operacional para organizar o acesso à atenção. Integralidade compreende uma atenção a todas as necessidades em saúde - promoção, prevenção e atenção. Regionalização é um princípio organizativo dirigido à descentralização da gestão dos sistemas locais de saúde e atendimento às especificidades da população de regiões como municípios ou macrorregiões que englobam mais de um município.	BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República. Artigos 196 e 198. Disponível em: <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm</a> . Acesso em 21 jul 2023. BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <a href="https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&amp;text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs">https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&amp;text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para%20correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs</a> . Acesso em 21 jul 2023. PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
62	D) Teste A, pois tem maior sensibilidade do que o teste B.	A sensibilidade é a capacidade do teste diagnóstico em identificar os verdadeiros positivos. Teste mais sensíveis devem ser usados em exames de triagens para que a probabilidade de falso negativo seja baixa. A especificidade é a capacidade do teste em identificar os verdadeiros negativos A relação entre a sensibilidade e a especificidade não é útil para triagem. A relação entre a sensibilidade e a especificidade não é útil para triagem.	Gordis L. Epidemiologia. Editora Revinter. 2004. 2ª Edição. / Gordis L. Epidemiology. Elsevier Science. 2004. Third Edition Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). Epidemiologia. Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição.
63	B) Cirurgia abdominal.	Considerando que a incidência de um agravo, em um determinado local e período, é o número de casos novos do agravo que iniciaram no mesmo local e período dividido pela população exposta ao risco de desenvolver o agravo; podemos calcular a incidência de infecção pós-operatória por setor no biênio 2020-2021 da seguinte forma: • Ortopedia: $5 + 10 / 1200 + 1800 = 15 / 3000 = 0,005$ 5 infecções a cada 1.000 cirurgias • Neurocirurgia: $2 + 1 / 180 + 120 = 3 / 300 = 0,01$ 10 infecções a cada 1.000 cirurgias • Trauma: $30 + 20 / 2.400 + 2.600 = 50 / 5.000 = 0,01$ 10 infecções a cada 1.000 cirurgias • Cirurgia Abdominal: $15 + 15 / 900 + 600 = 30 / 1.500 = 0,02$ 20 infecções a cada 1.000 cirurgias  Sendo assim, a cirurgia abdominal apresentou maior coeficiente de incidência de infecções pós-operatórias no biênio 2020-2021.	MEDRONHO, RA et al. Epidemiologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.
64	D) Trata-se de uma síndrome diarreica aguda, de provável origem viral; prescrever sintomáticos e orientar aumento da ingestão de líquidos. Realizar a notificação do caso para a vigilância em saúde do município.	O quadro clínico é compatível com síndrome diarreica aguda, sem sinais de gravidade (ausência de suspeição de infecções bacterianas ou disenteria) em criança sem sinais de desidratação. A diarreia aguda não é doença de notificação compulsória nacional em vigência de casos isolados, com exceção de situações em que ocorrem suspeitas de surtos. No caso descrito, há possíveis evidências de um surto na escola, devendo o caso ser notificado à vigilância em saúde do município para investigação.	Tratado de medicina de família e comunidade : princípios, formação e prática [recurso eletrônico] / Capítulo 171. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; [coordenação editorial: Lêda Chaves Dias]. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019. 2 v.

65	D) Quando estável clinicamente, o paciente deve ser encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) de referência da regional do paciente, a fim de ser acolhido e confeccionado um Projeto Terapêutico Individual, orientado pelo cuidado global e singular do adolescente com dependência química.	O fluxo de encaminhamento para pacientes menores de 18 anos é o Centro de Atenção Psicossocial Infantil da regional do paciente. Por tratar-se de um morador de rua, pode-se tentar contato com algum familiar pode-se encaminhar o paciente desacompanhado. O seu plano terapêutico deve ser singular e englobar todos os aspectos relacionados à sua saúde mental e física, visando ajudá-lo no enfrentamento do quadro de dependência química. Pacientes adolescentes e dependentes químicos de várias substâncias não têm indicação de alta para domicílio. A internação compulsória é mediada por pedido judicial, o que não ocorre no caso clínico descrito. O paciente não tem indicação de tratamento ambulatorial no momento, pela gravidade da dependência e pelo desamparo social/familiar.	BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços. Diário Oficial da União, Brasília, 20 fev. 2002. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006.
66	A) Notificar caso suspeito de sarampo e indicar bloqueio vacinal seletivo para os pacientes acima de 6 meses em até 72 horas da exposição.	De acordo com o Ministério da Saúde, o caso suspeito de sarampo é aquele que apresentar febre e exantema maculopapular morbiliforme de direção cefalocaudal, acompanhado de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite, independentemente da idade e situação vacinal. Todos os casos (suspeitos ou confirmados) devem ser notificados. A confirmação do caso se dá, apenas, por um dos seguintes critérios: critério laboratorial, critério vínculo epidemiológico (suspeito que teve contato com caso confirmado) e critério clínico (situações de surto de grande magnitude). A vacinação de bloqueio é uma atividade prevista pelo sistema de vigilância epidemiológica em conjunto com a equipe de imunizações, sendo executada quando da ocorrência de um ou mais casos suspeitos da doença. Deve ser realizada no prazo máximo de até 72 horas após o contato com o caso suspeito ou confirmado, a fim de se interromper a cadeia de transmissão e, conseqüentemente, vacinar os não vacinados, a partir dos 6 meses de idade, de maneira seletiva, no menor tempo possível.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
67	D) Os expostos à sílica têm risco 6 vezes maior de desenvolver tuberculose e a eliminação da exposição na população promoveria a redução de 69% dos casos de tuberculose.	A questão aborda a interpretação das medidas de risco, sendo que, o risco relativo (RR) expressa o risco de adoecimento em grupos de expostos e não expostos ao fator em estudo, e o risco atribuível proporcional populacional, expressa a percentagem da doença que poderia ser eliminada com a remoção do fator de risco.	PEREIRA, M. G. Epidemiologia teoria e prática. Ed. Guanabara-Koogan, 2018.
68	B) Coordenação do cuidado.	Coordenação do cuidado denota articulação do sistema. Envolve a continuidade de informação dentro do sistema (nota de alta, acompanhamento na Unidade de Saúde, organização da prescrição) e tem referência e contrarreferência como ferramenta essencial para a coordenação ( encaminhamento para oftalmologista).	Tratado de medicina de Família e Comunidade, 2edição, 2019, página 32.
69	A) Febre amarela.	A febre amarela é uma doença infecciosa grave, causada por vírus e transmitida por vetores. O tempo de incubação, ainda que variável, é, na maioria dos casos, de 3-6 dias. As primeiras manifestações da doença são repentinas: febre alta, calafrios, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, náuseas e vômitos por cerca de três dias. Em formas graves podem ocorrer insuficiências hepática e renal, icterícia, manifestações hemorrágicas e cansaço intenso. A região amazônica é área endêmica. A febre maculosa é uma doença infecciosa, febril aguda, de gravidade variável, causada por uma bactéria do gênero Rickettsia, transmitida pela picada do carrapato. A forma grave tem elevada taxa de letalidade. Tem como sintomas febre, dor muscular, lesões cutâneas e cefaleia. A região amazônica não é área endêmica. A febre de Marburg é um tipo de febre hemorrágica grave causada pelo vírus de Marburg, que na forma grave pode levar ao óbito. Os primeiros sintomas da doença são dores musculares, dor de cabeça e conjuntivite, seguidos por dor de garganta, vômitos, diarreia, erupções cutâneas e sangramento. A região amazônica não é área endêmica. A febre tifoide é uma doença bacteriana aguda, causada pela Salmonella typhi. A doença está diretamente associada a baixos níveis socioeconômicos, principalmente em regiões com precárias condições de saneamento básico, higiene pessoal e ambiental. A Febre Tifoide não apresenta sazonalidade ou outras alterações cíclicas, assim como distribuição geográfica, que tenham importância prática. Em áreas endêmicas, acomete com maior frequência em indivíduos de 15 a 45 anos e a taxa de ataque diminui com a idade. Os principais sintomas são: febre alta, cefaleia, mal-estar geral, falta de apetite, retardamento do ritmo cardíaco, aumento do volume do baço, manchas rosadas no tronco, prisão de ventre ou diarreia, tosse seca.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Manual de manejo clínico da febre amarela [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
70	C) Individualizar e compartilhar a decisão frente aos riscos e benefícios associados ao rastreamento.	O Ministério da Saúde, em consonância com a OMS e com as evidências científicas disponíveis, recomenda que homens que procurem espontaneamente o serviço de saúde para a realização do rastreamento de câncer de próstata devem ser informados sobre os riscos e benefícios, para posterior definição sobre a realização ou não dos exames em conjunto com a equipe de saúde.	BRASIL. Portaria nº 498, de 11 de maio de 2016. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição 90, pg.140, 12 mai. 2016. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer de próstata - versão para Profissionais de Saúde. Disponível em: <a href="https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude">https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata/profissional-de-saude</a> .

71	A) Preencher ficha de notificação compulsória de violência contra o idoso, enviando-a para o Conselho Municipal da Pessoa Idosa, notificando o caso às autoridades competentes.	A situação descreve uma situação de violência contra o idoso - a negligência, caracterizada como a recusa ou omissão de cuidados por seus responsáveis. No caso, a idosa sofreu queda e apresentou dor intensa, deformidade em membro inferior direito e quadril, com o surgimento de incapacidade para deambular, o que, considerando a sua osteoporose avançada, provavelmente trata-se de fraturas – situação que demanda atendimento médico com urgência, o que foi recusado pelo filho e nora da paciente. Com a persistência dos sintomas e da incapacidade, o quadro indica a necessidade de avaliação médica com brevidade, o que também não foi provido pelos responsáveis. Conforme a lei nº 10.741, que dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo 19, “os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal da Pessoa Idosa; Conselho Estadual da Pessoa Idosa; ou Conselho Nacional da Pessoa Idosa”. Dessa forma, por tratar-se de obrigação legal e ética, não é possível que o médico se abstenha da notificação nem da denúncia do caso da paciente, ainda que ela tenha expressado diretamente o seu desejo de sigilo na situação, não sendo necessária a autorização por parte dos responsáveis para que o médico a faça. Em relação ao manejo clínico do caso, é necessária, além da analgesia, a realização de exames radiológicos para adequado diagnóstico do caso, bem como o oferecimento dos cuidados curativos e de reabilitação motora que forem viáveis e pertinentes ao caso, não havendo qualquer indicação de cuidados paliativos exclusivos para a paciente no momento.	BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2003. NETO, A. C.; AZEVEDO, F. Capítulo 83 - Abordagem ao abuso e maus-tratos em idosos. In: GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012, p. 710-717.
72	C) Coordenação do cuidado.	A APS é responsável pela coordenação do cuidado, supervisionando as informações vindas de outros níveis de atenção, regulando os fluxos para garantir agilidade à atenção de problemas potencialmente graves e adequando todo esse cuidado à realidade das pessoas. Cabe à APS garantir o cuidado adequado e oportuno às pessoas.	Alves MTG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2496 <a href="https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496">https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2496</a> ; Maria ACO Iara CP. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64.
73	A) Diabetes mellitus gestacional; manter acompanhamento longitudinal na USF e encaminhar a paciente para pré-natal de alto risco.	De acordo com os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, baseado no teste oral de tolerância à glicose, é feito quando a glicemia de jejum é maior ou igual a 92 mg/dL e menor que 126 mg/dL, ou quando a glicemia após uma hora de sobrecarga for superior ou igual a 180 mg/dL, ou a glicemia após duas horas for maior ou igual a 153 mg/dL, sendo que nestas duas últimas medidas elas devem ser inferiores a 200 mg/dL (o que configuraria DM na gestação). Nesse caso, o tratamento farmacológico deve ser orientado, e a glicemia capilar em jejum e 2 horas após a refeição devem ser avaliadas em 2 semanas. Se, após 2 semanas, não houver o controle da glicemia, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. (p. 3299).	GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC, DIAS, Lêda C, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, 2388 p. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanes de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p.
74	B) Prevalência.	O coeficiente de prevalência refere-se ao percentual de casos existentes no período analisado.	ALEXANDRE, L.B.S.P Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde. São Paulo: Martinari, 2012.
75	D) Estudo de coorte prospectivo.	Para responder à questão é necessária a realização de um estudo que acompanhe dois grupos distintos de indivíduos – um grupo de homens que consomem cigarros eletrônicos, e um grupo que usa cigarros convencionais. O acompanhamento deve ser longitudinal e prospectivo por alguns anos (ou até décadas), comparando a incidência de disfunção erétil em cada grupo ao final do acompanhamento. Essa é a descrição de um estudo de coorte prospectivo, delineamento mais adequado para a investigação pretendida. A pergunta não pode ser respondida por um ensaio clínico randomizado, pois não é ético que o pesquisador sorteie indivíduos saudáveis e administre cigarros e cigarros eletrônicos em doses previamente estabelecidas, sendo um estudo observacional a única alternativa viável e eticamente aceitável. Por ser um produto novo no mercado, ainda não é possível encontrarmos casos de homens que tenham disfunção erétil em função do consumo crônico de cigarros eletrônicos, inviabilizando assim a realização de um estudo de caso-controle. O estudo transversal analítico consegue apenas estabelecer associações e não pode investigar causalidade, já que há elevado risco de vies de causalidade reversa nesse delineamento, não servindo para responder à questão formulada.	BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. Capítulo 3 – Tipos de estudos. In: Epidemiologia Básica. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010, p. 39-49.
76	A) Primária e terciária, respectivamente.	Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de alimentação saudável e atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade). Prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação (ex.: prevenir complicações do diabetes, reabilitar paciente pós-infarto – IAM ou acidente vascular cerebral). Prevenção secundária é a ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, muitas vezes em estágio subclínico, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo, o tratamento e reduzindo ou prevenindo sua disseminação e os efeitos de longo prazo (ex.: rastreamento, diagnóstico precoce). Prevenção quaternária é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 95 p. : il. – (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)
77	C) 24 horas após o atendimento.	A pneumonia primária por influenza manifesta-se tipicamente como infiltrado intersticial difuso ou como síndrome da angústia respiratória aguda, condições descritas no caso. O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVIC Gripe) determina que nos CASOS DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG-HOSPITALIZADO) a notificação de indivíduo hospitalizado com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e que apresente dispneia ou saturação de O2 < 95% ou desconforto respiratório ou que evoluiu para óbito por SRAG independente de internação seja feita em até 24 h após a internação.	PORTARIA GM/MS Nº 420, DE 2 DE MARÇO DE 2022.

78	B) Do compromisso com a construção do projeto democrático e popular na construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa.	<p>A alternativa correta é o compromisso com a construção do projeto democrático e popular na construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa. O Art. 3º A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes princípios:</p> <p>I - diálogo;  II - amorosidade;  III - problematização;  IV - construção compartilhada do conhecimento;  V - emancipação; e  VI - compromisso com a construção do projeto democrático e popular.</p> <p>§ 1º Diálogo é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.</p> <p>§ 2º Amorosidade é a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.</p> <p>§ 3º A problematização implica a existência de relações dialógicas e propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e na análise crítica da realidade.</p> <p>§ 4º A construção compartilhada do conhecimento consiste em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.</p> <p>§ 5º A emancipação é um processo coletivo e compartilhado no qual pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.</p> <p>§ 6º O compromisso com a construção do projeto democrático e popular é a reafirmação do compromisso com a construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e da garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados.</p>	<p>Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasil: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html</a>. Acesso em: 23 set 2024.</p>
79	A) Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI; esclarecer sobre a importância de trazer as parceiras sexuais para aconselhamento, diagnóstico e tratamento.	<p>O VDRL não costuma ser falso-positivo na maioria dos casos. Testes treponêmicos não são indicados para seguimento e sim o controle com VDRL trimestral. O tratamento é com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI, via intramuscular, na sífilis indeterminada.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição revisada – 2016.</p>
80	A) Encaminhar o paciente para um hospital de referência, em outra região de saúde, custeando as despesas de transporte e tratamento, por meio do SUS, respeitando-se as normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAPS), pactuado pela CIB e CIT.	<p>De acordo com o Decreto 7508/2011, o SUS é organizado em regiões de saúde, que são espaços geográficos contínuos formados por agrupamentos de municípios limítrofes. Quando um determinado serviço de saúde não está disponível na região de saúde do paciente, o SUS deve garantir o acesso a esse serviço em outra região de saúde, onde ele esteja disponível. Isso inclui a coordenação e financiamento do transporte e do tratamento necessário, conforme estabelecido pelas diretrizes do SUS.</p>	<p>BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.</p> <p>BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.</p>
81	B) Cintilografia miocárdica com estresse farmacológico.	<p>A cintilografia com estresse farmacológico pode ser indicada, visto que o paciente, de baixo/intermediário risco cardiovascular, apresenta limitação física para a realização de estresse físico.</p>	<p>Kanmann, J.P. et al. Chronic coronary syndrome: overview of care. Uptodate. Jul 2022.</p>
82	D) Empaglifozina e metoprolol.	<p>A paciente ilustra uma condição de insuficiência cardíaca congestiva em portadora de diabetes e hipertensão arterial que precisa fazer uso de medicações que contribuam para reduzir a progressão da doença cardíaca a longo prazo. As medicações com esta função são os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os medicamentos da classe ISGLT2 (inibidores do cotransportador de sódio glicose), os betabloqueadores cardiosseletivos, a hidralazina, quando associada a nitrato, e os bloqueadores dos receptores de aldosterona.</p> <p>A furosemida, a hidroclorotiazida e a digoxina têm efeitos nos sintomas, mas não na mortalidade a longo prazo.</p>	<p>PACKER, M. et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. N Engl J Med. 2020. 383(15). p. 1413-1424. doi:10.1056/NEJMoa2022190.</p>

83	A) Doença de Graves.	<p>O quadro clínico apresenta sintomas clássicos de hipertireoidismo. As manifestações clínicas do hipertireoidismo são decorrentes do efeito estimulatório dos hormônios tireoidianos sobre o metabolismo e os tecidos. Entre as mais características incluem-se nervosismo, insônia, emagrecimento (apesar da polifagia), taquicardia, palpitações, intolerância ao calor, sudorese excessiva com pele quente e úmida, tremores, fraqueza muscular e hiperdefecação. A doença de Graves (DG) representa a etiologia mais comum de hipertireoidismo (80% dos casos), com presença de bócio difuso, TSH suprimido, elevação de T4 livre e TRAb positivo.</p> <p>O adenoma tóxico caracteriza-se pela presença de um nódulo tireoidiano solitário volumoso (geralmente &gt; 3cm, palpável ao exame físico) com TSH suprimido, elevação de T4 livre e TRAb negativo.</p> <p>Na tireoidite subaguda de Quervain a tireoide apresenta-se aumentada e muito dolorosa, geralmente pós infecção do trato respiratório superior, com elevação variável de TSH, na maioria das vezes com quadro de hipertireoidismo com anticorpos negativos.</p> <p>Não há, no quadro clínico descrito, comemorativos que evoquem o hipotireoidismo de Hashimoto.</p>	Endocrinologia Clínica, Lucio Vilar, 7ª edição. Endocrinologia clínica / editor responsável Lucio Vilar; editores associados Claudio E. Kater ... [et al.] 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. P.570.
84	D) Espironolactona.	<p>O ECG mostra ritmo sinusal com distúrbio de condução pelo ramo esquerdo (alargamento de QRS em D1 e V6) e a radiografia simples de tórax evidencia aumento da área cardíaca, alteração encontrada em pacientes com insuficiência cardíaca.</p> <p>Trata-se de um caso de insuficiência cardíaca (IC) que é a via final de muitas doenças cardiovasculares e caracteriza-se pelo bombeamento insuficiente de sangue ou bombeamento adequado às custas de elevadas pressões de enchimento, resultando em alterações hemodinâmicas, como redução do débito cardíaco e/ou elevada pressão de enchimento em repouso ou aos esforços. É uma síndrome clínica com sintomas e/ou sinais atuais ou anteriores causados por anormalidades cardíacas estruturais e/ou funcionais, corroborados por níveis elevados de peptídeo natriurético e evidência objetiva de congestão pulmonar ou sistêmica, tendo como principais sinais e sintomas - dispneia, ortopneia, edema de membros inferiores, fadiga e intolerância ao exercício. Embora a maioria das doenças que levam à IC se caracterizem pela presença de baixo débito cardíaco no repouso ou no esforço (IC de baixo débito), algumas situações clínicas de alto débito também podem levar à IC, como tireotoxicose, anemia, fistulas arteriovenosas e beribéri (IC de alto débito). A espironolactona, por sua ação de bloqueio da aldosterona, é uma droga indicada para aumento da sobrevida por reduzir o remodelamento cardíaco e melhorar os sintomas devido ao seu efeito diurético.</p> <p>O controle da volemia com uso de diuréticos de alça como a furosemida melhora os sintomas, previne internações, porém a longo prazo não impacta na mortalidade.</p> <p>O ácido acetilsalicílico é um antiagregante plaquetário que tem indicação nos casos de insuficiência cardíaca (IC) de causa isquêmica, não apresentando impacto na mortalidade de pacientes com IC por outra causa, como a hipertensão.</p> <p>Os bloqueadores do canal de cálcio, como a nifedipina, são drogas consagradas para tratamento de hipertensão arterial, porém não há diferença na melhora dos sintomas nem na sobrevida nos casos de IC.</p>	JAMESON, J. Larry et al. Medicina Interna de Harrison. 20ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 2 v. ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolney de Andrade. Manual de Insuficiência Cardíaca. Rio de Janeiro: SOCERJ, 2019.
85	C) Emergência hipertensiva; realizar exame de fundo de olho e iniciar nitroprussiato de sódio endovenoso.	<p>As emergências hipertensivas são situações clínicas sintomáticas em que há elevação acentuada da PA (definida arbitrariamente como PAD <math>\geq</math> 120 mm Hg) com lesão de órgão-alvo aguda e progressiva, que pode incluir acometimento neurológico, renal, ocular, hepático ou insuficiência miocárdica, manifesta como encefalopatia, convulsões, alterações visuais, achados anormais de eletrocardiograma ou ecocardiograma, insuficiência renal ou hepática. O risco iminente de morte determina redução imediata da pressão arterial com hipotensores parenterais (usualmente, nitroprussiato ou nitroglicerina endovenosos). O quadro clínico súbito descrito configura uma provável encefalopatia hipertensiva e, nesse caso, o exame de fundo de olho é obrigatório e deve-se investigar edema de papila, hemorragias e exsudatos. O tratamento consiste no suporte clínico e na utilização do nitroprussiato de sódio objetivando nas primeiras 2 hs, reduzir até 30% da PAM ou PA diastólica de 80 mm Hg.</p>	Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiologia, 2016; 107, (3, supl.3).
86	D) Antiagregação plaquetária oral.	<p>A dor torácica é causa frequente de busca por atendimento nos serviços de urgência. Uma causa importante de dor torácica é a síndrome coronariana aguda (SCA) pelo seu potencial de morbidade e mortalidade. As SCA representam cerca de 20% das causas de dor torácica nos serviços de urgência. A paciente do caso apresenta dor torácica suspeita de isquemia por ser uma dor em aperto com irradiação para mandíbula e associada à sudorese, ainda que não apresente fatores desencadeantes (estresse ou esforço físico) ou de alívio (repouso ou uso de nitrato) típicos. A probabilidade de a dor apresentada pela paciente ser de origem isquêmica é elevada, pois identifica-se infradesnivelamento de segmento ST maior ou igual a 0,5 mV em derivações contíguas, no caso D2, D3 e aVF, correspondendo à parede inferior. Além disso, outros fatores importantes que contribuem para o maior risco: idade maior que 70 anos, ser portadora de Diabetes mellitus. Considerando todos esses elementos o diagnóstico de SCA sugestiva de infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST se impõe. A abordagem inicial à SCA envolve medidas anti-isquêmicas (vasodilatação com nitrato ou nitroglicerina ou morfina) e medidas antitrombóticas (antiagregantes e anticoagulantes). Nesse caso, por tratar-se de um infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento de parede inferior, a medida mais adequada para aplicação imediata é a administração de antiagregantes plaquetários por via oral.</p> <p>A trombólise venosa é uma modalidade terapêutica indicada apenas em pacientes com IAM com supradesnivelamento do ST ou bloqueio de ramo esquerdo comprovadamente novo no ECG.</p> <p>O uso de nitratos é uma contraindicação em quadros de IAM de parede inferior, especialmente quando há hipotensão associada, pelo risco de agravar a hipotensão e a isquemia.</p> <p>A administração de betabloqueadores também está inicialmente contraindicada, pois a paciente tem sinais de falência cardíaca aguda (hipotensão, taquicardia, turgência jugular), havendo o risco de o betabloqueador agravar tal disfunção.</p>	COLLET JP, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal, 2021. 42: 1289-1367 JAMESON, J.L et al. Medicina Interna de Harrison. 20ªed. Porto Alegre: AMGH, 2019. VELLASCO, IT et al. Medicina de Emergência: Abordagem Prática. 15ª ed. São Paulo: Manole, 2021.
87	A) HBsAg, HBeAg e Anti-HBc IgM.	<p>Paciente com quadro clínico e laboratorial compatível com hepatite aguda, que diante da exposição sexual desprotegida nos últimos 6 meses teria como principal hipótese diagnóstica a hepatite B aguda. Nesse contexto, as sorologias que comprovariam o diagnóstico seriam HBsAg e Anti-HBc IgM positivos, Anti-HBc IgG poderia estar negativo ou já começando a positivar e Anti-HBs negativo. O quadro clínico descrito, o contato de risco recente e a elevação das enzimas hepáticas sugerem replicação viral ativa e, dessa forma, o marcador HBeAg estaria positivo e Anti-HBe negativo.</p>	Harry L.A. Janssen, Scott Fung. Capítulo 79 - Hepatite B. In: Sleisenger, Fordtran (11a ed.), 2021.
88	A) Pesquisa do antígeno NS-1 do vírus da dengue.	<p>A proteína NS1 fica detectável no sangue desde o primeiro dia dos sintomas, alcançando valores máximos por volta do terceiro dia e permanecendo detectável até o quinto dia, período em que deve ser colhida. Por isso, é o exame indicado para essa paciente.</p> <p>A sorologia IgM costuma positivar-se a partir do sexto dia de início dos sintomas.</p> <p>A sorologia IgG não se presta ao diagnóstico de infecção aguda.</p> <p>A cultura não é realizada na rotina diagnóstica, tem resultado mais demorado, sendo utilizada para fins de pesquisa.</p>	Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico Adulto e Criança – 6ª ed. – Ministério da Saúde – Brasília-DF – 2024 – disponível em: ( <a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca">https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca</a> ).

89	C) 1 – C, F; 2 – B, E; 3 – D, H; 4 – A, G	<p>A situação apresentada ilustra um caso de rabdomiólise secundária a lesão traumática direta, em que estão presentes as duas complicações mais graves dessa patologia: a injúria renal aguda (IRA) e a síndrome compartimental. A IRA é a complicação mais significativa e de maior gravidade da rabdomiólise, pois é vista em 10%-40% dos pacientes com rabdomiólise, condição que pode responder por 15% dos casos de IRA.</p> <p>Está bem estabelecido que a lesão renal aguda nessa condição resulta da deposição intratubular de mioglobina. A hipovolemia é o fator associado que leva à hipoperfusão renal. A mioglobina tem efeito tóxico direto que, por meio de sua porção heme, leva à disfunção e necrose tubular. A isquemia renal deve-se ainda ao desequilíbrio entre mediadores vasoconstritores e vasodilatadores com efeito final de vasoconstrição renal. A lesão tubular determina aumento da excreção de sódio (FeNa).</p> <p>Qualquer processo que cause lesão dos canais iônicos por injúria direta dos miócitos ou que reduza a disponibilidade de energia (ATP), causa ruptura do equilíbrio das concentrações intracelulares de eletrólitos. Na lesão muscular e na depleção de ATP, ocorre fluxo extracelular excessivo de Na<sup>+</sup> e Ca<sup>++</sup>. O aumento do Na<sup>+</sup> intracelular traz água para o interior da célula, rompendo a integridade desse compartimento. A elevação de Ca<sup>++</sup> também ativa proteases Ca<sup>++</sup>-dependentes e fosfolipases, promovendo lise da membrana celular e lesões subsequentes dos canais de íons. O resultado dessas alterações no meio muscular é uma cascata miolítica inflamatória que se auto-mantem, causando necrose das fibras musculares e liberação de conteúdos musculares no espaço extracelular e na corrente sanguínea. Essas alterações constituem a base fisiopatológica da síndrome compartimental.</p> <p>O nível sérico de creatinofosfoquinase (CPK) é geralmente considerado preditor de IRA, em concentração &gt;5,000 UI/L. CPK tem uma meia-vida de 1,5 dias. Como consequência, os níveis de CPK permanecem elevados por mais tempo do que a concentração de mioglobina, que tem uma meia-vida de 2-4h. As concentrações de mioglobina tendem a normalizar-se nas 6-8h subsequentes à lesão muscular.</p>	<p>Torres PA, Helmstetter JA, Kaye AM, Kaye AD. Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. <i>Ochsner J.</i> 2015 Spring;15(1):58-69. PMID: 25829882; PMCID: PMC4365849.</p> <p>Rhabdomyolysis. Marietta Morales De Guzman. <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1007814-overview?form=fpf">https://emedicine.medscape.com/article/1007814-overview?form=fpf</a> Updated: Feb 28, 2024.</p> <p>Rhabdomyolysis. Michael Stanley; Venu Chippa; Narothona R. Aeddula; Bryan S. Quintanilla Rodriguez; Rotimi Adigun. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448168/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448168/</a>Last Update: April 16, 2023.</p>
90	A) Anti-inflamatório não hormonal e colchicina.	<p>O objetivo do tratamento da crise aguda de gota é suprimir o mais rápido possível a dor e outros sinais e sintomas causados pela reação inflamatória aguda, o que pode ser alcançado com o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), colchicina e corticoides.</p> <p>A terapia com diuréticos tiazídicos pode precipitar a hiperuricemia ou gota em certos pacientes. O uso contínuo de diuréticos pode elevar as concentrações sanguíneas de ácido úrico em até 50% dos pacientes. O mecanismo principal responsável por esse efeito relaciona-se à redução do volume extracelular causado pelos diuréticos. Entretanto, apenas 2% a 3% da população tratada com esses fármacos desenvolve quadro clínico de gota ou cálculos renais.</p> <p>Também os diuréticos de alça, como a furosemida, levarão à redução do volume extracelular.</p> <p>Os agentes uricosúricos são eficazes para reduzir os níveis séricos de urato, sendo mais efetivos naqueles pacientes com taxa de filtração glomerular maior que 60 mL/minuto; que não apresentam história de nefrolitíase. Eles não exercem efeitos no quadro agudo inflamatório.</p>	<p>FAUCI, A.S et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th ed. New York: McGrawHill, 2018.</p> <p>IMBODEM, J.B. et al. Current Reumatologia: Diagnóstico e Tratamento. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.</p>
91	D) Melanoma.☒	<p>O diagnóstico clínico do melanoma cutâneo continua a basear-se na inspeção visual e dermatoscopia. Um histórico de mudança na cor, forma ou tamanho de uma lesão de pele pigmentada ao longo de meses ou anos é o sinal clínico mais sensível para o melanoma, e pode ser detectado pelo próprio paciente ou por meio de exames de rastreio em série, com base na dermatoscopia com armazenamento de imagem ou lesional ou fotografia de corpo total. Campanhas de conscientização pública puseram em evidência o ABCD do melanoma: Assimetria, irregularidades de Bordas, Cores diversas e Diâmetro maior que 5 mm. Entretanto, a regra do ABCD coincide amplamente com a definição de nevos melanocíticos benignos atípicos. Além disso, tem sido mostrado que os pacientes reconhecem um melanoma com o desenvolvimento de uma nova lesão pigmentada ou por um aumento no tamanho ou mudança de cor de uma lesão preexistente, em vez de pelas características ABCD. Assim, um 'E,' para Evolução, foi adicionado para salientar a importância de uma lesão em mudança.</p> <p>As demais lesões mencionadas têm características distintas das que foram apresentadas na descrição do caso.</p>	<p>BOLOGNIA, Jean. Dermatologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2015.</p>
92	D) Leucopenia, VHS aumentado, hipocomplementenemia e proteinúria 3+/4+.	<p>O caso clínico apresentado é o de uma mulher jovem acometida de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) que apresenta, como manifestação inicial da doença, a nefropatia lúpica, como indica a redução de volume urinário e a presença de quantidade elevada de proteína na urina, sugerida pelo aspecto "espumoso" da urina. Importante ressaltar que a febre da paciente não é de origem infecciosa, devendo-se à ativação do sistema imunológico pela produção de autoanticorpos, a formação e deposição de imunocomplexos e ativação e deposição do complemento. Nessa situação ocorre leucopenia, elevação inespecífica da VHS, como em qualquer resposta inflamatória, consumo de complemento e proteinúria pela lesão renal causada pelo LES.</p>	<p>- Hellmann DB &amp; Stone JH. Artrite e distúrbios musculoesqueléticos. In: Tierney LM et al. Current Medicina Diagnóstico e Tratamento. 45ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2016. pág. 772-5.</p>
93	A) Administração de complexo protrombínico.	<p>A incidência anual de sangramentos graves relacionados ao uso de varfarina é de 0,9-1,4%, sendo o trato gastrointestinal envolvido em 30-60% dos eventos e o sistema nervoso central (SNC) em 17-30%. De todas as hemorragias intracranianas, 15% se relacionam ao uso de antagonistas da vitamina K, sendo que o paciente em uso está sob o risco estimado de 0,25-1,1% ao ano, que pode aumentar para 2% se RNI &gt; 4. O prognóstico de sangramentos no SNC é ruim e associa-se à mortalidade de até 50% em 1 mês. O tamanho do hematoma é o maior preditor de mortalidade e a reversão da anticoagulação deve ocorrer precocemente, para evitar a expansão deste.</p> <p>O complexo protrombínico, quando comparado ao plasma fresco congelado, reverte a anticoagulação de forma mais rápida e atinge bons resultados em alguns minutos, sendo o tratamento de escolha.</p> <p>A vitamina K deve ser administrada em conjunto, mas o pico do efeito para reversão do INR com a administração por via oral é de 24 a 48h, e de 12 a 14h quando administrada por via endovenosa.</p> <p>Não há descrição de plaquetopenia, para se pensar em transfusão de concentrado de plaquetas.</p>	<p>1. FREEMAN, W David et al. Reversal of anticoagulation in warfarin-associated intracerebral hemorrhage. UpToDate. 2019. Disponível em: <a href="https://www.uptodate.com/contents/reversal-of-anticoagulation-in-warfarin-associated-intracerebral-hemorrhage?search=revers%C3%A3o%20da%20anticoagula%C3%A7%C3%A3o%20na%20hemorragia%20intracerebral%20associada%20%C3%A0%20varfarina&amp;source=search_result&amp;selectedTitle=1~150&amp;usage_type=default&amp;display_rank=1">https://www.uptodate.com/contents/reversal-of-anticoagulation-in-warfarin-associated-intracerebral-hemorrhage?search=revers%C3%A3o%20da%20anticoagula%C3%A7%C3%A3o%20na%20hemorragia%20intracerebral%20associada%20%C3%A0%20varfarina&amp;source=search_result&amp;selectedTitle=1~150&amp;usage_type=default&amp;display_rank=1</a>. Acesso em 07.05.2019.</p> <p>2. ABREU, Erick M.F. et al. O Concentrado de Complexo Protrombínico e suas aplicações na sala de cirurgia. <i>Rev Med Minas Gerais.</i> 2014;(supl. 3):S37-S48. doi: 10.5935/2238-3182.2014S015.</p>
94	D) Uso de metformina.	<p>A paciente preenche os critérios de pré-diabetes, definido pela presença de um ou mais dos seguintes indicadores: glicemia de jejum entre 100 e 125mg/dl (glicemia de jejum alterada), teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com glicemia após sobrecarga com 75g de glicose anidra entre 140 a 199mg/dl (intolerância à glicose) e HbA1c entre 5,7% e 6,4%. Em relação à conduta terapêutica, a Sociedade Americana de Diabetes recomenda o uso de metformina naqueles pacientes com alto risco de progressão para o diabetes (nesse caso, a paciente tem IMC ≥ 35kg/m<sup>2</sup>, além de história familiar de diabetes, assim como HbA1c &gt;6%).</p> <p>Portanto, como a paciente em questão possui alto risco de progressão para diabetes do tipo 2, a conduta não deve ser expectante.</p> <p>As sulfonilureias (gliclazida) e os inibidores de SGLT2 estão indicados quando diagnosticado o diabetes do tipo 2, e não no pré-diabetes.</p>	<p>American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2020. <i>Diabetes Care.</i> 2020; 43 (Suppl 1):S14-31.</p> <p>JAMESON, J.L et al. Medicina Interna de Harrison. 20ªed. Porto Alegre: AMGH, 2019.</p>

95	D) Linfoma de Hodgkin.	<p>O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia linfoproliferativa definida pela multiplicação clonal de células com padrão morfológico e imunofenotípico peculiar, conhecidas como células de Reed-Sternberg, derivadas da transformação maligna de linfócitos B do centro germinativo. Corresponde a aproximadamente 10% de todos os linfomas e a cerca de 0,6% de todos os cânceres, apresentando distribuição etária bimodal, com o primeiro pico no final da adolescência e início da idade adulta jovem e o segundo pico após os 40 anos. Na maioria das vezes, pode-se palpar linfonodos na região cervical, mas, também dependendo da extensão da doença, linfonodos supra e infraclaviculares, axilares e inguinais podem mostrar-se aumentados. As características palpatórias geralmente diferem das doenças inflamatórias ou infecciosas (amolecidos e dolorosos) e de metástases de tumores sólidos (muito endurecidos). Os achados típicos do histopatológico são as células de Reed-Sternberg e células de Hodgkin.</p> <p>No caso apresentado, podemos descartar leucemia linfoblástica aguda, pois a faixa etária do paciente está distante da média referida e pela ausência de células jovens na linhagem leucocitária ao hemograma.</p> <p>Em relação à leucemia mieloide crônica, a leucometria é inferior a 50.000/mm<sup>3</sup> e não há desvio para esquerda no leucograma e o laudo da biópsia do linfonodo praticamente confirma o diagnóstico, corroborado pela descrição da radiografia simples de tórax onde se evidencia alargamento mediastinal.</p> <p>Em relação ao linfoma de Burkitt, na biópsia do linfonodo não são relatados proliferação de linfócitos B nem macrófagos englobando linfócitos B apoptóticos, com padrão de céu estrelado.</p>	JAMESON, J. Larry et al. Medicina Interna de Harrison. 20ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 2 v.
96	C) Transtorno bipolar do humor.	<p>O diagnóstico nosológico da paciente é de transtorno bipolar do humor. A paciente abre o quadro com um episódio de depressão, iniciada no período puerperal, fato que se correlaciona com maior probabilidade do diagnóstico posterior de bipolaridade. Como não há relato anterior de episódio maniaco, o diagnóstico inicial de depressão não está incorreto, e assim foi iniciado de forma precisa um antidepressivo. A dose foi corretamente ajustada, pois a paciente apresentava resposta, no entanto é descrito a persistência de sintomas residuais, sendo o alvo do tratamento da depressão a remissão do quadro (que pressupõe ausência de sintomas residuais). Com o uso do antidepressivo a paciente torna-se francamente maníaca. O diagnóstico de transtorno bipolar do humor pressupõe a presença de apenas um episódio maniaco. O episódio atual apresenta critérios de um episódio maniaco (aceleração psicomotora, ideias de grandeza, aumento da libido, comportamentos impulsivos e de risco, insônia com aumento importante da energia há mais de duas semanas). O uso de antidepressivos pode levar a uma "virada" maníaca em paciente com transtorno bipolar do humor.</p>	FORLENZA, O. V. et al. Compêndio de Clínica psiquiátrica. São Paulo: Manole, 2013.
97	B) Sumatriptano.	<p>A migrânea (enxaqueca) é uma cefaleia episódica associada a algumas manifestações, como sensibilidade à luz, náuseas e vômitos. Na fase aguda o tratamento ideal é o uso de triptanas, que são agonistas seletivos dos receptores 5-HT.</p> <p>A amitriptilina, como o valproato, o topiramato, a candesartana, o propranolol e a flunarizina são drogas de uso profilático.</p> <p>A dexametasona, o acetaminofen e o naproxeno são drogas utilizadas para o tratamento de outros tipos de dor de cabeça como, por exemplo, a da arterite temporal.</p>	JAMESON, J. Larry et al. Medicina Interna de Harrison. 20ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020. 2 v.
98	C) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.	<p>O paciente tem quadro de doença pulmonar obstrutiva Crônica –DPOC e evoluiu com piora da tosse e mudança na secreção, associada à dispneia, sugerindo quadro infeccioso. O quadro clínico caracteriza-se por uma Insuficiência Respiratória Aguda, onde há critérios de gravidade na gasometria arterial (pH: &lt; 7,3; PCO<sub>2</sub>: &gt; 70 mmHg), e rebaixamento do nível de consciência (contraíndicando a ventilação não invasiva). Nesse caso há indicação de intubação orotraqueal imediata e ventilação mecânica. Os exames laboratoriais, início de medicações e a radiografia simples de tórax devem ser feitos posteriormente ao suporte ventilatório.</p>	VELASCO, I.T. et al. Medicina de Emergência: Abordagem prática. 13ª ed. São Paulo: Manole, 2019
99	A) Avaliar critérios de exclusão para trombólise e, na ausência deles, prescrever alteplase.	<p>Na situação descrita devem ser afastadas as contraíndicações para trombólise e, na ausência delas, deve ser prescrita alteplase, na dose de 0,9 mg/kg.</p> <p>Segundo o Manual de Rotinas para Atenção ao AVC, do Ministério da Saúde, no fluxograma exibido na página 7, uma vez afastado pela tomografia craniana o sangramento intracraniano, a conduta imediata é a prescrição de trombólise endovenosa.</p>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
100	A) Pneumocistose.	<p>A pneumocistose sempre deve ser considerada em pacientes infectados pelo HIV com sintomas respiratórios de instalação insidiosa e dissociação clínico-radiológica, sendo o caso em questão uma apresentação clássica da doença.</p> <p>A pneumonia bacteriana é menos provável, pois o paciente apresenta tosse seca e dispneia progressiva, sem outros achados sugestivos de infecção bacteriana secundária ao raio x de tórax.</p> <p>Já a histoplasmose em pacientes com HIV geralmente ocorre de forma disseminada, sendo comuns a hepatoesplenomegalia e lesões mucocutâneas, além das alterações pulmonares.</p> <p>A tuberculose possui quadro semelhante à pneumocistose, devido à sua instalação insidiosa, porém a radiografia de tórax não demonstrou, no caso, alterações compatíveis.</p>	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
101	D) Febre reumática.	<p>A artrite aguda assimétrica de membros inferiores evoca o provável diagnóstico de febre reumática. A febre associada ao eritema marginado (exantema descrito no caso) sugere fortemente esse diagnóstico, assim como a velocidade de hemossedimentação, bastante elevada. O paciente apresenta 2 critérios maiores e 1 critério menor de Jones e, para completar o diagnóstico falta apenas a comprovação de estreptococcia recente, que pode ser documentada pela elevação dos níveis de antiestreptolisina O (ASLO).</p> <p>Nas demais situações não se observa o quadro clínico descrito.</p>	Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, 5ª edição, 2021, Secão 30 (Reumatologia), Capítulo 1 (Febre Reumática).
102	C) Notificar o conselho tutelar; suspeita de violência.	<p>A notificação ao conselho tutelar se apresenta como principal medida, de forma a garantir a segurança desta criança, já que embora fraturas como esta, observada na radiografia simples, não sejam incomuns em crianças. Neste caso observamos diversos indícios de maus tratos, como demora para procurar assistência, lesão desproporcional à história do trauma, vacinas atrasadas, lesões de pele em locais não habituais e más condições de higiene (dermatite).</p> <p>Além disso, faltam dados que nos façam pensar em hiperatividade, pois não temos na história referência, por exemplo, a ansiedade, agressividade, falta de atenção, sendo comum em crianças dessa idade uma grande atividade motora.</p> <p>O surgimento de doenças do colágeno nessa faixa etária é pouco frequente. Mais comumente nessas doenças são observadas fraturas em idades menores, por vezes já no nascimento, associadas a alterações ósseas e articulares.</p> <p>Embora uma criança de 3 anos esteja sujeita a acidentes, principalmente quedas, um dos principais acidentes em todas as faixas etárias, o fato de ela se machucar com frequência, como relatado pela mãe demonstra, no mínimo, que é negligenciada na atenção e cuidado.</p>	BRASIL. Lei no. 8.069 de 13 de julho de 1990. ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. Disponível em: <a href="https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf">https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf</a> Acesso em 25 abr 2022. KLEIGMAN, R. Nelson Tratado de Pediatria. 20ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

103	C) Deficiência de cobalamina; dieta rica em leite, gema de ovo e vísceras.	A deficiência de vitamina B12 (cobalamina) manifesta-se classicamente com anemia megaloblástica (anemia, VCM > 100 fl)), podendo também manifestar-se com neuropatia periférica, mielopatia e queixas neuropsiquiátricas. A degeneração combinada subaguda é clássica da deficiência de B12. Recebe esse nome por haver comprometimento concomitante dos fascículos posteriores da medula (sensibilidade profunda) e do trato corticoespinal (motricidade axial). O quadro clínico clássico resultante é o de uma paraparesia espástica, tipicamente sem nível sensitivo identificado, com hipo ou apalestesia (perda de sensibilidade vibratória) e artrestesia (perda da noção da posição segmentar). A vitamina B12 é disponibilizada pela ingestão de produtos de origem animal, como leite, gema de ovo e vísceras.	Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 5ª edição, 2021, Seção 24 (Nutrologia), Capítulo 4 (Micronutrientes).
104	B) Acidose mista, respiratória e metabólica.	Trata-se de uma acidose mista, respiratória e metabólica, evidenciada pelo aumento de PCO2 acima de 45 mmHg, a diminuição de bicarbonato (HCO3), e a sobrecarga de ácidos (BE negativo).	BURNS, Dennis Alexander Rabelo et al. Tratado de pediatria, v.1. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.
105	D) Feocromocitoma.	Pacientes com feocromocitoma apresentam hipertensão persistente, cefaleia, palpitações, tontura e dor abdominal. Nos casos graves pode haver edema pulmonar, cardiomegalia e hepatomegalia. A elevação acentuada da PA e piora dos sintomas durante exercício não são achados frequentes no hipertireoidismo. Na coarctação de aorta existe uma disparidade no pulso e na pressão arterial entre os braços e pernas, fraqueza e/ou dor nas pernas após exercícios. Na síndrome de Cushing geralmente observa-se ganho ponderal e fácies cushingoide.	Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria - SBP 4ª edição. 2017.
106	D) Punção aspirativa da medula óssea. Antimoniato de meglumina EV ou IM por 30 dias.	A partir da punção aspirativa da medula óssea, em paciente com clínica evidentemente compatível com a suspeita diagnóstica, é possível a visualização direta do parasita, uma vez que a medula óssea é um dos órgãos alvo da L. chagasi, afetando a hematopoiese, o que justifica as citopenias periféricas comumente encontradas. Também seria possível punção aspirativa do baço, fígado e linfonodos. Mas opta-se pela punção aspirativa da medula óssea por ser um método mais seguro. A primeira escolha para o tratamento é o antimoniato de meglumina (antimonial pentavalente), que pode ser administrado tanto pela via endovenosa, quanto intramuscular, sendo recomendada uma dose diária por 30 dias. Esse tratamento tem a vantagem de poder ser realizada ambulatorialmente, diminuindo os riscos relacionados à hospitalização. Ele é contraindicado para gestantes, pessoas com mais de 50 anos, reação de hipersensibilidade aos componentes da fórmula, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência cardíaca ou uso concomitante de drogas que alteram o intervalo QT. É a opção eficaz de melhor custo-benefício.	Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral 1ª edição, acesso online 19/05/2024: <a href="https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoesmanual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf">https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoesmanual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf</a> Leishmaniose Visceral – Recomendações clínicas para redução da letalidade, acesso online 19/05/2024: <a href="http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/leishmaniose-visceral-recomendacoes-clinicas-para-reducao-da-letalidade/">vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/leishmaniose-visceral-recomendacoes-clinicas-para-reducao-da-letalidade/</a>
107	B) Peso elevado para a idade, estatura adequada para a idade e sobrepeso.	De acordo com a classificação da OMS para crianças de 0 a 5 anos, a criança apresenta peso elevado para idade (z escore Peso para idade > +2), estatura adequada para idade (z escore Estatura para idade > -2 e < +2) e sobrepeso (z escore IMC para idade +2 > e < +3).	Lopes FA, Campos Jr. D. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria – 4ª Ed. Editora Manole – 2017. 2449-2455
108	B) Leucemia linfóide aguda.	Paciente com bicitopenia e sinais e sintomas que, somados aos exames laboratoriais, sugerem tratar-se de leucemia linfóide aguda.	Nelson. Tratado de Pediatria. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
109	A) Iniciar tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, enquanto aguarda confirmação laboratorial.	A tuberculose (TB) na criança apresenta especificidades que devem ser consideradas durante a sua investigação diagnóstica. A forma pulmonar difere daquela do adulto, pois costuma ser abacilífera, isto é, negativa ao exame bacteriológico, pelo reduzido número de bacilos nas lesões. Além disso, crianças, em geral, não são capazes de expectorar. Na suspeita de tuberculose deve-se procurar a tríade clássica - redução do apetite, perda de peso e tosse crônica (HERTTING; SHINGADIA, 2014). O diagnóstico da TB pulmonar na infância é baseado em uma combinação de critérios clínicos, epidemiológicos, associados a teste imunológico não específico de infecção tuberculosa e à radiografia de tórax. Não existe padrão ouro para o seu diagnóstico, nem um algoritmo diagnóstico universal. O exame radiográfico do tórax deve ser solicitado precocemente em todas as crianças com suspeita de TB e é de fundamental importância no diagnóstico da doença. A prova tuberculínica (PT) deve ser interpretada como sugestiva de infecção por M. tuberculosis, independentemente do tempo de vacinação pela BCG. Considerar positivo quando ≥ 5mm e negativa quando < 5 mm. Considerando as singularidades do diagnóstico de TB na criança, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que o diagnóstico de tuberculose pulmonar em crianças seja realizado com base no sistema de pontuação ou escore. Esse sistema valoriza dados clínicos, radiológicos e epidemiológicos e não envolve a confirmação bacteriológica, sabidamente difícil na infância. O sistema de pontos, utilizado para diagnóstico em crianças menores de 10 anos, é o método utilizado atualmente pelo MS para diagnóstico nessa idade; para maiores de 10 anos, valorizar o exame bacteriológico (exame do escarro). É mandatório pensar no diagnóstico de tuberculose na criança com pneumonia que não melhora com o tratamento antimicrobiano habitual (MARAIS et al., 2005). Apesar das dificuldades, a confirmação bacteriológica deveria sempre ser tentada nos casos de dúvida diagnóstica, embora isso não deva retardar o tratamento. No Brasil, o esquema básico para tratamento da TB em adultos e adolescentes é composto por quatro fármacos na fase intensiva e dois na fase de manutenção. O esquema básico em crianças (< de 10 anos de idade) é composto por três fármacos na fase intensiva (RHZ- Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida), e dois na fase de manutenção (RH), com apresentações farmacológicas individualizadas (comprimidos e/ou suspensão).	1. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2019. 2. CANO APG, et al. Tuberculose em pacientes pediátricos. Rev Paul Pediatr. v. 35, n. 2, p. 165-70, 2017. 3. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 4. ROSSONI AMO, et al. Critérios de pontuação para diagnóstico de tuberculose em crianças. Pulmão RJ. v. 22, n. 3, p. 65-9, 2013.
110	C) Investigar a causa da provável infecção e orientar a família para observação da paciente.	Convulsão febril simples é a convulsão que ocorre acompanhada de febre em crianças de 6 meses até 6 anos, sem doença atual ou passada do SNC. Ocorre em 2 – 5 % de todas as crianças, o que a coloca como o evento convulsivo mais frequente até os 5 anos de vida (60 meses). A crise convulsiva deve ser tônico-clônica generalizada, de curta duração (< 15 minutos) e sem recorrência em 24 horas. O diagnóstico da convulsão febril simples é eminentemente clínico, dispensando, na quase totalidade das vezes, recursos laboratoriais para confirmação diagnóstica.	Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017 - volume 2. Crise febril, p. 1315.
111	D) Salbutamol.	O uso de B2-agonistas de ação curta (B2AC) na asma aguda deve ser imediato e, na sequência, deve ser associado corticoide sistêmico. Esses dois agentes constituem a base do tratamento dos pacientes com asma aguda. Os B2AC causam broncodilatação por meio da ativação da adenilciclase, resultando no aumento da concentração intracelular de monofosfato cíclico de adenosina (AMPC). A hipoxemia é corrigida com a suplementação de oxigênio por cateter nasal, objetivando-se um alvo de saturação acima de 92%. O brometo de ipratrópio deve ser utilizado associado ao salbutamol e não de forma isolada. O sulfato de magnésio não deve ser utilizado como droga de uso imediato e sim na falha terapêutica com o salbutamol. Na crise de asma deve ser utilizado o corticoide sistêmico, por via oral ou por via intravenosa.	JÚNIOR, Dioclécio C.; BURNS, Dennis Alexander R.; LOPEZ, Fábio A. Tratado de pediatria. 5ª ed. Barueri: Manole, 2021. 2v.

112	C) Internação para administração de oxigenioterapia complementar e monitorização.	Na bronquiolite viral aguda, a oxigenioterapia é a única terapia comprovadamente eficaz, se o paciente apresenta hipoxemia, como no caso descrito. O emprego de outros medicamentos não encontra respaldo na literatura. A paciente apresenta sinais de alerta, como saturação baixa em ar ambiente e uso da musculatura acessória, que indicam a necessidade de internação.	MEISSNER, H. C. Viral Bronchiolitis in children. N Engl J Med, v. 374, N. 1, 2016.
113	B) Iniciar ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara facial e FiO2 21% (ar ambiente).	A situação apresentada tem por objetivo ressaltar, na prática médica, o chamado "minuto de ouro", os 60 segundos iniciais de vida nos quais a respiração precisa ser iniciada. Em um RN com IG > 34s que não nasce em boas condições, sem resposta às medidas iniciais para manter a temperatura e a viabilidade das vias aéreas, devemos iniciar a VPP, com balão autoinflável ou ventilador mecânico manual em T, inicialmente com FiO2 21% (ar ambiente) por 30 segundos. A FiO2 inicial de 30% está indicada em RN < 34s. A intubação e as compressões torácicas estão indicadas em casos refratários à VPP.	Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <a href="https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2">https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2</a>
114	D) Orientar a mãe e não realizar a revacinação.	A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) previne especialmente as formas graves da doença, como tuberculose miliar e tuberculose meningea. Está indicada para crianças de 0 a 4 anos, 11 meses e 29 dias. Recém-nascidos com peso ≥2 kg devem ser vacinados o mais precocemente possível, logo após o nascimento. As crianças que não apresentarem cicatriz vacinal não devem ser revacinadas, independentemente do tempo transcorrido após a vacinação.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Recomendações para controle da tuberculose : guia rápido para profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
115	B) Observar a amamentação, encorajar a mãe e corrigir pega e posição adequadas.	O aleitamento materno exclusivo é preconizado até o sexto mês de vida. Para isso é necessário que a mãe seja encorajada com orientação para pega e posição corretas. A maioria das mulheres produz uma quantidade de leite suficiente, desde que a criança sugue com frequência por tempo e pega adequados, estimulando a produção do leite e o esvaziamento da mama. Além disso, é fundamental que a mulher esteja tranquila e segura na amamentação. Na situação descrita não há indicação inicialmente para outras medidas, muito menos para interrupção ou complementação do aleitamento. Choro ou outras reações de insatisfação do bebê não significam necessariamente que a mãe esteja com pouco leite, o que torna ainda mais importante esse aconselhamento.	Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ª Ed. Editora. Manole, 2017 – Capítulo 6. ALVES, JS; OLIVEIRA, MIC; RITO, RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.4, pp.1077-1088. ISSN 1413-8123. Corintio M. Neto (Ed). Aleitamento materno: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2006.
116	A) Iniciar o tratamento do RN com penicilina G cristalina.	Em caso da mãe com sífilis, sem registro de tratamento e RN com sorologia reagente, não sendo possível obter o líquido do RN, ele deve ser tratado como portador de neurosífilis, com a administração de penicilina G cristalina.	Diretrizes para o controle de Sífilis Congênita - Manual de sífilis do MS.
117	C) Pielonefrite. Solicitar hemograma e urocultura com antibiograma.	Quanto menor a criança, mais inespecíficos são os sinais e sintomas de infecção do trato urinário (ITU). Nos lactentes, a febre é o principal sintoma e, por vezes, o único sinal de ITU. A leucocitúria associada à presença de cilindros piocitários e bacterioscopia com bastonetes gram negativos, além de albuminúria e hematuria, falam a favor de ITU. A história de febre alta associada a comprometimento do estado geral com taquicardia e perfusão periférica comprometida, além de irritabilidade, mesmo após controle da temperatura, falam a favor de comprometimento sistêmico: pielonefrite. O hemograma completo é importante para auxiliar na avaliação da gravidade do caso e a urocultura com TSA (teste de sensibilidade aos antibióticos) é necessária para confirmação do diagnóstico e para orientar a escolha do antibiótico a ser utilizado.	Nelson, Textbook of Pediatrics. 20th Edition, 2016.
118	D) Administração endovenosa de adrenalina.	Verifica-se que o traçado é compatível com assistolia, um ritmo não chocável, como também o é a atividade elétrica sem pulso(AESP). Dessa maneira o tratamento a ser adotado é a administração de adrenalina endovenosa, na dose de 0,01mg/kg, que deve ser repetida a cada 3 a 5 minutos enquanto estiver em assistolia ou AESP. Portanto, nos ritmos não chocáveis, não há indicação de cardioversão/desfibrilação. A amiodarona não é, igualmente, empregada nessas situações.	Diretrizes de RCP. American Heart Association, 2020.
119	A) Hidratação venosa com soro fisiológico a 0,9%, insulina regular endovenosa e reposição de potássio.	O caso descrito é clássico de cetoacidose diabética. Paciente jovem, previamente saudável, com pródromos de sintomas compatíveis com insulinopenia (poliúria, polidipsia, perda de peso), internado por primeira descompensação diabética, confirmada laboratorialmente (hiperglicemia + acidose metabólica). A cetoacidose é a primeira manifestação clínica em cerca de 20% dos pacientes diagnosticados com Diabetes mellitus do tipo 1. O pilar do tratamento inclui identificação e tratamento do fator causal (ex: infecção, infarto, libação alcoólica, pancreatite aguda), expansão volêmica com soro fisiológico, reposição de insulina de ação rápida e potássio. A opção pelo soro fisiológico a 0,9% neste caso se dá pela necessidade de ressuscitação volêmica do paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica (torpor, hipotensão arterial, taquicardia, oligúria). Após a etapa de ressuscitação nas primeiras 1-2 horas, pode-se proceder à troca para salina a 0,45%, caso glicemia < 300 mg/dl, pressão arterial e débito urinário estejam normais. Insulina de ação rápida em bomba de infusão, visando obter o restabelecimento gradativo da glicemia (queda de 50-75 mg/dl/hora) também está indicada. O uso endovenoso de insulina de ação rápida (ex: regular) é preferível, embora em casos de cetoacidose leve/moderada, o uso subcutâneo intermitente desta insulina também seja possível. Quanto à insulina NPH, por apresentar pico de ação tardio (4-6 horas), não é adequada para o tratamento da fase aguda da cetoacidose diabética, que requer ajuste horário da dose de insulina, mediante os parâmetros da glicemia capilar. Os níveis séricos de potássio tendem a estar falsamente elevados em casos de cetoacidose diabética, devido ao tamponamento intracelular do excesso de hidrogênio (saída de potássio da célula em consequência da internalização do hidrogênio). Assim sendo, o tratamento da cetoacidose resulta em rápida queda dos níveis séricos de potássio (reversão da acidemia, com retorno do potássio para a célula, e efeito direto da insulina, estimulando a abertura dos canais de potássio). Dessa forma, a reposição de potássio está indicada no tratamento da cetoacidose diabética, visando a prevenção de hipocalcemia grave e suas consequências (arritmias cardíacas, morte súbita). Por outro lado, embora a acidose metabólica seja um distúrbio central, nessa condição clínica a reposição de bicarbonato está indicada excepcionalmente, reservando-se para casos de acidose muito grave (pH < 6,9), com risco iminente de morte. Nesses pacientes, o próprio tratamento da cetoacidose diabética permite a expiração dos corpos cetônicos gerados, restabelecendo gradativamente o pH sanguíneo, sem que haja necessidade da reposição do bicarbonato nos casos de menor gravidade. Além disso, a reposição do bicarbonato acelera o tamponamento do hidrogênio, potencializando ainda mais a entrada de potássio na célula e agravando a hipocalcemia, e não é isenta de riscos, que incluem sobrecarga hídrica, edema cerebral, alcalose metabólica e acidose líquórica paradoxal.	KLIEGMAN, Robert et al. Nelson tratado de pediatria. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. 2 v. SANTOMAURO, Ana Teresa; SANTOMAURO Jr, Augusto Cezar; PESSANHA, Aline Bodart; RADUAN, Roberto Abrão; MARINO, Emerson Cestari; LAMOUNIER, Rodrigo Nunes. Diagnóstico e tratamento da Cetoacidose Diabética. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). Disponível em <a href="https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/">https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/</a> .

120	A) Droga anti-hipertensiva de ação rápida para redução da pressão arterial; não mais de 25% de redução nas próximas 8 horas.	Os médicos devem preocupar-se com as lesões agudas de órgãos-alvo quando a PA da criança exceder 30 mmHg acima do percentil 95 para sexo, idade e altura. No caso descrito a criança já apresenta manifestação de acometimento de órgão alvo (convulsão). Nessa situação deve-se usar um anti-hipertensivo de ação rápida, para redução da pressão arterial, que inicialmente não deve ser superior a 25% dos valores atuais nas primeiras 8 horas, para garantir a perfusão adequada de órgãos.	Tratado de Pediatria - Sociedade Brasileira de Pediatria. 5ed. Seção 22 – Nefrologia, cap 13.
-----	--	--	---