TESTE DE PROGRESSO ABEM

GABARITO COMENTADO - Teste de Progresso Nacional ABEM (06/12 - 09h00)

Questão	Correta	Gabarito	Referencia bibliografica
1	B) Delirium misto.	Resposta correta: delirium misto. O quadro clínico é compatível com delirium por apresentar início agudo, evolução flutuante, desatenção e alteração no nível de consciência que são critérios diagnósticos de delirium, sendo a condição de base - doença de Alzheimer - um fator predisponente e a pneumonia, um fator desencadeante.	Tratado de Geriatria e Gerontologia. Elizabete Viana de Freitas et al. 4a ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
2	C) Doença de Graves.	Resposta correta: Doença de Graves. A doença de Graves é uma das principais causas de hipertireoidismo, e acomete mais o sexo feminino. Caracteriza-se por sinais inespecíficos de tireotoxicose. Sua tríade característica é: bócio difuso (simétrico e difuso, geralmente com sopro audível sobre a glândula), oftalmopatia e dermopatia infiltrativa. O tratamento envolve betabloqueadores para controle dos sintomas adrenérgicos (palpitações, taquicardia, tremor e ansiedade, sendo o propranolol o mais usado). Quanto aos agentes antitireoidianos, tioureias inibem a tireoperoxidase e, consequentemente, a organificação do iodo e o acoplamento dos resíduos de MIT e DIT na formação de T3 e T4. Entre elas, propiltiouracila e metimazol. Já os corticóides atuam como imunossupressores e inibidores da secreção glandular e da conversão periférica de T4 em T3, devendo ser usados na crise tireotóxica. A doença de Plummer acomete mais frequentemente mulheres acima de 60 anos, onde surge inicialmente o bócio, secundário a nódulos, geralmente benignos, sem que haja alterações nos exames funcionais da glândula, obrigatoriamente. O tratamento geralmente inclui ressecção dos nódulos com iodo radioativo ou ressecção cirúrgica. A Tireoidite granulomatosa subaguda (TGSA), também denominada Tireoidite de De Quervain, é de origem viral, e caracteriza-se por um bócio nodular ou difuso, quase sempre doloroso. A destruição dos folículos com liberação dos hormônios tireoidianos estocados na glândula para a circulação causa tireotoxicose com baixa captação de iodo radioativo. A tireoidite linfocítica subaguda caracteriza-se por inflamação viral da glândula tireoidiana, cursando com febre e dor. Pode apresentar inicialmente com quadro de hipertireoidismo e logo após um hipotireoidismo transitório. Ao exame físico pode apresentar aumento da glândula, porém com assimetria.	FAUCI, A.S et al. Medicina Interna de Harrison. 20ª ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2019. VILAR, L. Endocrinologia Clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
3	C) Não iniciar insulinização até a normalização do potássio.	Resposta correta: não iniciar insulinização até a normalização do potássio. Trata-se de um paciente com estado hiperglicêmico hiperosmolar (glicemia acima de 600mg/dl; pH arterial>7,3; bicarbonato sérico>18mEq/l; discreta cetonemia; osmolaridade sérica>320mOsm/kg; desidratação e alteração do estado mental). Nesses casos, o erro mais frequente é iniciar insulina de maneira apressada, quando na verdade a medida mais urgente é hidratar o paciente e avaliar a presença de distúrbios hidroeletrolíticos. Em casos como o do paciente em questão, a insulina somente deve ser iniciada se o potássio estiver > 3,3 mEq/l, devido ao risco de arritmias graves associado à hipopotassemia.	MILECH, A. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. FAUCI, A.S et al. Medicina Interna de Harrison. 20ª ed. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2019.

4	A) Iniciar tratamento ambulatorial com amoxicilina + clavulanato; programar retorno em 3 dias.	Resposta correta: Iniciar tratamento ambulatorial com amoxicilina + clavulanato; programar retorno em 3 dias. Para a avaliação da gravidade de uma pneumonia adquirida na comunidade e decisão sobre o ambiente de realização do tratamento, se ambulatorial ou hospitalar, utiliza-se o sistema de pontuação CRB-65, que representa cinco fatores, com atribuição de um ponto a cada um deles quando presentes: - Confusão; - Respiração com frequência igual ou superior a 30 irpm; - Blood pressure - pressão arterial: sistólica inferior a 90 mmHg e/ou diastólica igual ou inferior a 60mm Hg; - 65: idade igual ou superior a 65 anos. O paciente em questão tem 56 anos de idade, encontra-se em bom estado geral, NÃO APRESENTA QUALQUER DESSES CRITÉRIOS e TEM PONTUAÇÃO ZERO. Isso significa que o paciente tem baixo risco de mortalidade e indicação de tratamento ambulatorial. Nessa situação, está indicado o tratamento inicial por via oral com betalactâmicos (subclasse das penicilinas semisintéticas) - a associação amoxicilina +clavulanato, com avaliação da resposta terapêutica. Macrolídeos (como azitromicina ou claritromicina) são indicados na suspeita de patógenos específicos; quinolonas e a combinação betalactâmico-macrolídeo pode estar indicada em pacientes com comorbidades ou uso recente de antibióticos. O tratamento com ceftriaxona por via intravenosa e o emprego de corticosteróide são reservados aos casos moderados e graves, respectivamente.	ATS/IDSA Guidelines for CAP, 2019. SBPT Diretrizes para Pneumonia Adquirida na Comunidade, 2018.
5	A) Prescrever nitrofurantoína por 5 dias.	Resposta correta: prescrever nitrofurantoína por 5 dias. A paciente apresenta cistite aguda não complicada (mulher jovem, sem comorbidades, sem sinais de pielonefrite ou fatores de risco para infecção complicada), logo não é necessário solicitar urocultura rotineira nem controle de cura nesses casos, e o tratamento empírico pode ser iniciado com nitrofurantoína 100 mg, 4x/dia por 5 dias, que é altamente eficaz contra os principais patógenos urinários e apresenta baixo risco de resistência.	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento da Cistite Aguda não Complicada em Mulheres Adultas. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU. Protocolo Assistencial: Infecção do Trato Urinário. 1. ed. Bauru: Prefeitura Municipal de Bauru, 2025. 52 p. HOOTON, T. M. et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Urinary Tract Infections in Women: A Clinical Practice Guideline From the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis, v. 68, n. 10, p. e1–e29, 2019. DOI: 10.1093/cid/ciy1121.
6	C) Iniciar hemodiálise de urgência.	Resposta correta: iniciar hemodiálise de urgência. O quadro clínico é sugestivo de hipercalemia grave sintomática e refratária ao tratamento conservador, com alterações de ECG típicas (ondas T apiculadas, desaparecimento da onda P, QRS alargado), que são preditoras de risco iminente de arritmia fatal. O tratamento inicial com medidas para estabilização da membrana e redução do potássio foi corretamente iniciado, mas sem resposta clínica. Nestes casos, a hemodiálise é a terapia mais eficaz e imediata para remoção de potássio, especialmente em pacientes com comprometimento da função renal e instabilidade clínica. Repetir terapias medicamentosas ou usar resinas trocadoras de potássio não é seguro como medida isolada em situações de risco iminente de parada cardíaca. A vigilância isolada sem ação ativa agrava o risco.	UpToDate. Treatment and prevention of hyperkalemia in adults. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-hyperkalemia-in-adults.

7	C) Recomendar hábitos de vida saudáveis e acompanhar os níveis pressóricos.	Resposta correta: recomendar hábitos de vida saudáveis e acompanhar os níveis pressóricos. O paciente em questão apresenta obesidade grau II. A literatura relata que a perda de peso, por si só, é um dos mais relevantes potenciais para queda da pressão arterial. Esse paciente pode ter hipertensão sistólica isolada, segundo os parâmetros da Sociedade Brasileira de Cardiologia e a American Heart Association (AHA) e American College of Cardiology (ACC). Além disso, há vários elementos que podem estar elevando a pressão sistólica, tais como: ansiedade, álcool, tabaco e sedentarismo. É preciso mudar os hábitos de vida, observar os efeitos sobre a pressão arterial e só posteriormente deve ser considerado o uso de antihipertensivo(s). No caso relatado, a pressão arterial do paciente foi aferida apenas 2 vezes, o que é insuficiente para essa tomada de decisão, segundo os consensos vigentes. Para ser considerado hipertenso, há necessidade de acompanhar o paciente por mais tempo, com novas aferições de pressão arterial e se, particularmente, ele vai ou não atender as recomendações de hábitos de vida saudáveis. Confirmada a hipertensão arterial, há aumento do risco cardiovascular ao longo do tempo, sendo justificado o uso de medicação antihipertensiva.	SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, 2016. AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGGY. 2017 Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management o high blood pressure in adults, [S. l: s. n.], 2017.
8	C) Ausência de sinais inflamatórios ou estruturais ao exame físico.	Resposta correta: ausência de sinais inflamatórios ou estruturais ao exame físico. A fibromialgia é uma síndrome de dor crônica difusa de origem não inflamatória e não degenerativa, caracterizada por sintomas como: dor musculoesquelética generalizada; fadiga persistente; sono não reparador; distúrbios cognitivos leves (em alguns casos); hipersensibilidade à palpação em pontos específicos (tender points). Segundo o Ministério da Saúde e o American College of Rheumatology (ACR), o diagnóstico da fibromialgia é essencialmente clínico, e deve ser considerado na ausência de sinais inflamatórios, estruturais ou neurológicos ao exame físico, em pacientes com dor crônica generalizada por pelo menos 3 meses, associada a outros sintomas típicos. Portanto, a ausência de alterações inflamatórias ou estruturais no exame físico é justamente o que fortalece o diagnóstico clínico de fibromialgia, dispensando a necessidade de exames complementares em casos típicos.	Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., et al. (2016). 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Seminars in Arthritis and Rheumatism, 46(3), 319–329. Sociedade Brasileira de Reumatologia. (2017). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o diagnóstico e tratamento da fibromialgia. Revista Brasileira de Reumatologia, 57(Suppl 2), S467–S476. New guidelines for the diagnosis of fibromyalgia. Revista Brasileira de Reumatologia. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500417301791.
9	C) Priorizar o conforto e dignidade do paciente, evitando intervenções fúteis, mesmo sem consenso familiar imediato.	Resposta correta: Priorizar o conforto e dignidade do paciente, evitando intervenções fúteis, mesmo sem consenso familiar imediato. A conduta mais adequada, ética e legalmente embasada é respeitar os princípios da proporcionalidade terapêutica, não maleficência e autonomia substituída. Quando o quadro clínico é considerado irreversível e refratário ao tratamento, a equipe tem o dever de evitar condutas fúteis e garantir conforto e dignidade, ainda que a família não esteja plenamente de acordo no momento — sendo essencial a comunicação clara e compassiva. No Brasil, a resolução CFM nº 1.995/2012 respalda essa postura. A sedação paliativa não exige decisão judicial, mas sim indicação clínica, consentimento (ou representação) e documentação ética. Não se coloca a decisão exclusivamente nas mãos da família, o que não é exigência legal nem ética. Também não é usado critério radiológico isolado para adiar cuidados paliativos, pois não se sustenta em um quadro irreversível e funcionalmente devastador.	CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. Manual de cuidados paliativos ANCP. In: Manual de cuidados paliativos ANCP. 2012. p. 590-590. DE MELO, Lívia Maria Carneiro; PAULISTA, Milena Teixeira; SÁNCHEZ, Tarquino Erastides Gavilanes. Neurotoxoplasmose em pacientes portadores de imunodeficiência humana e suas sequelas: uma revisão narrativa. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 10, p. 81527-81538, 2020.
10	B) Prescrição de sacubitril/valsartana em substituição à losartana.	Resposta correta: Prescrição de sacubitril/valsartana em substituição à losartana. O uso de sacubitril/valsartana demonstrou superioridade em relação ao enalapril na redução de mortalidade por todas as causas e hospitalizações por IC, conforme o estudo PARADIGM-HF. Diuréticos aliviam sintomas, mas não alteram sobrevida. A digoxina pode reduzir hospitalizações, mas não reduz mortalidade. Os antagonistas de canal de cálcio não são recomendados na IC com fração de ejeção reduzida.	McMurray JJ et al. NEJM. 2014;371:993–1004. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – SBC 2021.

11	A) Prescrição de inibidor do sistema renina-angiotensina.	Resposta correta: prescrição de inibidor do sistema renina-angiotensina. IECA e BRA reduzem a pressão intraglomerular e a proteinúria, retardando a progressão da nefropatia diabética. As demais medidas não se aplicam ao paciente em sua condição atual.	ADA Standards of Medical Care in Diabetes, 2023. Diretriz SBN – Doença Renal Crônica, 2021.
12	B) Mudança no estilo de vida incluindo dieta e atividade física.	Resposta correta: mudança no estilo de vida incluindo dieta e atividade física. A primeira abordagem para a síndrome metabólica é sempre a mudança no estilo de vida: alimentação saudável, aumento da atividade física e controle do peso. Medicações podem ser usadas conforme necessidade e evolução, mas inicialmente o foco é a mudança comportamental.	Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica – 2013. Arq. Bras. Cardiol. 2014;102(1 Suppl 1):1-20. (Orientações específicas para a atenção primária no Brasil).
13	C) Prescrever diazepam endovenoso e manter monitorização clínica em regime de internação.	Resposta correta: prescrever diazepam endovenoso e manter monitorização clínica. O paciente apresenta síndrome de abstinência alcoólica grave, conforme escore CIWA-Ar >18, com sinais autonômicos e risco de progressão para delirium tremens. O tratamento de escolha é o uso de benzodiazepínicos, especialmente o diazepam ou lorazepam, sendo igualmente indicada a internação para monitorização clínica contínua, o suporte com hidratação e reposição de tiamina (para prevenção da encefalopatia de Wernicke). Os antipsicóticos haloperidol e clorpromazina não devem ser utilizados rotineiramente na SAA, pois podem precipitar crise convulsiva. Também não é recomendada a vitamina B12, pois a reposição recomendada é de vitamina B1 (tiamina).	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome de Abstinência Alcoólica. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. CORRÊA, Jéssica Tomps; KLEIN, Charles; NEMER, Danielle Saad; GHOSNR, Bou. Guia do Episódio de Cuidado: Tratamento de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) no setor de emergência. [S.l.]: [s.n.], 30 nov. 2022. MAYFIELD, D. MCLEOD, G.; HALL, P. Alcohol withdrawal syndromes: management strategies. Am Fam Physician, v. 61, n. 3, p. 675–684, 2000. WADE, D. VALE, D. Emergências Clínicas. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.
14	D) Cardioversão.	Resposta correta: Cardioversão. ECG evidencia fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica. Trata-se de paciente que apresenta fatores de risco - insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do tipo II e, por apresentar instabilidade, deve-se proceder a cardioversão.	Medicina Interna de Harrison – 2 Volumes Jameson, J. Larry; Fauci, Anthony S.; Kasper, Dennis L.; Hauser, Stephen L.; Longo, Dan L.; Loscalzo, Joseph. 20a EDIÇÃO, 2020.
15	C) Indicar o tratamento com uma dose de Penicilina G Benzatina.	Resposta correta: Indicar o tratamento com uma dose de Penicilina G Benzatina. Trata-se de paciente sem histórico de doenças prévias, com teste-rápido positivo e manifestações clínicas de sífilis secundária. Apesar do VDRL não reagente, recomenda-se o tratamento imediato com dose única de Penicilina G Benzatina (infecção recente). Não existe a recomendação de tratamento com duas doses, independentemente do estágio clínico da sífilis. O uso de três doses de penicilina G benzatina está indicado em pacientes com o diagnóstico de sífilis latente tardia, quando não há a presença de sintomas clínicos e a infecção está presente há mais de um ano. Mesmo com o resultado não reagente de VDRL, recomenda-se o tratamento imediato em pacientes com teste-rápido reagente e manifestações clínicas.	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. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf.

16	C) Agonista do receptor de GLP-1 (semaglutida).	Resposta correta: agonista de GLP-1 (semaglutida). O quadro clínico descrito configura síndrome metabólica, uma vez que o paciente atende aos cinco critérios, e não só a três deles, que definem essa situação: - circunferência abdominal acima de 102 cm (valor para os homens; acima de 88 cm para mulheres); - dosagem de triglicérides séricos igual ou maior que 150mg/dL; - colesterol LDL abaixo de 40 mg/dL (no homem; abaixo de 50 mg/dL em mulheres); - glicemia de jejum igual ou superior a 100 mg/dL; - medidas de pressão arterial acima de 130 mm HG (sistólica) ou de 85 mmHg (diastólica). Segundo os critérios da OMS, com base no IMC, o paciente apresenta obesidade grau II. Nas situações de obesidade severa com risco cardiovascular aumentado, como a que acomete o paciente, há indicação para associar às modificações do estilo de vida, o tratamento medicamentoso, preferencialmente em monoterapia, para facilitar a adesão do paciente. Nesse sentido, tem sido evidenciada a utilização preferencial dos agonistas do GLP-1 (Glucagon like peptide 1), como a semaglutida, introduzidos como uma nova classe de antidiabéticos, que têm efeitos pleiotrópicos no manejo da síndrome metabólica, com benefícios adicionais de custo-efetividade e efeitos colaterais reduzidos. Agonistas do receptor de GLP-1 de ação prolongada, como a semaglutida, atuam predominantemente sobre a secreção de insulina e glucagon que, por sua vez, regulam os níveis pré e pós-prandial de glicose, exercendo também forte influência na glicemia de jejum. Além da ação no controle da obesidade, os agonistas do receptor de GLP-1 mostram efeitos benéficos no controle da pressão arterial e frequência cardíaca (aumento do nível de peptídeo natriurético atrial, produção de óxido nítrico e relaxamento vascular, excreção de sódio e natriurese, redução da atividade da renina plasmática, figuram entre os mecanismos evidenciados). Os agonistas do receptor de GLP-1 são, portanto, as drogas melhor indicadas em pacientes com síndrome metabólica que têm perfil de risco cardiovascular aumentado. As demais opções apresentadas têm espectro de ação mais reduzida e geralmente	Rubino D et al. NEJM. 2021;384:989-1002. Diretriz ABESO, 2022. Swarup S, Ahmed I, Grigorova Y, et al. Metabolic Syndrome. [Updated 2024 Mar 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK459248/ Collins L, Costello RA. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists. [Updated 2024 Feb 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551568/
17	A) Pico de fluxo expiratório reduzido.	Resposta correta: pico de fluxo expiratório reduzido. O pico de fluxo expiratório ajuda na monitorização objetiva da função pulmonar e é sensível para avaliação da gravidade da crise asmática.	GINA 2023 – Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
18	B) Teste sorológico imunoenzimático (ELISA de 4ª geração) de detecção de antígeno p24 e de anticorpos circulantes.	Resposta correta: teste sorológico imunoenzimático (ELISA de 4ª geração) de detecção de antígeno p24 e de anticorpos circulantes. Este teste é o mais apropriado para o diagnóstico inicial da infecção aguda pelo HIV, pois detecta tanto os anticorpos (que demoram algumas semanas para aparecer) quanto o antígeno p24, que surge precocemente após a infecção, antes da soroconversão. Portanto, tem maior sensibilidade nas fases iniciais. O teste rápido sorológico (teste imunocromatográfico) de detecção de anticorpos circulantes é útil em estágios um pouco mais tardios da infecção, pois depende da presença de anticorpos, que podem não estar detectáveis durante a fase aguda da infecção (período de janela imunológica) e tem menor sensibilidade para infecção recente. Já o teste sorológico pela técnica de imunoblot ou western blot, de detecção de anticorpos circulantes, embora seja altamente específico, não é indicado como exame inicial isolado para triagem, especialmente na fase aguda da doença, pois pode apresentar um tempo ainda maior de janela imunológica quando comparado aos imunoensaios. No teste de imunofenotipagem para a determinação da contagem de linfócitos T CD4+, a contagem de CD4 é usada para monitorar a progressão da infecção e avaliar o risco de infecções oportunistas, mas não é adequada como exame diagnóstico inicial. Pode estar normal na fase aguda.	BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
19	C) Doença de Crohn.	Resposta correta: doença de Crohn. O quadro clínico do paciente é sugestivo de doença inflamatória intestinal. A evidência de inflamação transmural é mais compatível com doença de Crohn.	Jameson, J., L. et al. Manual de medicina de Harrison. (20th edição). Grupo A, 2021. Capítulo 154.

20	D) Solicitar teste ergométrico para avaliação funcional.	Resposta correta: solicitar teste ergométrico para avaliação funcional. Em pacientes jovens, com baixo a moderado risco cardiovascular e sem alterações no eletrocardiograma ou exames laboratoriais, a estratificação funcional com teste ergométrico é o primeiro passo recomendado. Isso permite avaliar a presença de isquemia induzida pelo esforço e orientar a necessidade de exames mais invasivos, como a cineangiocoronariografia, que está indicada apenas quando há sinais de alto risco ou refratariedade ao tratamento clínico.	BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST (II Diretriz da SBC). Arq Bras Cardiol. 2007;89(4):e56-e79. Gibbons RJ, et al. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina. Circulation. 2003;107(1):149-158.
21	B) Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica – Dosagem de complemento (C3).	Resposta correta: Glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica – Dosagem de complemento C3. A GNDA pós-estreptocócica é a condição renal que manifesta pela inflamação dos glomérulos resultando em hematúria macroscópica(urina escura), hipertensão arterial e edema, sem sinais infecciosos urinários e com antecedente recente de faringoamigdalite. O quadro de síndrome nefrítica é evidenciado pela hematúria de origem glomerular, bem como a elevação da pressão arterial para a idade. Um dos exames indicados para confirmação diagnóstica é a dosagem de complemento sérico (C3), reduzida pela sua deposição na formação de complexos imunes que mediam o processo inflamatório renal na fase aguda da doença. A ausência de leucocitúria, nitrito negativo e sintomas urinários baixos tornam a hipótese de ITU pouco provável. Nefrolitíase pode causar hematúria, mas geralmente cursa com dor abdominal/lombar intensa. A USG não é prioritária no contexto clínico atual, A síndrome nefrótica decorre de distúrbio da permeabilidade glomerular que leva à perda de proteínas na urina (proteinúria), edema e hipoalbuminemia.	Sociedade Brasileira de Pediatria – Protocolos de Nefrologia Pediátrica. 2022. Nelson Textbook of Pediatrics, 21ª edição. Elsevier, 2020. KDIGO Guidelines for Glomerulonephritis. 2021.
22	B) Não vacinar por tratar-se de vacina de vírus vivo atenuado, exceto em situações especiais de indicação médica.	Resposta correta: Não vacinar, por tratar-se de vacina de vírus vivo atenuado. A vacina febre amarela deve ter seu uso evitado durante a gravidez, a não ser que os riscos de aquisição da doença sejam muito superiores ao eventual dano produzido pela imunização. A recomendação da vacinação contra a febre amarela para gestantes somente se considera em caso de residente ou viajante para área de risco epidemiológico e mediante avaliação do serviço de saúde sobre o risco-benefício da vacinação. Neste contexto, recomenda-se 1 dose para aquelas sem comprovação vacinal, para as vacinadas antes dos 5 anos de idade e para as que receberam apenas dose fracionada (em 2018). Em caso de viajantes, considera-se 10 dias o prazo mínimo para a vacinação antes da viagem, tendo em vista o tempo necessário à soroconversão.	https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-gestante. Consulta em 27/11/2025. https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/famarela/2025/doctecnico21032025_vacina_febre_amarela_correto.pdf. Consulta em 27/11/2025.

23	B) Orientar a mãe sobre a constatação de negligência, notificar o Conselho Tutelar, preencher a Ficha de Notificação Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e encaminhar para rede de apoio multiprofissional para reavaliação com brevidade.	Resposta correta: Orientar a mãe sobre a constatação de negligência, notificar o Conselho Tutelar, preencher a Ficha de Notificação Individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e encaminhar para rede de apoio multiprofissional para reavaliação com brevidade. Trata-se de um caso de negligência. Na ausência de lesões ou sinais físicos que necessitem de encaminhamento para procedimentos específicos ou internação, deve-se proceder à notificação do caso ao Conselho Tutelar ou outra instituição cabível (como a Vara da Infância e Juventude ou Ministério Público) da região de moradia da criança e encaminhar com brevidade para a rede de apoio para o acompanhamento dessa família. O não atendimento das necessidades básicas da criança, com variados níveis de gravidade, é a forma mais frequente de violência por omissão. É a submissão a atos ou atitudes de omissão, de forma crônica, intencional ou não, com prejuízos à higiene, nutrição, saúde, educação, estímulo ao desenvolvimento, proteção e afetividade. Um conceito amplo de negligência, ou omissão do cuidar, é o não atendimento das necessidades básicas da criança, em variados níveisde gravidade. É uma das formas mais frequentes de maus-tratos que há bem pouco vem sendo reconhecida como tal. Incluída no cotidiano de muitas famílias ou instituições, faz parte do contexto do que os adultos supõem ser seu direito de escolher, na maioria das vezes sem questionamentos à qualidade de vida dos que deles dependem. A negligência, como forma de violência, deve ser objeto de notificação, como prevê, Por exemplo, a Portaria 1968, do Ministério da Saúde, de 25 de outubro de 2001.	Pfeiffer L, Hirschheimer MR, Ferreira AL. Negligência ou omissão ao cuidar. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editors. Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Brasilia, DF: Conselho Federal de Medicina; 2018. Cap. 6. p. 81-101. http://bit.ly/manual_violencia. Hirschheimer MR, Waksman RD, Pfeiffer L. Roteiro de atendimento, notificação e acompanhamento. In: Waksman RD, Hirschheimer MR, Pfeiffer L, editors. Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência. Brasilia, DF: Conselho Federal de Medicina; 2018. Cap. 15. p. 301-325. http://bit.ly/manual_violencia. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF:
24	D) Reforçar orientações posturais e manter aleitamento.	O refluxo fisiológico é comum em lactentes e geralmente se resolve espontaneamente. Medidas posturais e continuidade do aleitamento são a conduta inicial.	Vandenplas Y et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018.
25	C) Realizar radiografia de mão e punho para determinação da idade óssea, importante para a diferenciação entre variantes normais do crescimento.	Resposta correta: Realizar radiografia de punho para determinação da idade óssea, importante para a diferenciação entre variantes normais do crescimento. A radiografia de mão e punho é um passo inicial para a investigação da baixa estatura da criança, pois permite analisar o estado de maturação óssea (critérios de Greulich e Pyle), o que é recomendado em casos de baixa estatura, crescimento acelerado , avaliação da puberdade, acompanhamento de tratamentos. Esse exame orienta o diagnóstico diferencial e as tomadas de decisões médicas, sobretudo a realização de outros exames complementares. A estatura dos pais, pelo enunciado, não é tão baixa, sendo importante conhecer a medida precisa, e não a estimada, para o cálculo da estatura-alvo da criança. Embora os exames realizados estejam normais, pode ser necessária, em consulta subsequente, a investigação mais aprofundada, em especial a dosagem de hormônio do crescimento, prolactina, cortisol e, eventualmente, cariótipo. Pela simplicidade e baixo custo da radiografia, solicitar a repetição de exames de baixa complexidade técnica, como os mencionados, pode postergar o avanço na investigação e agregar custos.	Collet-Solberg, PF; Alves, CAD; Albuquerque, CTM; Hoineff, C. Baixa Estatura. In: Constantino CF, Solé D, Silva CAA, Silva LR, Liberal EF, Lopez FA, Silva AC. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 6a Ed. Editora Manole, 2025.
26	D) Considerar sopro inocente e manter acompanhamento clínico regular.	Resposta correta: considerar sopro inocente e manter acompanhamento clínico regular. Sopros inocentes são comuns em lactentes saudáveis e não indicam doença cardíaca estrutural. Caracterizam-se por: grau ≤2/6, ausência de frêmito, localização típica (foco pulmonar), ausência de sintomas clínicos e exame físico normal. A conduta nesses casos é o acompanhamento clínico.	Sociedade Brasileira de Pediatria – Avaliação de sopros cardíacos em crianças. 2017. Nelson Textbook of Pediatrics, 21ª edição. Elsevier, 2020. American Heart Association – Guidelines for Pediatric Cardiology. 2022.

27	D) A análise do líquor é sugestiva de meningite bacteriana.	Resposta correta: a análise do líquor é sugestiva de meningite bacteriana. A análise do líquor mostra um quadro típico de meningite bacteriana: pleocitose com predomínio de polimorfonucleares, aumento significativo de proteínas e hipoglicorraquia (glicose <2/3 da glicemia sérica). Meningite viral (asséptica) geralmente cursa com líquor claro, celularidade menor (geralmente <500 células/mm³) com predomínio linfocitário, proteínas discretamente aumentadas e glicose normal. O quadro apresentado é altamente sugestivo de etiologia bacteriana. Não há correlação entre glicorraquia/glicemia na meningite tuberculosa. A glicorraquia na meningite tuberculosa é diminuída. Meningite fúngica apresenta líquor claro, celularidade linfocitária e evolução subaguda.	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Tratado de pediatria. 6. ed. São Paulo: Manole, 2025.
28	C) Hidratação com terapia de reidratação oral na UPA até que regridam os sinais de desidratação.	Resposta correta: Hidratação com terapia de reidratação oral na unidade de emergência até que desapareçam os sinais de desidratação. Os sinais clínicos indicam uma desidratação leve, cujo tratamento inicial preconizado é a reidratação oral na unidade de saúde sob supervisão, já que, apesar da história de vômitos, o lactente está aceitando líquido por via oral e não apresenta sinais de choque.	Manejo da Diarreia Aguda OMS – 2016. Ministério da Saúde – Manual de Assistência e Controle das Doenças Diarreicas – 2ª edição.
29	C) Isoimunização ABO. Solicitar dosagem de bilirrubinas, hematócrito, hemoglobina, tipagem sanguínea e Coombs direto do recém-nascido.	Resposta correta: isoimunização ABO. Solicitar dosagem de bilirrubinas, hematócrito, hemoglobina, tipagem sanguínea e Coombs direto do recém-nascido. A icterícia é um dos problemas mais frequentes no período neonatal. A hiperbilirrubinemia fisiológica é a causa mais frequente, mas a presença de icterícia antes de 24 a 36 horas de vida indica necessidade de procurar outras causas e alerta para o risco de hiperbilirrubinemia significativa (com necessidade de dosagem sérica de bilirrubinas). Em função da tipagem sanguínea da mãe, a isoimunização ABO é o diagnóstico mais provável no caso, e pode ocorrer no primeiro filho. Os exames laboratoriais são importantes para confirmar a hipótese diagnóstica e definir se há necessidade de iniciar tratamento.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde. 2a Ed., Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
30	D) Observação por, no mínimo, duas horas.	A observação clínica dos pacientes vítimas de TCE leve é indicada para acompanhamento do quadro. Nos casos de traumatismo cranioencefálico (TCE) leve, a radiografia de crânio não deve ser usada rotineiramente, devendo ser considerada apenas como exame complementar em situações em que não há disponibilidade de tomografia computadorizada. A tomografia deve ser indicada em pacientes que apresentam escala de coma de Glasgow menor ou igual a 14. A ressonância também não está indicada em TCE leve.	SBP, 2025. PALS. Panamericana; 2021. p. 9–56. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4.

31	A) Leucemia linfocítica aguda; mielograma.	Resposta correta: Leucemia linfocítica aguda; mielograma. Os tipos mais comuns de câncer diagnosticados em crianças até 14 anos de idade são leucemias, tumores cerebrais ou de outras regiões do SNC e os linfomas, nessa ordem decrescente. O caso clínico apresentado é muito sugestivo de leucemia linfocítica aguda, hipótese reforçada pelas alterações presentes no hemograma (leucocitose com predomínio absoluto de linfócitos, presença de blastos no sangue periférico) e pelo fato de que a LLA representa cerca de 80% das leucemias que ocorrem nas crianças, sendo uma proporção bem menor (15-20%) diagnosticada com leucemia mieloide aguda. A realização de mielograma é indispensável para a confirmação diagnóstica, devendo ser realizadas outras investigações complementares – avaliação mais estendida com biópsia de medula, imunofenotipagem e outros. Ambos os tipos de linfoma que figuram como alternativas, não só acometem em maior frequência crianças e adolescentes em faixas etárias mais avançadas, como têm incluídas como sinais e sintomas marcantes em sua apresentações, as linfadenopatias cervicais e periféricas, massas abdominais, visceromegalias, sintomas B (febre, suores noturnos, perda de peso).	Clarke Rachel et al. Clinical presentation of childhood leukaemia: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child 2016;101:894–901. doi:10.1136/archdischild-2016-311251. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia, Version 2.2020 Patrick Brown, J Natl Compr Canc Netw 2020;18(1):81–112. doi: 10.6004/jnccn.2020.0001. Saatci D, Zhu C, Harnden A, Hippisley-Cox J. Presentation of B-cell lymphoma in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2024 Jun 11;24(1):718. doi: 10.1186/s12885-024-12372-w. PMID: 38862882; PMCID: PMC11167855. Puckett Y, Chan O. Acute Lymphocytic Leukemia. [Updated 2023 Aug 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from:
32	B) Urticária aguda desencadeada por alimento; tratar com anti-histamínico oral e observar sinais de gravidade.	Resposta correta: urticária aguda desencadeada por alimento; tratar com anti-histamínico oral e observar sinais de gravidade. O quadro clínico é compatível com urticária aguda de provável causa alimentar (leite de vaca), com lesões evanescentes, pruriginosas e sem comprometimento sistêmico. O tratamento é feito com anti-histamínicos orais e vigilância quanto à progressão para sinais de anafilaxia. Na anafilaxia estão presentes, além da urticária, sinais sistêmicos como vômitos repetidos, hipotensão, tosse persistente, rouquidão, edema de glote ou broncoespasmo. Enquanto a dermatite atópica, por sua vez, é uma doença crônica, com lesões eczematosas, ressecamento, prurido crônico e localização típica (face, dobras), sem aparecimento súbito após ingestão de alimento. Por fim, o eritema multiforme apresenta-se com lesões em alvo, frequentemente após infecções virais ou uso de fármacos, e não é comum como reação imediata a alimentos.	Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4ª ed. Barueri, SP: Manole, 2017. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAE). Tratado de Alergia e Imunologia Clínica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2023.
33	B) Revelar aos pais a ocorrência de transtorno alimentar da paciente, menor de idade.	Resposta correta: Revelar aos pais a ocorrência de transtorno alimentar da paciente, menor de idade. Art. 74 do Código de Ética Médica: "É vedado ao médico: Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente." Nessa situação deve ser considerado o risco trazido pelo transtorno alimentar, que autoriza informar aos pais sobre a ocorrência, sem mencionar o namoro, que não configura situação concreta de risco. Cada caso deve ser avaliado, pois em menores com capacidade de discernimento, desde que não haja risco de dano à integridade, o paciente deve ser respeitado e deve ter um prazo para que se convença a buscar o apoio dos responsáveis.	Conselho Federal de Medicina - Código de Ética Médica 2018. Disponível em https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf.
34	B) Permetrina tópica 5% aplicada à noite por 8 a 14 horas.	Resposta correta: Permetrina tópica 5% aplicada à noite por 8 a 14 horas. A permetrina 5% é o tratamento de primeira linha para escabiose em crianças. Deve ser aplicada à noite e lavada após 8 a 14 horas.	Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Escabiose. 2022.

35	C) Tumor da córtex adrenal.	Resposta correta: Tumor da córtex adrenal. A presença de acne, pelos pubianos, aumento do tamanho do pênis com testículos simétricos e com volume testicular normal para a idade, indica que o local da origem da secreção dos andrógenos são as adrenais, sendo mais provável o diagnóstico de tumor da córtex adrenal. Na adrenarca precoce benigna, observam-se os pelos pubianos, podendo até ocorrer acne, seborreia e odor axilar, mas não o aumento do tamanho do pênis. No tumor de testículo os testículos são assimétricos, sendo um aumentado de volume e o outro normal para a idade e na puberdade precoce central os dois testículos mostram-se aumentados de volume para a idade.	Spinola-Castro AM, Siviero- Miachon AA. Capítulo 3: Distúrbios Puberais in: Deoclécio Campos Junior, Dennis Alexander Rabelo Burns, Fabio Ancona Lopez. (org.). Tratado de Pediatria. 3 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2014, v. 1, p. 941-59.
36	D) Realizar endoscopia digestiva alta entre 12 e 24hs da ingestão.	Resposta correta: realizar endoscopia digestiva alta entre 12 e 24hs da ingestão. No caso de ingestão de substâncias cáusticas, a conduta inicial é fundamental para evitar complicações graves, como perfuração ou necrose. A endoscopia digestiva alta deve ser realizada entre 12 e 24 horas após a ingestão, sendo a forma mais adequada de avaliar a extensão das lesões no trato digestivo superior (esôfago, estômago e duodeno). Ela permite uma avaliação direta e precoce, fundamental para guiar o tratamento subsequente. A sondagem nasogástrica às cegas não deve ser realizada após ingestão de substâncias cáusticas, pois pode agravar o quadro e aumentar o risco de perfuração no esôfago ou estômago, além de facilitar a disseminação do cáustico por todo o trato digestivo. Já o carvão ativado não deve ser administrado após ingestão de substâncias cáusticas. O carvão ativado é eficaz para absorver substâncias tóxicas ou venenosas, mas não tem efeito sobre substâncias cáusticas, como a soda cáustica, e pode agravar a lesão no trato gastrointestinal ao permanecer em contato com as mucosas danificadas. O uso de líquidos alcalinos não é recomendado após ingestão de substâncias cáusticas. Embora a ideia seja neutralizar a acidez, essa prática pode agravar as lesões ao produzir reações químicas adicionais e causar mais dano ao trato digestivo.	CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. Manual de orientação para o manejo de intoxicações. Belo Horizonte: CIATox, 2019. Tratado de Pediatria, SBP, 2025.
37	B) Manter o uso de ferro elementar, na dose que está sendo utilizada, até os 24 meses de idade.	Resposta correta: As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Ministério da Saúde orientam a suplementação preventiva para recém-nascido de termo, de peso adequado para a idade gestacional, de 1mg de ferro elementar/kg de peso/dia, a partir do 6º mês de vida (se em aleitamento materno exclusivo, ou em uso de menos de 500 ml/dia de fórmula infantil), até o 24º mês de vida. Não é necessária a suplementação preventiva com ferro elementar para os lactentes nascidos a termo, com peso de nascimento adequado, que estejam recebendo mais de 500ml/dia de fórmula infantil. No caso descrito a criança recebe 250ml/dia de fórmula infantil. A dose da suplementação preventiva com ferro elementar (1mg/kg de peso/dia) para os lactentes nascidos a termo, com peso de nascimento adequado, e que estejam recebendo menos de 500ml de fórmula infantil/dia, deverá ser mantida dos 6 meses aos 2 anos de idade.	Weffort V., Braga J. A. P. Consenso sobre anemia ferropriva: ATUALIZAÇÃO: DESTAQUES 2021. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP - Departamento de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia).
38	C) Sinusite bacteriana aguda; iniciar antibioticoterapia e medidas de suporte.	Resposta correta: sinusite bacteriana aguda; iniciar antibioticoterapia e medidas de suporte. O quadro é típico de sinusite bacteriana aguda, uma complicação frequente do resfriado comum, e caracterizado por secreção nasal purulenta persistente (>10 dias) ou piora após melhora inicial, dor facial ou pressão na face, halitose, febre, tosse e congestão nasal intensas. A conduta envolve: antibioticoterapia (amoxicilina ou amoxicilina-clavulanato, dependendo do quadro), lavagem nasal com solução salina, analgésicos e antipiréticos.	Protocolo colaborativo da prefeitura de Belo Horizonte. Manejo da Otite Média Aguda na criança e adolescente. 2021. https://www.sbp.com.br/departamentos/pneumologia/manuais-e-guias/. Consulta em 17/11/2025
39	C) Fazer radiografia (invertograma) para verificar a altura do reto; decisão por colostomia ou anastomose e realização de anoplastia a partir do oitavo mês de vida.	Resposta correta: fazer invertograma para verificar a altura do reto, definir por colostomia ou anastomose e realizar anoplastia a partir do oitavo mês de vida. Perante um recém-nascido que não evacua nas primeiras 72h de vida, é necessário rever o exame do períneo e verificar se existe fístula digestivo-urinária. Se não há mecônio visível saindo da uretra, realiza-se, então, o invertograma para verificar a altura do reto. Sendo evidenciada localização alta, realiza-se colostomia seguida de radiografia contrastada pelo coto para verificar a presença de fístula, que pode ir até a uretra posterior. Prepara-se a anoplastia após o oitavo e nono mês. Se o reto estiver baixo, faz-se a anastomose. A cirurgia corretiva (anoplastia) não deve ser realizada antes do segundo mês de vida. O invertograma ajuda a definir a técnica a ser usada. Se ele evidenciou um reto em posição alta, a técnica a ser utilizada deve ser a colostomia e, posteriormente, a anoplastia, de preferência a partir do oitavo mês.	PEREIRA, R. M.; SILVA, A. C. S.; PINHEIRO, P. F. M. Cirurgia Pediátrica: condutas clínicas e cirúrgicas. Medsi – Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005, 813 p.

40	B) Artrite séptica.	Resposta correta: artrite séptica. A artrite séptica é uma emergência pediátrica. Febre alta, dor intensa e sinais inflamatórios laboratoriais são característicos. Exige drenagem cirúrgica e antibioticoterapia.	Peltola H, Pääkkönen M. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children. N Engl J Med. 2014. Gigante A, Coppa V, Marinelli M, Giampaolini N, Falcioni D, Specchia N. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children: a systematic review of systematic reviews. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019 Apr;23(2 Suppl):145-158. doi: 10.26355/eurrev_201904_17484. PMID: 30977881
41	C) Confirmar o diagnóstico de pré-diabetes e iniciar intervenção intensiva no estilo de vida, com possível uso de metformina em casos selecionados.	Resposta correta: confirmar o diagnóstico de pré-diabetes e iniciar intervenção intensiva no estilo de vida, com possível uso de metformina em casos selecionados. Os critérios para diagnóstico de pré-diabetes incluem: ●Glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL ●HbA1c entre 5,7% e 6,4% ●Glicemia de 2h no TOTG entre 140 e 199 mg/dL A paciente do caso preenche os três critérios laboratoriais para pré-diabetes, além de possuir fatores de risco como sobrepeso (IMC 29) e história familiar de DM2. De acordo com a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024, a conduta recomendada é: ●Intervenção intensiva no estilo de vida (alimentação saudável, perda de 5–10% do peso corporal, atividade física regular) ●Considerar o uso de metformina em casos de alto risco, especialmente se IMC ≥ 35, idade < 60 anos ou mulheres com história de diabetes gestacional — o que pode ser discutido individualmente.	Melanie Rodacki, Roberta A. Cobas, Lenita Zajdenverg, Wellington Santana da Silva Júnior, Luciano Giacaglia, Luis Eduardo Calliari, Renata Maria Noronha, Cynthia Valerio, Joaquim Custódio, Mauro Scharf, Cristiano Roberto Grimaldi Barcellos, Maithe Pimentel Tomarchio, Maria Elizabeth Rossi da Silva, Rosa Ferreira dos Santos, Bianca de Almeida-Pitito, Carlos Antonio Negrato, Monica Gabbay, Marcello Bertoluci | Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024). DOI: 10.29327/5412848.2024-1, ISBN: 978-65-272-0704-7.
42	D) Trata-se de um efeito colateral do etambutol e a conduta deve ser a suspensão do seu uso, seguindo o tratamento com as demais drogas.	Resposta correta: Trata-se de um efeito colateral do etambutol e a conduta deve ser a suspensão do seu uso, seguindo o tratamento com as demais drogas. Um dos principais efeitos colaterais do etambutol é a neurite óptica. A rifampicina diminui o nível sérico dos anticoagulantes orais (indução citocromo P450) e dos hipoglicemiantes orais.	Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica: MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL, 2015. Lourenço RA & Lopes AJ. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Ano 5, Julho / Dezembro de 2006.

43	D) Indicação de fisioterapia, educação em saúde e analgesia funcional - prevenção terciária.	Resposta correta: indicação de fisioterapia, educação em saúde e analgesia funcional - prevenção terciária. A prevenção terciária atua na limitação das incapacidades, restaurando funções e reduzindo complicações. O plano terapêutico adequado para essa paciente envolve fisioterapia, educação para autocuidado, analgesia com AINEs/analgésicos simples e promoção de funcionalidade. A prevenção primária atua antes do aparecimento da doença; a paciente apresenta quadro clínico e radiológico estabelecido de osteoartrite. O afastamento ocupacional isolado sem reabilitação não é indicado. A prevenção secundária visa identificar e tratar precocemente uma condição subclínica ou assintomática. Aqu, a osteoartrite é crônica e sintomática. Infiltração articular é medida pontual, sem continuidade. A prevenção quaternária visa evitar intervenções desnecessárias e iatrogenia, o que não se aplica aqui, pois há limitação funcional e necessidade de reabilitação ativa.	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico da osteoartrite na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001. UPTODATE. Management of osteoarthritis in older adults. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/management-of-osteoarthritis-in-older-adults.LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Preventive medicine. 1. ed. New York: McGraw-Hill, 1965.
44	A) Integralidade e universalidade.	Resposta correta: integralidade e universalidade. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui princípios doutrinários como a universalidade, a equidade e a integralidade. ◦ A universalidade garante que a saúde é um direito de todos e o acesso a todo e qualquer serviço de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, sem qualquer discriminação. No texto da cartilha, isso é refletido na frase "O SUS é o plano de saúde de todos os brasileiros". ◦ A integralidade considera o indivíduo como um todo, buscando atender a todas as suas necessidades. Isso inclui a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. O trecho "o SUS não se resume a consultas, exames e internações; é responsável por garantir a assistência ao usuário, em tudo o que representa sua necessidade" ilustra este princípio. ◦ A equidade visa corrigir injustiças sociais, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, para que o direito à saúde atenda à diversidade, tratando as diferenças em busca da igualdade. Embora a equidade seja um princípio fundamental do SUS, o texto específico da cartilha destaca mais diretamente a universalidade e a integralidade em sua descrição.	DUNCAN, BB; SCHMIDT, MI; GIUGLIANI, ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a ed. Porto Alegre: ArtMed Editora SA, 2013. p 10-18.; NORONHA, J.C. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. Políticas e sistema de Saúde no Brasil. 2a Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2014. p. 365-393.

45	C) Acionar a rede intersetorial, com encaminhamento à assistência social e articulação com a escola para avaliação da qualidade e suficiência nutricional da alimentação oferecida, com base nas diretrizes do PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar.	A situação descrita requer uma atuação intersetorial, resolutiva e baseada em políticas públicas consolidadas, como o PNAE, que estabelece diretrizes nutricionais e sanitárias para a alimentação escolar, e o Guia Alimentar para a População Brasileira, que orienta sobre práticas alimentares saudáveis. A atuação da APS deve envolver articulação com a escola, CRAS/CREAS e avaliação das condições de segurança alimentar e nutricional, sem culpabilizar a família. Embora ações solidárias possam ter papel complementar, elas não substituem a responsabilidade do Estado e da rede de proteção social. Essa abordagem individualiza o problema e ignora as políticas públicas estruturantes, como o PNAE e a rede socioassistencial. A espera por exames para iniciar o cuidado é incompatível com os princípios da vigilância em saúde, que devem antecipar ações diante de riscos identificados no território. A insegurança alimentar grave é uma situação que exige resposta imediata, mesmo na ausência de exames. A notificação direta ao Conselho Tutelar por “negligência” ignora os determinantes sociais da saúde e pode resultar em criminalização da pobreza. A abordagem mais adequada é protetiva e intersetorial, priorizando o cuidado à criança e o apoio à família.	BRASIL. Lei nº 11.947/2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola. FNDE/MEC. Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): Resolução CD/FNDE nº 6/2020. BRASIL. Guia Alimentar para a População Brasileira. Ministério da Saúde, 2014. BRASIL. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. MS, 2015. BRASIL. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Decreto nº 7.272/2010. BRASIL. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. MS, 2015. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). MS, 2011. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069/1990. BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº 33:
46	B) Região de saúde.	Resposta correta: região de saúde. Região de saúde: compreende o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. De acordo com o Art. 4º do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, uma região de saúde deverá ser instituída pelo Estado em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30. Podem ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios ou em áreas de fronteira com outros países, situação em que deverão ser respeitadas as normas que regem as relações internacionais. Uma região em saúde deverá conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, e vigilância em saúde. Território: de acordo com GONDIM, G.M.; MONKEN, M., et al., o conceito de território permite descrever e entender os modos de vida e como pessoas e grupos se organizam e se relacionam. Contribui para a identificação das formas de uso e apropriação de espaços e ambientes, para produção e consumo de bens e serviços. Neste espaço se estabelecem trocas materiais e simbólicas que permitem a reprodução de sua existência e perpetuação da espécie. Mapa da Saúde: permite a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e ações dos serviços de saúde, levando-se em consideração capacidade instalada, investimentos e o desempenho aferido. Rede de Atenção à Saúde: compreende as ações e serviços de saúde articulados de acordo com os níveis de complexidade, objetivando a garantia da integralidade na assistência à saúde.	BRASIL. Decreto 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. DOU, Brasília. pág. nº 1 de 29.6.2011. Disponível em: https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=7508&ano=2011&ato=16fgXUE9UMVpWT875. Acessado em 08/03/2023. GONDIM, G.M.; MONKEN, M., et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39894/Técnico%20de%20Vigilância%20em%20Saúde%20%20Território%20e%20territorialização.pdf?sequence=2.

47	A) Identificar o caso como suspeita de violência patrimonial e realizar notificação compulsória, mesmo que o idoso não deseje processar o filho.	Resposta correta: Identificar o caso como suspeita de violência patrimonial e realizar notificação compulsória, mesmo que o idoso não deseje processar o filho. Embora o respeito à autonomia seja fundamental, no caso de suspeita de violência patrimonial, há uma obrigação de proteção do paciente, independentemente do consentimento do idoso, sobretudo se há indícios de vulnerabilidade ou abuso. A violência patrimonial envolve o uso indevido ou exploração de recursos financeiros do idoso, especialmente em contextos de dependência emocional ou familiar. Mesmo com aparente consentimento, há clara violação do direito de acesso e controle sobre seus bens. A notificação é obrigatória em casos de suspeita, e o profissional deve articular a rede de proteção (CRAS, Ministério Público, Defensoria). A autonomia do idoso não pode ser usada para justificar a omissão diante de vulnerabilidade e coerção. Não há indicação clara de quadro psiquiátrico como delírio persecutório. A situação demanda avaliação do risco de abuso, não necessariamente uma avaliação psicológica isolada. As semais alternativas ou negligenciam a obrigatoriedade de a equipe de saúde atuar em situações de suspeita de maus-tratos, se oferecer a proteção e o apoio necessários ao idoso, ou postergam o encaminhamento devido,	BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741/2003. BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a pessoa idosa em situação de violência. Brasília: MS, 2018. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217/2018 – Código de Ética Médica.
48	D) Suspensão da amitriptilina e retirada gradativa do diazepam, bem como detalhamento das medicações usadas (registros de prontuário e informações do agente comunitário de saúde).	Resposta correta: Suspensão da amitriptilina e retirada gradativa do diazepam, bem como detalhamento das medicações usadas (registros de prontuário e informações do agente comunitário de saúde). Idosos fazem uso de um grande número de medicações, o que aumenta a chance de interações medicamentosas e efeitos colaterais (iatrogenia), tornando-os mais sensíveis a esses efeitos. Por isso, o detalhamento das medicações é crucial. A amitriptilina e o dazepam são medicações que podem contribuir para insônia, tonteira e quedas, sendo a suspensão ou retirada gradativa dessas medicações, de modo escalonado, uma medida prioritária para prevenção de quedas. Em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) inserida no Programa Saúde da Família (PSF), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem contribuir significativamente para o resgate dessas informações no domicílio da paciente, essencial para o planejamento do cuidado.	FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011
49	B) Prover o acolhimento do paciente pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em articulação com a Equipe de Consultório na Rua (eCR) para construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular, com acionamento da rede intersetorial.	Resposta correta: prover o acolhimento do paciente pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em articulação com a Equipe de Consultório na Rua (eCR) para construção e acompanhamento de Projeto Terapêutico Singular, com acionamento da rede intersetorial. O fluxo recomendado nas políticas públicas de saúde voltadas à população em situação de rua após o atendimento em unidade de saúde é o acolhimento pela equipe da Estratégia Saúde da Família em articulação com a equipe de consultório na rua (eSF-PSR) para atuar conjuntamente na coordenação do cuidado no território. A elaboração de um Projeto Terapêutico Singular, com foco não apenas na reabilitação clínica, mas também social e funcional, é parte central do modelo. A articulação com a rede intersetorial (como o acesso ao auxílio-doença, habitação temporária, cessação do tabagismo (quando pertinente) e fornecimento de medicação especial pela gestão local) garante o princípio da integralidade e da equidade no cuidado, conforme preconizado pelo SUS. As demais alternativas fragmentam o cuidado, adotando lógica hospitalocêntrica e/ou excludente ou transferindo a responsabilidade para o usuário, sem considerar o papel ativo da equipe em construir vínculos e garantir o acesso aos direitos de forma qualificada e compartilhada.	BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-em-situacao-de-rua/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf/view. Acesso em: 9 jun. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 110p. Disponível em: .http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do

50	A) Oferecer escuta ativa e disponibilidade para conversar sobre o assunto com a paciente e com a sua família.	Resposta correta: oferecer escuta ativa e disponibilidade para conversar sobre o assunto com a paciente e com a sua família. O acolhimento que deve nortear a assistência à saúde pela equipe de Saúde da Família prevê uma escuta ativa que permita à adolescente, ainda que menor de idade, expressar os seus sentimentos e dúvidas relacionadas à sexualidade e a mediação de uma abordagem familiar se esse for o desejo expresso da adolescente. O sentimento relatado pela adolescente não apresenta no momento dados que justifiquem o encaminhamento para atendimento psicológico ou psicoterapia de apoio. A abordagem de temas sobre sexualidade não deve ser postergada e tampouco "alterações hormonais" são determinantes da identificação de gênero e orientação sexual. As opções de adolescentes LGBTQIAPN+ devem ser reconhecidas como direitos e respeitadas pelas equipes de saúde, sem restrições ou preconceitos.	CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES JUNIOR, A. Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar. 1ª Edição. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Referência implícita no texto). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. 1. ed., 1. reimp. Brasíia: Ministério da Saúde, 2013.
51	A) Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g.	Resposta correta: Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g. A adequada avaliação da sensibilidade tátil é realizada com o emprego do monofilamento Semmes-Weinstein de 10g. O dapasão 128 Hz é utilizado para testar a sensibilidade vibratória. Embora o emprego de martelo para avaliação do reflexo tendíneo de Aquiles faça parte da avaliação neurológica dos pés, ele testa a motricidade e não a sensibilidade tátil. Palitos ou pinos são utilizados para testar a sensibilidade dolorosa.	Isabel C. N. Sacco, Maria do Livramento Saraiva Lucovéis, Suely Rodrigues Thuler, Maria Cândida Ribeiro Parisi. Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/5412848.2024-11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
52	D) Atuação correta, privilegiando a preservação da integridade física e mental do paciente, buscando evitar, no contexto da instabilidade emocional, risco à vida do paciente.	Resposta correta: atuação correta, privilegiando a preservação da integridade física e mental do paciente, buscando evitar, no contexto da instabilidade emocional, risco à vida do paciente. O capítulo IX do Código de Ética Médica que trata do Sigilo Médico, estabelece, em seu artigo 103, que é vedado ao médico revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente. O médico em questão agiu corretamente, pois avaliou que o menor era incapaz de avaliar o risco à sua saúde e configurava situação de fragilidade emocional, não podendo ser afastada a possibilidade de que, contrariado em sua vontade, pudesse atentar contra a própria vida. Portanto, a não revelação poderia ocasionar dano ao seu paciente, segundo a sua avaliação profissional.	BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução CFM nº1931 de 17 de setembro 2009. Brasília: CFM, 2009. Capítulo IX, Artigo 103, p. 61.

53	B) 113,9.	Resposta correta: 113,9. A taxa de mortalidade materna (TMM) nesse município em 2023 foi de 113,9/ 100.000 nascidos vivos. Isso porque a TMM é calculada pela fórmula: TMM = (Número de óbitos maternos / Número de nascidos vivos) × 100.000. Então, para a questão acima, TMM = (78 / 68.500) × 100.000 ≈ 113,9 por 100.000 nascidos vivos. Esse indicador é essencial para avaliar a qualidade da atenção obstétrica e as condições de saúde das mulheres em idade fértil.	MEDRONHO, R.A. et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: WHO, 2023. ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. Modern Epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
54	B) O teste de PSA não vai, por si só, distinguir entre tumores agressivos e não agressivos.	Resposta correta: O impacto da triagem do câncer de próstata na qualidade de vida, os riscos e os custos dela decorrentes são inconclusivos na literatura. A história natural do câncer da próstata não é compreendida na sua totalidade. Essa não é uma doença única, mas um espectro de doenças, variando desde tumores muito agressivos àqueles de crescimento lento que podem não causar sintomas ou a morte. Muitos homens com a doença menos agressiva tendem a morrer com o câncer em vez de morrer do câncer, mas nem sempre é possível dizer, no momento do diagnóstico, quais tumores são agressivos e quais são de crescimento lento. Há muitas incertezas em torno do teste do antígeno prostático específico (PSA), do diagnóstico e do tratamento do câncer de próstata detectado em homens assintomáticos. Atualmente, não há evidências concretas de que os benefícios de um programa de rastreamento para esse câncer seriam maiores do que os prejuízos. O teste de PSA pode identificar o câncer de próstata localizado. Porém, existem limitações que dificultam a sua utilização como marcador desse câncer, tais como: (1) O PSA é tecido-específico, mas não tumor-específico (outras condições como aumento benigno da próstata, prostatite e infecções do trato urinário inferior podem elevar o nível de PSA); (2) Até 20% de todos os homens com câncer de próstata clinicamente significativo têm PSA normal; (3) O valor preditivo positivo desse teste está em torno de 33%, o que significa que 67% dos homens com PSA positivo serão submetidos desnecessariamente à biópsia; (4) O teste de PSA leva à identificação de cânceres de próstata que não teriam se tornado clinicamente evidentes durante a vida do paciente. O teste de PSA não vai, por si só, distinguir entre tumores agressivos e não agressivos. As diversas agências internacionais de avaliação de tecnologias em saúde referem que os estudos até o momento demonstram que a realização do teste do PSA em homens assintomáticos (rastreamento) leva ao excesso de diagnósticos de câncer de próstata nos grupos rastreados. Elas também destacam que, além de não abordarem questões importantes como a qualidade de vida e o custo, os estudos também não conseguiram demonstrar impacto na mortalidade por câncer da próstata no grupo rastreado. A posição da Organização Mundial de Saúde (OMS) no tocante ao câncer de próstata é que os principais obstáculos para a implantação de um programa de rastreamento efetivo são a maior frequência de tumores latentes com o aumento da idade (estudos de autópsias indicam prevalência de câncer de próstata histologicamente identificado em 20% de	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária: Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for ProstateCancer: U.S. Preventive Services Task Force RecommendationStatement. Ann InternMed, v. 157, p. 120-134, 2012. CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. Recommendationsonscreening for prostatecancerwiththeprostate-specificantigen test. CMAJ, v. 186, n. 16, p. 1225-34, 2014.
55	C) Estudo observacional analítico do tipo caso-controle.	Resposta correta: Estudo observacional analítico do tipo caso-controle. Trata-se de estudo observacional analítico do tipo caso-controle, em que são investigados fatores associados ao desfecho – ocorrência ou não de hipertensão arterial. Estudos transversais não possuem seguimento temporal (prospectivo ou retrospectivo), pois avaliam exposição e desfecho simultaneamente. Além disso, o estudo descrito visa identificar associação causal, o que caracteriza um estudo analítico, e não apenas descritivo. No estudo descrito não há intervenção do pesquisador, característica fundamental dos estudos experimentais. Além disso, o uso de grupo controle histórico pressupõe comparação com dados de outro tempo, o que não ocorre aqui. Estudos ecológicos analisam populações ou grupos, e não indivíduos, como no estudo descrito. Ademais, séries temporais avaliam tendências ao longo do tempo, o que não se aplica ao delineamento apresentado.	ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 8. ed. Riode Janeiro: MedBook, 2018. Cap. 5 – "Estudos epidemiológicos", p. 135–160.

56	B) Solicitar ultrassonografia obstétrica para avaliar crescimento fetal e volume de líquido amniótico, uma vez que há discrepância significativa entre idade gestacional e altura uterina.	Resposta correta: solicitar ultrassonografia obstétrica para avaliar crescimento fetal e volume de líquido amniótico, uma vez que há discrepância significativa entre idade gestacional e altura uterina. O exame da paciente mostra altura uterina reduzida para a idade gestacional considerada. A diferença superior a 3 cm entre a altura uterina e a idade gestacional é considerada significativa após 20 semanas de gestação e justifica investigação com USG para verificar causas como restrição de crescimento intrauterino (RCIU), oligodrâmnio, posição fetal ou erro de datação. Essa é a conduta preconizada pelos protocolos do pré-natal de risco habitual. A discrepância entre altura uterina e idade gestacional pode indicar alteração no crescimento fetal ou oligodrâmnio, mas não justifica cardiotocografia ou urgência de imediato na ausência de sinais clínicos de sofrimento fetal (como bradicardia persistente, líquido meconial, ou redução de movimentos fetais). A investigação inicial mais apropriada é, portanto, a ultrassonografia. Embora variações possam ocorrer, uma diferença de 5 cm não é usual e não deve ser ignorada. A reavaliação pode ser considerada em discrepâncias marginais (até 2–3 cm), mas neste caso a investigação deve ser imediata com ultrassonografia. Apesar da ausência de sintomas maternos ou sinais de alarme evidentes, a discrepância de 5 cm entre altura uterina e idade gestacional requer investigação complementar. Manter apenas o acompanhamento rotineiro sem exame adicional pode atrasar o diagnóstico de condições importantes, como a RCIU.	BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de assistência pré-natal. São Paulo: FEBRASGO, 2021
57	D) Parte I: a – Insuficiência Respiratória Aguda; b – Tuberculose Pulmonar; c – AIDS; Parte II: Gestação na 35 ª semana.	Resposta correta: Parte I: a – Insuficiência Respiratória Aguda; b – Tuberculose Pulmonar; c – AIDS; Parte II: Gestação na 35 ª semana. PARTE I - destinada à anotação da causa que provocou a morte (causa terminal – linha a) e dos estados mórbidos que produziram a causa registrada na linha a (causas antecedentes ou consequenciais – linhas b e c, e a causa básica – linha d). É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, com um diagnóstico apenas, para que se tenham dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária. PARTE II - destinada à anotação de outras condições mórbidas significativas que contribuíram para a morte e que, porém, não fizeram parte da cadeia definida na Parte I. Nesta parte deve ser registrada qualquer doença ou lesão que, a juízo médico, tenha influído desfavoravelmente, contribuindo assim para a morte, não estando relacionada com o estado patológico que conduziu diretamente ao óbito. As causas registradas nesta parte são denominadas causas contribuintes.	- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. - Atestado médico – prática e ética. / Coordenação de Gabriel Oselka. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013. - 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
58	C) A paciente é portadora de obesidade e a melhor conduta é a reeducação alimentar juntamente com toda a família, além de iniciar atividade física.	Resposta correta: A paciente é portadora de obesidade e a melhor conduta é a reeducação alimentar juntamente com toda a família, além de iniciar atividade física. A paciente apresenta IMC acima do percentil 97 para sua faixa etária, o que a caracteriza como portadora de obesidade. A conduta mais adequada para este quadro é a reeducação alimentar juntamente com toda a família, além da prática de atividade física. A acantose nigricans é um sinal de resistência à insulina, comum em casos de obesidade e que reforça a necessidade de intervenção.	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de pediatria. 3. ed. Barueri: Manole, 2014, sessão 17, cap. 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84p: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 24).

59	D) Encaminhar para a equipe de consultório de rua que fará o tratamento diretamente observado sob supervisão da UBS.	Resposta correta: Encaminhar para a equipe de consultório de rua que fará o tratamento diretamente observado sob supervisão da UBS. O tratamento diretamente observado – TDO - é recomendado a todas as pessoas em situação de rua (PSR)pode ser realizado na unidade de saúde, in loco e nos equipamentos sociais, pelos profissionais de saúde dos consultórios de rua, da ESF e/ou das UBSs. O TDO pode ser realizado por outros profissionais/pessoas com vínculo com o usuário e com os serviços de saúde, desde que supervisionado, semanalmente pelo profissional de saúde. É importante que os profissionais envolvidos no atendimento à PSR estejam familiarizados com estratégias de redução de danos e não imponham abstinência ao consumo de álcool e drogas como condição de acesso ao tratamento da tuberculose. Por se tratar de uma população migratória, é comum que ingressem no sistema de acolhimento por várias vezes. Por isso, é importante que o seu prontuário registre a história clínica e os exames realizados. Importante também articular com a gestão municipal da assistência e do território a pactuação de vagas em albergues para os pacientes em tratamento.	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. Brasília: Ministério da Saúde, 2019
60	B) A hipertensão essencial é majoritária e resulta de uma interação multifatorial, envolvendo maior atividade do sistema nervoso simpático, disfunção endotelial, alterações na regulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, assim como fatores ambientais e de comportamento.	Resposta correta: a hipertensão essencial é majoritária e resulta de uma interação multifatorial, envolvendo maior atividade do sistema nervoso simpático, disfunção endotelial, alterações na regulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, assim como fatores ambientais e de comportamento. A hipertensão arterial essencial (ou primária), apresentada, pelo paciente, é a forma mais comum da doença (90–95%) e não tem causa única identificável. Seu desenvolvimento envolve: •Hiperatividade do sistema nervoso simpático, que aumenta a vasoconstrição e o tônus vascular. •Ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, com retenção de sódio e aumento do volume intravascular. •Disfunção endotelial, com redução da liberação de óxido nítrico e menor vasodilatação. •Fatores ambientais e comportamentais como dieta rica em sódio, sedentarismo e excesso de peso. As demais alternativas distorcem os conceitos ou fazem afirmações incorretas sobre frequência ou fisiopatologia da HAS.	GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 64 – Hipertensão Arterial Sistêmica. p. 608–617.
61	D) Recomendar agilidade na realização de exames complementares, visando diagnóstico etiológico preciso, para iniciar tratamento, que tem como primeira linha os agonistas de GnRH.	Alternativa correta: Recomendar agilidade na realização de exames complementares, visando diagnóstico etiológico preciso, para iniciar tratamento cuja primeira linha baseia-se em agonistas de GnRH. Mediante diagnóstico clínico de puberdade precoce é necessária agilidade em realizar exames complementares de imagem´(Rx idade óssea, RM SNC , US/TC abdome e pelve) e laboratoriais, especialmente hormonais - FSH LH TSH, para diagnóstico etiológico de puberdade precoce central ou periférica para adequado tratamento. A puberdade central idiopática é o diagnóstico mais comum nessas situações, que têm como primeira linha de tratamento, a leuprorrelina (agonista de GnRH). O desenvolvimento puberal fisiológico é considerado normal a partir de 8 anos nas meninas e marcado pelo estirão de crescimento com velocidade de crescimento acima de 5 cm ao ano e telarca, evoluindo com pubarca em 6 meses e menarca em 2 a 3 anos. É imprescindível a realização de exames de imagem de SNC para descartar causas tumorais com grande potencial de gravidade em meninas com puberdade precoce central Orientação sexual com informações compatíveis com o grau de desenvolvimento e entendimento da criança e adolescente são primordiais na prevenção de violência sexual, com grande incidência em meninas com puberdade precoce.	ALMEIDA, José Alcione M.; MONTEIRO, Denise Leite M. Ginecologia e Obstetrícia na Infância e na Adolescência: Recomendações da SOGIA-BR. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2022.
62	B) Instalar acesso venoso periférico e encaminhar a paciente para cesariana, por tratar-se de provável descolamento prematuro da placenta.	Alternativa correta: Realizar acesso venoso periférico e encaminhar a paciente para cesariana, por se tratar de provável caso de descolamento de placenta. O diagnóstico de descolamento prematuro de placenta (DPP) baseia-se na sintomatologia. A hemorragia externa ocorre em 80% dos casos. O diagnóstico e a conduta precoce são as únicas formas de minimizar o impacto que o DPP causa nos índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Em casos de feto vivo, quando em trabalho de parto bem adiantado pode-se aguardar o parto por via baixa se esse ocorrer rapidamente, sempre sob vigilância contínua da frequência cardíaca fetal. Nas demais situações, a cesariana é o melhor procedimento, estando associada a uma diminuição significativa da mortalidade neonatal.	Rotinas em Obstetrícia, 8ª edição, capítulo 20, 2023

63	D) Coleta de exame a fresco do conteúdo vaginal; prescrição de metronidazol oral para a paciente e o parceiro.	Alternativa correta: Coleta de exame a fresco do conteúdo vaginal e metronidazol oral para o casal. Na suspeita de tricomoníase, o exame a fresco é o método mais indicado para diagnóstico, utilizando gota de conteúdo vaginal e soro fisiológico para observação do parasita ao microscópio. O tratamento com metronidazol deve ser estendido ao parceiro.	Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
64	A) Terapia hormonal com estrogênio por via transdérmica.	Alternativa correta: Terapia hormonal com estrogênio via transdérmica. Estudos indicam que a hipertensão arterial sistêmica aumenta na pós-menopausa e o estrogênio pode reduzir essa elevação. Progestagênios podem modificar este efeito. Evidências mostram que combinações de estrogênio com progestogênio reduzem a pressão em pacientes pós-menopáusicas hipertensas. A via transdérmica evita efeitos desfavoráveis da primeira passagem hepática e tem maior biodisponibilidade, permitindo menores doses. Semelhante à menacme, esta via reduz a produção de triglicerídeos. Assim, a via transdérmica é indicada para pacientes diabéticas, hipertensas, fumantes, com tromboembolismo pregresso, embolia pulmonar e cálculo biliar. Em fumantes, a via oral é menos recomendada devido ao aumento do metabolismo dos estrogênios na primeira passagem hepática. Não há necessidade de uso de progestagênio pois paciente realizou retirada do útero por miomatose.	E. Passos, J. Ramos et al. Rotinas em ginecologia 8a edição, cap 33, 2018, ARTMED. J.
65	C) Trabalho de parto ativo; internar para monitorização e seguimento da evolução.	Alternativa correta: Trabalho de parto ativo – internar para evolução e monitorização. O diagnóstico de trabalho de parto ativo é feito com contrações regulares e dilatação ≥4 cm. A conduta é internação com monitoramento materno-fetal e possibilidade de analgesia conforme protocolo.	Ministério da Saúde. Caderno de Atenção ao Parto Normal. 2016.
66	B) Iniciar antibioticoterapia e corticoide, e aguardar trabalho de parto com monitorização fetal e materna.	Alternativa correta: Iniciar antibioticoterapia e corticoide e aguardar trabalho de parto com monitorização fetal e materna. A rotura prematura de membranas (RPM) ocorre quando as membranas que envolvem o feto se rompem antes do início do trabalho de parto. A RPM pode resultar em complicações maternas e fetais, incluindo infecção intra-amniótica e parto prematuro. A conduta mais adequada depende do estado clínico da mãe e do feto, bem como do momento em que ocorreu a RPM. No presente caso, a gestante não apresenta sinais de infecção e o líquido amniótico é claro, indicando ausência de infecção. A espera de 48 horas é considerada razoável para avaliar a evolução clínica, uma vez que até 70% das pacientes com RPM em estágio inicial podem se recuperar espontaneamente, evitando o parto prematuro. Caso surjam sinais de infecção ou se a gestante entrar em trabalho de parto, deve-se proceder à indução imediata do parto para evitar complicações. A antibioticoterapia e o uso de corticoides são recomendados para reduzir o risco de infecção e melhorar a maturidade pulmonar fetal, respectivamente. No entanto, esses tratamentos devem ser administrados com cautela e somente quando clinicamente indicados. A realização de cesariana de emergência não é indicada neste caso, exceto se houver complicações adicionais.	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.
67	C) Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal.	Alternativa correta: Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal. A ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal é exame inicial de escolha por sua boa sensibilidade e especificidade para endometriose profunda, além de ser mais acessível que a ressonância. A tomografia pode ser útil em momento posterior para avaliar a extensão da doença e investigar o acometimento de outros órgãos	AAGL Practice Guidelines: Diagnosis and Management of Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2021. Diretrizes Brasileiras de Endometriose. Ministério da Saúde, 2022.
68	A) Realização de exame citopatológico reflexo com a mesma amostra coletada.	Alternativa correta: Realizar exame citopatológico reflexo com a mesma amostra coletada. Conforme as novas diretrizes de rastreamento para o câncer de colo uterino fevereiro de 2025 se o teste de DNA HPV é positivo para genótipos não 16 e 18 deve-se realizar citologia reflexa. Uma vez que o material colhido nessa paciente não foi obtido por autocoleta, a citologia reflexa pode ser realizada na mesma amostra. O encaminhamento para colposcopia deve ser imediato nas situações de identificação dos genotipos 16 ou 18. Eventual repetição do teste vai depender do resultado da citologia reflexa. A radiofrequência ginecológica é um tratamento não invasivo, utilizado para estimular a produção de colágeno e elastina, é empregado no tratamento de condições como atrofia vaginal, ressecameto decorrente da menopausa, flacidez, incontinência urinária leve, por exemplo.	BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero : Parte I – Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico.

69	D) Aumento do volume sanguíneo circulante e do débito cardíaco, elevando a pré-carga e sobrecarregando o ventrículo esquerdo e o átrio esquerdo.	Alternativa correta: Aumento do volume sanguíneo circulante e do débito cardíaco, elevando a pré-carga e sobrecarregando o ventrículo esquerdo e o átrio esquerdo. As adaptações cardiovasculares fisiológicas da gestação visam garantir a perfusão adequada tanto da mãe quanto do feto em desenvolvimento. No entanto, em pacientes com cardiopatias preexistentes, essas mudanças podem levar à descompensação: Aumento do Volume Sanguíneo Circulante: Durante a gravidez, o volume sanguíneo materno expande-se progressivamente, atingindo um pico de cerca de 40% a 50% acima do volume basal por volta do segundo trimestre (geralmente entre a 28ª e 32ª semana). Esse aumento de volume atua diretamente na pré-carga do coração, ou seja, na quantidade de sangue que retorna aos átrios e preenche os ventrículos antes da contração. Aumento do Débito Cardíaco: O débito cardíaco (DC), que é o volume de sangue bombeado pelo coração por minuto, também se eleva significativamente na gestação, em torno de 30% a 50%, devido principalmente ao aumento do volume sistólico e da frequência cardíaca. Em uma paciente com estenose mitral, a valva mitral está estreitada, o que impede o fluxo livre de sangue do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo. Quando ocorre o aumento fisiológico do volume sanguíneo circulante na gravidez, há um retorno venoso aumentado ao coração (aumento da pré-carga). Esse volume adicional precisa atravessar a valva mitral estenótica. A dificuldade em passar por essa obstrução leva a um aumento significativo da pressão dentro do átrio esquerdo e, consequentemente, das pressões capilares pulmonares. Isso pode resultar em congestão pulmonar, edema e dispneia, que são os sintomas de descompensação cardíaca que a paciente apresenta. O ventrículo esquerdo também pode ser afetado pela sobrecarga, embora o principal problema na estenose mitral seja a sobrecarga do átrio esquerdo e a congestão a montante (pulmonar). Alternativa incorreta: Diminuição da resistência vascular periférica, resultando em menor pós-carga e facilitando o esvaziamento ventricular. Embora a resistência vascular periférica (RVP) de fato diminua na gestação devido à vasodilatação generalizada (influenciada por hormônios como progesterona e óxido nítrico, e pela presença da placenta), essa redução da pós-carga é, na verdade, benéfica para a maioria dos corações, facilitando o esvaziamento ventricular. Para pacientes com estenose mitral, a	Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretriz Brasileira de Cardiopatias e Gravidez. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2019; 112(5): 610-660. FEBRASGO. Doenças Cardíacas na Gestação. Coleção Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: FEBRASGO, 2021.
70	A) Implante subdérmico.	Alternativa correta: Implante subdérmico. Pacientes com diagnóstico de enxaqueca com aura têm contraindicação ao uso de métodos hormonais combinados. A prescrição de topiramato e outros anticonvulsivantes restringe as opções hormonais por comprometer a eficácia contraceptiva. As categorias 1 ou 2 da OMS para contracepção indicam os métodos que podem ser usados com pouca ou nenhuma restrição: o implante de progestagênios, o Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrtel (SIUL-L) e os métodos injetáveis. Para a paciente está, portanto, melhor indicado a contracepção à base de progestagênios, sob forma de implante subdérmico, com alta eficácia na prevenção da gravidez.	Tratado de Ginecologia FEBRASGO / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Agnaldo Lopes da Silva Filho...[et al]. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. CAMARGOS, A. F. et al. Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas. 3ª edição. Belo Horizonte: Coopmed, 2016.
71	C) Iniciar profilaxia com aciclovir a partir de 36 semanas para reduzir risco de lesão ativa no parto e considerar parto vaginal na ausência de lesão.	Alternativa correta: Iniciar profilaxia com aciclovir a partir de 36 semanas para reduzir risco de lesão ativa no parto e considerar parto vaginal na ausência de lesão. A profilaxia com aciclovir ou valaciclovir é indicada a partir de 36 semanas em gestantes com história de herpes genital recorrente, para reduzir a possibilidade de lesão ativa no parto. O parto vaginal é possível na ausência de lesões. A cesariana só está indicada em caso de lesão ativa ou pródromos no momento do parto. O tratamento antirretroviral deve ser mantido durante toda a gestação para prevenir transmissão vertical. O ganciclovir não é indicado para herpes genital; além disso, não há indicação para cesárea de rotina na ausência de lesão.	Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV. 2023.

72	B) Idade, hormônio antimülleriano e contagem de folículos antrais.	Alternativa correta: Idade, hormônio antimülleriano e contagem de folículos antrais. A grande maioria dos trabalhos científicos utilizam a idade com um excelente parâmetro para mensurar a reserva ovariana de uma paciente e orientá-la a buscar meios de preservar a fertilidade. Sem dúvidas, após os anos, as pacientes experimentam um declínio importante da sua população folicular, com aumento significativo das taxas de aneuploidia em embriões produzidos por estes óvulos. O hormônio antimülleriano é produzido exclusivamente pelos folículos antrais e pré antrais, sofrendo mínima variação durante as fases do ciclo menstrual ou pela utilização de contraceptivos orais. Isso torna este marcador superior aos demais exames hormonais para mensurar a reserva ovariana da mulher. A contagem de folículos antrais, realizada ultrassonograficamente durante a menstruação, complementa a avaliação da reserva ovariana.	E. Passos, J. Ramos et al. Rotinas em Ginecologia 8a edição, cap 40, 2018, ARTMED. J.
73	B) Diabetes pré-gestacional, devendo-se realizar medidas para controle glicêmico.	Alternativa correta: Diabetes pré-gestacional, devendo-se realizar medidas para controle glicêmico. Em 2017, o Ministério da Saúde passou a recomendar o rastreamento universal com a realização da glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal para diagnóstico de DMG e de DM pré-gestacional. Para as mulheres com avaliação inicial normal (glicemia de jejum inferior a 92 mg/dl), o rastreamento de DMG deve continuar através do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, com medição das glicemias em jejum e nos tempos de 1 e 2 horas, entre 24 a 28 semanas de gestação. A paciente será considerada com DM pré-gestacional se ela preencher qualquer um dos seguintes critérios: • HbA1c ≥ 6,5% (no primeiro trimestre) • Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl • Glicemia 2 horas após TOTG 75 g ≥ 200 mg/dl • Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dl acompanhada de sintomas de hiperglicemia.	Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Diabetes – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 103 p.il.
74	D) Repetir mamografia em 6 meses.	Alternativa correta: Repetir mamografia em 6 meses. BIRADS 3 indica lesão provavelmente benigna; recomenda-se acompanhamento sem intervenção inicial.	ACR BI-RADS Atlas 2022.
75	B) A paciente apresenta prolapso vaginal anterior.	Alternativa correta: A paciente apresenta prolapso vaginal anterior. O sistema POP-Q foi criado com o objetivo de padronizar o exame e assim classificar os tipos de prolapso. O sistema consiste numa série de medidas e pontos específicos de suporte dos órgão pélvicos que são apresentados em formato de tabela. A primeira linha refere-se a parede vaginal anterior; a terceira linha, ao compartimento posterior e os pontos C e C, ao compartimento médio. O sinal positivo da medida indica a presença do prolapso.	SOGIMIG, . Manual SOGIMIG de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017. Pg 345-355.
76	C) Orientar a gestante a realizar o teste de contagem dos movimentos ativos fetais por 2 horas em ambiente tranquilo, antes de indicar exames complementares.	Alternativa correta: Orientar a gestante a realizar o teste de contagem dos movimentos ativos fetais por 2 horas em ambiente tranquilo, antes de indicar exames complementares. A percepção materna de movimentos fetais continua sendo uma ferramenta simples, de baixo custo e eficaz para triagem da vitalidade fetal. A orientação para contagem dos movimentos ativos fetais (MAP), como proposta por Sadovsky, consiste em manter a gestante em repouso, em posição confortável, preferencialmente após uma refeição, e contar os movimentos do feto durante até 2 horas. O esperado é a percepção de pelo menos 4 movimentos em até 2 horas. Caso não sejam percebidos, exames complementares como cardiotocografia ou ultrassonografia com Doppler podem ser indicados. Essa conduta evita exames desnecessários e sobrecarga de serviços, sendo apropriada no nível secundário de atenção, onde se privilegia a avaliação clínica e o planejamento racional do cuidado.	Rotinas em Obstetrícia, 8ª edição, capítulo 19, 2023.

77	B) Hemograma apresentando hemácias microcíticas e hipocrômicas, compatível com anemia ferropriva gestacional, devendo-se, portanto, aumentar a suplementação com ferro oral e reforçar orientação nutricional.	Alternativa correta: O hemograma na gestação apresentando hemácias microcíticas e hipocrômicas é compatível com anemia ferropriva, devendo, portanto, aumentar a dose da suplementação com ferro oral e orientações dietéticas. O quadro clínico-laboratorial é compatível com anemia ferropriva, devido à presença de microcítose e hipocromia. A conduta inicial deve incluir suplementação oral de ferro, orientação nutricional e acompanhamento. Exames adicionais são indicados se não houver resposta ao tratamento. A leucocitose discreta (até 15.000/mm³) é fisiológica na gestação e não indicativa de infecção bacteriana ativa, ainda mais na inexistência de sintomas ou sinais de infecção. A anemia microcítica é a mais comumente associada à carência de ferro, inclusive na gestação. Embora a talassemia seja incluída no diagnóstico diferencial das anemias, a investigação inicial de anemia microcítica na gestação não exige eletroforese obrigatória. O tratamento empírico com ferro oral é recomendado primeiro, com investigação complementar apenas se não houver resposta. Mesmo que a hemodiluição na gestação seja fisiológica, os valores de hemoglobina <11 g/dL caracterizam anemia gestacional, devendo ser tratada, especialmente com evidência laboratorial de hemácias microcíticas.	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
78	A) Realizar massagem uterina, iniciar a administração de ocitocina e ácido tranexâmico intravenoso para promover a contração uterina.	Alternativa correta: Realizar massagem uterina, iniciar a administração de ocitocina e ácido tranexâmico intravenoso para promover a contração uterina. O caso descreve um quadro de hemorragia pós-parto (HPP) imediata, definida como a perda sanguínea objetivamente medido de ≥300 mL com qualquer sinal hemodinâmico anormal (pulso >100 bpm, índice de choque >1, pressão arterial sistólica <100 mmHg, ou pressão arterial diastólica <60 mmHg), OU perda sanguínea objetivamente medida de ≥500 mL, o que ocorrer primeiro dentro de 24 horas após o parto, e com vigilância particular durante as primeiras 2 horas. A atonia uterina, caracterizada por um útero hipotônico e não contraído, é a causa mais comum de HPP (aproximadamente 70-80% dos casos). Massagem Uterina: Esta é a medida inicial mais importante e deve ser realizada imediatamente. A massagem uterina estimula a contração das fibras miometriais, que são responsáveis pela compressão dos vasos sanguíneos que anteriormente nutriam a placenta, impedindo o sangramento. É uma intervenção simples, não invasiva e de rápida execução. Ocitocina Intravenosa: A ocitocina é o uterotônico de primeira linha para a prevenção e tratamento da atonia uterina. Deve ser administrada intravenosamente (ou intramuscularmente, se o acesso venoso ainda não estiver estabelecido) imediatamente após a massagem uterina, juntamente com ácido tranexâmico. A reposição volêmica com cristaloides é fundamental para a estabilização hemodinâmica da paciente e deve ser iniciada rapidamente, com acesso venoso de grosso calibre. No entanto, a prioridade máxima é controlar a fonte do sangramento. Embora lacerações do trato genital e rotura uterina sejam causas de HPP, a apresentação clínica (útero flácido e sangramento abundante com coágulos) é mais sugestiva de atonia. Alternativa incorreta: Solicitar exames laboratoriais como hemograma completo e provas de coagulação para determinar a causa e a gravidade da hemorragia. Exames laboratoriais são importantes para monitorar a paciente e guiar a reposição de hemoderivados. No entanto, a coleta e o tempo de resultado não devem atrasar as medidas de controle do sangramento, que são clínicas e baseadas no diagnóstico presuntivo de atonia uterina. A conduta inicial é baseada nos sinais clínicos e na rápida intervenção.	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes Consolidadas para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Hemorragia Pós-Parto (FIGO–ICM–OMS, 2025). Organização Mundial da Saúde, 2025.

79	B) É admissível a interrupção da gravidez nessa situação, cabendo ao Estado o dever de garantir que a interrupção seja realizada de maneira ética, humanizada e segura.	Alternativa correta: É admissível sua interrupção, cabendo ao Estado o dever de garanti-la, sendo realizado de maneira ética, humanizada e segura. Por ser menor de 14 anos, fica caracterizado o crime de estupro de vulnerável, pelo código penal, que não faz distinção de estupro real e presumido. Como ela não aceita a gestação, é admissível sua interrupção, cabendo ao Estado o dever de garanti-la, sendo realizado de maneira ética, humanizada e segura.	BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 23945, 31 dez. 1940. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 29 maio 2025. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf. Acesso em: 29 maio 2025.
80	A) Iniciar uso diário de ácido acetilsalicílico (AAS) (100-150 mg/dia) e suplementação de cálcio, preferencialmente antes da 16ª semana de gestação.	Alternativa correta: Iniciar uso diário de ácido acetilsalicílico (AAS) (100-150 mg/dia) e cálcio, preferencialmente antes da 16ª semana de gestação. Fatores de Risco: A paciente apresenta múltiplos fatores de risco para pré-eclâmpsia: ser primigesta, obesidade (IMC de 32 kg/m²) e histórico familiar de pré-eclâmpsia (mãe com pré-eclâmpsia é um forte preditor). Uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) em Baixa Dose: Numerosos estudos e metanálises demonstraram que o uso de AAS em baixa dose (geralmente 81 mg a 150 mg/dia) é eficaz na prevenção da pré-eclâmpsia, especialmente em mulheres com múltiplos fatores de risco ou um único fator de risco de alto impacto. Para maximizar a eficácia, o AAS deve ser iniciado precocemente na gestação, preferencialmente antes da 16ª semana (e, idealmente, antes da 12ª semana) e mantido até o parto ou até 36 semanas. A restrição rigorosa de sódio não é recomendada universalmente para prevenir pré-eclâmpsia e não há evidências robustas de sua eficácia nessa condição. Embora eficaz em alguns contextos, a suplementação de cálcio não é uma medida universal e a paciente não tem necessariamente indicação exclusiva de cálcio em vez do AAS, especialmente quando já apresenta fatores de risco que indicam o emprego de AAS. A suplementação de cálcio geralmente é considerada como adjuvante ou em populações específicas. O repouso no leito, especialmente o repouso absoluto, não demonstrou eficácia na prevenção ou tratamento da pré-eclâmpsia e pode, inclusive, ter efeitos negativos, como aumento do risco de tromboembolismo venoso e descondicionamento físico.	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher: Síndromes Hipertensivas na Gestação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. FEBRASGO. Manual de Orientação: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia. São Paulo: FEBRASGO, 2023.
81	C) Tomografia computadorizada abdominal.	Resposta correta: tomografia computadorizada abdominal. Considerando que a principal hipótese diagnóstica é um tumor periampular (neoplasia de cabeça de pâncreas), o exame de imagem mais apropriado para determinar a causa da colestase extra-hepática nesse paciente é a tomografia computadorizada de abdome.	Sabiston -Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna Edição: 21|2024.

82	C) Orientar medidas posturais, uso de meias compressivas e prescrever diosmina + hesperidina.	Resposta correta: orientar medidas posturais, uso de meias compressivas e prescrever diosmina + hesperidina. O tratamento inicial da insuficiência venosa crônica em estágios leves a moderados envolve medidas não invasivas, como elevação dos membros, uso de meias elásticas compressivas e fármacos venotônicos, sendo os mais comuns diosmina + hesperidina, que ajudam na melhora dos sintomas e na qualidade de vida. Não há indicação imediata de anticoagulação ou abordagem invasiva neste estágio. A anticoagulação é indicada apenas se houver trombose venosa aguda, o que não é o caso. Já a escleroterapia pode ser considerada, mas não é a conduta inicial em ambulatório primário e não requer repouso absoluto e o ecodoppler é útil, mas não deve retardar o início de medidas terapêuticas simples e eficazes já indicadas clinicamente.	Kikuchi R, Nhuch C, Drummond DAB et al. Diretriz brasileira de doença venosa crônica da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. J Vasc Bras. 2023;22:e20230064. https://doi.org/10.1590/1677-5449.202300641 https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/demandas-judiciais/notas-tecnicas/notas-tecnicas-medicamentos/d/diosmina-hesperidina-atualizada-em-18-10-2013.pdf
83	C) Considerar fechamento primário com cuidados específicos, como antibioticoterapia profilática, profilaxia antitetânica e antirrábica conforme avaliação de risco.	Resposta correta: considerar fechamento primário com cuidados específicos, como antibioticoterapia profilática e profilaxia antitetânica e antirrábica conforme avaliação de risco. O fechamento primário de feridas por mordedura de cão pode ser considerado, mesmo em membros inferiores, desde que haja avaliação cuidadosa, indicação individualizada, irrigação abundante, desbridamento adequado e profilaxias antitetânica e antirrábica conforme necessário, além de uso de antibióticos profiláticos (ex: amoxicilina-clavulanato).	Ministério da Saúde. Manual de Condutas em Exposição Humana à Raiva. 2014. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde – Volume Único. 3ª ed., 2019. Capítulo: Raiva.
84	B) Remover cuidadosamente o corpo estranho com pinça sob visualização adequada.	Resposta correta: remover cuidadosamente o corpo estranho com pinça sob visualização adequada. A primeira abordagem deve ser a remoção cuidadosa e segura, com o material e iluminação apropriados. O uso de pinças específicas sob visão direta com otoscópio ou micro instrumentos é o padrão. É essencial avaliar o tipo de corpo estranho e a cooperação da criança. A irrigação pode ser eficaz para objetos inertes como insetos ou cera impactada, mas é contraindicada em caso de objetos que podem expandir com água, como sementes, ou em casos em que não se sabe a natureza do objeto. Já a sedação ou remoção em centro cirúrgico está reservada para casos em que o paciente não colabora, o objeto está muito impactado, ou quando houve falha em tentativas prévias de remoção no consultório e os antibióticos não são indicados como primeira linha sem sinais de infecção ativa.	Katz J, et al. Tratado de Otorrinolaringologia. 2ª ed. São Paulo: Roca; 2011. Goldberg AN, et al. Management of Foreign Bodies of the Ear. Otolaryngol Clin North Am. 2004; 37(2): 275–286. UpToDate. "Foreign bodies of the external auditory canal" – Atualizado em 2024.
85	B) Observação, sem indicação de cirurgia no momento.	Em idosos do sexo masculino, minimamente sintomáticos ou assintomáticos, podemos adotar uma conduta expectante, uma vez que a probabilidade da hérnia evoluir para complicações graves é muito baixa. Mesmo que alguns pacientes necessitem de intervenção cirúrgica, a intervenção tardia não parece aumentar o risco de complicações.	Towsend jr cm; beauchamp rf; evers bm; mattox kl. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice, 20th edition, Philadelphia. Saunders-Elsevier, 2017. • O'Dwyer PJ, Norrie J, Alani A, et al. Observation or operation for patients with an asymptomatic inguinal hernia: a randomized clinical trial. Ann Surg 2006; 244:167.
86	C) Hemotórax volumoso à direita.	Resposta correta: hemotórax volumoso à direita. A presença de coleção anecóica no espaço pleural ao ultrassom, associada a instabilidade hemodinâmica e sinais clínicos de trauma torácico, é indicativa de hemotórax. No E-FAST, líquidos como sangue aparecem como áreas anecóicas (escuras). Já o pneumotórax não se manifesta como coleção anecóica no ultrassom, mas sim pela ausência do deslizamento pleural e do sinal do código de barras. Enquanto a contusão pulmonar pode cursar com hipotransparência no RX ou consolidações ao USG, mas não se manifesta com volumosa coleção anecóica no espaço pleural e o hemoperitônio aparece na cavidade abdominal, e embora possa causar dor referida no ombro direito (sinal de Kehr), não explicaria a anecogenicidade pleural direita nem a dispneia.	GRAU, Elena Segura et al. ECOGRAFIA ABDOMINAL EPLEURO-PULMONAR NA URGENCIA - PROTOCOLO E-FAST (FOCUSED ASSESSMENT WITH SONOGRAPHY FOR TRAUMA). Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia |Vol. 23 - no2 . 2014. Disponível em: https://doi.org/10.25751/rspa.4073 . Acesso em: 11 jun.2025.

87	A) Não solicitar exames de imagem neste momento e iniciar tratamento conservador com orientação postural, analgésicos e medidas físicas	A lombalgia aguda inespecífica, sem sinais de alarme (red flags), como déficit neurológico, febre, trauma, idade > 50 anos, histórico de câncer ou perda ponderal, não requer exame de imagem inicial. A conduta recomendada é o tratamento conservador com analgésicos, anti-inflamatórios, orientação para manter atividades e reavaliação clínica após algumas semanas. O exame de imagem só é indicado se houver piora ou persistência dos sintomas por mais de 6 semanas, ou o aparecimento de sinais de gravidade. A ressonância magnética é um exame de segunda linha e não está indicada em lombalgia aguda sem sinais de alarme. Radiografia da coluna não é indicada de rotina na ausência de trauma ou suspeita de lesão óssea. A tomografia é reservada para casos específicos, como avaliação pré-operatória ou suspeita de fratura complexa, não para lombalgia inespecífica aguda.	UpToDate. Evaluation of low back pain in adults. Acesso em: junho/2025.
88	D) Incisão e drenagem.	Resposta correta: a incisão e drenagem. Incisão e drenagem é o tratamento padrão para abscessos cutâneos com flutuação.	Stevens DL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA). Clin Infect Dis. 2014. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9ª edição, 2020. Capítulo: Skin and Soft Tissue Infections. UpToDate. Management of skin abscesses in adults. Último acesso em junho de 2025: https://www.uptodate.com
89	B) Tomografia abdominal sem contraste.	Para pacientes que se apresentam na urgência com suspeita de urolitíase ureteral com obstrução, o exame de escolha é a tomografia computadorizada (TC) sem contraste, também chamada de TC helicoidal sem contraste, pois: ●tem alta sensibilidade (>95%) e especificidade (>96%) para cálculos ureterais; ●detecta cálculos radiotransparentes, como os de ácido úrico; ●permite avaliar complicações como hidronefrose, espessamento ureteral, perinefrose e cálculo impactado; ●é de realização rápida e tem ampla disponibilidade em serviços de urgência. A radiografia simples tem baixa sensibilidade e pode não detectar cálculos radiotransparentes. Não avalia bem complicações associadas. A urografia excretora é ultrapassada como exame inicial, utilizada raramente e substituída com vantagens pela TC. O ultrassom é útil em gestantes e crianças por não usar radiação, mas tem sensibilidade limitada para cálculos ureterais distais. Pode ser usado como triagem se a TC não estiver disponível.	Skolarikos A, Geraghty R, Somani B, et al. European Association of Urology Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Urolithiasis. Eur Urol. Published online April 22, 2025. Tzelves L, Türk C, Skolarikos A. European Association of Urology Urolithiasis Guidelines: Where Are We Going?. Eur Urol Focus. 2021;7(1):34-38.
90	D) Exérese da hemorroida trombosada.	Resposta correta: Exérese da hemorroida trombosada. Em casos agudos e sintomáticos, a excisão cirúrgica precoce pode aliviar rapidamente os sintomas.	ASCRS. Clinical Practice Guidelines. Dis Colon Rectum. 2018.

91	D) Transfusão imediata de hemoderivados conforme o protocolo ABC hemorrágico, com base no princípio da beneficência e da presunção de consentimento em situações de risco iminente de morte.	Resposta correta: transfusão imediata de hemoderivados conforme o protocolo ABC hemorrágico, com base no princípio da beneficência e da presunção de consentimento em situações de risco iminente de morte. Em situações de emergência médica com risco iminente de morte, como no caso de um paciente inconsciente e instável por hemorragia grave, a ética médica e a legislação brasileira permitem e recomendam a adoção imediata de condutas salvadoras, como a abertura do protocolo de transfusão maciça, mesmo na ausência de consentimento formal. Trata-se de uma aplicação do princípio da beneficência, da não maleficência e da presunção de consentimento em contexto emergencial, respeitando o dever do médico de agir em favor da vida e da integridade do paciente. A espera por autorização judicial em caso de emergência vital é eticamente inadequada e pode levar à morte evitável do paciente. Da mesma forma, apenas cristaloides não são suficientes para controle de hemorragia grave; a transfusão precoce é essencial para o prognóstico. Por fim, o Comitê de Ética não atua em tempo real em urgências e não deve ser um entrave à conduta médica fundamentada.	Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 2.217/2018. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8ª ed. Oxford University Press; 2019. Ministério da Saúde. Protocolo de Transfusão Maciça (ABC Hemorrágico). Brasília: MS; 2022. UpToDate. Initial management of trauma in adults. Acesso em: junho/2025. Brasil. Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde.
92	A) Iniciar expansão volêmica com cristalóide, transfusão com hemoglobina-alvo de 7 a 8 g/dL, antibioticoprofilaxia, uso de terlipressina e solicitar endoscopia de urgência.	Respsota correta: Iniciar expansão volêmica com cristalóide, transfusão com hemoglobina-alvo de 7 a 8 g/dL, antibioticoprofilaxia, uso de terlipressina e solicitar endoscopia urgente. A abordagem da hemorragia digestiva alta varicosa é uma emergência médica. A mortalidade pode ultrapassar 20% se não tratada de forma precoce. O manejo inicial deve seguir os seguintes pilares: - Reposição volêmica cautelosa, evitando sobrecarga que possa aumentar a pressão portal. - Transfusão restritiva, com meta de Hb entre 7 e 8 g/dL, exceto em pacientes com comorbidades cardiovasculares. - Uso precoce de vasoconstritores esplâncnicos, como terlipressina (ou octreotida/somatostatina), que reduzem a pressão portal. - Profilaxia antibiótica com ceftriaxona ou norfloxacino, pois infecção é comum em cirróticos e aumenta mortalidade. - Endoscopia digestiva alta em até 12h, para diagnóstico e tratamento com ligadura elástica ou escleroterapia. TIPS é reservado para casos de sangramento refratário. IBPs têm papel limitado em sangramento varicoso (mas são úteis em úlceras). Condutas com transfusão liberal e adiamento da endoscopia estão contraindicadas.	Garcia-Tsao G, Abraldes JG, Berzigotti A, Bosch J. Portal Hypertensive Bleeding in Cirrhosis: Risk Stratification, Diagnosis, and Management: 2016 Practice Guidance by the AASLD. Hepatology. 2017;65(1):310–335. https://doi.org/10.1002/hep.28906 Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Gut. 2015;64:1680–1704. https://gut.bmj.com/content/64/11/1680.
93	D) Inibidor de bomba de prótons e medidas comportamentais, mesmo sem endoscopia inicial.	Resposta correta: inibidor de bomba de prótons e medidas comportamentais, mesmo sem endoscopia inicial. Segundo as diretrizes da American College of Gastroenterology (ACG) e protocolos do Ministério da Saúde, pacientes com sintomas típicos de DRGE e sem sinais de alarme (emagrecimento, sangramento, vômitos persistentes, disfagia ou idade ≥50 anos com início recente dos sintomas) podem ser tratados empiricamente com IBP por 4–8 semanas. Além do uso de IBP, é essencial abordar mudanças no estilo de vida, como perda de peso, evitar refeições próximas do horário de dormir, suspender alimentos gatilho e elevar a cabeceira da cama. Endoscopia é indicada apenas em caso de: - sinais de alarme, - falha ao tratamento, - ou pacientes com risco aumentado (ex: história familiar de câncer gástrico, tabagismo intenso). Solicitação de tomografia ou dieta líquida não se justificam em casos ambulatoriais sem complicações.	Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56. https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2022/01000/ACG_Clinical_Guideline_for_the_Diagnosis_and.8.aspx Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença do Refluxo Gastroesofágico na Atenção Primária à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 28. Brasília: 2020.
94	C) Rastreio de câncer colorretal, com pesquisa anual de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia a cada 10 anos.	Resposta correta: triagem: pesquisa de sangue oculto nas fezes anual ou colonoscopia a cada 10 anos. O rastreamento do câncer colorretal é uma medida comprovada de prevenção secundária com impacto direto na mortalidade. As diretrizes internacionais (Ministério da Saúde, INCA, USPSTF, sociedades médicas) recomendam: começar o rastreamento em adultos assintomáticos a partir dos 45-50 anos, mesmo sem fatores de risco adicionais. Métodos aceitos: pesquisa anual de sangue oculto nas fezes (SOFQ ou imunoquímico), colonoscopia a cada 10 anos (método preferencial), entre outros. Exames positivos devem ser seguidos de colonoscopia.	INCA – Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes para rastreamento do câncer colorretal no Brasil. USPSTF. Colorectal Cancer: Screening. 2021 Recommendation. Sociedade Brasileira de Coloproctologia.

95	A) Investigar origem tireoideana.	Resposta correta: investigar origem tireoideana. A avaliação de uma massa cervical de origem desconhecida é algo a ser particularmente considerado. A presença de massa supraclavicular levanta a suspeita de câncer primário de tórax ou da tireoide ou, talvez, de câncer intra-abdominal em caso de lesão supraclavicular do lado esquerdo. Lesões cervicais mais altas têm maior probabilidade de representarem disseminação de lesão primária em cabeça e pescoço, incluindo um possível câncer cutâneo.	Harrison's Manual of Oncology, 2nd Edition 2014.
96	C) Anestesia geral com indução em sequência rápida e intubação orotraqueal.	Resposta correta: anestesia geral com indução em sequência rápida e intubação orotraqueal. O paciente apresenta um quadro de abdome agudo obstrutivo e vômitos. Por essa razão é considerado um paciente de estômago cheio. O ideal seria realizar uma técnica anestésica que não abolisse o reflexo de proteção das vias aéreas, neste caso, um bloqueio central (raquianestesia ou anestesia peridural). No entanto, o paciente é portador de fibrilação atrial e faz uso de anticoagulante oral, o que contraindica a realização de bloqueios centrais pelo risco de hematoma do neuroeixo. A máscara laríngea não protege a via aérea de broncoaspiração no caso do estômago cheio. Por todos esses motivos, a técnica indicada para esse paciente é a anestesia geral em sequência rápida, pois minimiza o risco de regurgitação e aspiração, com intubação orotraqueal para proteção da via aérea.	Bases do Ensino da Anestesiologia / Editores: Airton Bagatini, Luiz Marciano Cangiani, Antônio Fernando Carneiro e Rogean Rodrigues Nunes. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia/SBA, 2016. 1216; Ponto 33; pág717-734. SBA 2020: Atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes Brazilian Journal of Anesthesiology – BJAN.
97	B) Realizar laparotomia exploradora imediata.	Resposta correta: realizar laparotomia exploradora imediata. Em paciente com trauma abdominal contuso, a presença de sinais de instabilidade potencial (líquido livre na cavidade abdominal evidenciada no FAST), e de dor abdominal difusa indica sangramento ou lesão visceral. A conduta indicada é a intervenção cirúrgica imediata, para diagnóstico e controle do sangramento (laparotomia exploradora).	ATLS®: Advanced Trauma Life Support. 10ª ed. American College of Surgeons, 2018.
98	A) Encaminhamento ambulatorial para avaliação cirúrgica eletiva em curto prazo, idealmente nas próximas semanas.	Resposta correta: encaminhamento ambulatorial para avaliação cirúrgica eletiva em curto prazo, idealmente nas próximas semanas. A conduta recomendada é o encaminhamento para cirurgia eletiva em curto prazo, idealmente em até 1–2 semanas. A hérnia inguinal indireta em lactentes é sempre uma indicação cirúrgica, mesmo que redutível, devido ao risco elevado de encarceramento, especialmente no primeiro ano de vida. A cirurgia (herniorrafia) é segura e efetiva nesse contexto.	HOLCOMB, George W.; MURPHY, J. Patrick. Pediatric Surgery. 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 2019. KETZER DE SOUZA, João Carlos. Cirurgia Pediátrica: teoria e prática. 1. ed. São Paulo: Roca, 2007. MAKSOUD FILHO, João Gilberto. Cirurgia Pediátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003
99	A) Úlcera péptica perfurada.	Resposta correta: úlcera péptica perfurada. A presença de pneumoperitônio indica a perfuração de víscera oca, sendo mais provável o diagnóstico de úlcera gástrica perfurada.	Sabiston. Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna; 18ª edição, Sauders, Elsevier, 2010.
100	A) Drenagem por radiologia intervencionista.	Resposta correta: drenagem por radiologia intervencionista. A classificação de Hinchey é o sistema mais comumente usado para classificar a gravidade da diverticulite complicada e foi modificada de várias maneiras desde sua descrição original; nenhum sistema isolado demonstrou ser superior em termos de resultados para os pacientes. A maioria das classificações não aborda alguns aspectos da doença diverticular, como formação de fístula ou obstrução intestinal. Em geral, abscessos nos estágios Ib e II podem ser drenados por radiologia intervencionista, e a doença nos estágios III e IV é tratada com cirurgia de emergência. A classificação se fundamenta em estágio 0 - clínico: diverticulite clínica leve com achado de TC apresentando divertículos com espessamento da parede colônica; estágio Ia - clínico: inflamação pericólica confinada ou flegmão com achado de tomográfico apresentando alterações de tecidos moles pericólicos; estágio Ib - clínico: abscesso pericólico ou mesocólico com achados tomográficos apresentando alterações de Ia e abscesso pericólico ou mesocólico; estágio II - clínico: abscesso pélvico, intra-abdominal distante ou retroperitoneal com achado tomográfico apresentando alterações de Ia e abscesso distante, geralmente pélvico profundo; estágio III - clínico: peritonite purulenta generalizada com achados tomográficos apresentando ascite localizada ou generalizada, pneumoperitônio, espessamento peritoneal; estágio IV - clínico: peritonite fecal generalizada com achado de tomográfico apresentando igual ao do estágio III.	Klarenbeek B, de Korte N, van der Peet D, Cuesta M. Revisão das Classificações Atuais para Doença Diverticular e uma Tradução para a Prática Clínica. Int J Colorectal Dis. 2011;27(2):207-14. doi:10.1007/s00384-011-1314-5 - Pubmed. DOHERTY, Gerard M.. Current - cirurgia: diagnóstico e tratamento. 14 ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2017. E-book.

101	C) Liberação de mediadores inflamatórios como histamina, leucotrienos e prostaglandinas por mastócitos sensibilizados por IgE, que resulta em broncoconstrição, aumento da secreção de muco e edema das vias aéreas.	Resposta correta: liberação de mediadores inflamatórios como histamina, leucotrienos e prostaglandinas por mastócitos sensibilizados por IgE, que resultam em broncoconstrição, aumento da secreção de muco e edema das vias aéreas. A asma alérgica é um distúrbio de hipersensibilidade do tipo I, que envolve o desenvolvimento de respostas de perfil Th2 e produção de IgE contra antígenos ambientais inócuos. A IgE se liga a receptores Fcε de alta afinidade nos mastócitos, que são ativados na exposição subsequente ao mesmo antígeno, liberando grânulos contendo histamina e produzindo leucotrienos, prostaglandinas, além de citocinas. A ação dos mediadores produzidos resulta em broncoconstrição, edema e aumento da produção de muco, justificando os achados clínicos de sibilância, dispneia e hipoxemia. A asma alérgica não é um processo de lesão tecidual mediado por células T citotóxicas (hipersensibilidade do tipo IV). O mecanismo de hipersensibilidade do tipo III, que envolve deposição de complexos imunes e inflamação mediada por ativação do complemento, não é o mecanismo da asma alérgica. A hipersensibilidade do tipo II, mediada por anticorpos citotóxicos (IgG/IgM) que reagem contra células do próprio organismo não está presente na fisiopatologia da asma.	ABBAS, Abul K.; LICHTMAN, Andrew H.; PILLAI, Shiv. Imunologia Básica - Funções e Distúrbios do Sistema Imunológico. 7. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan,2025. ISBN 9786561110204. E-book
102	B) Pneumotórax à direita.	Resposta correta: pneumotórax à direita. Diante do caso clínico apresentado, de dor torácica súbita com discreto esforço respiratório, é indicada a realização de um exame de imagem simples para avaliação pulmonar.Na radiografia apresentada observa-se a linha da pleura visceral no hemitórax direito e a ausência de trama pulmonar depois dessa linha em direção à parede pulmonar, com discreto desvio da traqueia e aorta contralateral. Essas características são compatíveis com pneumotórax. Na pneumonia seria vista uma área radiopaca com vidro fosco sem desvio da traqueia, podendo também ser observado broncograma aéreo. A alteração observada no mediastino deve-se ao desvio causado pelo pneumotórax. Na adenopatia seria observada radiopacificação da região dos hilos pulmonares.	Hering W. Radiologia básica.4°ed.guanabara Cerri G.G, Leite C.C, Rocha M.S. Tratado de radiologia. vol 2. Manole
103	C) O Helicobacter pylori produz a enzima urease, que hidrolisa a ureia presente no estômago em amônia e dióxido de carbono. A amônia alcaliniza o microambiente ao redor da bactéria, neutralizando o ácido gástrico e permitindo a sua sobrevivência. Além disso, a bactéria secreta citotoxinas como VacA e CagA, que induzem inflamação, dano celular direto e alteram a polaridade das células epiteliais, levando à gastrite e facilitando a ulceração.	Resposta correta: O Helicobacter pylori produz a enzima urease, que hidrolisa a ureia presente no estômago em amônia e dióxido de carbono. A amônia alcaliniza o microambiente ao redor da bactéria, neutralizando o ácido gástrico e permitindo a sua sobrevivência. Além disso, a bactéria secreta citotoxinas como VacA e CagA, que induzem inflamação, dano celular direto e alteram a polaridade das células epiteliais, levando à gastrite e facilitando a ulceração. A capacidade do H. pylori de sobreviver no ambiente extremamente ácido do estômago e, subsequentemente, de causar dano à mucosa é multifatorial, envolvendo características únicas da bactéria e a resposta do hospedeiro. A enzima urease é produzida em grandes quantidades pela bactéria e catalisa a hidrólise da ureia (abundante no suco gástrico) em amônia (NH_3) e dióxido de carbono (CO_2). A amônia é uma base forte que alcaliniza o microambiente imediatamente ao redor da bactéria, criando uma "nuvem" de pH mais neutro (pH ~ 6-7) que a protege do ácido clorídrico gástrico. Isso permite que a bactéria se mova através da camada de muco e colonize a superfície das células epiteliais gástricas. Fatores de Virulência Bacterianos: Citotoxina Vacuolizante A (VacA): Esta toxina é secretada pela bactéria e internalizada pelas células epiteliais. Dentro da célula, a VacA induz a formação de vacúolos intracelulares, o que perturba a função celular, altera a polaridade e aumenta a permeabilidade celular, levando à lesão epitelial. Proteína Associada à Citotoxina (CagA): Em cepas que expressam o gene cagA (cepas CagA-positivas), a CagA é injetada diretamente nas células epiteliais gástricas via um sistema de secreção do tipo IV. Uma vez no citoplasma, a CagA sofre fosforilação e interage com diversas vias de sinalização intracelular, perturbando a estrutura celular, alterando a proliferação e a apoptose celular, e promovendo inflamação. Cepas CagA-positivas estão mais fortemente associadas a gastrite grave, úlcera péptica e câncer gástrico. O H. pylori não adere diretamente às células parietais para inibir a bomba de prótons. Na verdade, a infecção por H. pylori frequentemente causa uma hipersecreção ácida em um subconjunto de pacientes (especialmente aqueles que desenvolvem	Damião, A. O. M. C., & Hashimoto, C. L. Tratado de Gastroenterologia Clínica. 2a. ed. Barueri, SP: Manole, 2021. Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG). Recomendações para o Diagnóstico e Tratamento da Infecção por Helicobacter pylori no Brasil. (Periódicos de Gastroenterologia. Ex: Arq. Gastroenterol. 2018; 55(4): 208-223 ou edições mais recentes).

104	A) O bacilo de Hansen afeta preferencialmente fibras do tipo C e A delta, causando alteração inicial da sensibilidade térmica e dolorosa.	Resposta correta: o bacilo de Hansen afeta preferencialmente fibras do tipo C e A delta, causando alteração inicial da sensibilidade térmica e dolorosa. O Mycobacterium leprae tem tropismo por células de Schwann e afeta preferencialmente fibras C (amielinizadas) e A delta (finamente mielinizadas), que transmitem dor e temperatura, justificando a perda inicial da sensibilidade térmica e dolorosa na hanseníase. As fibras grossas e mielinizadas (A beta), responsáveis por propriocepção e toque fino são acometidas tardiamente na hanseníase No espessamento neural da hanseníase há resposta inflamatória significativa, com infiltração celular, além da proliferação de células de Schwann. Os nervos mais acometidos na hanseníase são: ulnar, fibular comum e tibial posterior. O nervo mediano é menos frequentemente afetado, em especial isoladamente.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. MACHADO, A. B. M. Neuroanatomia funcional. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2016. TALHARI, S.; PENNA, G. O. Tratado de hanseníase. 2. ed. Rio de Janeiro: DiLivros, 2020
105	D) Os hormônios tireoidianos T3 e T4 são essenciais para o desenvolvimento e maturação normal do sistema nervoso central, incluindo processos cruciais como a mielinização, sinaptogênese e migração neuronal. A ausência desses hormônios durante o período crítico do desenvolvimento cerebral neonatal leva a um comprometimento irreversível da função neural e cognitiva.	Resposta correta: os hormônios tireoidianos T3 e T4 são essenciais para o desenvolvimento e maturação normal do sistema nervoso central, incluindo processos cruciais como a mielinização, sinaptogênese e migração neuronal. A ausência desses hormônios durante o período crítico do desenvolvimento cerebral neonatal leva a um comprometimento irreversível da função neural e cognitiva. Os hormônios tireoidianos, triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), desempenham um papel absolutamente crucial no desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central (SNC) durante os períodos fetal e neonatal. O cérebro em desenvolvimento é particularmente vulnerável à deficiência de T3 e T4, pois esses hormônios regulam uma série de processos biológicos essenciais para a formação de uma arquitetura cerebral funcional. Embora os hormônios tireoidianos influenciem o metabolismo energético geral do corpo, a deficiência de T3 e T4 não induz primariamente um acúmulo patológico de glicogênio no cérebro. Condições como a doença de Pompe (glicogenose tipo II) causam acúmulo de glicogênio e disfunção neurológica, mas por um mecanismo enzimático diferente, não diretamente relacionado à deficiência de hormônios tireoidianos. O comprometimento neural no hipotireoidismo se dá pela falha nos processos de desenvolvimento cerebral, não por acúmulo de glicogênio. O hipotireoidismo congênito não tratado, de fato, leva a um retardo do crescimento esquelético e, classicamente, a um retardo na maturação óssea (com epífises que permanecem abertas por mais tempo, ao contrário do "fechamento prematuro" mencionado). No entanto, a restrição do crescimento do crânio devido a esse mecanismo não é a causa primária do dano cerebral. O cérebro em desenvolvimento é intrinsecamente afetado pela ausência dos hormônios tireoidianos, independentemente de restrições de espaço devido ao crescimento do crânio. O atraso no desenvolvimento cerebral é uma consequência da falha intrínseca de maturação neural. A disfunção da barreira hematoencefálica (BHE) é uma característica de algumas patologias cerebrais (ex: infecções, inflamações, tumores), mas não é o mecanismo principal de dano cerebral no hipotireoidismo congênito. Embora os hormônios tireoidianos possam ter um papel na integridade vascular e da BHE, a ausência de T3 e T4 age diretamente nas células cerebrais em	Marques, H. H. S. Neonatologia Pediátrica. 6. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2020. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Triagem Neonatal: Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

106	A) Inclusão imediata do recém-nascido no programa de Triagem Neonatal Ampliada (Teste do Pezinho) para a detecção de hemoglobinopatias, com encaminhamento para exames confirmatórios de eletroforese de hemoglobinas e/ou análise molecular (como PCR específico para a mutação HbS) em caso de resultado suspeito na triagem.	Resposta correta: Inclusão imediata do recém-nascido no programa de Triagem Neonatal Ampliada (Teste do Pezinho) para a detecção de hemoglobinopatias, com encaminhamento para exames confirmatórios de eletroforese de hemoglobinas e/ou análise molecular (como PCR específico para a mutação HbS) em caso de resultado suspeito na triagem. A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária autossômica recessiva, resultante de uma mutação pontual no códon 6 do gene da globina beta (GAG para GTG), levando à substituição do ácido glutâmico por valina e à produção de hemoglobina S (HbS). Essa alteração molecular confere à HbS a capacidade de polimerizar-se em condições de baixa oxigenação, deformando os eritrócitos em forma de foice e causando as características clínicas da doença. O diagnóstico precoce da anemia falciforme em recém-nascidos é de suma importância para a prevenção de complicações graves, como infecções bacterianas invasivas (devido à asplenia funcional), crises álgicas, sequestro esplênico e síndrome torácica aguda, além de permitir o início de medidas profiláticas, como a penicilina oral e a vacinação adequada. A abordagem mais adequada para a triagem e confirmação diagnóstica inicial, especialmente no contexto de um ambulatório primário e para um recém-nascido com histórico familiar, é a Triagem Neonatal Ampliada, mais conhecida no Brasil como Teste do Pezinho, e idealmente deve ser realizada entre o 3º e o 5º dia de vida.. A solicitação prioritária de esfregaço de sangue periférico para pesquisa de drepanócitos não é a abordagem inicial ideal em recém-nascidos para triagem de anemia falciforme. Nesses pacientes, a alta concentração de hemoglobina F (HbF) nos primeiros meses de vida protege os eritrócitos da falcização, o que significa que o esfregaço pode não mostrar células em foice mesmo em indivíduos afetados, resultando em falsos negativos. Além disso, a hidroxiureia é uma medicação utilizada no tratamento da anemia falciforme para reduzir a frequência de crises e complicações, não sendo uma medida diagnóstica inicial ou profilática antes de um diagnóstico confirmado. A espera por crises vaso-oclusivas é contraproducente e prejudicial, visto que o objetivo é justamente prevenir as complicações da doença. O teste de falcização (também conhecido como teste do metabissulfito de sódio) é um teste qualitativo que induz a falcização dos eritrócitos. Embora possa indicar a presença de HbS, ele não diferencia o traço falciforme (heterozigoto) da doença falciforme	Brasil. Ministério da Saúde. Triagem Neonatal Biológica: Guia para Profissionais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Hoffbrand, A. V., & Moss, P. A. H. (2020). Essential Haematology. 8th ed. John Wiley & Sons. Kliegman, R. M., St. Geme, J. W., Blum, N. J., Shah, S. S., Tasker, R. C., & Wilson, K. M. (2020). Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Elsevier.
107	A) A deficiência de vitamina D leva à redução da absorção intestinal de cálcio e fósforo, resultando em hipocalcemia e hipofosfatemia. Essa condição desencadeia um aumento compensatório da secreção de paratormônio (PTH), que promove a reabsorção de cálcio ósseo e a excreção renal de fósforo, comprometendo severamente a mineralização adequada do tecido osteoide e culminando no desenvolvimento de raquitismo.	Resposta correta: A deficiência de vitamina D leva à redução da absorção intestinal de cálcio e fósforo, resultando em hipocalcemia e hipofosfatemia. Essa condição desencadeia um aumento compensatório da secreção de paratormônio (PTH), que promove a reabsorção de cálcio ósseo e a excreção renal de fósforo, comprometendo severamente a mineralização adequada do tecido osteoide e culminando no desenvolvimento de raquitismo. A vitamina D, em sua forma ativa, 1,25-di-hidroxivitamina D [$1,25(OH)_2D$], também conhecida como calcitriol, desempenha um papel central e insubstituível na homeostase do cálcio e do fósforo, que são os minerais essenciais para a formação e manutenção da integridade óssea. A deficiência de vitamina D, como evidenciado nessa criança de 7 anos, é um distúrbio nutricional complexo cujas consequências fisiopatológicas se manifestam primariamente no sistema esquelético, culminando no raquitismo em crianças e na osteomalácia em adultos. Embora a vitamina D seja crucial para a função osteoblástica, ela não suprime diretamente a formação ou a atividade dos osteoblastos de forma primária. O principal problema na deficiência de vitamina D não é a produção de matriz óssea (colágeno e outros componentes orgânicos), mas sim a mineralização dessa matriz. Os osteoblastos continuam a depositar matriz osteoide, mas esta permanece não mineralizada devido à falta de cálcio e fósforo, resultando em ossos macios e deformáveis, e não em uma simples insuficiência de deposição de colágeno ou fragilidade primária da matriz orgânica. A fragilidade óssea é uma consequência da falha de mineralização. A deficiência de vitamina D leva à redução da absorção intestinal de fósforo, e não a uma hiperabsorção. Consequentemente, a hipofosfatemia é uma característica marcante da deficiência de vitamina D e do raquitismo, não a hiperfosfatemia. A formação de precipitados de cálcio e fósforo nos tecidos moles ocorre em condições de hipercalcemia e hiperfosfatemia persistentes (como em insuficiência renal crônica ou hipervitaminose D), e não na deficiência. A vitamina D não é fundamental para a síntese ou maturação do hormônio do crescimento (GH). Embora haja uma complexa interação entre o metabolismo ósseo e o eixo GH/IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina 1), a deficiência de vitamina D não causa raquitismo primariamente por meio de um impacto direto na produção de GH. O raquitismo é uma doença da	Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia Médica. Elsevier. (Capítulos sobre homeostase do cálcio e fósforo, metabolismo ósseo e funções endócrinas, essenciais para compreender a base fisiológica da deficiência de vitamina D e a ação do PTH). Lehninger, Nelson, D. L., & Cox, M. M. Princípios de Bioquímica de Lehninger. Artmed. (Capítulos sobre metabolismo de vitaminas, especialmente vitamina D, e a bioquímica dos minerais cálcio e fósforo, fornecendo a base molecular para a compreensão da doença).

108	B) A diarreia, que é a manifestação mais constante na giardíase, ora é aguda e autolimitada, ora intermitente, ou crônica e persistente. As fezes pastosas ou liquefeitas são malcheirosas, geralmente claras ou acinzentadas. Frequentemente elas contêm muco relacionado, mas. raras vezes sangue ou pus. Nos casos mais graves pode haver esteatorreia devida à má absorção de gordura.	Resposta correta: a diarreia, que é a manifestação mais constante na giardíase, ora é aguda e autolimitada, ora intermitente, ou crônica e persistente. As fezes pastosas ou liquefeitas são malcheirosas, geralmente claras ou acinzentadas. Frequentemente elas contêm muco relacionado, mas raras vezes sangue ou pus. Nos casos mais graves pode haver esteatorreia devida à má absorção de gordura. Os trofozoítos instalam-se no duodeno e primeiras porções do jejuno, e não no intestino grosso, sendo por vezes encontrados nos condutos biliares e na vesícula biliar, pois encontram aí grande abundância de fosfolipídios necessários à estrutura da membrana celular e que o parasita é incapaz de sintetizar. Eles aderem em grande número à superfície da mucosa graças ao disco suctorial que possuem. Os parasitas chegam a formar um revestimento extenso a tal ponto que seria capaz de interferir na absorção de gorduras e vitaminas lipossolúveis, especialmente a vitamina A. A maioria dos estudos busca a explicação para algumas das manifestações clínicas, principalmente a síndrome de má absorção e a diarreia. Essas explicações têm como base a reação inflamatória provocada pelo parasita que, em contato com macrófagos da mucosa intestinal, desencadeia o processo de ativação dos linfócitos T, que ativam os linfócitos B para produção das imunoglobulinas IgA e IgE. A IgE, por sua vez, amplifica esse processo, pois se conecta aos mastócitos presentes na mucosa intestinal, dando início ao processo de degranulação de tais células e liberação de substâncias, como a histamina. Portanto, o conjunto dessas reações leva ao edema da mucosa e à contração dos músculos lisos, que culmina no aumento da motilidade intestinal e no aumento da renovação dos enterócitos. Sendo assim, as vilosidades ficam compostas de células imaturas, causando dificuldades de absorção e diarreia. As lesões anatomopatológicas atribuídas ao parasita têm sido, principalmente, a atrofia das vilosidades e dos microvilos do intestino delgado, reduzindo a área de absorção da mucosa intestinal, favorecendo a infiltração por linfócitos e outros elementos inflamatórios, e o aumento da secreção de muco. As fezes pastosas ou liquefeitas são malcheirosas, geralmente claras ou acinzentadas. Frequentemente elas contêm muco, mas raras vezes sangue ou pus. Nos casos mais graves pode haver esteatorreia.	REY, L. Bases da Parasitologia Médica, 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. E-book. pág.90. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-2026-7/. SIQUEIRA-BATISTA, R. Parasitologia - Fundamentos e Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. E-book. pág.181. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527736473/. ZEIBIG, E. Parasitologia Clínica - Uma Abordagem Clínica-Laboratorial. 2. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2014. E-book. pág.80. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151475/.
109	A) O LES tem maior frequência em áreas urbanas em comparação com áreas rurais, sugerindo que estilos de vida e fatores ambientais tenham papel considerável na sua fisiopatologia, contribuindo assim para essa diferença observada.	Resposta correta: o LES tem maior frequência em áreas urbanas em comparação com áreas rurais, sugerindo que estilos de vida e fatores ambientais tenham papel considerável na sua fisiopatologia, contribuindo assim para essa diferença observada. Há, efetivamente, ampla evidência circunstancial que estilos de vida e fatores ambientais contribuem para a maior prevalência de LES em comunidades urbanas em comparação ao que é observado em comunidades rurais. Essa informação assume maior importância na perspectiva da saúde global, pois, ainda que sejam registradas controvérsias quanto à ocorrência do LES, registra-se uma tendência mundial de aumento em termos de prevalência e incidência. Diferentemente do que foi registrado em décadas anteriores (anos 50-90), quando o aumento de quase três vezes do número de casos foi atribuído principalmente ao melhor reconhecimento de formas moderadas da doença, diante das variações significativas entre regiões, grupos étnicos e raciais, assume grande importância para a atenção primária em saúde a informação sobre a epidemiologia e alcance do lúpus na população por ela assistida. São numerosos os estudos que mostram maior prevalência do LES em populações não brancas (incidência 9 vezes maior e prevalência 2-3 vezes maior em comparação aos brancos), assim como em certas etnias – populações africanas e caribenhas, e do sudeste asiático. Além disso, etnias como a hispânica tendem a apresentar a doença sob formas mais severas, de maior atividade e com maior acometimento cumulativo de órgãos, e maior risco de comorbidades (maior risco cardiovascular). A título ilustrativo, a prevalência de nefrite lúpica, de 20-30% dos pacientes com LES nos EUA e Europa, alcança mais de 60% em determinadas etnias, como os asiáticos. Inúmeros são os estudos, até mesmo recentes, que confirmam a maior incidência do LES em mulheres, com uma relação de 10-15: 1 em adultos e de 3-5: 1 em crianças. Notadamente o tempo de manifestação da doença, manifestações clínicas, comorbidades e curso clínico da doença diferem consideravelmente entre homens e mulheres. Pacientes do sexo masculino, por exemplo, têm início mais abrupto e manifestações mais severas da doença (nefrite, serosites), de acordo com a maioria dos estudos. Esse conjunto de evidências sugere que os homens constituem um subgrupo de pacientes com características distintas, com elevação de prevalência.	Gergianaki I, Bertsias G. Systemic Lupus Erythematosus in Primary Care: An Update and Pratica Messages for the General Practitioner. Front Med (Lausanne). 2018 May 29;5:161. doi: 10.3389/fmed.2018.00161. PMID: 29896474; PMCID: PMC5986957. Rees F, Doherty M, Grainge MJ, Lanyon P, Zhang W. The worldwide incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus: a systematic review of epidemiological studies. Rheumatology (2017) 56:1945–61. 10.1093/rheumatology/kex260 [DOI] [PubMed] [Google Scholar Pons-Estel GJ, Ugarte-Gil MF, Alarcon GS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus. Expert Rev Clin immunology (2017) 13:799–814. 10.1080/1744666X.2017.1327352 [DOI] [PubMed] [Google Scholar Sassi RH, Hendler JV, Piccoli GF, Gasparin AA, da Silva Chakr RM, Brenol JC, et al. Age of onset influences on clinical and laboratory

110	B) Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser ou agenesia mülleriana.	Resposta correta: Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser ou agenesia mülleriana. O quadro clínico e os resultados de exames são compatíveis com a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), também chamada de agenesia mülleriana. Trata-se de uma anomalia congênita resultante da falha no desenvolvimento dos ductos de Müller, responsáveis pela formação do útero, das trompas e da parte superior da vagina. A paciente tem desenvolvimento puberal, cariótipo 46 XX e distribuição normal de pelos, incompatível, portanto, com as síndromes de Turner e de Morris. A paciente tem genitália externa feminina normal, sem sinais de hiperandrogenismo, não se tratando de hiperplasia adrenal congênita.	BEREK, J. S. Berek & Novak's gynecology. 16. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. CUNNINGHAM, F. G. et al. Obstetrícia de Williams. 26. ed. Tradução da 26ª ed. americana. Porto Alegre: McGraw Hill, 2022.
111	B) Zona de transformação do colo uterino, entre epitélio escamoso e colunar.	Resposta correta: Zona de transformação do colo uterino, entre epitélio escamoso e colunar. A zona de transformação é a interface onde ocorre a metaplasia escamosa, sendo o principal sítio de infecção oncogênica pelo HPV, especialmente pelos tipos 16 e 18. O HPV infecta preferencialmente as células da zona de transformação (ou junção escamocolunar) do colo uterino, onde o epitélio colunar simples do canal endocervical encontra o epitélio pavimentoso estratificado da exocérvice. Essa região é particularmente suscetível à metaplasia e infecções virais, sendo o principal local de origem das lesões intraepiteliais precursoras do câncer de colo uterino. O efeito citopático clássico do HPV inclui coilócitos, células com halo perinuclear e núcleo irregular. As glândulas endometriais localizam-se na mucosa do corpo uterino, não no canal cervical. Além disso, elas não apresentam secreção apócrina, mais típica de glândulas sudoríparas e mamárias. As glândulas cervicais, por sua vez, têm epitélio colunar secretor, mas não são o foco primário de infecção pelo HPV, que acomete preferencialmente o epitélio escamoso da zona de transformação.	Castle PE, et al. The evolution of cervical screening and HPV testing. Clin Obstet Gynecol. 2013;56(1):3-13. Junqueira LC, Carneiro J. Histologia Básica. 14ª ed. Guanabara Koogan, 2016. Ross MH, Pawlina W. Histologia: Texto e Atlas. 7ª ed. Guanabara Koogan, 2016. Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Solomon D, Nayar R. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. 3rd ed. Springer, 2015.
112	B) Pele, ligamento supraespinal, ligamento interespinal, espaço epidural, dura-máter, espaço subdural, aracnóide e espaço subaracnóideo.	Resposta correta: Pele, ligamento supraespinal, ligamento interespinal, espaço epidural, dura-máter, espaço subdural, aracnóide e espaço subaracnóideo. Na situação apresentada é necessário compreender dois temas: articulações fibrosas da coluna vertebral e meninges do SNC. Em razão da introdução da agulha ser realizada no espaço compreendido entre as vértebras L3-L4, a partir do plano dorsal do paciente, a estratigrafia deve incluir, de posterior para anterior, a seguinte sequência de ligamentos: - Ligamento supraespinal que une os ápices dos processos espinhosos, a partir de C7 até o sacro; - Ligamento interespinal que une os processos espinhosos adjacentes. A partir do instante em que a agulha acessa o interior do canal vertebral, a estratigrafia deve incluir, do exterior para o interior, a seguinte sequência de meninges e espaços entre as meninges: dura-máter (externa), espaço subdural, aracnoide (média) e espaço subaracnóideo; Observar que na medula espinal, a dura-máter não adere à parte óssea da coluna vertebral e, portanto, deve-se considerar na estratigrafia o espaço epidural (entre canal vertebral e dura-máter). A demais alternativas, além de estarem incompletas, apresentam articulações fibrosas da coluna vertebral que não condizem com o trajeto da agulha, e que o ligamento intertransversário está em posição lateral ao trajeto da agulha; o ligamento longitudinal anterior e o ligamento longitudinal posterior estão diretamente relacionados ao corpo vertebral e, portanto, anteriores à própria medula espinal.	Caso clínico adaptado de: TOY, Eugene C. et al., Casos Clínicos em Anatomia. 3. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. ISBN: 978-85-8055-563-9. MOORE, Keith L., DALLEY, Arthur F., AGUR, Anne M.R., Anatomia Orientada para a Clínica. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. ISBN: 978-1-4511-8447-1.

113	B) Penicilina G procaína - 400.000 a 600.000UI por via intramuscular, de 12/12 horas.	Resposta correta: Penicilina G procaína - 400.000 a 600.000UI por via intramuscular, de 12/12 horas. Como indicado na literatura, a penicilina procaína é a primeira opção no tratamento da erisipela. A escolha da via de administração, oral ou parenteral, depende da gravidade do quadro clínico do paciente. Nos Estados Unidos, o Center for Disease Control and Prevention afirma que 100% das cepas de S. pyogenes permanecem sensíveis à penicilina. Para tratamentos ambulatoriais, a penicilina G procaína pode ser administrada na dose de 400.000 a 600.000 UI por via intramuscular a cada 12 horas nos primeiros dias. A vancomicina deve ser reservada para infecções graves com necroses extensas ou fasceíte necrosante, em associação à clindamicina. A clindamicina é uma segunda opção intravenosa, na dosagem de 600 mg a cada 6 ou 8 horas, indicada também para pacientes alérgicos à penicilina. A penicilina G cristalina por via intravenosa é indicada para pacientes internados, sendo recomendada a dose de 500.000 UI/kg/24h, fracionada a cada 4 horas, pelo tempo necessário.	Maffei, Doenças vasculares periféricas, 5ª edição, pág. 2088 e 2089. UPTODATE - Cellulitis and skin abscess: Clinical manifestations and diagnosis. Topic 110529 Version 14. Stevens DL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis. 2014;59(2):147–159.
114	A) 57	Resposta correta: 57 A via de urgência é traqueostomia ou cricotireoidostomia. Os pontos anatômicos são as cartilagens cricóidea e tireóidea. A palpação da cartilagem cricóidea deve ser feita ao nível da vértebra C6. Logo, a soma correta exclui as assertivas 2 e 4.	Caso clínico adaptado de: TOY, Eugene C. et al., Casos Clínicos em Anatomia. 3. Ed. Porto Alegre: AMGH, 2016. ISBN: 978-85-8055-563-9. MOORE, Keith L., DALLEY, Arthur F., AGUR, Anne M.R., Anatomia Orientada para a Clínica. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. ISBN: 978-1-4511-8447-1.
115	D) Diminuição da resistência vascular sistêmica, aumento do volume plasmático e da frequência cardíaca, assegurando perfusão adequada dos tecidos maternos e fetais.	Resposta correta: diminuição da resistência vascular sistêmica, aumento do volume plasmático e da frequência cardíaca, assegurando perfusão adequada dos tecidos maternos e fetais. Durante a gravidez, a resistência vascular sistêmica diminui devido à vasodilatação mediada por hormônios como a progesterona, que induz a síntese de óxido nítrico nas células endoteliais e aumento nos níveis circulantes de outros fatores/ sistemas vasodilatadores – prostaciclina, calicreína, angiotensina e fator de crescimento do endotélio vascular - VGEF. Essa redução da resistência vascular é compensada pelo aumento do débito cardíaco para garantir uma perfusão adequada de órgãos e tecidos. Na gravidez normal o aumento do débito cardíaco não resulta em elevação da pressão arterial por conta da diminuição da resistência vascular sistêmica que, em parte, se deve ao grande leito vascular útero-placentário. Durante o primeiro e segundo trimestre a pressão sistólica pode cair ou não se alterar, enquanto a pressão diastólica pode cair de 10 a 15 mmHg. Já no terceiro trimestre, a pressão arterial sobe para os níveis pré-gravídicos. As adaptações ao aumento da volemia não são responsáveis pelo desenvolvimento da pré-eclâmpsia ou da insuficiência cardíaca periparto, que são devidas a outros fatores. O aumento da frequência cardíaca, de dez a quinze batimentos por minuto, observado na gravidez, ainda que possa ser influenciado pela anemia, associa-se à elevação do volume sistólico secundário ao aumento da volemia. O aumento do débito cardíaco implica na maior perfusão dos rins (aumento de cerca de 500mL/min), da pele, para eliminação mais eficaz do calor, das glândulas mamárias, intestinos e outros órgãos.	Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., & Dashe, J. S. (2022). Williams Obstetrics (26ª ed.). McGraw-Hill Education. Surita, F. G. et al., Modificações do Organismo Materno, Capítulo 7 in: Rezende Obstetrícia, 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

116	B) Disfunção endotelial exacerbada por comorbidades que amplificam o extravasamento capilar.	Resposta correta: disfunção endotelial exacerbada por comorbidades que amplificam o extravasamento capilar. Na dengue, o aumento da permeabilidade vascular é um mecanismo fisiopatológico central, especialmente na fase crítica (3º ao 6º dia), devido à liberação de citocinas pró-inflamatórias (como TNF-α e IL-6) que afetam as junções endoteliais. Isso leva ao extravasamento de plasma, causando hemoconcentração (elevação do hematócrito, como os 48% observados). Em idosos, a desidratação pode agravar o quadro, aumentando o risco de choque hipovolêmico.A dengue grave cursa com aumento da permeabilidade capilar, e comorbidades como diabetes e HAS predispõem a maior disfunção endotelial, agravando a perda plasmática e risco de choque hipovolêmico. Redução da depuração hepática pode ocorrer com a idade, mas não é o principal fator agravante na dengue. A ativação do eixo hipotálamo-hipófise não leva à vasodilatação via histamina nesse contexto. A histamina está mais associada à resposta alérgica. A formação de autoanticorpos plaquetários não é o principal mecanismo de plaquetopenia na dengue; ela ocorre mais por destruição medular e consumo periférico, não por autoimunidade.	GARCÍA, G. et al. Severe dengue–related deaths in the elderly population soared in 2024: a multicenter retrospective study. The Lancet Regional Health – Americas, [S.l.], v. 25, p. 100512, 2025. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772707625000128. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Dengue on the rise: get the facts. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: https://www.cdc.gov/dengue/stories/dengue-on-the-rise-get-the-facts.html. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Diretrizes para diagnóstico e manejo clínico da dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br.
117	B) Estímulo aumentado da liberação de GnRH e LH por hiperinsulinemia, levando à produção excessiva de androgênios pelos ovários e anovulação.	Resposta correta: Estímulo aumentado da liberação de GnRH e LH por hiperinsulinemia, levando à produção excessiva de androgênios pelos ovários e anovulação. O quadro é típico de Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP): a resistência à insulina causa hiperinsulinemia, que aumenta a frequência de pulso de GnRH, promovendo secreção de LH em excesso comparada ao FSH. Isso estimula a produção de androgênios nas células da teca, levando à disfunção folicular e falta de ovulação, resultando em ciclos irregulares. A aromatização periférica eleva estrona, não estradiol, e na SOP não há estrogênio em níveis que inibam GnRH de forma clínica. A progesterona aumenta apenas se houver ovulação; na SOP não há ovulação, portanto não há corpo lúteo persistente nem progesterona elevada. O nível normal de prolactina afasta a ser esse hormônio o responsável por ciclos longos como ocorre na SOP. A hiperprolactinemia provoca amenorreia franca, não evidenciada no caso.	Lizne PM, Gallenzt AM, et al. "Polycystic Ovary Syndrome, Insulin Resistance, and Obesity: Navigating the Pathophysiologic Labyrinth." Endocrinology and Metabolism Clinics of North America, 2015

118	D) Doença cardíaca. Tetralogia de Fallot.	Resposta correta: Doença cardíaca. Tetralogia de Fallot. Na presença de cianose que surge nas primeiras 24-48h após o nascimento (portanto, posterior ao fechamento do canal arterial), sem resposta ao O_2, deve-se pensar em cardiopatia congênita com shunt direita-esquerda, e a tetralogia de Fallot (T4F) é uma das causas mais comuns de cianose no período neonatal imediato. A T4F cursa com episódios de crise hipoxêmica, frequentemente desencadeados por situações de aumento da demanda, como o choro. A anatomia da T4F inclui: estenose infundibular pulmonar, comunicação interventricular (CIV), dextroposição da aorta e hipertrofia ventricular direita. Pela cronologia apresentada e na ausência de intercorrências durante o parto ou de fatores maternos de risco, fica afastada a hipótese de asfixia perinatal, situação em que o APGAR seria, mais comumente, inferior a 7. O teste da hiperóxia negativo (sem melhora com O2) também torna menos provável ter o comprometimento do SNC como causa. A hipótese de pneumonia neonatal fica afastada pelo caráter intermitente da cianose, a falta de referência a fatores predisponentes, como a contaminação do feto ou do neonato, a ausência de sinais que testemunhem em favor de uma infecção ou sepse e o teste da hiperóxia negativo. A anamnese traz elementos importantes para considerar a tetralogia de Fallot como causa da cianose e essa identificação precoce é determinante para a realização de exames e procedimentos complementares, como o cateterismo cardíaco, que possibilitam aferir o grau de obstrução de saída do ventrículo direito e o tempo para realização da intervenção cirúrgica.	Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria – 5ª edição, Manole (2022). Seção 14 – Cardiologia. Capítulo 3 – Principais cardiopatias neonatais. MARCDANTE, Karen J.; KLIEGMAN, Robert M. Nelson: pediatria essencial. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.
119	A) A estenose da válvula mitral dificulta o enchimento ventricular esquerdo e provoca aumento da pressão retrógrada dos vasos pulmonares.	Resposta correta: A estenose da válvula mitral dificulta o enchimento ventricular esquerdo e provoca aumento da pressão retrógrada dos vasos pulmonares. A febre reumática pode causar lesão crônica da válvula mitral, levando à estenose mitral. Nesse paciente, a ausculta de sopro diastólico mitral, a área valvar reduzida no ecocardiograma e os sinais clínicos de dispneia com ortopneia sugerem esse diagnóstico. A estenose mitral dificulta o enchimento do ventrículo esquerdo, elevando a pressão no átrio esquerdo e, por consequência, nos capilares pulmonares, gerando congestão pulmonar e dispneia. Embora a insuficiência aórtica possa levar à sobrecarga de volume e dilatação ventricular esquerda, a história clínica de febre reumática e o padrão de dispneia progressiva ao esforço não são característicos dessa valvopatia no contexto apresentado. O prolapso mitral causa insuficiência mitral, não estenose. Embora também leve a aumento da pressão no átrio esquerdo, o mecanismo é distinto, e é mais comum em pacientes jovens, geralmente sem relação com febre reumática. A estenose pulmonar afeta o lado direito do coração, levando a sintomas de congestão sistêmica (edema periférico, hepatomegalia), e não pulmonar. Não é compatível com o quadro de dispneia aos esforços relacionado à febre reumática.	OTTO, C. M.; NISHIMURA, R. A. Etiology, clinical features, and evaluation of mitral stenosis in adults. UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/etiology-clinical-features-and-evaluation-of-mitral-stenosis-in-adults. OTTO, C. M.; NISHIMURA, R. A. Overview of the management of patients with mitral stenosis. UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-patients-with-mitral-stenosis. OTTO, C. M. Approach to diagnosis and evaluation of valvular heart disease in adults. UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diagnosis-and-evaluation-of-valvular-heart-disease-in-adults. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz para o diagnóstico e tratamento das valvopatias nas cardiopatias reumáticas e não reumáticas. Revista Brasileira de Cardiologia,

120	B) A dabigatrana exerce a sua ação diretamente sobre a trombina (fator IIa), inibindo sua atividade enzimática.	Resposta correta: a dabigatrana exerce a sua ação diretamente sobre a trombina (fator IIa), inibindo sua atividade enzimática. A dabigatrana é um inibidor direto da trombina (fator IIa), impedindo a conversão do fibrinogênio em fibrina e, consequentemente, a formação do coágulo. A ação de antagonismo da vitamina K é própria dos anticoagulantes cumarínicos, como a varfarina . A rivaroxabana, por outro lado, é um inibidor direto do fator Xa, sem relação com a vitamina K. A apixabana não inibe a trombina IIa. Seu alvo é o fator Xa, que está acima na cascata da coagulação. Ela inibe o fator Xa diretamente, prevenindo a conversão de protrombina em trombina. A ação mediada por antitrombina III é característica da heparina não fracionada e heparinas de baixo peso molecular, que atuam indiretamente. Os DOACs agem diretamente sobre seus alvos (fator Xa ou IIa), sem necessidade de cofatores como a antitrombina III.	BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLANN, B. C. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. Capítulo 30 – Anticoagulantes, Fibrinolíticos e Antiplaquetários. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Fibrilação Atrial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Rang, H. P., Dale, M. M., Ritter, J. M., Flower, R. J., Henderson, G. Farmacologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier (Versão brasileira), 2021.