



GABARITO COMENTADO - Teste de Progresso Nacional ABEM (06/12 - 19h30)

Questão	Correta	Gabarito	Referencia bibliografica
1	B) Glicemia igual ou acima de 96 mg/dl.	No exame clínico foi observada uma altura uterina aumentada para a idade gestacional. Após a 20a. semana de gestação a medida em centímetros da altura uterina corresponde de modo aproximado à idade gestacional em semanas. Nas alternativas apresentadas a única que poderia explicar essa alteração é o diabetes gestacional, diagnosticado a partir de uma glicemia de jejum acima de 92 mg/dl. As demais alternativas não são causas de aumento da altura uterina.	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.
2	C) Morte materna por causa obstétrica direta.	A paciente faleceu por complicações de uma condição obstétrica, eclâmpsia, ocorrida durante a gestação que levou à realização de cesárea de emergência. O edema agudo de pulmão que causou o óbito é uma complicação direta do quadro hipertensivo gestacional grave. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, a morte materna obstétrica direta é aquela decorrente de complicações obstétricas da gestação, parto ou puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamento incorreto ou eventos subsequentes. Tipos de morte materna: ●Obstétrica direta: Decorrente de complicações obstétricas (ex.: eclâmpsia, hemorragias, infecções puerperais). ●Obstétrica indireta: Resultante de doenças preexistentes ou desenvolvidas durante a gravidez, não causadas diretamente pela gestação, mas agravadas por ela (ex.: cardiopatias, anemia falciforme). ●Por causa externa: Decorrente de acidentes, homicídios, suicídios ou outras causas externas à gestação. ●Não obstétrica: Quando não relacionada direta ou indiretamente à gestação, o que exclui o conceito de morte materna (ex.: câncer em tratamento sem relação com a gestação).	Ministério da Saúde (Brasil). Manual de Vigilância do Óbito Materno. 3ª ed., 2021. OPAS/OMS. Revisão da vigilância e classificação da mortalidade materna: guia técnico para a revisão de óbitos maternos. 2022.
3	D) A prevalência de diabetes e a incidência de dengue.	A prevalência mede o número total de casos, episódios ou eventos existentes em um determinado ponto no tempo. É a relação entre o número total de casos existentes de uma determinada doença e o número de pessoas na população em um determinado período. Por isso, é o indicador ideal para o planejamento de ações das doenças crônicas. A incidência mede o número de casos novos de uma doença, episódios ou eventos na população dentro de um período definido de tempo (dia, semana, mês, ano). É um dos melhores indicadores para avaliar doenças agudas.	BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. Epidemiologia básica. 2 ed. São Paulo: Santos / OMS, 2010. Disponível em: < http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9788572888394_por.pdf >. Acesso em: 17 set. 2018.
4	D) Integralidade.	O atendimento com a diretriz da integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenções, articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação. Essa ação integrada deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos, e iniciar rapidamente a reabilitação e a readaptação ao convívio social.	DUNCAN, Bruce B. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência. Cap.2. 5a edição. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2022.

5	D) Coorte.	Trata-se de um estudo de coorte para comparar grupos de expostos a faixas de IMC e a incidência de cânceres de vários tipos (tempo até a ocorrência). É um estudo longitudinal de seguimento de pacientes até a ocorrência de câncer de diferentes tipos. Parte de uma exposição (IMC) até o evento.	Medronho, R.A. Epidemiologia. Atheneu, Rio de Janeiro, 2a Ed. 2009. Bhaskaran et al. Lancet 2014.
6	B) O acolhimento realizado na USF como forma de garantir acesso aos cuidados em saúde.	<p>A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Organiza-se a partir de quatro Componentes: I) Pré-natal; II) Parto e Nascimento; III) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV) Sistema Logístico. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, visando, entre outros objetivos, a organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.</p> <p>No componente pré-natal são previstas, entre outras, as seguintes ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b. Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; d. Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. <p>A Rede Cegonha, portanto, preconiza a captação precoce das gestantes (idealmente no primeiro trimestre), podendo ser realizada através da busca ativa de mulheres em idade fértil com atraso menstrual e disponibilidade de Testes Imunológicos de Gravidez para diagnóstico oportuno da gestação.</p> <p>A Rede Cegonha preconiza que a gestante tenha acesso ao pré-natal de alto risco se necessário, mas também a sua vinculação e acompanhamento na Unidade Básica de Saúde .</p> <p>Prevê ainda a vinculação da gestante ao local onde será realizado o parto desde o início do pré-natal para evitar peregrinações de gestantes em busca de atendimento durante o trabalho de parto ou outras intercorrências. Dessa forma, apesar da autonomia da paciente, ela deve ser orientada a buscar sempre a maternidade de vinculação</p> <p>Por fim, a Rede Cegonha prevê o acolhimento das intercorrências com estratificação de risco e vulnerabilidade como forma de garantir o acesso aos cuidados em saúde.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 07 mar. 2024.</p> <p>Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha. UFMA: São Luís, 2016. 64 p.</p>
7	B) Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g.	<p>A adequada avaliação da sensibilidade tátil é realizada com o emprego do monofilamento Semmes-Weinstein de 10g. O Diapasão 128 Hz é utilizado para testar a sensibilidade vibratória.</p> <p>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.</p> <p>Palitos ou pinos são utilizados para testar a sensibilidade dolorosa.</p>	<p>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).</p>
8	A) A paciente é portadora de obesidade e a melhor conduta é a reeducação alimentar juntamente com toda a família, além de iniciar atividade física.	<p>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.</p>	<p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de pediatria. 3. ed. Barueri: Manole, 2014, sessão 17, cap. 8.</p> <p>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, nº 24).</p>

9	A) 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.
10	D) A conduta adotada se insere na prevenção secundária, ao buscar interromper a progressão do quadro antes que se instale uma condição crônica ou incapacitante, por meio da detecção precoce e orientação terapêutica.	A história natural da doença descreve a evolução de uma condição em um indivíduo ao longo do tempo, com ou sem intervenção médica, passando pelas fases: susceptibilidade, subclínica, clínica e sequelas. No caso do paciente, há um quadro sintomático (fase clínica inicial), mas ainda sem agravo instalado ou dano funcional. A abordagem médica imediata (descartar causas graves) e o encaminhamento para acompanhamento e intervenções precoces (mudança de hábitos, regularização alimentar, rastreamento de hipertensão ortostática, distúrbios autonômicos ou ansiedade) caracterizam prevenção secundária, pois visam detectar precocemente alterações clínicas e impedir sua progressão. A prevenção terciária só se aplica quando já há lesão ou incapacidade instalada e não como mencionado. A prevenção primária visa evitar o surgimento da doença em indivíduos saudáveis, enquanto a prevenção primordial atua antes mesmo do fator de risco surgir — nenhuma destas é compatível com o momento clínico desse paciente.	GUSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 35 – Promoção da Saúde e Prevenção.
11	B) Notificar o caso à vigilância epidemiológica, realizar o acompanhamento nutricional, acionar a rede intersetorial (educação e assistência social) e investigar possíveis falhas na segurança alimentar da criança.	A vigilância epidemiológica deve ser notificada para monitoramento de agravos relacionados à nutrição. A atuação intersetorial é fundamental para identificar as causas da desnutrição, como insegurança alimentar, negligência ou problemas na oferta da merenda escolar, garantindo o direito à saúde, à educação e à assistência social. Embora, em casos graves, a internação possa ser necessária, a desnutrição infantil é um agravo de relevância coletiva e deve ser notificada à vigilância epidemiológica. Encarar como caso isolado ignora os determinantes sociais e pode comprometer ações preventivas em nível comunitário. A desnutrição não deve ser tratada apenas com medidas clínicas; é fundamental entender e intervir nos fatores sociais e estruturais que contribuem para o problema com a abordagem integral e intersetorial preconizada pelo SUS Apesar da ajuda comunitária poder ter um papel paliativo, essa conduta transfere a responsabilidade do Estado e rompe com o princípio da integralidade do SUS. A vigilância epidemiológica e a articulação com a escola são essenciais para identificar e corrigir falhas estruturais e garantir os direitos da criança.	BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf 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. Disponível em: https://www.inca.gov.br

12	D) Notificar caso ao SINAN, preencher a CAT inicial, prescrever analgesia e solicitar exame de imagem.	<p>Todos os acidentes de trabalho são considerados agravos de notificação compulsória. Portanto, a ficha do SINAN deve ser preenchida pelo primeiro profissional que atende o paciente, se possível. Além disso, como se trata do primeiro episódio de acidente de trabalho bem caracterizado, a CAT inicial também deve ser preenchida.</p> <p>Não existe CAT de afastamento. Os tipos de CAT são: CAT inicial, CAT de reabertura e CAT de óbito.</p> <p>O preenchimento da CAT não é de responsabilidade apenas do médico do trabalho e sim de qualquer profissional médico.</p> <p>Embora o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador seja o local de diagnóstico e tratamento de doenças/agravos relacionadas ao trabalho, e não responsável pelo preenchimento do CAT e não oferece atendimentos de emergência, como no caso apresentado.</p>	<p>CERATTI, Ana Roberta; ANDO, Nilson Massakazu; QUEIROZ, Olivan. Abordagem à saúde ocupacional na atenção primária à saúde. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 80. p. 2052-2094. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cerest https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria-de-doencas-agravos-e-eventos-de-saude-publica</p>
13	A) Suspensão da amitriptilina e retirada gradativa do diazepam, bem como detalhamento das medicações usadas (registros de prontuário e informações do agente comunitário de saúde).	<p>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 diazepam são medicações que podem contribuir para insônia, tonteira e quedas, sendo a suspensão ou retirada gradativa dessas medicações uma medida prioritária para a 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.</p>	<p>FREITAS, E. V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.</p>
14	C) Notificar o caso às autoridades competentes, conforme preconizado pelo artigo 74 do Código de Ética Médica e pelo artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), garantindo a proteção do paciente, e oferecer suporte multiprofissional, mantendo o sigilo em relação a terceiros não envolvidos.	<p>O artigo 74 do Código de Ética Médica determina ser dever do médico comunicar às autoridades competentes casos de maus-tratos ou violência, especialmente contra grupos vulneráveis, como idosos. O artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) reforça a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra idosos por profissionais de saúde, sob pena de responsabilidade legal. A notificação é um dever ético e legal, mesmo que o paciente solicite sigilo, pois o princípio bioético da beneficência e a proteção contra danos (não maleficência) prevalecem em situações de risco à integridade do paciente, conforme discutido por Beauchamp e Childress (Principles of Biomedical Ethics). Além disso, o médico deve garantir suporte multiprofissional (como assistência social e psicológica) e manter o sigilo em relação a terceiros não envolvidos, respeitando o artigo 31 do Código de Ética Médica, que protege a confidencialidade, salvo em casos de dever legal.</p> <p>Respeitar o sigilo sem notificar as autoridades contraria o artigo 74 do Código de Ética Médica e o artigo 19 do Estatuto do Idoso. Embora a autonomia do paciente seja um princípio bioético importante, ela não prevalece em casos de violência, onde a proteção contra danos é prioritária.</p> <p>Abster-se de notificar viola o dever legal e ético do médico. O artigo 73, que reconhece o direito do paciente de decidir sobre sua pessoa, não se aplica a situações de violência, onde a notificação é obrigatória para garantir a segurança do idoso.</p> <p>O encaminhamento para avaliação psicológica sem notificação não cumpre a obrigatoriedade legal do artigo 19 do Estatuto do Idoso e do artigo 74 do Código de Ética Médica. O artigo 2º, mencionado, refere-se ao compromisso com o bem-estar, que inclui a proteção contra a violência, o que torna a notificação essencial.</p>	<p>Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018).</p> <p>Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).</p> <p>Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). Principles of Biomedical Ethics.</p> <p>Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006).</p>

15	A) A Política Nacional de Saúde Integral LGBT do Ministério da Saúde no Brasil estabelece o uso e o respeito ao nome social das travestis e dos(as) transexuais, ou seja, aquele pelo qual transexuais e travestis preferem ser chamados(as), em contraposição ao nome do registro civil.	Consolidando os direitos em saúde dessa população, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT com o intuito de promover o enfrentamento a iniquidades e discriminações, ampliando o acesso a ações e serviços de qualidade. Isso inclui a orientação sobre o direito ao uso do nome social, vedando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento. Tratando-se especificamente de travestis e transexuais, a falha no respeito do direito ao uso do nome escolhido por estes configura-se como violência, constrange-os, causa sofrimento e afasta do atendimento à saúde, ferindo os direitos do usuário e os preceitos do SUS, baseados na universalidade do acesso, equidade, integralidade e humanização da assistência.	SILVA, L. K. M.; SILVA, A. L. M. A.; COELHO, A. A.; MARTINIANO, C. S. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [3]: 835-846, 2017. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
16	D) A organização da atenção à saúde da população em situação de rua deve estar inserida no escopo da Atenção Primária à Saúde, especialmente por meio das equipes de Consultório na Rua, que atuam de forma territorializada, intersetorial e com abordagem centrada nos determinantes sociais da saúde, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica e na Política Nacional para a População em Situação de Rua.	As equipes de Consultório na Rua são estruturas da Atenção Primária à Saúde e não devem se vincular prioritariamente às UPAs. Sua atuação é longitudinal, contínua e territorializada, com enfoque ampliado que inclui promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidados clínicos e articulação intersetorial, não se limitando a ações pontuais ou de urgência. A Atenção Primária à Saúde é o principal ponto de atenção do SUS, inclusive para populações vulneráveis como as pessoas em situação de rua. A atuação dos CAPS e ambulatórios especializados é complementar, e não prioritária. As equipes de Consultório na Rua foram justamente criadas para garantir o acesso universal e contínuo desse grupo na APS. A abordagem da população em situação de rua exige articulação intersetorial, conforme preconizado tanto pelo SUS quanto pela Política Nacional para a População em Situação de Rua. Saúde, assistência social, habitação, direitos humanos, entre outros setores, devem trabalhar de forma integrada, com planejamento compartilhado.	BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. 2. ed. 2012. BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. OMS. Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO; 2016. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2003. OMS. WHO global report on health equity for persons with disabilities. Geneva: WHO; 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental. 2011. OMS. Social determinants of health: the solid facts. WHO; 2003. BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS. OMS. Health in All Policies: Framework for

17	D) O uso de bloqueadores alfa-adrenérgicos poderá ser otimizado com a associação de inibidores da 5-alfa redutase (p. ex. doxazosina + finasterida).	<p>Trata-se de paciente com hiperplasia prostática benigna, patologia comumente vista em ambulatório de atenção primária. Destaca-se o tratamento farmacológico como alternativa correta (efeito aditivo dos inibidores 5-alfa-redutase) a necessidade do exame físico e a não obrigatoriedade de exame de imagem para o diagnóstico nas outras alternativas, para que se enfatize o exame clínico ambulatorial.</p> <p>O toque retal é importante na avaliação do paciente com sintomas prostáticos, independentemente do PSA. Além disso, um PSA abaixo de 2,5 ng/mL não exclui o câncer de próstata; a realização do exame físico é uma parte fundamental da avaliação. Anticolinérgicos podem ser utilizados com cuidado em pacientes com hiperplasia prostática, pois podem aumentar o risco de retenção urinária, mas não são contraindicações absolutas. A decisão depende da avaliação clínica, e seu uso pode ser considerado em alguns casos.</p> <p>A hiperplasia benigna da próstata é um diagnóstico clínico, baseado na anamnese, exame físico (toque retal) e exames laboratoriais. Imagens podem ser úteis em casos complicados ou suspeita de outras condições, mas não são indispensáveis para o diagnóstico habitual.</p>	PROGER Programa de Atualização em Geriatria e Gerontologia: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021. p. 75–96. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
18	B) Realizar baciloscopia de escarro e adaptar o plano terapêutico às condições socioeconômicas do paciente, garantindo acompanhamento próximo.	<p>No contexto da APS, é essencial adaptar as diretrizes às realidades locais. Mesmo a MBE preconiza a integração das melhores evidências científicas com as circunstâncias clínicas e os valores do paciente. Opções que negligenciam a integralidade do cuidado e a responsabilidade da APS em garantir acesso equitativo não podem ser consideradas corretas.</p> <p>A baciloscopia de escarro é o exame prioritário para diagnóstico de tuberculose pulmonar, conforme recomendações do Ministério da Saúde e OMS, mesmo em cenários de recursos limitados. Ignorar a confirmação laboratorial pode levar a tratamentos inadequados e resistência medicamentosa. Adaptar o plano terapêutico às condições do paciente (ex.: horários flexíveis, supervisão direta) reduz o risco de abandono, alinhando-se aos princípios da APS e da epidemiologia social, que destacam determinantes como pobreza e acesso irregular a serviços.</p>	<p>Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2019.</p> <p>Sackett, D.L. et al. Medicina Baseada em Evidências: Prática e Ensino. Porto Alegre: Artmed, 2009.</p> <p>Starfield, B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. UNESCO, 2002.</p> <p>World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report. Genebra, 2023</p>
19	B) Hiperatividade do sistema nervoso simpático e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, levando à vasoconstrição e retenção de sódio.	<p>Em pacientes adultos, especialmente com fatores de risco como obesidade, sedentarismo e histórico familiar, a hipertensão arterial está frequentemente associada a mecanismos como ativação do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Esses sistemas promovem vasoconstrição, retenção de sódio e aumento do volume intravascular, contribuindo para a elevação sustentada da pressão arterial.</p> <p>O aumento da filtração glomerular não leva à perda excessiva de sódio, que, por sua vez não levaria a uma hipervolemia. A hipertensão está relacionada ao aumento (não à redução) da resistência vascular sistêmica. A hiperinsulinemia pode estar associada à diminuição, e não ao aumento da produção de óxido nítrico, um vasodilatador importante.</p>	<p>Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Nº14. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Cap. IV. 2006.</p> <p>Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica Nº 15. Hipertensão Arterial Sistêmica para o sistema Único de Saúde. Cap. VI 1ª Ed., 2006.</p> <p>Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8ª ed. 2008</p> <p>Visseren, FLJ et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC); European Heart Journal, 2021. From Medscape.</p>

20	D) Confirmar o diagnóstico de pré-diabetes e iniciar intervenção intensiva no estilo de vida, com possível uso de metformina em casos selecionados.	<p>Os critérios para diagnóstico de pré-diabetes incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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. <p>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.</p> <p>De acordo com a diretriz da SBD 2024, a conduta recomendada é:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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.
21	A) Realização de endoscopia digestiva alta entre 12 e 24h da ingestão.	<p>Nas situações 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.</p> <p>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. 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.</p> <p>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. O melhor é evitar a neutralização com substâncias e focar na avaliação clínica e em tratamentos específicos.</p>	CENTRO DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA. Manual de orientação para o manejo de intoxicações. Belo Horizonte: CIATox, 2019. Tratado de Pediatria, SBP, 2025.
22	B) Cistite.	<p>A ocorrência de febre baixa, acompanhada de disúria e urgência miccional, associada aos achados do exame de urina - leucocitúria, hematúria discreta, presença de nitrito - é indicativa de infecção do trato urinário baixo, configurando quadro típico de cistite.</p> <p>A nefrite intersticial aguda é rara em crianças e geralmente está associada ao uso de medicamentos ou doenças autoimunes, além de cursar com manifestações sistêmicas.</p> <p>A glomerulonefrite pós-estreptocócica geralmente se apresenta com hematúria macroscópica, edema e hipertensão. A presença de cilindros hemáticos é patognomônica da síndrome nefrítica.</p> <p>A vaginite cursa habitualmente com prurido e corrimento vaginal, não causando hematúria, leucocitúria ou a presença de nitritos na urina.</p>	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Infecção do trato urinário (ITU): diagnóstico e tratamento. Departamento Científico de Nefrologia, 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Infecções do Trato Urinário em Pediatria. Brasília, 2021. TRATADO DE PEDIATRIA. Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.
23	A) Acionar o Conselho Tutelar e notificar a suspeita de violência doméstica.	<p>Os dados da história, exame clínico e de imagem subsidiam o diagnóstico da síndrome do bebê sacudido. É dever da equipe notificar ao Conselho Tutelar ou às autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente ou Ministério Público) qualquer suspeita de violência contra crianças e adolescentes. A notificação de casos suspeitos ou diagnosticados de violência é obrigatória, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e de natureza compulsória pelo Ministério da Saúde. A abordagem da mãe pela assistente social não é fundamental. O médico e a equipe responsável pelo atendimento devem conversar com a mãe sobre a suspeita de maus-tratos e o acionamento do Conselho Tutelar. O correto é a notificação ao Conselho Tutelar da região de moradia da vítima. É uma obrigação legal, mesmo nos casos só suspeitos (Arts. 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente). O boletim de ocorrência pode ser feito, caso não exista um Conselho Tutelar na cidade. A suspeita da síndrome do bebê sacudido não necessita de confirmação com médico legista.</p>	PFEIFFER, L.; WAKSMAN, R. D. Diagnóstico das Apresentações da Violência na Infância e Adolescência. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Tratado de Pediatria. Volume 1. Barueri: Manole, 2017. p.92-99.

24	D) G2P2, puberdade fisiológica, conduta expectante.	<p>A avaliação do estadiamento puberal descrita coloca-nos diante de um adolescente G2P2, conforme critérios descritos por Marshall e Tanner, que descrevem G2 como aumento de bolsa escrotal e dos testículos (volume testicular acima de 4 cm³ ou comprimento testicular acima de 2,5 cm), sem aumento do pênis e P2 como presença de pelos longos, finos, ligeiramente pigmentados, principalmente na base do pênis.</p> <p>No sexo masculino é considerado adequado quando a puberdade se inicia entre os 9 e 14 anos de idade cronológica, e como o paciente já é púbere (G2P2), iniciou puberdade em idade fisiológica.</p> <p>Não há, portanto, atraso puberal, e por tratar-se de um quadro fisiológico, a conduta é expectante, não requerendo qualquer intervenção medicamentosa para indução puberal.</p>	<p>Eisenstein E, Coelho K. Crescimento e desenvolvimento puberal. In Saúde do Adolescente: competências e habilidades. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Editora MS, Brasília, 2018.</p> <p>Tinano FR, Brito VN, Latronico AC. Fisiologia da Puberdade. In: Damiani D. Endocrinologia Pediátrica Nuvarte Setian: Da Fisiologia à Clínica. São Paulo: Sarvier; 2023. p. 302-310.</p>
25	C) Registrar o relato do adolescente no prontuário, discutir os riscos do uso de cigarro eletrônico com ele e manter o sigilo, salvo se houver risco iminente à vida ou à saúde do adolescente.	<p>Segundo os princípios éticos e legais que regem o atendimento de adolescentes, a autonomia progressiva deve ser respeitada, especialmente quando o adolescente já tem capacidade de discernimento (geralmente a partir dos 12-13 anos). A confidencialidade é um pilar fundamental na relação médico-paciente e é especialmente importante para garantir a adesão e a confiança, sendo permitida a manutenção do sigilo desde que não haja risco à vida ou à saúde do paciente ou de terceiros.</p> <p>No caso descrito, o uso ocasional de cigarro eletrônico não configura risco iminente grave, embora deva ser abordado com o paciente com orientação e responsabilização. O médico deve registrar adequadamente no prontuário, já que este é um documento legal, e discutir estratégias de cessação, monitoramento da asma e educação em saúde.</p> <p>As demais alternativas ou violam a autonomia do adolescente sem justificativa proporcional ou podem, como na omissão do registro, gerar problemas legais e éticos.</p>	<p>Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.995/2012 – Dispõe sobre a autonomia do adolescente e o direito ao sigilo. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Bioética Clínica para o Pediatra, 2020. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 24: Saúde do Adolescente, 2ª ed. Brasília: MS, 2017.</p> <p>EID, D. et al. Adolescente, confidencialidade e consulta médica. Rev Bioética. 2015;23(3):575-82.</p>
26	A) Aumentar a ingestão de água e de outros líquidos, incluindo SRO, manter alimentação habitual, iniciar zinco oral e orientar sinais de alarme.	<p>Trata-se de diarreia aguda sem sinais de desidratação, sendo o tratamento correto o plano A do MS que consiste em hidratação frequente com líquidos que não sejam adoçados e incluir SRO, manter alimentação habitual e prescrição do zinco pois é menor de 5 anos. Orientar os sinais de alarme: persistência da diarreia por mais de 2 dias, sangramento nas fezes e desidratação.</p>	<p>Diarreia aguda infecciosa. SBP. Nº 74, 06 de Junho de 2023 disponível: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2023/junho/14/24048aPRE-SS-GPA-Diarreia_Aguda_Infecciosa-pSITE.pdf</p> <p>Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. SBP. Nº 1, Março de 2017 disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf</p> <p>Manejo do paciente com diarreia, disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-do-paciente,2024.</p>

27	B) Iniciar tratamento com permetrina tópica a 5%, orientar desinfecção ambiental e tratar todos os contatos domiciliares.	<p>A escabiose é uma dermatose parasitária causada pelo <i>Sarcoptes scabiei</i>, altamente contagiosa, especialmente em ambientes familiares e escolares. O diagnóstico é clínico, baseado em distribuição típica das lesões, prurido noturno e história familiar. A conduta correta inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento tópico com permetrina a 5%, aplicada da cabeça aos pés (exceto face, em maiores de 2 anos), mantida por 8 a 12 horas e reaplicada após 7 dias. ● Tratamento simultâneo de todos os contatos domiciliares, mesmo que assintomáticos. ● Cuidados com o ambiente: roupas, roupas de cama e toalhas devem ser lavadas com água quente ou isoladas por 72h. <p>A ivermectina oral é alternativa segura e eficaz, mas não é primeira escolha em menores de 15 kg ou em situações leves/moderadas.</p> <p>Exames laboratoriais raramente são necessários.</p> <p>A escabiose não tem resolução espontânea.</p>	Sociedade Brasileira de Pediatria. Dermatites Infecciosas na Infância – SBP, 2022 Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Escabiose, 2021 UpToDate. Scabies: Management and Treatment in Children, 2023 Nelson Textbook of Pediatrics, 21ª ed. – Capítulo de Doenças Parasitárias
28	D) Comunicação interventricular.	<p>A história de cansaço às mamadas desde o nascimento associado a baixo ganho ponderal sugere a hipótese de cardiopatia congênita. A presença de taquipneia sem outros achados no exame físico sugere que a cardiopatia seja de hiperfluxo pulmonar. Entre as cardiopatias, a comunicação interventricular é uma das mais frequentes, e em geral apresenta-se com episódios de regurgitação e episódios repetidos de sibilância ou infecções respiratórias, além do baixo ganho ponderal. Na ausculta cardíaca observam-se a 2ª bulha hiperfonética na área pulmonar e o sopro sistólico de regurgitação (holossistólico). Os pacientes podem apresentar sinais de Insuficiência cardíaca, palidez e hepatomegalia. O quadro descrito é o de uma comunicação interventricular de gravidade moderada</p>	NELSON. Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 18ª Edição. Elsevier. 2009. Tratado de Pediatria -da Sociedade Brasileira de Pediatria - 4ª edição 2017 Editora Manole.
29	D) Artrite séptica.	<p>Febre alta, dor intensa com limitação funcional significativa, leucocitose, PCR e VHS elevados são fortemente sugestivos de artrite séptica, especialmente em crianças pequenas. O quadril é um dos locais mais acometidos e a ausência de infecção prévia não exclui o diagnóstico.</p> <p>A artrite reativa costuma ocorrer após infecções (entéricas, respiratórias) e tem evolução mais branda, com menor intensidade de dor e febre, o que não condiz com o caso.</p> <p>A artrite idiopática juvenil exige sintomas persistentes por mais de 6 semanas, além de um curso menos agudo e inflamatório.</p> <p>A sinovite transitória pode acometer o quadril, mas geralmente é autolimitada, com pouca febre e sintomas sistêmicos leves ou ausentes. Os marcadores inflamatórios costumam estar normais ou discretamente elevados.</p>	Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4ª ed. Barueri, SP: Manole, 2017. Teixeira, R.A., et al. Reumatologia para o Residente. 2ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2020.
30	C) Hidratação, inalação com vasoconstritor e corticoterapia.	<p>A presença de disfonia e estridor localiza o processo infeccioso de vias aéreas superiores em laringe. O início e progressão insidiosa, com evolução para sinais de insuficiência respiratória aguda, em uma criança que permanece em bom estado geral e com febre baixa, não toxemiada, é característico de laringite aguda - crupe. A etiologia desse processo é viral, e o tratamento, além das medidas de suporte e fisioterapia respiratória, inclui inalação com vasoconstritor e corticoterapia.</p>	Pediatria – Diagnóstico e Tratamento. Moraes, MB; Campos, SO; Hilario, MOE. FAP/UNIFESP Editora Manole, 2013. 1839p. SBP - https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/01/Emergncia-Crupe-Viral-e-Bacteriano.pdf (Triênio 2016-2018).
31	D) A avaliação da idade óssea permite diferenciar causas fisiológicas e patológicas de baixa estatura.	<p>A avaliação da idade óssea é uma ferramenta útil na distinção entre causas fisiológicas (como atraso constitucional do crescimento e baixa estatura familiar) e patológicas (como deficiência de GH, hipotireoidismo, displasias ósseas, entre outras). É essencial para o diagnóstico e prognóstico de crianças com distúrbios de crescimento.</p> <p>Na baixa estatura familiar, a idade óssea é compatível com a idade cronológica, e o crescimento é constante dentro do seu canal genético. Já no atraso constitucional do crescimento, é que se observa idade óssea atrasada.</p> <p>A idade óssea avançada não é característica do atraso constitucional do crescimento, mas sim de condições como puberdade precoce ou distúrbios endócrinos (ex.: hiperplasia adrenal congênita). No atraso constitucional, a idade óssea é atrasada em relação à cronológica.</p> <p>A avaliação da idade óssea não é necessária em crianças com crescimento normal e curva de crescimento regular. É indicada apenas na investigação de alterações no crescimento (baixa estatura, aceleração/desaceleração da curva, puberdade precoce/tardia).</p>	BANDEIRA, Francisco; WAECHETER, Cynthia; CAMARGO, Keyla; BARBOSA, Marcela; CALDAS, Gustavo. Endocrinologia Pediátrica: um guia prático. 2. ed. São Paulo: Rubio, 2017. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. NELSON, Waldo E.; BEHRMAN, Richard E.; Kliegman, Robert M. Nelson tratado de pediatria. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

32	B) Leucemia linfoblástica aguda.	A leucemia linfóide aguda é o câncer mais frequente na infância, as manifestações clínicas incluem hepatoesplenomegalia, dor óssea, anemia, plaquetopenia e leucocitose com predomínio de linfócitos às custas de blastos, reticulócitos em número normal ou diminuído, LDH aumentada.	Pasquini R, Falcão RP, Zago MA. Tratado de hematologia - Leucemia Linfóide da criança e adolescente. Ed. Atheneu, 2019
33	A) Urticária crônica espontânea – degranulação de mastócitos.	O quadro descrito é compatível com urticária crônica espontânea, definida pela presença de urticas recorrentes por mais de 6 semanas, sem fator desencadeante evidente. A fisiopatologia envolve a ativação de mastócitos e liberação de histamina, podendo ter causa autoimune (autoanticorpos anti-FcεRI ou IgE) ou idiopática (sem causa definida). As lesões são fugazes, migratórias, com prurido e sem manifestações sistêmicas. A dermatite atópica tem lesões eczematosas persistentes, não fugazes. A urticária aguda alérgica IgE-mediada, geralmente resolve em menos de 6 semanas e tem fator desencadeante claro (alimentos, picadas etc.). A urticária de contato tem quadro clínico de exposição localizada.	Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Alergia na Infância e Adolescência, 2022 EAACI/GA2LEN/EDF/WAO. Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria, Allergy 2018 UpToDate. Chronic spontaneous urticaria: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis, 2023 Nelson Textbook of Pediatrics, 21ª ed. – Capítulo de Doe.
34	B) A imunização deve ter como base a idade cronológica.	A imunização da criança prematura deve ter como base a idade cronológica. De acordo com as recomendações das Sociedades Brasileira de Imunizações e de Pediatria (2024/2025), a criança prematura deve receber as seguintes vacinas: BCG, hepatite B, Haemophilus influenzae, tríplice bacteriana, poliomielite, rotavírus e pneumocócica conjugada. A vacina de BCG deve ser feita em crianças com peso acima de 2Kg.	Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Calendário de Imunização do Prematuro. 2024-2025. Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de Imunização, 2024-2025.
35	C) 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.
36	A) Radiografia em posição invertida (invertograma) após 12-24 h de vida.	O invertograma, feito após pelo menos 12 horas de vida, permite verificar a distância entre a bolsa intestinal e o períneo, classificando o ânus imperfurado como de tipo alto ou baixo, o que define a conduta.	Puri P, Höllwarth M. Pediatric Surgery: Diagnosis and Management. Springer, 2023.
37	A) Anemia ferropriva.	A deficiência de ferro é a causa mais comum de anemia em crianças, podendo determinar prejuízos a curto e longo prazo no desenvolvimento neuropsicomotor e na aprendizagem, além de comprometimento na resposta do sistema imunológico. A anemia secundária à deficiência de ferro é aquela que se caracteriza pela presença de hipocromia e microcitose, além da ausência de ferro medular. A anemia ferropriva é uma condição clínica frequente, especialmente em populações sob risco, como recém-nascidos prematuros, pequenos para a idade gestacional; lactentes com curta duração de aleitamento materno exclusivo; aqueles alimentados com leite de vaca e outros que recebem alimentação complementar com baixo teor e/ou com baixa biodisponibilidade de ferro; crianças e adolescentes com doenças crônicas e/ou com indicadores socioeconômicos de pobreza. A etiologia mais frequente na criança é a baixa ingestão de alimentos ricos em ferro.	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) Alta hospitalar com orientação de retorno em 72 horas na Unidade Básica de Saúde (UBS) para revisão.	Trata-se de RN com 60 horas de vida que apresenta icterícia com bilirrubina sérica= 12g/dl, sem fatores de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia. A partir do monograma de Bhutani, observa-se que a criança encontra-se na zona de risco intermediária baixa, podendo ser liberada a alta hospitalar com retorno em 72 horas para revisão. A internação para fototerapia seria indicada caso o paciente estivesse em zona de alto risco. Não há indicação de complementação do aleitamento materno na situação de hiperbilirrubinemia descrita. A reavaliação da criança deve ser feita em até 72 horas.	DIAS, Vitória Silva Souza et al. Icterícia neonatal: fatores associados à necessidade de fototerapia em alojamento conjunto. Resid Pediatr, v. 12, n. 3, 2022.

39	A) Orientar quanto à benignidade do quadro do refluxo fisiológico, decorrente da imaturidade transitória do esfíncter esofágico inferior.	O refluxo gastroesofágico fisiológico é comum em lactentes, especialmente entre 1 e 6 meses de vida, devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior e à dieta predominantemente líquida. O ganho ponderal adequado e a ausência de sinais de alarme (recusa alimentar, sangue nas fezes, crises de apneia, perda ponderal) confirmam o caráter benigno. A abordagem é expectante, com orientações posturais e tranquilização familiar. O exame contrastado não é indicado de rotina para casos sem sinais de alarme ou perda de peso. A exposição desnecessária à radiação deve ser evitada. O uso de IBPs é reservado para casos com sinais de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e não é indicado para refluxo fisiológico. O encaminhamento precoce ao especialista, sem critérios clínicos, leva à medicalização excessiva e não melhora o desfecho em casos fisiológicos.	Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Refluxo gastroesofágico em pediatria – Posicionamento Oficial. 2019. Nelson Textbook of Pediatrics, 21ª edição. Elsevier, 2020. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux in Infants and Children – NASPGHAN/ESPGHAN, 2018.
40	A) A análise do líquido é sugestiva de meningite bacteriana.	Resposta correta: a análise do líquido é sugestiva de meningite bacteriana. A análise do líquido 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 líquido claro, celularidade menor (geralmente <500 células/mm ³) 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 líquido claro, celularidade linfocitária e evolução subaguda.	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Tratado de pediatria. 6. ed. São Paulo: Manole, 2025.
41	D) Realizar sutura primária após limpeza e desbridamento adequados, considerando que feridas limpas e recentes podem ser suturadas para melhor cicatrização.	As mordeduras de cão são consideradas feridas contaminadas, porém, quando avaliadas precocemente (idealmente nas primeiras 6 a 8 horas), com limpeza e desbridamento adequados, é seguro realizar sutura primária, principalmente em áreas como face e mãos, para melhor resultado estético e funcional.	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. Brook I. Microbiology and management of human and animal bite wound infections. Prim Care Update Ob Gyns. 2000;7(4):153-158. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo de Atendimento em Feridas e Mordeduras, 2019.
42	D) A posição do dreno no interior da cavidade pleural está correta.	O dreno torácico está posicionado com todos os orifícios no interior da cavidade pleural em posição postero-superior direita. Ausência de pneumotórax ou hemotórax residual. O paciente tem acesso venoso profundo evidenciado no exame à direita.	TOWNSEND C.D., BEUCHAMP R.D., EVERS B.M., MATTOX K.L. Sabiston: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática.
43	C) Reposição volêmica, vasopressores, como análogos da somatostatina, por exemplo, e possível ligadura elástica por via endoscópica.	A paciente apresenta hemorragia digestiva alta no contexto de cirrose, evidenciada por ascite, inversão do ciclo sono-vigília, desorientação e sinais como eritema palmar e flapping (encefalopatia hepática). A reposição volêmica é crucial para corrigir o choque hipovolêmico. Vasopressores, como análogos da somatostatina (octreotida), são indicados para reduzir o fluxo sanguíneo gastrointestinal e diminuir a pressão nas varizes esofágicas, estabilizando o sangramento. A ligadura elástica é o tratamento endoscópico preferencial para varizes esofágicas sangrantes, sendo necessária se a endoscopia identificar varizes como a fonte do sangramento.	https://www.aasld.org/practice-guidelines . https://www.bsg.org.uk/clinical-resource/diagnosis-and-management-of-acute-lgi .
44	C) Drenagem do abscesso e início de antibioticoterapia.	O paciente apresenta ferida infectada complicada com abscesso, e a conduta correta é a realização de drenagem do abscesso e o início precoce de antibioticoterapia, não sendo indicada somente a profilaxia com antibióticos. Apesar da necessidade de analgésicos e limpeza da ferida, o tratamento deve ser prontamente iniciado.	GOLDMAN, L.; AUSIELLO D. CECIL: Tratado de Medicina Interna. 26. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. KASPER, D. L. Medicina interna de Harrison. 20. ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2020
45	A) Tratamento cirúrgico com hiatoplastia e funduplicatura.	As hérnias hiatais do tipo I geralmente não apresentam sintomas ou podem causar pirose e regurgitação ácida. O tratamento segue o mesmo protocolo da doença do refluxo gastroesofágico. Na hérnia paraesofágica verdadeira ou tipo II, uma condição rara, a junção gastroesofágica mantém sua posição normal, mas o fundo e partes da grande curvatura do estômago deslocam-se para o mediastino ao lado do esôfago. Hérnias paraesofágicas assintomáticas não requerem cirurgia, enquanto as sintomáticas indicam tratamento cirúrgico devido ao maior risco de complicações como estrangulamento, sangramento, perfuração ou obstrução.	Cecil Medicina / editado por Lee Goldman, Andrew I. Schafer; tradução Angela Freitas, Cyro Festa Neto, Fábio Fernandes Morato Castro. - 24. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier.

46	A) 35 anos de idade.	A colonoscopia de rastreio para o câncer colorretal em pacientes cujo parente de primeiro grau teve câncer colorretal deve ser iniciada 10 anos antes do diagnóstico do caso índice. Nesse caso, se o pai teve diagnóstico aos 45 anos, os filhos devem realizar colonoscopia a partir dos 35 anos.	REX, D. K. et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology, v. 153, n. 1, p. 307-323, 2017.
47	D) Curativo com hidrocoloide e meias elásticas de alta compressão até ao nível da panturrilha esquerda.	A ferida deve ter ambiente úmido (favorável à cicatrização) e compressão local, obtida pelas meias elásticas de compressão gradual (pressão maior de baixo para cima) que impulsionam, de retorno ao coração, a coluna de sangue venoso em estase pela insuficiência venosa crônica (varizes). A compressão externa com meias elásticas equilibra a pressão hidrostática nas veias. As meias de compressão graduada com pressões de 20-30 mmHg são adequadas para a maioria dos pacientes com veias varicosas simples, embora pressões de 30- 40 mmHg possam ser necessárias para pacientes com manifestações de insuficiência venosa como edema e úlceras. Meias até a panturrilha são melhor toleradas pela maioria dos pacientes, em particular os idosos. Além de uma bandagem ou meia de compressão, os pacientes com úlcera venosa também podem ser tratados com curativos absorventes de baixa aderência que captam os exsudatos enquanto mantêm um ambiente úmido – hidrocoloide, um curativo adesivo que compreende polímeros, como carboximetilcelulose, que absorvem exsudatos, formando um gel. Esses curativos promovem a cicatrização das feridas por criarem um ambiente úmido. Os agentes antissépticos devem ser evitados. O curativo seco e a compressão apenas no local da ferida não são recomendados. O curativo com iodo não está indicado pelo potencial de agressão ao tecido de granulação.	HARRISON, 19a edição, pág. 6809, 9624, 9625.
48	C) Antibioticoterapia intravenosa e internação hospitalar.	Em idosos, a diverticulite aguda tende a ser mais grave, e a resposta inflamatória pode ser atenuada, dificultando o diagnóstico clínico. Embora casos leves possam ser tratados ambulatorialmente, pacientes idosos e/ou imunossuprimidos frequentemente requerem internação hospitalar e antibioticoterapia venosa para monitorização de complicações como perfuração ou abscesso.	Sartelli M, et al. 2020 WSES Guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. World J Emerg Surg. 2020;15:32. Biondo S, et al. Current status of the treatment of acute colonic diverticulitis: results of a multicenter European survey. World J Surg. 2012;36(1):201-210.
49	C) Laparotomia exploradora de emergência.	Pacientes com trauma abdominal, instabilidade hemodinâmica com protocolo FAST positivo, têm indicação clara de laparotomia imediata.	ATLS Subcommittee. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. 10th ed. American College of Surgeons, 2018.
50	C) Instilar algumas gotas de óleo mineral ou lidocaína no conduto auditivo para imobilizar o inseto antes da remoção.	A conduta indicada é a instilação de algumas gotas de óleo mineral ou lidocaína no conduto auditivo para imobilizar o inseto antes da remoção. A presença de um inseto vivo no conduto auditivo externo é uma situação que causa grande desconforto e ansiedade ao paciente devido aos movimentos do inseto. A tentativa de remoção imediata com pinça pode resultar em lesões adicionais ao conduto ou membrana timpânica, além de aumentar a agitação do inseto. A irrigação com água morna pode ser eficaz para alguns tipos de corpos estranhos, mas no caso de insetos, pode aumentar o desconforto e o risco de lesões se o inseto estiver vivo e continuar a se mover. A instilação de óleo mineral ou lidocaína (a 2% ou 4% sem vasoconstritor) tem como objetivo primordial imobilizar o inseto, diminuindo o desconforto do paciente e facilitando uma remoção mais segura e menos traumática posteriormente, seja por aspiração, lavagem ou pinçamento. O encaminhamento direto para o centro cirúrgico não é a conduta inicial mais adequada para a maioria dos casos de inseto vivo no ouvido, sendo reservado para situações mais complexas ou falha de métodos menos invasivos.	Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF). Corpos Estranhos de Orelha, Nariz e Garganta: Conduta. Disponível em: https://www.aborlccf.org.br/educacao/corpos-estranhos-de-orelha-nariz-e-garganta-conduta/ (Acesso em 05 de junho de 2025). UpToDate. Foreign bodies of the external auditory canal. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/foreign-bodies-of-the-external-auditory-canal (Acesso em 05 de junho de 2025).

51	C) Observação, sem indicação de cirurgia no momento.	<p>O paciente tem idade avançada (82 anos), com comorbidades significativas — incluindo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - doença arterial coronariana com stents e uso crônico de antiagregante plaquetário; - DPOC com tosse frequente, fator de risco para complicações pulmonares no pós-operatório; - diabetes mellitus do tipo 2 e hipertensão arterial. <p>Além disso, as hérnias são pequenas, redutíveis e assintomáticas, e o próprio paciente não tinha ciência delas, indicando ausência de repercussão clínica relevante.</p> <p>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, o procedimento tardio não parece aumentar o risco de complicações. Diante desse contexto, a melhor conduta é conservadora (observação). A correção cirúrgica aumentaria o risco perioperatório desnecessariamente em um paciente com risco cirúrgico elevado e pouco ou nenhum benefício funcional imediato.</p>	Cirocchi R, Burini G, Avenia S, et al. Asymptomatic inguinal hernia: does it need surgical repair? A systematic review and meta-analysis. ANZ J Surg. 2022;92(10):2433-2441. Stabilini C, et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management, BJS Open, Volume 7, Issue 5, October 2023, zrad080.
52	C) Subaracnoide.	<p>O espaço subaracnoide, entre a aracnoide e a pia-máter, é o local onde deve ser injetado o anestésico local para raquianestesia. O espaço subaracnoide é preenchido com líquido cefalorraquidiano (LCR), que circula ao redor do encéfalo e da medula espinhal, fornecendo proteção e nutrição para o sistema nervoso central. O espaço epidural (ou extradural) é localizado entre a dura-máter e as vértebras. Ele contém tecido adiposo, vasos sanguíneos e raízes nervosas. A injeção de anestésico nesse local é a anestesia epidural. O espaço subdural, entre a dura-máter e a aracnoide, não é utilizado para as anestésias.</p>	STANDRING, S. (ed.). Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice. 41. ed. Philadelphia: Elsevier, 2016.
53	C) Realização de punção aspirativa com agulha fina do nódulo.	<p>Nódulo de 1cm de diâmetro com as características descritas é suspeito de neoplasia, sendo indicada a punção aspirativa com agulha fina do nódulo (PAAF), que deverá orientar a conduta subsequente. Cerca de 80% dos nódulos de 1 cm de diâmetro são neoplásicos e o diagnóstico requer brevidade; a ultrassonografia não traria informações adicionais relevantes. A cintilografia não está indicada, pois a função tireoideana é normal. Cerca de 20% dos nódulos como o descrito no caso são benignos, e, sem a PAAF, há um razoável risco de realizar uma cirurgia desnecessária no paciente.</p>	Towsend, CM; Beauchamp, RD; Evans, BM; Sabiston - Tratado de Cirurgia, 20ª edição Editora Guanabara-Koogan; 2019.
54	B) Não solicitar exames de imagem neste momento e iniciar tratamento conservador com orientação postural, analgésicos e medidas físicas	<p>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.</p> <p>A ressonância magnética é um exame de segunda linha e não está indicada em lombalgia aguda sem sinais de alarme.</p> <p>Radiografia da coluna não é indicada de rotina na ausência de trauma ou suspeita de lesão óssea.</p> <p>A tomografia é reservada para casos específicos, como avaliação pré-operatória ou suspeita de fratura complexa, não para lombalgia inespecífica aguda.</p>	UpToDate. Evaluation of low back pain in adults. Acesso em: junho/2025.
55	B) Realizar orquidopexia direita.	<p>Criptorquidia é uma das patologias comuns em Pediatria. Para testículo não descido deve ser indicada cirurgia (orquidopexia) após 6 meses de idade para reduzir o risco de atrofia da gônada e transformação neoplásica, entre outros. O ultrassom na condição acima é desnecessário pois não muda a conduta. Não há justificativa clínica no caso apresentado para que seja protelada a observação até 2 anos de idade. A dosagem hormonal também não se aplica, pois não muda a conduta.</p>	Sabiston Tratado de Cirurgia. Townsend, C.M.; Beauchamp, R.D.; Evers, B.M.; Mattox, K.L. 20a Edição - Editora Elsevier, 2019. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 5ª Edição. Editora Manole, 2021.

56	B) Tomografia abdominal sem contraste.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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. <p>A radiografia simples tem baixa sensibilidade e pode não detectar cálculos radiotransparentes. Não avalia bem complicações associadas.</p> <p>A urografia excretora é ultrapassada como exame inicial, utilizada raramente e substituída com vantagens pela TC.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Tzelves L, Türk C, Skolarikos A. European Association of Urology Urolithiasis Guidelines: Where Are We Going?. Eur Urol Focus. 2021;7(1):34-38.</p>
57	B) Salpingite aguda à direita; tratamento conservador.	<p>O quadro clínico é sugestivo de salpingite aguda, especialmente pela palpação dolorosa do fundo de saco de Douglas e pela dor em todo o andar inferior do abdome.</p> <p>Os pacientes com apendicite frequentemente apresentam um quadro clínico de comprometimento importante. Geralmente permanecem imóveis devido à peritonite localizada, o que torna qualquer movimento doloroso. Taquicardia e desidratação leve podem ser observadas em diversos graus. A febre é comumente presente, variando desde elevações de temperatura de baixo grau (< 38,5°C) até elevações mais significativas, dependendo da extensão da doença e da intensidade da resposta inflamatória do paciente. A ausência de febre não exclui o diagnóstico de apendicite.</p> <p>O exame abdominal tipicamente revela um abdome silencioso com dor e defesa à palpação no quadrante inferior direito. A localização clássica da dor é no ponto de McBurney, situado a um terço da distância entre a espinha ilíaca anterossuperior e o umbigo. A dor, geralmente acompanhada de peritonite localizada, é evidenciada pela presença de descompressão dolorosa. O tratamento adequado para a apendicite aguda não complicada é a realização imediata da apendicectomia. O paciente deve ser submetido à reposição hídrica conforme necessário, e a administração de antibióticos de amplo espectro direcionados contra organismos anaeróbios e Gram-negativos deve ser iniciada prontamente. A operação deve ocorrer sem atrasos indevidos.</p>	<p>Sabiston Tratado de Cirurgia - A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna Courtney M. Townsend, 20a Edição, cap 50, p 1297 e 1299.</p>
58	D) Pancreatite aguda biliar com colestase obstrutiva.	<p>O quadro clínico descrito é compatível com pancreatite aguda de origem biliar, evidenciada por dor típica, elevação de amilase/lipase e hiperbilirrubinemia direta, sugerindo obstrução de via biliar principal. A presença de cálculo obstruindo o colédoco pode precipitar tanto a pancreatite como a colestase extra-hepática, caracterizando pancreatite biliar. O sinal de Murphy sugere inflamação vesicular, mas o destaque laboratorial e clínico é para a pancreatite com obstrução biliar.</p> <p>A colelitíase assintomática, por definição, não causa sintomas. O caso descrito tem quadro clínico agudo, com dor intensa, icterícia e enzimas pancreáticas elevadas — o que indica complicação da litíase, e não um quadro silencioso.</p> <p>A colecistite enfisematosa é uma forma grave e rara de colecistite, associada a infecção por germes produtores de gás, como Clostridium ou E. coli. Costuma ocorrer em pacientes diabéticos, imunossuprimidos ou idosos, com formação de gás na parede ou lúmen da vesícula biliar.</p> <p>A pancreatite alcoólica é uma das causas mais comuns de pancreatite e costuma ocorrer em homens jovens, com histórico de etilismo crônico. Além disso, não costuma cursar com hiperbilirrubinemia direta, o que sugere obstrução biliar no caso apresentado.</p>	<p>TOWNSEND, C. M.; BEAUCHAMP, R. D.; EVERS, B. M.; MATTOX, K. L. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022. Cap. 53 – Pancreatite aguda; Cap. 55 – Doenças da vesícula biliar e vias biliares.</p>
59	D) Postergar a cirurgia até que o paciente aceite formalizar o consentimento por escrito, respeitando a política institucional e a segurança jurídica da equipe.	<p>Em procedimentos eletivos, o consentimento informado é requisito ético e legal indispensável, não sendo possível realizar a cirurgia sem o aceite formal. A recusa inviabiliza a intervenção até que o paciente concorde com o trâmite institucional.</p> <p>A manifestação verbal não substitui o documento escrito exigido em procedimentos eletivos, e não oferece respaldo legal suficiente em caso de complicações.</p> <p>O comitê de ética pode ser consultado em situações complexas, mas não substitui a exigência de um termo formal em procedimentos programados.</p> <p>Testemunha não substitui o termo escrito, especialmente em contextos com protocolos institucionais claros e procedimentos eletivos.</p>	<p>Código de Ética Médica (CFM, Resolução 2.217/2018), Cap. V – Relação com pacientes</p> <p>Código Civil Brasileiro, art. 15</p> <p>Resolução CFM 1.995/2012 – Diretivas antecipadas e consentimento informado</p> <p>Pareceres do CFM sobre formalização do consentimento em atos eletivos</p>

60	C) Indicação de ligadura elástica dos mamilos hemorroidários internos, visando à fixação do tecido e à redução do prolapso, uma opção terapêutica eficaz e de baixo risco.	<p>A ligadura elástica é a modalidade terapêutica de escolha para hemorroidas de grau II que não respondem ao tratamento conservador. É um procedimento ambulatorial, minimamente invasivo, eficaz para controlar o sangramento e o prolapso, com baixas taxas de complicação e boa tolerância pelo paciente. É a próxima etapa após a falha do tratamento conservador para este tipo de prolapso.</p> <p>A manutenção do tratamento conservador não é a conduta mais adequada, pois o paciente já o realizou por seis meses sem melhora significativa e apresenta sintomas progressivos, indicando a necessidade de uma intervenção mais ativa para controle do prolapso e sangramento.</p> <p>A hemorroidectomia com grampeador PPH é um procedimento mais invasivo e geralmente reservado para hemorroidas de IV grau. Para um grau II com prolapso redutível, ainda há opções menos invasivas a serem exploradas.</p> <p>A escleroterapia é mais indicada para hemorroidas de grau I ou sangramento persistente de hemorroidas internas, mas é menos eficaz para o controle do prolapso em hemorroidas de grau II em comparação com a ligadura elástica. A ligadura elástica oferece melhores resultados para o controle do prolapso sintomático.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Diretrizes para a detecção precoce do câncer colorretal e manejo das doenças benignas anorretais. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/tecnicas/diretrizes-para-a-deteccao-precoce-do-cancer-colorretal. Acesso em: 01 jun. 2025.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Manual de condutas em doenças do ânus e reto. São Paulo: SBCP, 2021. Disponível em: https://sbcp.org.br/manual-condutas. Acesso em: 01 jun. 2025.</p> <p>CAMPOS, F. G. C.; NAHAS, S. C.; PEREIRA, M. A. Doença Hemorroidária: revisão e atualização terapêutica. Revista Brasileira de Coloproctologia, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 243-251, 2020. DOI: 10.5935/0101-9880.2020040.</p> <p>FELDMAN, M.; FRIEDMAN, L. S.; BRANDT, L. J.</p>
61	C) Adenosina 6mg IV em bolus.	<p>Nas taquicardias de QRS estreito sem instabilidade hemodinâmica, como no caso apresentado, deve-se realizar inicialmente a manobra vagal. Caso não haja reversão, utiliza-se adenosina 6mg em bolus. Caso ainda não tenha resposta, faz-se a segunda dose de adenosina 12mg IV em bolus.</p>	<p>Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2019; 113(3):449- 663.</p>
62	A) Doença de Graves.	<p>A Doença de Graves é a causa mais comum de tireotoxicose em adultos jovens, especialmente em mulheres. Os principais achados clínicos incluem: sinais e sintomas simpaticomiméticos (palpitações, sudorese, perda ponderal, nervosismo, intolerância ao calor), bócio difuso, não doloroso, manifestações oculares (exoftalmia, edema periorbitário), além de tremor fino, taquicardia, hiperreflexia.</p> <p>A tireoidite subaguda de De Quervain cursa com dor cervical, febre, aumento da VSH e sensibilidade à palpação da tireoide.</p> <p>O bócio multinodular tóxico é comum em idosos, a tireoide apresenta nodulações, não há oftalmopatia.</p> <p>Na tireotoxicose factícia, por ingestão exógena de hormônio tireoidiano; a tireoide não está aumentada e não há exoftalmia.</p>	<p>BRAVERMAN, L. E.; COOPER, D. S. Tireoidologia clínica de Werner & Ingbar. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Cap. 10 – Hipertireoidismo e tireotoxicose.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA (SBEM). Diretrizes Clínicas para o Diagnóstico e Tratamento das Doenças da Tireoide. 2023. Revista Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 513–536.</p>

63	D) IRA intrínseca por necrose tubular aguda.	<p>O quadro clínico e laboratorial é de necrose tubular aguda (NTA) induzida por nefrotoxicidade do aminoglicosídeo (gentamicina). Os achados laboratoriais típicos da NTA incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● FENa > 2%, indicando incapacidade de reabsorver sódio devido à lesão tubular, ● sódio urinário elevado (>40 mEq/L), ● osmolalidade urinária <350 mOsm/kg, indicando perda da capacidade de concentração, ● cilindros granulosos e epiteliais no sedimento urinário, compatíveis com lesão tubular. <p>As demais alternativas estão incorretas, pois na IRA pré-renal, os túbulos renais estão preservados. Os achados esperados nessa condição incluem FENa <1%, sódio urinário <20 mEq/L e osmolalidade urinária >500 mOsm/kg – o oposto do que é observado no caso descrito. Já na IRA pós-renal, além de sinais devidos à obstrução e da presença de anúria, os achados urinários são inespecíficos, e não costumam mostrar FENa >2% com sedimento compatível com lesão tubular, como no caso apresentado. Já a IRA glomerular geralmente cursa com hematúria (frequentemente com cilindros hemáticos), proteinúria importante e síndrome nefrítica, achados não presentes nessa paciente.</p>	<p>BARROS, Elvino José Giasson et al. Nefrologia: Princípios e Prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretriz Brasileira de Prática Clínica: Diagnóstico e tratamento da Lesão Renal Aguda em Adultos. J Bras Nefrol, v. 41, supl. 1, p. 1–44, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbn/a/9trKyqJrhfJcMtXkJSJrLjF/. Acesso em: 11 jun. 2025.</p>
64	A) Avaliar com a equipe multiprofissional e a família o alinhamento de cuidados, considerando diretivas antecipadas verbais, e instituir abordagem diagnóstica e terapêutica proporcional, priorizando conforto e dignidade.	<p>O princípio da autonomia orienta que desejos previamente manifestados devem ser respeitados, mesmo que verbalmente. A conduta proporcional, que envolve escuta ativa da família, participação da equipe multiprofissional e alinhamento terapêutico com foco em conforto e dignidade, é a abordagem eticamente mais adequada.</p> <p>Embora a investigação e tratamento possam ser indicados em muitos casos, ignorar o relato familiar sobre os desejos prévios do paciente fere o princípio da autonomia. A ausência de documento formal não invalida o valor ético das diretivas verbais reiteradas e reconhecidas pela família.</p> <p>O quadro é compatível com infecção oportunista grave do SNC, com risco de piora neurológica e morte, devendo ser manejado em ambiente hospitalar, mesmo com cuidados paliativos.</p> <p>A sedação paliativa só é indicada em sofrimento refratário à terapêutica usual, com sintomatologia insuportável, o que não está claramente estabelecido neste caso. O diagnóstico ainda não foi confirmado, e há possibilidade de tratamento com melhora do quadro.</p>	<p>Brazilian Academy of Neurology. Guidelines on the management of opportunistic infections in HIV patients. [PMID: 30554243]</p> <p>Downar J, et al. "Ethical considerations in end-of-life care." CMAJ. 2016;188(17-18):E493-E498. [PMID: 27777274]</p> <p>Cherny NI, et al. "Strategies to integrate palliative care into primary health care and chronic care: WHO guidance." Lancet. 2018;392(10155):289-290. [PMID: 30025804]</p> <p>Brazilian Federal Council of Medicine. Resolution CFM nº 1.995/2012: Advance Directives of the Patient. [Available on: https://portal.cfm.org.br/]</p> <p>Wendler D, Rid A. "Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others." Ann Intern Med. 2011;154(5):336–346. [PMID: 21357910]</p>
65	B) Insulinoterapia.	<p>Pacientes com DM do tipo 2 que apresentam glicemia de jejum acima de 250 mg/dL, glicemia casual igual ou superior a 300 mg/dL, HbA1c acima de 10%, e/ou sintomas de hiperglicemia têm indicação de iniciar o tratamento com insulina.</p>	<p>Luciana Bahia, Bianca de Almeida-Pititto, Bertoluci M. Tratamento do diabetes mellitus tipo 2 no SUS. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/5238993.2023-11, ISBN: 978-85-5722-906-8</p>
66	A) Pectoriloquia.	<p>Considerando que a principal hipótese diagnóstica desse paciente é pneumonia adquirida na comunidade, deve-se buscar, no exame físico, os achados de síndrome de consolidação pulmonar, que engloba - frêmito toracovocal aumentado, presença de estertores na região comprometida, broncofonia, pectoriloquia, além de submacicez ou macicez do lobo ou pulmão atingido.</p> <p>A pectoriloquia é o achado clínico na ausculta pulmonar onde a voz falada ou sussurrada do paciente é transmitida de forma anormalmente clara e amplificada através da parede torácica e é um sinal de consolidação pulmonar, frequentemente causada por pneumonia. A pneumonia causa a consolidação de alvéolos pulmonares e preenchimento com fluidos ou material inflamatório, o que cria um meio sólido ou líquido que transmite melhor o som.</p>	<p>MARQUES, J. Agostinho; GOMES, Isabel; SILVEIRA, Pedro; SANTOS, Ana Rosa. Curso Interativo de Pneumologia: Semiologia do Aparelho Respiratório. Volume 3. [S.l.]: [s.n.], 1997.</p> <p>YOSHIKAWA, Gilberto; CASTRO, Roberto Chaves (Orgs.). Manual de semiologia médica: a prática do exame físico. Belém: EDUEPA, 2015. 473 p. ISBN 978-85-8458-005-7.</p>

67	C) Início de antihipertensivo e mudanças no estilo de vida.	Em casos de HAS estágio 1, sem lesão de órgão-alvo mas com PA persistente $\geq 140 \times 90$ mmHg, indica-se início de fármacos associados a mudanças no estilo de vida. A observação é conduta aplicável apenas a pacientes com PA entre 130–139/85–89 mmHg e baixo risco. A MAPA é útil para suspeita de hipertensão do avental branco. O nefrologista não é o especialista de primeira linha para HAS primária.	7ª Diretriz Brasileira de HAS – SBC 2020. Whelton PK et al. ACC/AHA Guidelines. Hypertension. 2017.
68	D) Colonoscopia com biópsias de colón e íleo terminal.	Doença de Crohn é a hipótese mais provável no caso - idade de início da doença (terceira década de vida), diarreia crônica do tipo inflamatória (presença de estrias de sangue nas fezes e febre), perda de peso significativa, antecedente de cirurgia para complicação perianal (abscesso) e o tabagismo, fator de risco para surgimento e progressão da doença. A colite ulcerativa poderia ser uma hipótese diagnóstica, destacando-se a seu favor a idade de início da doença (terceira década de vida), a presença de diarreia crônica inflamatória (presença de estrias de sangue nas fezes e febre) e a perda de peso. Entretanto, tipicamente, a doença perianal não ocorre ou é bem incomum na colite ulcerativa. Além do mais, o tabagismo é um fator protetor contra o surgimento e a atividade da colite ulcerativa. O diagnóstico se faz a partir de dados clínicos, endoscópicos e anatomo-patológicos. Nesse caso, a colonoscopia com biópsias de intestino grosso e delgado é o exame mais indicado. A doença celíaca é uma afecção altamente prevalente (1/100-300 pacientes), que pode ocorrer em qualquer idade, sendo a principal causa de síndrome de mal absorção. Entretanto, por acometer o intestino delgado, não cursa com pródromos de diarreia inflamatória (sangue, muco, febre). A colite infecciosa pode ocorrer em qualquer idade e é a principal causa de diarreia inflamatória aguda. Em nosso meio, os agentes etiológicos mais comuns são a Shigela, Salmonela e Campylobacter. Nesses casos a febre geralmente ocorre nos primeiros dias de evolução e a perda de peso, se houver, não é tão pronunciada como no caso apresentado. Além disso, a diarreia crônica causada por infecções é condição extremamente incomum, o que torna essa hipótese diagnóstica muito improvável.	SWEETSER S. Evaluating the patient with diarrhea: a case-based approach. Mayo Clin Proc. 87(6), 596-602, 2012. THOMAS P.D.; FORBES A.; GREEN J. Guidelines for the investigation of chronic diarrhea, 2nd edition. Gut. 52(Suppl 5),1- 15, 2003.
69	D) Introduzir inibidor de SGLT2 e IECA ou BRA, manter controle glicêmico e monitorar função renal e proteinúria periodicamente.	O paciente apresenta doença renal diabética, caracterizada por redução da TFG e albuminúria > 300 mg/g, mesmo com pressão arterial moderadamente controlada. O tratamento de escolha envolve inibidores da SGLT2 (como empagliflozina ou dapagliflozina), que demonstram benefício renal e cardiovascular, além de IECA ou BRA, que reduzem a progressão da proteinúria. O controle glicêmico, preferencialmente com HbA1c $< 7\%$, e o monitoramento regular da função renal e da proteinúria também são essenciais. A biópsia só é indicada em casos atípicos (ausência de retinopatia, proteinúria nefrótica abrupta ou hematúria significativa).	Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes 2023-2024. KDIGO. 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2022;102(5S):S1–S127. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Manual de Doença Renal Crônica – 2021.
70	D) Não há indicação de antibiótico para tratamento ou profilaxia.	Uma mulher idosa assintomática, com exame físico normal e urocultura positiva apresenta bacteriúria assintomática. Esse é um diagnóstico frequente, especialmente em idosas, e na grande maioria dos casos não necessita de tratamento. Casos especiais que necessitam de tratamento ou abordagem individualizada incluem gestantes, receptores de transplante renal, pacientes com uropatias (refluxo, p.ex.), pacientes neutropênicos ou que serão submetidos a procedimentos urológicos. A contaminação observada por erros de coleta mostra com frequência presença de mais de um germe e a formação de colônias é menos expressiva.	LONGO, et al. Medicina Interna de Harrison. 18.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
71	C) Iniciar tiamina por via parenteral, diazepam por via oral e hidratação venosa.	O quadro clínico do paciente é compatível com uma síndrome de abstinência alcoólica leve a moderada. Nesses casos, o tratamento visa a sedação e prevenção de complicações. Benzodiazepínicos, como o diazepam (administrado oralmente para casos leves/moderados), são a primeira linha de tratamento para controlar os sintomas de hiperexcitabilidade do SNC. A hidratação é fundamental, e a tiamina (vitamina B1) é crucial para prevenir a Síndrome de Wernicke-Korsakoff, uma complicação neurológica grave da deficiência de tiamina, comum em etilistas crônicos. A administração parenteral de tiamina deve ser feita preferencialmente no ambiente de urgência para garantir absorção rápida e eficaz.	QUEVEDO, João (org.). Emergências psiquiátricas. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. LARANJEIRA, Ronaldo; DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel C. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2018

72	C) Solicitar exames laboratoriais, incluindo eletrólitos, função renal, urinalise e hemograma.	<p>O delirium é uma síndrome orgânica aguda e multifatorial comum em idosos, especialmente em presença de demência de base. A abordagem diagnóstica inicial deve incluir investigação de causas potencialmente reversíveis, como infecções (principalmente urinária e respiratória), distúrbios metabólicos (hiponatremia, hipercalcemia, insuficiência renal), hipóxia, fármacos e dor. Exames laboratoriais amplos são fundamentais no primeiro momento para esclarecer causas tratáveis de delirium.</p> <p>A TC de crânio pode estar indicada em casos com sinais neurológicos focais, queda com trauma evidente ou deterioração inexplicada, mas não deve ser solicitada rotineiramente em todos os casos de delirium sem sinais sugestivos de acometimento neurológico agudo.</p> <p>O uso de antipsicóticos pode ser considerado em casos de agitação grave ou risco para o paciente ou equipe. A solicitação de parecer da Neurologia e Psiquiatria não é prioridade na conduta inicial.</p> <p>A punção lombar está indicada somente se houver sinais de infecção do sistema nervoso central (ex.: febre, rigidez de nuca, alterações focais neurológicas), não presentes no caso descrito.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Atenção à Pessoa Idosa com Síndrome Demencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/junho/29/pcdt-sindrome-demencial-2021.pdf. Acesso em: 12 jun. 2025.</p> <p>INOUE, S. K. et al. Delirium in elderly people. Lancet, v. 383, n. 9920, p. 911–922, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1</p>
73	D) A semaglutida atua como agonista do receptor de GLP-1, promovendo aumento da secreção de insulina dependente da glicose, redução da secreção de glucagon, retardo do esvaziamento gástrico e aumento da saciedade, contribuindo para melhora glicêmica e perda ponderal.	<p>A semaglutida é um agonista do receptor de GLP-1 (glucagon-like peptide-1), um hormônio incretínico secretado pelas células L intestinais em resposta à ingestão de nutrientes. Seu mecanismo de ação é multifatorial e especialmente benéfico no contexto da síndrome metabólica, pois:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estimula a secreção de insulina glicose-dependente, o que minimiza o risco de hipoglicemia; - inibe a secreção de glucagon, reduzindo a produção hepática de glicose; - retarda o esvaziamento gástrico, o que contribui para o controle glicêmico pós-prandial; - atua no SNC, promovendo saciedade e, consequentemente, redução da ingestão calórica e perda de peso. <p>Esses efeitos resultam em melhora dos parâmetros glicêmicos, lipídicos e antropométricos, impactando positivamente o risco cardiovascular e a resistência insulínica – aspectos centrais da síndrome metabólica.</p> <p>A semaglutida (agonista de GLP-1), não atua como os inibidores da DPP-4, que têm mecanismo distinto e menor potência clínica.</p> <p>A sensibilização periférica à insulina é o mecanismo de ação das tiazolidinedionas, como a pioglitazona.</p> <p>A mimetização do GIP, outro incretino, não é efeito da semaglutida e há, na alternativa, referência a associações incorretas, como aumento do apetite e piora da resistência à insulina.</p>	<p>Davies MJ, et al. Efficacy and Safety of Semaglutide Compared with Placebo and Other GLP-1 Receptor Agonists in Patients With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Diabetes Obes Metab.2021;23(1):94-106. DOI:10.1111/dom.14111</p> <p>Drucker DJ. Mechanisms of Action and Therapeutic Application of Glucagon-like Peptide-1. Cell Metab.2018;27(4):740-756. DOI:10.1016/j.cmet.2018.03.001</p> <p>Marso SP, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2016 Jul 28;375(4):311-22. DOI:10.1056/NEJMoa1603827</p> <p>UpToDate – Glucagon-like peptide-1 receptor agonists for the treatment of type 2 diabetes mellitus. Acesso em maio de 2025.</p>

74	A) Teste sorológico imunoenzimático (ELISA de 4ª geração) de detecção de antígeno p24 e anticorpos circulantes.	<p>O teste imunoenzimático 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.</p> <p>O teste sorológico rápido 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). Tem menor sensibilidade para infecção recente.</p> <p>Embora seja altamente específico, o exame de Western Blot 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.</p> <p>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.</p>	<p>BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos : Módulo 1 : Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts</p> <p>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.</p>
75	B) Tratar exacerbação asmática secundária a IVAS viral, intensificando broncodilatadores e iniciando corticoide sistêmico.	<p>O paciente apresenta uma exacerbação asmática desencadeada por IVAS viral, o que é comum. A espirometria com reversibilidade e os sintomas típicos indicam agravamento da asma, e o tratamento baseia-se na intensificação dos broncodilatadores e uso de corticoide sistêmico de curta duração (3 a 5 dias). Essa é a conduta recomendada pelas diretrizes internacionais (GINA 2024).</p>	<p>GINA 2024 – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. https://ginasthma.org</p>
76	D) Prescrever antidepressivo tricíclico e recomendar atividade física e psicoterapia.	<p>O quadro clínico é típico de fibromialgia, caracterizada por dor crônica difusa, pontos dolorosos específicos, fadiga, distúrbio do sono e sintomas somáticos associados. Após exclusão de doenças inflamatórias e endócrinas por exames laboratoriais normais, o manejo terapêutico inicial inclui educação do paciente, exercícios físicos regulares e terapia farmacológica. Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina em baixa dose noturna, têm eficácia no alívio da dor e na melhora do sono e qualidade de vida. O tratamento deve ser multimodal, centrado no paciente e progressivo.</p> <p>Os AINES podem ter uso limitado para alívio sintomático, mas não são o tratamento de escolha na fibromialgia e não alteram o curso da doença.</p> <p>A ressonância magnética não está indicada como exame inicial em paciente com quadro clínico típico de fibromialgia e exame neurológico normal, pois o diagnóstico é clínico e a exclusão de outras causas já foi feita com exames laboratoriais.</p> <p>Os corticosteroides não têm eficácia comprovada na fibromialgia e o seu uso pode levar a efeitos colaterais significativos sem benefício clínico, sendo contraindicados como teste terapêutico.</p>	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibromialgia. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2022/maio/17/pcdt-fibromialgia.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.</p> <p>HEYMAN, R. E.; MARTINS, D. F. Fibromialgia: diagnóstico e abordagem terapêutica. Rev Dor, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 176–183, 2018. DOI: 10.5935/1806-0013.20180037.</p>
77	D) Iniciar dapagliflozina e espironolactona, mantendo os demais medicamentos.	<p>A adição de dapagliflozina e espironolactona ao tratamento é a estratégia adequada para pacientes sintomáticos com fração de ejeção reduzida, pois ambas as medicações têm benefício prognóstico comprovado.</p> <p>Embora possa aliviar sintomas, o aumento da dose de diurético não altera o curso da doença.</p> <p>A retirada de betabloqueadores compromete o manejo da insuficiência cardíaca; a digoxina tem papel restrito.</p> <p>O uso isolado de sacubitril/valsartana é inadequado. O tratamento da ICfEr exige múltiplas medicações com benefício prognóstico.</p>	<p>Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539. https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-111-03-0436/0066-782X-abc-111-03-0436.x95083.pdf</p>

78	D) Sífilis secundária.	Trata-se de sífilis secundária, em fase caracterizada por lesões cutâneo-mucosas variadas (incluindo palmo-plantares), sintomas sistêmicos e antecedentes de cancro duro que cicatriza espontaneamente. As demais alternativas não aplicam-se ao caso apresentado.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
79	D) Iniciar estatina de alta potência por tratar-se de paciente de muito alto risco cardiovascular, uma vez que apresenta hipercolesterolemia grave.	De acordo com a Diretriz Brasileira de Diabetes, pacientes com diabetes e hipercolesterolemia grave: CT > 310 mg/dL ou LDL-c > 190 mg/dL são classificados como de risco cardiovascular muito alto e devem fazer uso de estatina de alta potência. O fibrato está indicado em diabéticos de risco alto ou muito alto, com triglicérides > 204 mg/dL apenas se associado à HDL-colesterol < 34 mg/d, o que não é o caso da paciente. A paciente preenche os critérios para risco cardiovascular muito alto. A obesidade grau III não é critério para classificar o paciente diabético como de risco cardiovascular muito alto.	Izar M, Fonseca F, Faludi A, Araújo D, Valente F, Bertoluci M. Manejo do risco cardiovascular: dislipidemia. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-19, ISBN: 978-85-5722-906-8.
80	B) Infarto agudo da parede anterolateral; iniciar protocolo de síndrome coronariana com supradesnivelamento e indicar reperfusão coronariana imediata.	O ECG da paciente mostra supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V2 a V6, DI e aVL, o que é compatível com infarto agudo do miocárdio com supra de ST (SCACEST) envolvendo as paredes anterior e lateral do coração. O quadro clínico também é típico de síndrome coronariana aguda (dor torácica intensa, irradiada, com sudorese e náuseas). A conduta correta nesses casos é iniciar imediatamente o protocolo de SCACEST, incluindo antiagregação, anticoagulação e analgesia, e encaminhar para reperfusão coronariana urgente, preferencialmente por angioplastia primária. O ECG não mostra supradesnivelamento nas derivações DII, DIII e aVF, que representam a parede inferior do coração. Portanto, a localização do infarto está errada. Em centros com disponibilidade de hemodinâmica, a angioplastia primária é o tratamento de escolha, e não se deve aguardar resposta à trombólise se houver possibilidade de reperfusão imediata. Embora o ECG de fato apresente alterações nas derivações laterais (V5, V6, DI e aVL), ele também mostra supradesnivelamento do ST em derivações anteriores (V2 a V4), caracterizando um infarto anterolateral, e não apenas lateral. Além disso, a conduta sugerida é inadequada diante de um SCACEST. Quando há supra de ST no ECG e sintomas típicos, a indicação é de reperfusão coronariana imediata, e não de observação apenas. Não há sinais eletrocardiográficos de infarto posterior. O infarto posterior geralmente se manifesta por infra de ST nas derivações V1 a V3, o que não está presente neste ECG. Além disso, mesmo que houvesse suspeita de infarto posterior, a conduta não seria apenas repetir o ECG e solicitar ecocardiograma, mas sim iniciar o protocolo de SCACEST e proceder à reperfusão, se confirmada a indicação.	European Society of Cardiology - ESC. 2023 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, Oxford, v. 44, n. 39, p. 3575–3674, out. 2023. HAMPTON, John R. ECG 150 casos clínicos / John R. Hampton; revisão e tradução de Augusto Hiroschi Uchida. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
81	A) Reação autoimune cruzada entre antígenos estreptocócicos e tecido cardíaco.	A febre reumática leva à valvopatia por reação cruzada autoimune (fenômeno de mimetismo molecular) entre antígenos estreptocócicos e proteínas cardíacas, causando cardite e fibrose valvar crônica.	Carapetis JR, et al. Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:15084.
82	B) Entrada de ar na cavidade pleural com colapso pulmonar ipsilateral.	O pneumotórax espontâneo ocorre por ruptura alveolar, permitindo entrada de ar na cavidade pleural e colapso do pulmão, sem via de saída efetiva, promovendo quadro de insuficiência ventilatória unilateral.	Light RW. Pleural Diseases. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
83	D) Neutralização da acidez gástrica pela produção de amônia.	A urease do H. pylori hidrolisa ureia em amônia, criando microambiente alcalino que permite a sua sobrevivência na mucosa gástrica ácida.	Kusters JG, et al. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection. Clin Microbiol Rev. 2006;19(3):449–490.

84	C) Lesão endotelial pelas células falcizadas, com adesão de hemácias e plaquetas e consequente vaso-oclusão, que gera posterior isquemia e necrose tecidual.	Trata-se de gestante portadora de anemia falciforme que evolui com quadro de dor em membro inferior esquerdo e dor abdominal, que se iniciou após exposição ao sol com possível desidratação como fator desencadeante, sem qualquer evidência de abortamento espontâneo, e compatível com quadro de crise de vaso-oclusão. A crise vaso-oclusiva da anemia falciforme ocorre devido à lesão endotelial pelas células falcizadas, com adesão de hemácias e plaquetas e vasoconstrição devido à redução de óxido nítrico, com consequente vaso-oclusão, isquemia e necrose tecidual. Infecção, desidratação, tensão emocional são fatores desencadeantes de crises vaso-oclusivas. As lesões microvasculares na placenta, causadas pelas hemácias falcizadas, podem estar relacionadas a abortamento espontâneo, mas no primeiro trimestre, e essa complicação parece não estar associada ao grau de anemia. A ausência da cadeia beta-globina, aumentando a síntese de hemoglobina fetal e a afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, sem liberação para o tecido, gerando hipoxemia, é um mecanismo fisiopatológico das talassemias e não da anemia falciforme, assim como não há alteração das proteínas do citoesqueleto da membrana eritrocitária e sim uma alteração da hemoglobina.	GOLDMAN, Lee, AUSIELLO, Dennis. Cecil Tratado de Medicina Interna. 23.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. v.2. 1401p + índice. ZAGO, Marco Antônio, FALCÃO, Roberto Passetto, PASQUINI, Ricardo. Hematologia: fundamentos e prática. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 1081p. LOPES, Antônio Carlos. Tratado de Clínica Médica. 3.ed. São Paulo: Roca, 2016. v.1.1371p.
85	A) Zona de transição entre epitélio colunar e epitélio pavimentoso no colo uterino.	O HPV infecta preferencialmente as células da zona de transformação (ou junção escamocolumnar) 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. Embora o HPV infecte células basais do epitélio escamoso estratificado, o local anatômico descrito aqui é a vagina, que não é o principal sítio de coleta do exame citopatológico nem o mais comum para desenvolvimento de neoplasia intraepitelial. O colo uterino, em especial a zona de transição, é a região de maior relevância clínica para HPV. 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. O epitélio escamoso estratificado do colo uterino é não queratinizado, ou seja, não possui camada córnea. A camada córnea é típica de epitélios queratinizados, como a pele ou porções da vagina mais expostas a fricção. Portanto, essa alternativa apresenta um erro conceitual anatômico/histológico.	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.
86	B) Infecção secundária por sorotipo diferente do vírus, ou uma infecção primária com alta carga viral e resposta imunológica exacerbada com ativação de monócitos e mastócitos, liberação de citocinas pró-inflamatórias e mediadores vasoativos que aumentam a permeabilidade vascular e extravasamento plasmático sistêmico.	O extravasamento plasmático é a marca registrada da dengue grave e da síndrome do choque da dengue. Embora os mecanismos exatos ainda estejam em investigação, o modelo mais aceito e amplamente estudado envolve uma resposta imunológica disfuncional e exacerbada. Embora o DENV infecte células endoteliais, o extravasamento plasmático não é primariamente causado por necrose massiva e rupturas vasculares com sangramentos extensos. O principal problema é o aumento da permeabilidade vascular, que permite a saída de plasma, mas mantém a integridade do vaso o suficiente para não haver sangramento maciço em todos os locais. Hemorragias na dengue grave são geralmente secundárias à disfunção plaquetária e coagulopatia, e não o mecanismo inicial do choque. A febre alta e a desidratação podem, de fato, levar à hemoconcentração, mas não são o mecanismo primário do extravasamento plasmático na dengue grave. A hemoconcentração na dengue é uma consequência do extravasamento plasmático, e não o resultado de microtrombos ou isquemia generalizada induzida por viscosidade sanguínea elevada. Tromboses não são a característica central da fisiopatologia da dengue grave. A coagulopatia e a trombocitopenia grave são achados comuns na dengue grave e contribuem para o risco de sangramento, mas não são a causa primária do extravasamento plasmático. O extravasamento plasmático é o evento fisiopatológico central que leva ao choque, e ocorre independentemente da gravidade da trombocitopenia ou da coagulopatia. A "coagulopatia de consumo" (CID) pode ocorrer em casos graves, mas é uma complicação, não o mecanismo definidor do extravasamento.	Brasil. Ministério da Saúde. Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico – Adulto e Criança. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Veronesi, R., Focaccia, R. Tratado de Infectologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2018.

87	A) Hipotireoidismo congênito primário por disgenesia tireoidiana com falha de síntese hormonal, com TSH elevado e T4 reduzido.	O padrão TSH elevado + T4 livre baixo confirma o hipotireoidismo congênito primário, sendo a disgenesia da tireoide a causa mais comum (80–90%). O retardo, desde a primeira triagem, sugere que essa disfunção nem sempre se manifesta imediatamente após o nascimento – muitos casos só são detectados na segunda triagem entre 7 e 28 dias. No hipotireoidismo central, o TSH encontra-se normal ou inapropriadamente baixo, e o T4 reduzido. Na deficiência de TBG há redução do T4 total, mas o T4 livre permanece normal, e o TSH é normal. O hipotireoidismo transitório por excesso de iodo cursa com supressão, tanto de TSH quanto de T4 (efeito Wolff Chaikoff), mas apresenta TSH baixo.	Bowden SA, Goldis M. Congenital Hypothyroidism. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan 2023 Jun 5. PMID: 32644339; Bookshelf ID: NBK558913.
88	B) A área de Broca, localizada no giro frontal inferior esquerdo, é responsável pela produção da linguagem falada e escrita.	A área de Broca localiza-se no giro frontal inferior do hemisfério dominante (geralmente o esquerdo), sendo essencial para a produção da linguagem. Lesões nesta área cursam com afasia de expressão (não fluente), caracterizada por dificuldade de articular palavras, embora a compreensão esteja preservada. A área de Wernicke está localizada no giro temporal superior posterior, não no giro frontal inferior. Sua função é a compreensão da linguagem, não a produção. O giro pré-central está localizado no lobo frontal e contém o córtex motor primário, não está no lobo temporal e não é específico da linguagem, mas sim da motricidade voluntária em geral. A área motora suplementar está localizada na face medial do lobo frontal, anterior ao giro pré-central. A expressão emocional da fala está mais associada ao hemisfério direito e às conexões límbicas, não ao giro pós-central.	Snell RS. Neuroanatomia clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. Nolte J. The human brain: an introduction to its functional anatomy. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. Kiernan JA. Barr's the human nervous system: an anatomical viewpoint. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2020.
89	C) Potencialização por anticorpos heterotípicos (ADE - antibody-dependent enhancement).	A forma grave da dengue é atribuída ao fenômeno ADE, em que anticorpos não neutralizantes facilitam a entrada do vírus em monócitos, amplificando a resposta inflamatória e vascular.	Halstead SB. Dengue antibody-dependent enhancement: knowns and unknowns. Microbiol Spectr. 2014;2(6).
90	A) A redução é um fenômeno esperado de hemodiluição fisiológica da gravidez, resultante de um aumento mais acentuado do volume plasmático em comparação com o aumento da massa eritrocitária, o que otimiza o fluxo sanguíneo uteroplacentário, melhora a perfusão tecidual e serve como uma reserva de volume para o parto.	A alteração mais notável e fisiologicamente importante no sistema hematopoético durante a gravidez é a expansão do volume sanguíneo total. Esta expansão começa já no primeiro trimestre, mas se torna mais evidente no segundo trimestre, atingindo seu pico por volta da 32ª à 34ª semana de gestação, com um aumento que pode variar de 30% a 50% em relação ao volume pré-gravídico. Essa expansão do volume sanguíneo não é uniforme; o volume plasmático aumenta proporcionalmente mais do que a massa eritrocitária (glóbulos vermelhos). Enquanto o volume plasmático pode aumentar em torno de 40-50%, a massa eritrocitária aumenta em aproximadamente 20-30%, mesmo com o estímulo da eritropoietina. Essa desproporção resulta naquilo que chamamos de hemodiluição fisiológica da gravidez. Embora a demanda por ferro e folato aumente significativamente na gravidez, tornando a suplementação nutricional essencial para prevenir anemias carenciais patológicas (ferropriva e megaloblástica, respectivamente), a discreta redução de hemoglobina e hematócrito neste cenário é fisiológica, e não um sinal de anemia de diluição patológica. A influência hormonal placentária (notavelmente o hormônio lactogênio placentário e o estrogênio) na verdade estimula a eritropoiese na medula óssea, levando a um aumento da massa eritrocitária, embora em menor proporção que o volume plasmático. A redução de hemoglobina e hematócrito não é secundária a uma "taxa acelerada de hemólise" para "liberar mais heme e bilirrubina", essenciais para o feto. Pelo contrário, a vida útil das hemácias pode ser ligeiramente encurtada, mas não ao ponto de ser o mecanismo primário da redução dos níveis concentracionais. O heme e a bilirrubina são produtos da degradação das hemácias, e um aumento significativo na hemólise seria indicativo de uma condição patológica (como anemias hemolíticas), não uma adaptação fisiológica normal da gravidez.	Rezende, J., & Montenegro, C. A. B. (Revisores). Obstetrícia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. Zugaib, M. Obstetrícia. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2021.

91	D) Histamina.	<p>Os mediadores pré-formados nessa situação são a histamina (determinando prurido, vasodilatação, permeabilidade vascular, contração da musculatura lisa, secreção mucosa, quimiotaxia de leucócitos, produção de prostaglandinas, secreção ácida gástrica e imunorregulação), proteases naturais (triptase, que pode determinar clivagem do C3 e fibrinólise), quimase e carboxipeptidase.</p> <p>A mieloperoxidase é considerada um novo biomarcador de inflamação crônica em doenças como tuberculose, asma, artrite reumatoide, sinusite crônica, hepatite crônica, úlcera péptica, colite ulcerativa e periodontite crônica, bem como em outras enfermidades, como doença cardíaca isquêmica e síndrome coronariana aguda.</p> <p>O fator de necrose tumoral (TNF) é uma citocina multifuncional que desempenha papéis importantes em diversos eventos celulares, como sobrevivência, proliferação, diferenciação e morte celular. Por um lado, o TNF pode ser um promotor tumoral endógeno, pois estimula o crescimento, a proliferação, a invasão e a metástase das células cancerígenas, bem como a angiogênese tumoral. Por outro lado, o TNF pode ser um destruidor do câncer. A propriedade do TNF em induzir a morte de células cancerígenas o torna um potencial agente terapêutico contra o câncer.</p> <p>Em ferimentos superficiais, mediadores pré-formados são substâncias já presentes em células como mastócitos e plaquetas, que são liberadas rapidamente após a lesão para iniciar a resposta inflamatória e o processo de cicatrização. A P-selectina, embora envolvida no processo inflamatório, não é um dos mediadores pré-formados e vai estar envolvida em fases mais tardias do processo inflamatório.</p>	<p>Bras. Dermatol. Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, pág. 613-630, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo</p>
92	B) Epiderme, traspassando os extratos basal, espinhoso, granuloso, lúcido, córneo bem como a derme, atingindo as camadas papilar e reticular e hipoderme.	<p>A sutura de pele deverá atingir também todas as camadas da epiderme, derme e hipoderme.</p>	<p>MONTEIRO, E. L. C.; SANTANA, E. M. Técnica cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1566 p.</p> <p>MURCHED O. T.; FAGUNDES, D. J. Técnica cirúrgica. Barueri: Manole, 2023. 1 recurso online.</p> <p>JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. Histologia básica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995. 440 p.</p>
93	A) Liberação de mediadores vasoativos e broncoconstritores por mastócitos sensibilizados por IgE, resultando em inflamação e obstrução.	<p>O mecanismo central da hipersensibilidade tipo I, ou reação imediata, é a base da asma atópica (alérgica). No paciente com asma alérgica, os mastócitos (e basófilos) estão sensibilizados com anticorpos IgE específicos para alérgenos. Quando o paciente é exposto ao alérgeno (poeira e árvores, que contêm alérgenos como pólen), esses alérgenos se ligam à IgE na superfície dos mastócitos, causando o entrecruzamento das moléculas de IgE. Isso leva à degranulação dos mastócitos e à liberação de uma série de mediadores pré-formados (como histamina, triptase) e recém-sintetizados (como leucotrienos e prostaglandinas). Esses mediadores agem rapidamente, causando broncoconstrição (estreitamento das vias aéreas), aumento da permeabilidade vascular (levando a edema da mucosa) e hipersecreção de muco, o que resulta na obstrução das vias aéreas e nos sintomas agudos da asma, como chiado e dificuldade respiratória.</p> <p>A ativação de linfócitos T citotóxicos é característica de hipersensibilidade tipo IV (mediada por células), e não da hipersensibilidade tipo I. Os linfócitos T desempenham um papel na asma crônica, entretanto, a fase aguda de broncoespasmo imediato após exposição a um alérgeno é primariamente mediada por mastócitos e IgE.</p> <p>A formação de imunocomplexos e sua deposição em tecidos é o mecanismo da hipersensibilidade tipo III. A asma, em sua forma alérgica, não se encaixa nesse padrão fisiopatológico.</p> <p>A produção de autoanticorpos que atacam componentes celulares ou da matriz extracelular é característica de doenças autoimunes, frequentemente associadas à hipersensibilidade tipo II (mediada por anticorpos citotóxicos). A asma alérgica não é primariamente uma doença autoimune com esse mecanismo.</p>	<p>ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. Imunologia celular e molecular. São Paulo: Grupo GEN, 2023.</p> <p>FIGUEIREDO, I. A. D. et al. A review of the pathophysiology and the role of ion channels on bronchial asthma. <i>Frontiers in Pharmacology</i>, [S.l.], v. 14, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1236550.</p> <p>NORRIS, Tommie L. Porth - fisiopatologia. São Paulo: Grupo GEN, 2021.</p>

94	C) No final da fase folicular será observado o aumento do hormônio folículo estimulante (FSH = curva número 4). Entretanto, não serão observados o crescimento e desenvolvimento de folículos ovarianos e o aumento dos níveis de estrogênio (curva número 1).	A paciente foi submetida a uma ooforectomia bilateral, ou seja, teve ambos os ovários removidos e, como consequência, não haverá folículos ovarianos. Isso impede o crescimento folicular e a produção de estrogênio e progesterona, que são hormônios normalmente produzidos pelos folículos e pelo corpo lúteo no ovário; o eixo hipotálamo-hipófise continua funcionando. Assim, a hipófise ainda libera FSH e LH, mas sem ovários para responder a esses hormônios, não há ovulação nem produção significativa de esteroides sexuais. A ausência de feedback negativo de estrogênio e progesterona leva a um aumento nos níveis de FSH e LH, mas sem os efeitos periféricos típicos (como o desenvolvimento folicular ou o pico de estrogênio). Portanto, a curva do FSH pode mostrar aumento, mas não haverá desenvolvimento folicular nem aumento de estrogênio (curva 1). Não ocorrerá a produção de progesterona pelo corpo lúteo, representado na figura pela curva número 3, uma vez que a paciente foi submetida a uma ooforectomia bilateral.	WING, Edward J.; SCHIFFMAN, Fred J. Cecil medicina essencial. 10. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2023. E-book. p. 756. BEREK, Jonathan S.; BEREK, Deborah L. Berek & Novak tratado de ginecologia. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. E-book. p. 868.
95	B) Da abertura da laringe até a corda vestibular.	A visualização direta da via de intubação orotraqueal, na Emergência, deve iniciar na cavidade oral e estender-se até a laringe para a visualização das cordas vocais com auxílio do laringoscópio. Da abertura da laringe até a corda vestibular não apresenta todo o percurso de visão, incluindo as cordas vestibulares e verdadeiras. Entre a cartilagem tireóidea e cartilagem cricóidea é encontrada a via de acesso da cricotomia, perfurando a membrana cricotireóidea, local da incisão. O percurso correto de visão, da cavidade oral até as cordas vocais, incluindo as cordas vestibulares e verdadeiras, não alcança a bifurcação da traqueia e os brônquios principais.	ALENCAR, J. C. G. et al. Manual de via aérea na emergência. Barueri (SP): Manole, 2023. 488 p.
96	A) Hanseníase tuberculoide.	A forma tuberculoide ocorre em indivíduos com forte resposta da imunidade celular específica, evoluindo, por isso, com multiplicação bacilar limitada e não detectável pela baciloscopia do esfregaço intradérmico. O paciente apresenta comprometimento restrito da pele e nervos, que se manifesta geralmente como lesão cutânea única e bem delimitada. A resposta inflamatória é intensa, com a presença de granulomas tuberculoides na derme e acentuado comprometimento dos filetes nervosos, o que se traduz clinicamente por acentuada hipoestesia ou anestesia nas lesões dermatológicas, facilmente demonstrada pelos testes de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa. Pelo mesmo motivo, é comum haver comprometimento da função das glândulas sudoríparas, com hipo ou anidrose, assim como dos folículos pilosos, com diminuição dos pelos nas áreas afetadas. As lesões da pele são placas com bordas nítidas, elevadas, geralmente eritematosas e micropapulosas, que surgem como lesões únicas ou em pequeno número. O centro das lesões pode ser hipocrômico ou não, por vezes apresentando certo grau de atrofia que reflete a agressão da camada basal da epiderme pelo infiltrado inflamatório granulomatoso. Pode-se observar espessamento dos filetes nervosos superficiais da pele adjacente às placas, formando semiologicamente o que se denomina como “sinal da raquete”. Os nervos periféricos são poupados ou se apresentam espessados de forma localizada e assimétrica, podendo haver comprometimento intenso das funções sensitivas e motoras no território do nervo afetado. Por outro lado, pode haver áreas da pele com comprometimento sensitivo, sem lesões cutâneas visíveis. O diagnóstico clínico geralmente pode ser estabelecido com base no primeiro sinal cardinal da doença – lesões da pele com diminuição ou perda de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil. Na hanseníase dimorfa a grande variabilidade clínica inclui o número de lesões, geralmente acima de cinco, em diferentes áreas da pele, e com diversos aspectos, como manchas e placas claras, acastanhadas ou violetas. É uma forma multibacilar. A hanseníase virchowiana tem características opostas às da forma tuberculoide, ocupando o polo oposto no espectro clínico da hanseníase. O comprometimento cutâneo pode ser silencioso - ocorre acentuação dos sulcos cutâneos, perda dos pelos dos cílios e supercílios (madarose), congestão nasal e aumento dos pavilhões auriculares, infiltração difusa das mãos e pés, os dedos assumem aspecto “salsichoide”. Com a evolução da doença não tratada surgem múltiplas pápulas e nódulos cutâneos,	Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, 2022. 152 p.

97	D) Válvula de uretra posterior.	<p>As válvulas de uretra posterior são a causa mais frequente de retenção urinária em RN e lactentes do sexo masculino. Atresia uretral é mais rara, acompanhada em geral de hidronefrose, oligodrânio, óbito. Válvula de uretra anterior é uma alteração rara, frequentemente associada a divertículo uretral. A estenose de junção pielocalicial e a ureterocele não causam aumento de volume em região hipogástrica, já que a obstrução nestes casos é mais alta.</p>	<p>TUBINO, P.; ALVES, E. Pediatria cirúrgica. Brasília: Editora UNB/ FINATEC, 2003.</p> <p>TUBINO, P.; ALVES, E. Anatomia funcional da criança. Brasília: Editora UNB/Finattec, 2007.</p> <p>SAIOVICI, S.; MELLO, L. F. Válvula de uretra posterior. In: ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JR, A.; REIS, R. B. (Eds.) Urologia fundamental. São Paulo: Planmark, 2010.</p> <p>TUCCI JR., S. FRANCO, P. B.; MOLINA, C. A. F.; SUAID, H. J.; COLOGNA, A. J.; MARTINS, A. C. P. Válvula de uretra anterior. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, 2003. p. 91-94.</p>
98	C) Redução da absorção intestinal de cálcio e fósforo, com aumento compensatório do PTH.	<p>A deficiência de vitamina D reduz a síntese de 1,25(OH)₂D (calcitriol), o que compromete a absorção intestinal de cálcio e fósforo. Isso leva à hipocalcemia, que estimula a secreção do paratormônio (PTH). O PTH mobiliza cálcio dos ossos e aumenta sua reabsorção renal, tentando normalizar a calcemia, ao custo da desmineralização óssea.</p> <p>É a hipocalcemia causada pela deficiência de vitamina D que estimula a secreção de PTH (hiperparatireoidismo secundário). A deficiência de vitamina D está associada à hipocalcemia, e não à hipercalcemia.</p> <p>Embora o PTH realmente aumente a reabsorção de cálcio nos rins, ele também promove a excreção de fósforo, e não a retenção. Portanto, o quadro esperado na hipovitaminose D é de hipofosfatemia, não de hiperfosfatemia.</p> <p>A produção de vitamina D ativa (calcitriol) é estimulada pela hipocalcemia e pelo aumento do PTH, não pela hipercalcemia. A elevação do cálcio sérico inibe a produção de calcitriol por retroalimentação negativa.</p>	<p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Endocrinologia. Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção – atualização. Rio de Janeiro: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam-prevenc_Atualiz.pdf</p>
99	B) O fechamento funcional do canal arterial, comprometendo a circulação em série.	<p>Em RN com transposição de grandes artérias (TGA), as circulações pulmonar e sistêmica funcionam em paralelo, e não em série como deveria ser. A sobrevivência depende da mistura adequada do sangue oxigenado e não oxigenado, geralmente através de comunicações intracardíacas e extra cardíacas (canal arterial patente). Quando o canal arterial começa a se fechar, fisiologicamente por volta de 12 horas de vida, há redução dessa mistura do sangue, levando à deterioração clínica com cianose e hipóxia graves refratárias ao uso do oxigênio. Sendo assim, é fundamental o uso de prostaglandina E1 para manter o canal arterial aberto até a realização da correção cirúrgica.</p> <p>Na verdade, o aumento da resistência vascular pulmonar tende a manter o canal arterial aberto, não o contrário. Além disso, após o nascimento, a resistência vascular pulmonar normalmente diminui, promovendo o fechamento funcional do canal. O problema na transposição das grandes artérias não é a resistência pulmonar, mas sim o fechamento do canal arterial, que compromete a mistura do sangue e agrava a hipóxia.</p> <p>O retorno venoso sistêmico não está reduzido nesse caso. O problema é anatômico e funcional devido à TGA, em que as duas circulações (sistêmica e pulmonar) funcionam em paralelo, não em série. O paciente não está com uma má adaptação circulatória genérica, mas sim com uma cardiopatia congênita que impede a oxigenação adequada do sangue.</p> <p>A hipertrofia do ventrículo direito pode ocorrer em várias cardiopatias, mas não é o fator determinante da deterioração clínica precoce na TGA. Além disso, nessa condição, o ventrículo direito está funcionando como ventrículo sistêmico (bombando para a aorta), e no início da vida ainda consegue manter o débito. O problema crítico é a falta de mistura entre as circulações, não o débito cardíaco em si.</p>	<p>KLEIGMAN, Robert M.; ST. GEME, Joseph W. Nelson tratado de pediatria. 21. ed. Tradução da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de neonatologia. 2. ed. Barueri: Manole, 2021.</p>

100	D) A rivaroxabana atua como um inibidor direto e seletivo do Fator Xa, bloqueando sua atividade na via comum da coagulação, o que resulta na inibição da formação de trombina e, consequentemente, na redução da formação de coágulos de fibrina.	<p>Os Novos Anticoagulantes Orais (NACOs), também conhecidos como Anticoagulantes Orais Diretos (DOACs), representam uma classe de medicamentos que revolucionaram o manejo da anticoagulação, oferecendo vantagens em relação aos antagonistas da vitamina K, como a varfarina, principalmente pela previsibilidade de sua farmacocinética e pela ausência da necessidade de monitoramento laboratorial de rotina (INR). A questão se concentra especificamente na rivaroxabana, que é um exemplo clássico de um dos principais grupos de NACOs. A rivaroxabana pertence à classe dos inibidores diretos do Fator Xa.</p> <p>Os inibidores diretos da trombina (Fator IIa) constituem outra classe de NACOs, que tem como principal exemplo a dabigatrana, que se liga diretamente à trombina, impedindo que ela converta o fibrinogênio em fibrina, ative o Fator XIII (que estabiliza a fibrina) e realize outras funções pró-coagulantes. Embora ambos sejam NACOs, rivaroxabana e dabigatrana atuam em diferentes pontos da cascata.</p> <p>Os antagonistas da vitamina K (AVK), como a varfarina, inibem a epóxido redutase da vitamina K, uma enzima essencial para a gama-carboxilação pós-traducional dos fatores de coagulação dependentes de vitamina K (Fatores II, VII, IX e X) e das proteínas anticoagulantes C e S. Essa inibição resulta na produção de fatores inativos, levando à anticoagulação. A rivaroxabana e os demais NACOs foram desenvolvidos justamente para superar as limitações dos AVKs, como a necessidade de monitoramento rigoroso e as interações medicamentosas e alimentares.</p> <p>A ação das heparinas (não fracionada e de baixo peso molecular, como a enoxaparina) e do fondaparinux se dá indiretamente na cascata da coagulação, potencializando a atividade da antitrombina III (ATIII). A ATIII é um inibidor natural de diversas serinoproteases da coagulação, como a trombina (FIIa) e o Fator Xa. Ao ligar-se à heparina ou ao fondaparinux, a ATIII sofre uma mudança conformacional que aumenta sua afinidade e capacidade de inativar esses fatores, resultando em um efeito anticoagulante. A rivaroxabana não depende da ATIII para sua ação.</p>	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.
101	B) O médico plantonista deve encaminhar a paciente a outro médico para fazer o aborto.	Para o aborto legal após violência sexual não é necessária ordem ou decisão judicial, boletim de ocorrência, nem exame de corpo de delito. É necessário o relato circunstanciado da paciente; o termo de consentimento livre e esclarecido; o termo de responsabilidade (sob o risco de ser processada por falsidade ideológica e crime de aborto); o parecer técnico atestando a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência sexual e o termo de aprovação pela equipe multiprofissional e pelo diretor técnico do hospital. O médico tem o direito de recusar a realização do aborto sob a alegação de objeção de consciência, mas ele é obrigado a encaminhar a paciente a outro médico que realize o procedimento.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p
102	B) Internar a paciente para monitorização materno-fetal e planejamento de parto cesáreo eletivo próximo de 37 semanas, se não houver intercorrências.	<p>Pelo risco de ocasionar hemorragia abundante, o exame de toque vaginal não deve ser feito em caso de suspeita de placenta prévia. Em casos excepcionais, deve ser realizado em locais onde seja possível uma intervenção cirúrgica de emergência. Apenas deve ser cogitado o controle domiciliar se o sangramento cessar por no mínimo 48 horas e não houver evidências de outras complicações. Na vigência de sangramento, deve-se internar, obter acesso venoso calibroso para administrar cristaloides e manter a estabilidade hemodinâmica e o débito urinário adequado (acima de 30 mL/h). Em mulheres Rh-negativo, deve ser administrada a imunoglobulina anti-D, A conduta dependerá basicamente da idade gestacional, intensidade da hemorragia e presença ou não de trabalho de parto. Quando o sangramento materno não for intenso (ausência de alteração hemodinâmica materna) em gestações com fetos pré-termo, a conduta expectante pode ser adotada, desde que seja possível um bom controle materno e fetal. Em idade gestacional acima de 37 semanas, indica-se a interrupção da gestação. Placenta prévia total é uma contraindicação absoluta ao parto vaginal, pois a placenta recobre completamente o orifício cervical interno.</p> <p>Realizar toque na presença de placenta prévia total aumenta o risco de hemorragia e complicações. Além disso, o exame não é necessário no momento para a conduta; o manejo é baseado na avaliação clínica e de imagem, sem toque.</p> <p>A gestante ainda não apresenta indicação de parto imediato. O manejo atual recomenda a monitorização, antecipando uma cesárea planejada próximo às 37 semanas, salvo intercorrências.</p> <p>Em casos de placenta prévia total, o parto vaginal não é indicado. O parto deve ser realizado por cesárea eletiva ao termo ou antes, se ocorrerem complicações.</p>	ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia. 5. ed. São Paulo, 2023.

103	D) Solicitar USG transvaginal, com preparo intestinal, na primeira fase do ciclo menstrual.	<p>A ultrassonografia pélvica e transvaginal com preparo intestinal é um dos principais métodos por imagem para detecção da endometriose.</p> <p>Não há indicação para a dosagem de biomarcadores como o CA-125 entre outros.</p> <p>A videolaparoscopia tinha, no passado, papel no diagnóstico da endometriose. Porém, atualmente, com o avanço dos métodos por imagem, ela é indicada em casos individualizados de mulheres que apresentam exame normais e falha no tratamento clínico.</p> <p>A tomografia não é considerada a primeira escolha para diagnóstico.</p> <p>Além da ultrassonografia, a ressonância magnética é um dos métodos por imagem para detecção e estadiamento da endometriose.</p>	<p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO; 2025. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 7/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).</p> <p>Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose).</p>
104	D) Observação e acompanhamento rigoroso com citologias e colposcopias seriadas, visto que a conização já foi diagnóstica e terapêutica para esse estágio.	<p>O câncer de colo uterino estágio IA1 é considerado um carcinoma microinvasor com as melhores taxas de prognóstico e, em casos selecionados, permite um tratamento menos invasivo.</p> <p>Estadiamento FIGO IA1: o carcinoma de colo uterino é estadiado de acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). O estágio IA1 é definido como uma invasão estromal superficial, que não excede 3,0 mm de profundidade e 7,0 mm de extensão horizontal, e sem invasão do espaço angiolinfático. A paciente tem uma invasão de 2 mm, o que se encaixa perfeitamente no IA1.</p> <p>Conização como tratamento: em casos de carcinoma microinvasor IA1 com margens cirúrgicas livres na conização e ausência de invasão angiolinfática, a conização pode ser tanto diagnóstica quanto terapêutica. Isso significa que a remoção do tecido anormal durante a conização já pode ter removido completamente o câncer.</p> <p>Manutenção da fertilidade e conduta: para pacientes que desejam preservar a fertilidade, a observação e o acompanhamento rigoroso com citologias (Papanicolau) e colposcopias seriadas (a cada 6 meses nos primeiros anos, depois anualmente) são a conduta mais apropriada. Essa abordagem é considerada segura para IA1, uma vez que o risco de metástase linfonodal é extremamente baixo (praticamente nulo) nesse estágio.</p> <p>Embora a histerectomia simples seja uma opção curativa para IA1, ela é desnecessária e excessiva para pacientes que desejam preservar a fertilidade, dado o excelente prognóstico do estágio IA1 tratado adequadamente por conização com margens livres e sem invasão angiolinfática. A histerectomia é o tratamento padrão para estágios mais avançados ou para IA1 em mulheres que não desejam mais ter filhos.</p> <p>Quimioterapia e radioterapia combinadas são geralmente reservadas para estágios mais avançados do câncer de colo uterino (localmente avançados ou com metástases), ou como adjuvância após cirurgia em casos com fatores de risco desfavoráveis. Não são indicadas para o tratamento primário do carcinoma microinvasor IA1.</p> <p>A traquelectomia radical é uma cirurgia conservadora da fertilidade, mas é indicada para estágios mais avançados do carcinoma de colo uterino (por exemplo, IB1 ou alguns casos de IA2), onde há maior risco de comprometimento parametrial ou linfonodal.</p>	<p>Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer do Colo do Útero: Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: INCA, 2021.</p> <p>FEBRASGO. Manual de Orientação: Oncologia Ginecológica. São Paulo: FEBRASGO, 2022.</p>

105	C) Realizar novo ultrassom de mama em 6 meses, por tratar-se de uma lesão provavelmente benigna.	<p>A conduta para nódulos BIRADS 3 é seguimento com imagem em 6 meses, mas em alguns protocolos (particularmente em rastreamento de baixo risco), pode-se optar por novo controle em até 12 meses dependendo do contexto clínico, estabilidade da lesão e histórico individual.</p> <p>O BI-RADS 3 indica uma lesão provavelmente benigna, com chance de malignidade menor que 2%. A conduta padrão é acompanhamento com imagem em 6 meses, não a biópsia imediata.</p> <p>A cirurgia não é indicada em um BIRADS 3. Isso acarretaria risco de overtreatment e desnecessário encaminhamento terciário. O ambulatório secundário está plenamente capacitado para o seguimento de BIRADS 3, desde que haja acompanhamento regular.</p> <p>A ressonância de mamas é reservada para situações específicas (alto risco genético, mamas densas com achados inconclusivos, ou investigação de carcinoma oculto). Não é indicada como rotina para nódulo BIRADS 3 em paciente de risco padrão. Seria um exame desnecessário e de alto custo, fora das diretrizes de conduta inicial.</p>	<p>COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. BI-RADS®: Sistema de Laudos e Registro de Dados da Imagem da Mama – Manual de Orientação. 5. ed. São Paulo: CBR, 2017.</p> <p>. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.</p> <p>Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil. Acesso em: 08 jun. 2025.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Recomendações sobre o manejo de achados em mamografia. Disponível em: https://www.sbmastologia.com.br/. Acesso em: 08 jun. 2025.</p> <p>HEMBREE, W. C.; COHEN-KETTENIS, P.; GOREN, A.; et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice</p>
106	A) Prolapso de parede vaginal anterior grau 3.	<p>Segundo a classificação POP-Q, prolapso grau III consiste na porção mais distal do prolapso projetando-se mais de 1 cm abaixo do hímen, mas não se projeta mais do que 2 cm a menos do que o comprimento vaginal total (CVT-2). Como a paciente apresenta somente prolapso na parede anterior (pontos Aa e Ba) e esse prolapso está a 6 cm distal do hímen (ponto Ba mostra o ponto de maior prolapso da parede vaginal anterior), paciente apresenta prolapso de parede anterior grau 3.</p> <p>O ponto C encontra-se a 8 cm acima do hímen, portanto não observa-se prolapso uterino</p> <p>Os pontos Ap e Bp estão a -3cm acima do hímen, portanto não se observa prolapso de parede vaginal posterior.</p> <p>Para a classificação POP-Q grau 4 a eversão vaginal deve ser completa e o ponto Ba deveria ser > (CVT-2), ou seja, > 7 cm</p>	<p>Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. J Med Life. 2011 Jan-Mar;4(1):75-81. Epub 2011 Feb 25. PMID: 21505577; PMCID: PMC3056425.</p> <p>GIRÃO, Manoel João Batista C.; SARTORI, Marair Gracio F.; RIBEIRO, Ricardo M.; CASTRO. Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico . Barueri: Manole, 2015. ISBN 9788520441206</p>
107	B) Fase latentedo trabalho de parto / orientações sobre trabalho de parto, controle de dor e estímulo à parturição vaginal.	<p>Considerando a atividade uterina ainda inicial e o trabalho de colo também inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a gestante deve, como parte do planejamento de seu cuidado, ser orientada em linguagem clara objetiva e de fácil entendimento sobre as fases evolutivas do trabalho de parto; - neste momento, em fase latente do trabalho de parto, deve permanecer em casa, no seio da família, e ser apoiada no sentido de receber controle não farmacológico da dor, assim como receber orientações de encorajamento e apoio à parturição por via vaginal. - a gestante deve ser orientada para qual maternidade será direcionada para o parto. 	<p>Manual de Ginecologia e Obstetrícia 5ª ED. SOGIMIG/ SOGIMIG Belo Horizonte: Coopmed,2012. ISBN 978-85-7825-036-2 .</p>

108	B) Confirmar diabetes gestacional e iniciar seguimento conforme protocolo.	<p>Segundo os critérios do Ministério da Saúde e da OMS, basta um valor alterado no TOTG com 75g para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG). No caso apresentado, a glicemia de jejum (94 mg/dL) já está acima do valor de corte de 92 mg/dL, caracterizando diabetes mellitus gestacional. A conduta correta é realizar o acompanhamento na Atenção Primária com orientações alimentares, monitoramento glicêmico e encaminhamento conforme necessidade.</p> <p>Critérios diagnósticos para DMG segundo OMS/Ministério da Saúde (com 75g):</p> <p>Jejum \geq 92 mg/dL 1 hora \geq 180 mg/dL 2 horas \geq 153 mg/DI</p> <p>Os resultados estão claros e acima dos valores limites; não há necessidade de repetir o exame. O diagnóstico de diabetes gestacional já pode ser confirmado.</p> <p>Embora o acompanhamento por um especialista seja ideal, a conduta inicial deve ser de confirmação diagnóstica e manejo no âmbito da atenção primária, seguindo protocolos, salvo necessidade de encaminhamento por complicações ou complexidade.</p>	<p>AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes – 2024. Diabetes Care, v. 47, suppl. 1, p. S1–S300, 2024.</p> <p>SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da SBD 2023-2024. São Paulo: Clannad, 2023.</p>
109	A) Histerossalpingografia para avaliação da permeabilidade tubária.	<p>Após um ano de tentativas de engravidamento de casal com mais de 35 anos de idade, a investigação de infertilidade inclui a realização de histerossalpingografia, especialmente em presença de ciclos normais e espermograma sem alterações, visando detectar fator tubário.</p>	<p>LAMAITA, R.M.; SANTOS AMARAL, M. C. M.; COTA, A. M. M. Propedêutica básica do casal infértil. In: FERNANDES, C. E; SILVA DE SÁ, M.F. Tratado de Ginecologia FEBRASGO. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019, p. 525-40</p>
110	B) Terapia hormonal com estrogênio e progesterona.	<p>Independentemente da técnica utilizada na ablação, recomenda-se terapia hormonal combinada (sequencial ou contínua). Não há dados de segurança para uso isolado de estrogênioterapia. Outras situações de uso de progesterona na ausência do útero: histerectomia subtotal, pós-tratamento de câncer de endométrio (considerando estágios iniciais) e endometriose. Inibidores seletivos de recaptção de serotonina podem auxiliar na melhora dos fogachos, contudo não impactam positivamente na libido, podendo até agravar essa queixa, nem atuam sobre os sintomas genitais.</p> <p>O estriol por via vaginal é útil para o tratamento da secura vaginal, porém não oferece efeitos sobre os sintomas sistêmicos do climatério.</p>	<p>HOFFMAN, Bárbara L.; SCHORGE, John O.; HALVORSON, Lisa M.; e outros. Ginecologia de Williams, Cap 21, AMGH, Porto Alegre, 2014.</p>
111	C) Internação para antibioticoterapia e corticoterapia.	<p>Paciente com rotura prematura das membranas, pré-termo, sem dinâmica uterina, deve-se internar e iniciar antibiótico, independentemente do tempo de bolsa rota. Entre 23 ou 24 e 34 semanas de idade gestacional, sem sinais de infecção ovular, está recomendada conduta conservadora, onde aguardamos a paciente entrar em trabalho de parto ou chegar às 34 semanas, quando então nossa conduta será promover o parto. Nesse período em que aguardamos, rastreamos frequentemente sinais de infecção ovular ou sofrimento fetal; caso ocorram, interrompemos a gestação. Durante este período, prescrevemos corticoides para acelerar a maturidade pulmonar fetal e seu uso não aumenta o risco de infecções. Além disso, está recomendado o uso de antimicrobiano, com objetivo de aumentar o tempo de latência e reduzir o risco de corioamnionite.</p>	<p>MIP - OBSTETRÍCIA Diagnóstico e Tratamento - 2a Edição.2018</p> <p>Fernandes CE, Silva de Sá MF. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO. São Paulo: Elsevier; 2018.</p>
112	C) Prescrever ácido acetilsalicílico e cálcio.	<p>A administração de AAS, na dose de 75-150 mg/dia , a partir de 12 semanas de gestação e até a 36ª semana, reduz o risco de pré-eclâmpsia em gestantes com fatores de alto risco, sendo também recomendada a suplementação de cálcio para atingir a dose diária de cálcio elementar de pelo menos 800mg, em especial para mulheres grávidas com consumo insuficiente de cálcio na dieta.</p> <p>As demais alternativas não trazem medidas de eficácia comprovada.</p>	<p>Ministério da Saúde, Brasil.NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS</p> <p>https://telessauders.ufrgs.br/perguntas/quais-as-estrategias-de-prevencao-eficazes-para-reduzir-o-risco-de-pre-eclampsia-e-suas-complicacoes-na-gravidez-e-quando-utiliza-las (consulta em 10.09.2025)</p>

113	A) Contraceptivo oral combinado.	A pílula anticoncepcional não é recomendada para mulheres fumantes com 35 anos ou mais, independente da carga tabágica, devido ao aumento do risco de eventos cardiovasculares graves, como infarto e acidente vascular cerebral. Os demais métodos não são contraindicados	Manual de anticoncepção. Marta Finotti. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Machado RB, Monteiro IM, Brito MB, Lubianca JN. Aspectos práticos quanto à escolha do contraceptivo oral combinado. Femina. 2021;49(8):454-60. OMS. Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Métodos Anticoncepcionais. 3ª ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004
114	B) dT (2 doses); dTpa (1 dose); influenza (1 dose).	Para gestantes não vacinadas ou com esquema vacinal incompleto, deve-se iniciar ou completar a vacinação com dT (duas doses) e em seguida administrar a dTpa (uma dose) a partir da 20ª semana. Recomenda-se também a vacina contra a gripe em qualquer idade gestacional para todas as gestantes e mulheres até 42 dias após o parto. Em presença de anti-HBs (+) não é necessária a vacinação contra a hepatite B. Não é recomendada a vacinação contra a rubéola na gestação.	https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/11/saiba-quais-vacinas-devem-ser-administradas-durante-a-gestacao
115	C) Evitar amniotomia e toques vaginais repetidos, infundir zidovudina por via intravenosa durante todo o trabalho de parto e até o clameamento do cordão umbilical.	Conforme o protocolo clínico do Ministério da Saúde, azidovudina (AZT) injetável é indicada para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrada desde o início do trabalho de parto ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva até o clameamento do cordão umbilical (que deve ser feito imediatamente após o desprendimento do recém-nascido) para as gestantes infectadas pelo HIV com carga viral desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação. No caso apresentado, como a paciente não tinha o diagnóstico prévio da infecção e não há informações sobre a carga viral, deve-se iniciar o mais rápido possível a administração do antirretroviral e evitar procedimentos invasivos, amniotomia ou parto instrumental. Acelerar o trabalho de parto não seria benéfico, uma vez que idealmente a gestante deve receber o AZT por pelo menos 3 horas antes do parto, de forma a otimizar a profilaxia. A cesariana intraparto não traria vantagens adicionais em termos de prevenção, já que a paciente já está em trabalho de parto avançado e, portanto, não haveria tempo hábil para a administração de AZT previamente ao procedimento cirúrgico, conforme as recomendações do protocolo. Mesmo que se opte por realizar a cesariana, é essencial que o recém-nascido receba terapia antirretroviral nos primeiros 28 dias após o parto.	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. 2018. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv >. Acesso em: 25mar. 2019. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY COMMITTEE ON OBSTETRIC PRACTICE. ACOG Committee Opinion Nº 418: Pre natal and perinatal human immunodeficiency virus testing: expanded recommendations. Obstet Gynecol. 2008
116	A) Administração de 10 UI de ocitocina por via intramuscular.	Dentro das medidas de prevenção da hemorragia pós-parto, o manejo ativo do terceiro período inclui como principal estratégia o uso da ocitocina pós-parto (que deve ser utilizada após todos os partos, como profilaxia medicamentosa). Além da ocitocina, a tração controlada do cordão umbilical e o clameamento oportuno do cordão compõem o manejo ativo clássico. O clameamento do cordão umbilical deve ser realizado após o primeiro minuto de nascimento de recém-nascidos a termo (tardio), exceto se houver contraindicações, como: recém-nascidos hipóxicos; infecção materna viral de transmissão hematogênica (HIV, hepatite B); ou recém-nascidos de alto risco para policitemia (macrossômicos, restrição de crescimento intrauterino grave, regiões de alta altitude). A tração controlada do cordão umbilical deve ser realizada apenas por profissionais devidamente capacitados, devido aos riscos associados à sua realização intempestiva, como rompimento do cordão umbilical e inversão uterina.	Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018. Tratado de Obstetrícia Febrasgo / Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; páginas 3044, 1ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

117	A) Reativa, indicativa de vitalidade fetal preservada.	<p>A questão aborda a interpretação da cardiocotografia basal em uma gestante de 36 semanas com pré-eclâmpsia leve, segundo as diretrizes da FEBRASGO. A CTG é considerada reativa se houver duas ou mais acelerações em 20 minutos com variabilidade normal e sem desacelerações. Esse achado sugere bem estar fetal.</p> <p>Não há dados que indiquem hiperreatividade, que costuma se manifestar por acelerometrias excessivamente intensas ou frequentes, levando à classificação de hiperreativo.</p> <p>Um traçado reativo, como o descrito, indica boa vitalidade fetal. Um traçado não reativo ou com desacelerações sugere risco, mas não é o caso aqui.</p> <p>O traçado é classificado como reativo, portanto, não há necessidade de repetir em 24 horas. Repetições futuras são feitas em casos de traçados não reativos ou de risco aumentado.</p>	<p>Manual de Ginecologia e Obstetrícia: avaliação da vitalidade fetal intraútero. Brasília: FEBRASGO, 2021.</p> <p>NICHD: National Institute of Child Health and Human Development, classificação padronizada da CTG (2008).</p>
118	C) A investigação inicial deve incluir exame ginecológico cuidadoso para afastar causas anatômicas ou hormonais.	<p>O sangramento vaginal em meninas pré-púberes sempre deve ser investigado para afastar causas anatômicas, infecciosas, traumáticas ou hormonais.</p> <p>O sangramento vaginal nunca é considerado fisiológico nessa faixa etária, devendo ser investigado.</p> <p>Não há indicação de RNM na investigação inicial.</p> <p>A investigação de puberdade precoce central requer outros critérios além de um episódio isolado de sangramento, como por exemplo, desenvolvimento mamário presente no exame físico.</p>	<p>Kaplowitz PB. Evaluation and Referral of Children With Signs of Early Puberty. Pediatrics. 2022.</p> <p>Williams Textbook of Endocrinology. 14th ed. 2022.</p>
119	A) Agente flagelado móvel em lâmina e população de leucócitos aumentada em meio às células epiteliais.	<p>As queixas apresentadas pela paciente e o exame físico são típicos de tricomoníase, infecção, sexualmente transmissível, causada pelo <i>Trichomonas vaginalis</i>. Este é um protozoário flagelado que tem afinidade pelo trato urinário e epitélio genital, sendo o homem seu único hospedeiro conhecido. Embora até 50% das pacientes acometidas sejam assintomáticas, os sinais clínicos mais frequentes incluem irritação e desconforto na vulva e perineo, além de dispareunia e disúria. O prurido acomete 25-75% das pacientes. Nos casos típicos, esses sintomas vêm acompanhados de corrimento espumoso amarelo-esverdeado.</p> <p>Aproximadamente 10% das pacientes mencionam que o corrimento é de odor fétido. Os critérios para diagnóstico são: i) Corrimento espumoso, profuso e amarelo-esverdeado (presente em 35% dos casos); ii) pH vaginal > 4,5 (70% dos casos); iii) Eritema vaginal (presente em 75% dos casos); iv) “Colo em morango”: ocorre devido a dilatação capilar e hemorragias puntiformes e é sinal altamente específico dessa infecção, se presente (2% das pacientes o apresentam a olho nu, podendo ser detectado à colposcopia em até 90% das pacientes); v) Observação direta de tricomonas móvel e população bastante aumentada de leucócitos no exame a fresco. As “clue cells” são achados típicos do exame a fresco em um quadro de vaginose bacteriana. Já os bacilos com arranjo em “paliçada” ou em “cardume de peixe” referem-se aos achados esperados na coloração de Gram de uma lâmina de paciente infectada pelo <i>Haemophilus ducreyi</i>, agente causador do cancro mole. Por outro lado, as pseudo-hifas são achados esperados e exame a fresco com KOH a 10% de pacientes com candidíase vulvovaginal.</p>	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.</p> <p>Rotinas em Ginecologia, 7ª edição, capítulo 8.</p>
	C) Aumento do volume sanguíneo circulante e do débito cardíaco.	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>	<p>Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretriz Brasileira de Cardiopatias e Gravidez. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2019; 112(5): 610-660.</p> <p>FEBRASGO. Doenças Cardíacas na Gestação. Coleção Febrasgo de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo: FEBRASGO, 2021.</p>

120	<p>enquanto o do ventrículo esquerdo, elevando a pré-carga e sobrecarregando o ventrículo esquerdo e o átrio esquerdo.</p>	<p>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 questão principal não é a pós-carga (a resistência que o ventrículo precisa superar para ejetar sangue), mas sim a pré-carga e a dificuldade de enchimento ventricular. Portanto, não é o mecanismo mais crítico para a descompensação nesse caso específico.</p> <p>Aumento da frequência cardíaca e da contratilidade miocárdica, que melhoram a perfusão tecidual mas não impactam diretamente a estenose mitral: a frequência cardíaca aumenta na gestação, o que contribui para o aumento do débito cardíaco. No entanto, o aumento da frequência cardíaca em pacientes com estenose mitral é prejudicial. Um tempo de enchimento diastólico mais curto (devido à frequência cardíaca elevada) limita ainda mais o volume de sangue que pode passar pela valva mitral estenótica, agravando a sobrecarga atrial e pulmonar. A contratilidade miocárdica pode estar ligeiramente aumentada, mas não é o fator primário de descompensação na estenose mitral.</p> <p>Redução da pressão arterial sistêmica devido à vasodilatação, diminuindo o trabalho cardíaco: a pressão arterial tende a diminuir levemente no segundo trimestre da gestação devido à queda da RVP. Embora uma pressão arterial mais baixa possa reduzir a pós-carga e, teoricamente, o trabalho do ventrículo esquerdo, essa é uma adaptação sistêmica e não o mecanismo central de descompensação para uma lesão valvular obstrutiva como a estenose mitral, onde o problema é o fluxo a montante (antes da valva).</p>	
-----	--	--	--