

CONSÓRCIO MINEIRO DE ESCOLAS MÉDICAS

2022

TESTE DE PROGRESSO COMENTÁRIOS E REFERÊNCIAS



1. D – O tratamento de um abscesso anorretal consiste em incisão e drenagem. A observação, sob a cobertura de antibióticos, é ineficaz e pode permitir que o processo supurativo evolua, resultando na formação de um abscesso mais complicado e, portanto, com possível dano ao mecanismo esfinteriano. O atraso no diagnóstico e tratamento dos abscessos anorretais pode resultar em infecção necrotizante e óbito, principalmente em pacientes imunossuprimidos.

NIEUWENHOVE, Y. VAN. Gordon and Nivatvongs' principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. **Acta Chirurgica Belgica**, v. 119, n. 4, 2019.

BECK, DAVID. et al. **Manual de Cirurgia Colorretal da ASCRS**. 3. ed. [s.l.] Editora Di Livros, 2011.

2. D – As hérnias inguinais na criança são predominantemente do tipo indireta, também conhecidas como oblíqua externa, e se devem à persistência do processo vaginal, chamado de conduto peritôniovaginal nos meninos ou conduto de Nüeck nas meninas. Tal processo consiste em um divertículo de peritônio que se projeta dentro do canal inguinal, por onde se dá a descida do testículo até a bolsa escrotal, nos meninos, e por onde se aloja o ligamento redondo do útero, nas meninas, até sua inserção nos lábios maiores. Embora a correlação-descrição anatômica da hérnia direta esteja correta, esse tipo de hérnia é adquirido, raro na infância e está relacionado aos esforços e à fraqueza da parede posterior do canal inguinal, o que não se enquadra nesse caso específico. A hérnia dessa criança, que se trata de uma hérnia do tipo indireta, não se dá por falha congênita do músculo oblíquo externo, mas sim pela persistência do processo vaginal ou conduto de Nüeck (na menina), por onde percorre o ligamento redondo do útero até o grande lábio homolateral e que deveria ter obliterado no final da gestação. Embora a hérnia crural ou femoral seja mais comum no sexo feminino, ela é raríssima na criança, por também ser adquirida após esforços e segue seu trajeto em direção ao anel femoral, ou seja, possui localização mais lateral e mais profunda do que a hérnia descrita para o caso.

GABRIEL, E. **Hérnia inguinal na infância**. [s.l.] Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2001. v. 28

KELLY, K. B.; PONSKY, T. A. **Pediatric abdominal wall defects. Surgical Clinics of North America**, 2013.

MAKSOD, J. G. **Cirurgia Pediátrica: Afecções Cirúrgicas da Região Inguinal**. 2. ed. São Paulo: Ed. RevinteR, 2003.

3. C – A amilase sérica aumenta em 6 a 12 horas após o início da pancreatite aguda e retorna ao normal em três a cinco dias. A elevação da amilase sérica acima de três vezes o limite superior do normal tem uma sensibilidade para o diagnóstico de pancreatite aguda de 67% a 83%. Como a meia-vida da amilase é curta, o diagnóstico de pancreatite aguda pode ser ignorado naqueles pacientes com tempo de evolução maior que 24 horas. A lipase sérica aumenta dentro de quatro a oito horas após o início dos sintomas, atinge o pico em 24 horas e volta ao normal em 8 a 14 dias. A lipase sérica elevada na pancreatite aguda dura mais tempo, em comparação à elevação da amilase, e sua dosagem é especialmente útil em pacientes que apresentam mais de 24 horas após o início da dor. A lipase sérica tem sensibilidade para pancreatite aguda que varia de 82% a 100%.

VEGE, S. **Management of acute pancreatitis - UpToDate**, 2014.

4. A – Trata-se de paciente com sinais de choque grau 1 por ruptura esplênica espontânea, sendo indicada estabilização hemodinâmica, observação clínica e hemoglobina seriada.

TOWNSEND, C. B. D. **SABISTON - Tratado de Cirurgia**. 19. ed. [s.l.] Ed. Guanabara Koogan, 2014. v. 2

5. D – A tomografia em cortes coronais é sempre vista com o paciente de baixo para cima, portanto, os lados encontram-se aparentemente invertidos, de modo que o lado esquerdo do paciente é o lado direito do observador e vice-versa. Na tomografia de crânio sem contraste, os hematomas aparecem como áreas espontaneamente hiperdensas. O hematoma epidural aparece como uma área espontaneamente hiperdensa, com limites bem definidos, em formato biconvexo (semelhante a vidro de lente de aumento). No caso apresentado na questão, o hematoma epidural está ao lado direito, região parietal. Áreas de contusão cerebral são percebidas como áreas de hemorragia discreta, espontaneamente hiperdensas, intraparequimatosas, com limites mal definidos. A área de contragolpe pode ser identificada como áreas de contusão, que são percebidas como áreas de hemorragia, espontaneamente hiperdensa, intraparequimatosa, no lado oposto à lesão primária (hematoma epidural). Na imagem, a área de contragolpe se encontra na região frontoparietal esquerda. O hematoma subdural apresenta-se como uma imagem espontaneamente hiperdensa, com limites bem definidos, em formato côncavo-convexo. Portanto, nesta imagem, pode ser bem observado o hematoma epidural com área de contragolpe contralateral.

Trauma craneencefálico. In: **Suporte Avançado de Vida no Trauma (Advanced Trauma Life Support - ATLS) Manual do curso de alunos**. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018. p. 102-126.

YANG, L.; OPALAK, C.; VALADKA, A. Brain. In: FELICIANO, D.; MATTOX, K.; MOORE, E. (Eds.). **Trauma**. 9. ed. [s.l.] McGraw Hill, 2020.

6. B – Ao diagnosticar um paciente com diabetes tipo 2, sempre se deve realizar o exame dos pés e avaliar a possibilidade de haver lesões, pois essas podem evoluir com necrose, osteomielite e sepse. Alterações sensoriais como parestesias também devem ser investigadas na anamnese, pois podem indicar uma neuropatia periférica.

BEAUCHAMP, R. D. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 19. ed. Rio de Janeiro, 2014.

7. C – Trata-se de paciente com suspeita de obstrução de vias biliares intra-hepáticas. Devido ao valor da hiperbilirrubinemia, pensa-se em neoplasia (maior que 10) e não em coledocolitíase. Os colangiocarcinomas são mais comuns em pacientes na quinta década de vida e são mais comuns na bifurcação dos ductos hepáticos (60 a 80%), o que parece ser o caso descrito devido aos ductos intra-hepáticos estarem dilatados, colédoco normal e vesícula colabada. Sugere-se então lesão obstrutiva na confluência dos hepáticos (tumor de Klatskin), sendo o padrão ouro para análise das vias biliares a colangiorressonância. A CPRE (colangiopancreatografia

retrógrada endoscópica) é resguardada para casos em que temos certeza da necessidade de intervenção.

TOWNSEND, C. B. D. **SABISTON - Tratado de Cirurgia**. 19. ed. [s.l.] Ed. Guanabara Koogan, 2014. v. 2

8. D – A World Professional Association of Transgender Health e a Endocrine Society recomendam, em suas diretrizes, que o rastreamento do câncer de próstata nas mulheres trans siga os mesmos protocolos dos homens cis propostos pela American Urological Association. O rastreamento do câncer de próstata deve ser realizado nas mulheres trans submetidas a terapias hormonais orais e/ou injetáveis, especialmente naquelas que o fizeram sem acompanhamento médico adequado ou quando houve descontinuação do tratamento. A baixa incidência e números de casos relatados de adenocarcinoma prostático nas mulheres trans não permite estabelecer protocolos diferenciados, devendo estas pacientes seguir os protocolos pré-definidos para os homens cis. A herança genética na mulher trans permanece relacionada ao risco de desenvolvimento de câncer de próstata, assim como no homem cis, especialmente quando não se tem uma terapêutica contínua e adequada da reposição hormonal.

WEIN, A. J. et al. **Urologia - Campbell-Walsh**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. v. 2.

DEEBEL, N. A. et al. Prostate Cancer in Transgender Women: Incidence, Etiopathogenesis, and Management Challenges. **Urology**, v. 110, 2017.

9. B – Os fatores de risco para desenvolvimento de aneurisma de aorta abdominal são: sexo masculino, tabagismo, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e história familiar. Sexo feminino, diabetes (tipo 1 ou tipo 2) e hipertrigliceridemia não são fatores de risco para o desenvolvimento desse aneurisma.

BEAUCHAMP, R. D. et al. **Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 19. ed. Rio de Janeiro: 2014.

10. A – A cauterização, seja química ou elétrica, deve ser realizada quando se visualiza, à rinoscopia, o ponto sangrante. Nesse caso, o tamponamento anterior (dedo de luva, Rayon, materiais absorvíveis) tem uma eficácia menor do que a cauterização, porque não atua diretamente sobre o vaso sangrante. É importante também medir e fazer o controle adequado da pressão arterial. Em casos de sangramentos nasais mais graves e de origem posterior, posterossuperior ou superior, sem identificação do ponto sangrante e que não cessam com tamponamento anterior adequado, realiza-se o tampão anteroposterior. Os tampões anteroposteriores mais comumente utilizados são o de gaze e o de sonda de Foley. Nos sangramentos posteriores, após tentativa de controle com medidas mais conservadoras, indica-se o tratamento cirúrgico (ligaduras arteriais) ou a embolização arterial seletiva.

BALBANI, A. P. S.; FORMIGONI, G. G. S.; BUTUGAN, O. Tratamento da epistaxe. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 2, p. 189–193, abr. 1999.

11. C – A fisiopatologia da síndrome de Fournier é caracterizada pela endoarterite obliterante. O crescimento bacteriano

inicia-se imediatamente com bactérias da flora da pele. Há acometimento de tecidos até a fáscia muscular. A crepitação ocorre em função de crescimento de bactérias anaeróbias.

DORNELAS, M. T. et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 27, n. 4, p. 600–604, dez. 2012.

12. B – Aproximadamente 90% dos casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) decorrem da embolização de trombos localizados nas veias profundas de MMII (trombose venosa profunda - TVP), não sendo proveniente de artérias. As fontes mais frequentes de trombos são o sistema venoso ileofemoral e as veias poplíteas. A TVP, por sua vez, estará relacionada à estase local, lesão vascular e alterações da coagulação. O TEP inicia-se a distância, e não localmente. Reações alérgicas também não estão associadas à ocorrência do TEP.

GREER, J. P. et al. **Wintrobe's Clinical Hematology**. 11. ed. [s.l.] Philadelphia, 20004. v. 2

13. A – Infecção do sítio cirúrgico são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos e que ocorrem em até 30 dias após o procedimento (ou um ano caso haja colocação de próteses). O caso é de infecção do sítio cirúrgico pela definição. Deve-se executar a abertura da incisão cirúrgica para drenagem. A infecção será profunda caso haja deiscência de fáscia / aponeurose ou identificação de acometimento de planos profundos pelo médico ou por exames de imagem. Será superficial se não acometer planos profundos à fáscia ou não houver deiscência da fáscia / aponeurose.

BEAUCHAMP, R.D.; EVERS, B.M.; MATTOX, K.L.; SABISTON, C.M. **Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna**. 19. ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

14. A – A síndrome de Ogilvie, embora apresente uma mortalidade alta, na grande maioria dos casos não é decorrente propriamente da pseudo-obstrução intestinal, e sim da condição clínica que a desencadeou. Trata-se de doença rara e não apresenta predisposição relacionada à raça. É mais comum em idoso do sexo masculino e possui maior prevalência em pacientes graves, com traumas, sepses e pós-operatório.

OGILVIE, H. Large-Intestine Colic Due to Sympathetic Deprivation. A New Clinical Syndrome. **British Medical Journal**, v. 2, n. 4579, 1948.

SAUNDERS, M. D. Acute colonic pseudo-obstruction. **Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology**, v. 21, n. 4, p. 671–687, ago. 2007.

VANEK, V. W.; AL-SALTI, M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) - An analysis of 400 cases. **Diseases of the Colon & Rectum**, v. 29, n. 3, p. 203–210, mar. 1986.

GRASSI, R.; CAPPABIANCA, S.; PORTO, A.; et al. **Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature and report of 6 additional cases - PubMed**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15883521/>>. Acesso em: 26 jul. 2022.

15. D – Corpos estranhos no terço superior do esôfago devem ser retirados de forma endoscópica imediata ou de urgência, devido às inúmeras complicações graves possíveis como necrose de parede, perfuração e mediastinite. A retirada cirúrgica está indicada na vigência de complicações já

descritas. Corpos estranhos no 1/3 superior do esôfago, como baterias, causam reação química na parede do órgão que o expõe à necrose e à perfuração. As complicações possíveis são muito mórbidas e, por isso, estes corpos estranhos devem ser retirados o mais rápido possível por endoscopia. O uso de procinéticos e bloqueadores H2 são proscritos.

ARONBERG, R. M. et al. Esophageal perforation caused by edible foreign bodies: A systematic review of the literature. **Laryngoscope**, v. 125, n. 2, 2015.

ASHRAF, O. Foreign body in the esophagus: a review. **São Paulo Medical Journal**, v. 124, n. 6, p. 346–349, nov. 2006.

MARQUES, M. P. C. et al. Manipulação do corpo estranho de esôfago: revisão de 5 anos. **Rev Bras Otor**. v. 63, n. 5, p. 479-484, 1997.

16. B – Pacientes com história de tromboembolismo apresentam fatores de risco importantes para abdome agudo vascular. O quadro não é típico de abdome agudo obstrutivo e epigastralgia não é comum. Abdome agudo inflamatório cursa com progressividade de dor. O quadro de abdome agudo hemorrágico tende a se dar abruptamente.

TOWNSEND, C. B. D. **SABISTON - Tratado de Cirurgia**. 19. ed. [s.l.]. Ed. Guanabara Koogan, 2014. v. 2

17. C – Pacientes com ferimento penetrante em abdome que apresentam instabilidade hemodinâmica não necessitam ser submetidos à radiografia de tórax (ATLS pág. 89). Podem, entretanto, ser submetidos a FAST (Focused Assesment with Sonography for Trauma) para confirmação de hemoperitônio, lembrando que o método também é capaz de identificar pneumotórax e tamponamento cardíaco. Tomografias computadorizadas devem ser realizadas em pacientes estáveis hemodinamicamente, e a realização de radiografia contrastada de abdome é um despropósito, pois demanda muito tempo e inúmeras radiografias.

MATTOX, K. L.; MOORE, E. E.; FELICIANO, D. V. **Trauma**. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **ATLS**. 10th ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

18. B – Trata-se de uma paciente com lesão raquimedular caracterizada por uma síndrome de hemisseção medular (síndrome de Brown-Séguar). A interrupção das vias motoras descendentes de um lado da medula espinhal causa paresia ipsilateral abaixo do nível da lesão, sendo acompanhada por hiperreflexia e sinal de Babinski do mesmo lado. Ao mesmo tempo, a interrupção das vias do funículo posterior de um lado da medula espinhal causa perda ipsilateral da sensibilidade vibratória. As sensibilidades à dor e à temperatura estão preservadas no lado da lesão, pois as fibras que transmitem essas modalidades já cruzaram para o outro lado para ascender pelo trato espinotalâmico lateral; portanto, as sensibilidades térmica e dolorosa ficam suprimidas contralateralmente. A sensação de aperto, como se houvesse uma faixa apertada na altura do umbigo, sinaliza uma topografia em T10 (torácica baixa). Lesões medulares cervicais altas representam risco de morte, pois envolvem tetraparesia com depressão respiratória grave. Lesões pontinas podem cursar com hemiparesia e termoanestesia

contralaterais com envolvimento ipsilateral de nervos cranianos, como o nervo abducente e o nervo facial. Lesões no córtex cerebral somatossensitivo à esquerda originariam uma hemi-hipoestesia à direita, não associada à hemiparesia.

RENGACHARY, S. S.; COLEN, C.; GUTHIKONDA, M. Charles-Edouard Brown-Sequard: an eccentric genius. **Neurosurgery**. v. 62, p. 954-964, 2008.

BAEHR, M.; FROTSCHER, M. **Duus Diagnóstico Topográfico em Neurologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Di Livros, 2015.

19. C – A presença de linfonodo de Rudolf Virchow - linfonodo palpável supraclavicular esquerdo - é um dos sinais de câncer gástrico metastático. Os demais achados ao exame físico não significam necessariamente a ocorrência de metástases.

SAUNDERS, M. D. Acute colonic pseudo-obstruction. **Best Practice and Research in Clinical Gastroenterology**, v. 21, n. 4, p. 671–687, ago. 2007.

20. A – Nos pacientes com cálculo ureteral obstrutivo e infecção urinária, deve-se iniciar antibiótico e prover a derivação urinária com cateter duplo J, preferencialmente, nas primeiras 24 horas. Métodos de fragmentação do cálculo devem ser adiados para após término do tratamento antibiótico. A LECO não é indicada para cálculos de ureter inferior e com ITU. Nefrolitotripsia percutânea também não está indicada para cálculos de ureter inferior.

WEIN, A. J. et al. **Urologia - Campbell-Walsh**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. v. 2

21. C – É possível e desejável a implementação de cuidados paliativos exclusivos mesmo dentro de um CTI. Não necessariamente há indicação de procedimentos invasivos apenas porque o paciente está no CTI. A intubação orotraqueal, numa condição clínica irreversível (neoplasia avançada), não modifica a história natural da doença, mas aumenta o período de sofrimento, podendo ser considerada medida fútil. É possível a sedação paliativa. A intubação é dispensável. A síndrome da veia cava superior determina distúrbio hemodinâmico muito mais importante e urgente que o derrame pleural, que é secundário. Ademais, a drenagem de tórax é um procedimento invasivo e doloroso, que poderia ser substituído por toracocentese de alívio (sem colocação de dreno). A colocação de stent é possível no tratamento da síndrome da veia cava superior, no entanto, é pouco disponível e discutível numa paciente de 84 anos, por não aumentar significativamente a sobrevida. Neste contexto pode ser considerada medida fútil.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e a tomada de decisões: entre a clínica e a saúde pública. In: **Bioética para profissionais de saúde**. [s.l.: s.n.].

CASTILHO, R. K.; SILVA, V. C. S. DA; PINTO, C. DA S. **Manual de Cuidados Paliativos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

22. B – Quando há forte suspeita de lesão inalatória, a intubação orotraqueal deve ser a primeira conduta pelo risco de edema de glote e dificuldade de intubação. Suspeita de lesão inalatória: queimadura em ambiente fechado com acometimento da face, presença de rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, dispneia, queimadura das vibrissas, insuficiência respiratória. Indique

intubação orotraqueal quando: a escala de coma Glasgow for menor do que 8; a PaO₂ for menor do que 60; a PaCO₂ for maior do que 55 na gasometria; a dessaturação for menor do que 90 na oximetria; houver edema importante de face e orofaringe.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

23. B – A remoção das paratireoides é uma complicação da tireoidectomia, que leva a quadro de hipocalcemia com consequente efeito de facilitação da atividade neuronal, resultando em parestesias e tetania de músculos, principalmente na face e nas mãos. A lesão do nervo laríngeo recorrente é uma complicação que prejudica a função de cordas vocais, mas não tem efeito na sensibilidade. O hipoparatiroidismo pode levar a um quadro de hiperfosfatemia e não a um quadro de hipofosfatemia; e a redução do fosfato não dá os sinais e sintomas apresentados. O excesso de hormônio tireoidiano poderia levar a tremores e não a parestesia e tetania.

LALWANI, A. K. **CURRENT. Otorrinolaringologia: Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Diagnóstico e Tratamento**. 2. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill/Artmed, 2013.

24. A – A estase alimentar favorece a inflamação da mucosa esofágica onde são liberados fatores de crescimento que desencadeiam multiplicação celular. A perda no controle dessa multiplicação celular pode desencadear neoplasias malignas da mucosa, chamadas de carcinomas. Hiperplasias são alterações reversíveis. O megaesôfago apresentado é um megaesôfago chagásico crônico com inflamação crônica e não aguda. A hipertrofia dos ácinos das glândulas salivares, com consequente diminuição da densidade acinar, não são lesões displásicas e não apresentam grau de malignidade.

BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. 2038p.

BERTOLDO, B. B. et al. Lingual salivary gland hypertrophy and decreased acinar density in chagasic patients without megaesophagus. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo**, v. 61, 2019.

MAYUMI, K.; DE, O. O perfil dos portadores de doença de Chagas, com ênfase na forma digestiva, em hospital terciário de Ribeirão Preto, SP. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 38, 1 ago. 2005.

ALBUQUERQUE S, L. R. R. A. A. S. MA. Estudo morfométrico das glândulas salivares linguais de von Ebner de camundongos infectados com a cepa RAL de Trypanosoma cruzi, em função do sexo. **Investigação**, v. 7, p. 61–67, 2007.

25. B – Paciente com achado de nódulo pulmonar incidental após COVID-19, tosse crônica, de alto risco clínico para neoplasia (tabagista 50 anos/maço, > 35 anos, sintomático), com morfologia do nódulo pulmonar com característica maligna (> 8 mm, lobo superior, espiculado, não calcificado e sólido). A conduta indicada é a amostragem de tecido por biópsia ou realização de PET/CT, podendo considerar nova tomografia de tórax em três meses. A ressonância magnética de tórax, a cintilografia pulmonar e angiotomografia de tórax não são indicadas nem para avaliar nódulo pulmonar nem para seguimento.

MACMAHON, H. et al. **Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: From the Fleischner**

Society 2017. Radiology, Chicago, Volume 284, Número 1 (p.228-243), julho, 2017.

26. A – A psoríase é uma doença dermatológica crônica, caracterizada por lesões eritemato escamosas e placas (lesões sólidas com relevo palpáveis, elevadas, maiores que 0,5-1 cm de diâmetro) confluentes branco-acinzentadas ou prateadas, que podem estar em todas as áreas do corpo, mas são encontradas mais comumente no couro cabeludo e em áreas flexoras, como joelhos e cotovelos. Uma manobra clínica muito útil para o diagnóstico de psoríase é a curetagem metódica de Brocq, a partir da qual surge o sinal da vela. Na dermatite seborreica, as lesões eritemato descamativas pruriginosas surgem no couro cabeludo (“caspa”). Nos casos mais graves, surgem placas com crostas amareladas, ao longo do risco do penteado, por detrás das orelhas, sobre as sobrancelhas, nas dobras de pele de cada lado do nariz e no tórax. Na pitiríase versicolor, a doença se manifesta por manchas (lesões sem relevo, não palpáveis e com mais de 0,5-1,0 cm de diâmetro) claras, acastanhadas ou avermelhadas que se iniciam pequenas, mas podem se unir formando manchas maiores. As lesões são recobertas por fina descamação que, às vezes, só é percebida quando se estica a pele (sinal de Zileri). O diagnóstico é obtido através do exame direto do raspado da lesão, clarificado pelo hidróxido de potássio, no qual são observados grupos de esporos entrelaçados por pequenos micélios septados. Com a lâmpada de Wood, as lesões mostram cor amarelo-ouro. A pitiríase rósea é composta por pápulas (lesões sólidas com relevo palpáveis, elevadas, menores que 0,5-1 cm) descamativas que se manifestam, principalmente, no tronco e na parte proximal dos membros.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 2388p.

27. C – A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença progressiva, que nos estágios avançados pode levar à hipoxemia crônica. A indicação da oxigenioterapia domiciliar se baseia, principalmente, na gasometria arterial, sendo necessária a pO₂ menor ou igual a 55mmHg para indicação de oxigênio domiciliar no plano terapêutico. Apesar de, no DPOC GOLD IV, poder haver hipercapnia, o valor da pCO₂ não influencia na decisão da indicação de oxigenioterapia domiciliar.

SINGH, Dave; et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the gold science committee report 2019. **European Respiratory Journal**, [S.L.], v. 53, n. 5, p. 1900164, 7 mar. 2019. European Respiratory Society (ERS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00164-2019>. Acesso em 08 set. 2022.

VESTBO, Jørgen; et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, [S.L.], v. 187, n. 4, p. 347-365, 15 fev. 2013. American Thoracic Society. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1164/rccm.201204-0596pp>. Acesso em 08 set. 2022.

28. D – Paciente adulto jovem, com exposição à inalação de sílica livre cristalina que se manifesta após longo período de exposição, habitualmente superior a dez anos, caracterizada por fibrose progressiva do parênquima pulmonar devido à

ocupação de risco. A tomografia de tórax de alta resolução é mais sensível que tomografia de tórax e radiografia, podendo o diagnóstico ser confirmado pela biópsia pulmonar. A espirometria, a pletismografia, o teste de esforço cardiopulmonar ou ergoespirometria, a difusão de monóxido de carbono (DLCO) e a gasometria arterial são testes de função pulmonar não diagnósticos, mas ajudam a monitorar a doença.

KREFFT, Silpa; WOLFF, Jenna; ROSE, Cecile. Silicosis: an update and guide for clinicians. **Clinics In Chest Medicine**, [S.L.], v. 41, n. 4, p. 709-722, dez. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2020.08.012>. Acesso em 08 set. 2022.

29. A – Paciente apresenta quadro de encefalopatia hipertensiva, por isso deve ser reduzida a pressão arterial de forma gradativa e controlada, necessitando de droga de início de ação rápido e meia vida curta, para melhor titulação. Com isso, temos o nitroprussiato de sódio como medicação de escolha. Captopril e nifedipino são medicações que não apresentam as características necessárias, início de ação longo, além de não ser possível a titulação. Diazepam deve ser usado em situações de grande estímulo adrenérgico por influência de um estado emocional, o que não é o caso descrito.

Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo 2021; 116(3):516-658. Disponível em <https://abccardiol.org>. Acesso em 08 set. 2022.

30. D – Os fatores de risco (idade, diabetes, hipertensão) associados aos sinais e sintomas apresentados nos remetem ao diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC), no momento, descompensada. A identificação da causa da descompensação da IC é fundamental no planejamento terapêutico, pois esta causa pode ser potencialmente reversível. Considerando que esteja havendo o tratamento adequado de fatores de risco e comorbidades, entre as causas mais frequentes de descompensação da IC estão as infecções, síndromes coronarianas agudas e arritmias. No estudo OPTIMIZE-HF, 61% dos participantes tinham um fator clínico precipitante identificável, e os mais comuns foram processos pulmonares (15%), isquemia miocárdica (15%) e arritmias (14%). A taquicardia descompensa o quadro de IC por quatro mecanismos: redução do débito cardíaco por comprometimento do enchimento ventricular; aumento do consumo miocárdico de oxigênio; diminuição da perfusão coronariana pela redução da diástole; comprometimento da eficiência de contração e relaxamento ventricular. A radiografia do tórax é exame indicado para os pacientes que se apresentam com queixa de dispneia. No estudo ADHERE, 80% dos pacientes internados com dispneia e submetidos a este exame apresentaram evidências de congestão pulmonar. O eletrocardiograma (ECG) é exame para ser realizado em todo paciente que se apresente com IC. Além de determinar o ritmo (20-30% destes pacientes estão em fibrilação atrial), é preciso buscar sinais de isquemia miocárdica, uma vez que a elevação de troponina é comum na descompensação da IC, independentemente da causa, não sendo indicador preciso de isquemia nestes quadros. Em indivíduos com função cardíaca normal, as variações hemodinâmicas, consequências da taquicardia, são, na maioria das vezes, bem toleradas. No paciente em questão, não foi notado imagem radiológica

sugestiva de infecção, além de hemograma inocente, que pudesse corroborar a descompensação cardíaca infecciosa. O ECG foi inocente para alterações isquêmicas. Discretas elevações glicêmicas não estão entre as causas comuns de IC aguda.

CANESIN, M. F. et al. Characteristics, Treatments, and Outcomes of Patients With Preserved Systolic Function Hospitalized for Heart Failure. **Journal of the American College of Cardiology**, [S.L.], v. 50, n. 8, p. 768-777, ago. 2007. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2007.04.064>. Acesso em 08 set. 2022.

YANCY, Clyde W.; FONAROW, Gregg C.. Quality of care and outcomes in acute decompensated heart failure: the adhere registry. **Current Heart Failure Reports**, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 121-128, set. 2004. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11897-004-0021-8>. Acesso em 08 set. 2022.

31. B – A doença vaso espástica representa de 30% a 40% das causas de angina de esforço, sendo mais frequente nas mulheres. Apresenta dor típica aos esforços, portanto, deve ser valorizada e tratada como doença cardíaca. Baixo fluxo ocorre em situações de hipotensão arterial acentuada e anemia grave, não presentes nesse caso clínico. Isquemia tipo B representa paciente com angina por placas estáveis, intensificadas por situações sistêmicas como sepse, taquiarritmia ou hipertireoidismo.

CESAR, LA, FERREIRA, JF, ARMAGANIJAN, GOWDAK, LH, MANSUR, AP, BODANESE, LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arq Bras Cardiol** 2014; 103(2Supl.2): 1-59.

32. A – Paciente com 75 anos hipertenso, obeso, aumenta risco de ocorrência de arritmias cardíacas como a fibrilação atrial. Achados da anamnese e exame físico corroboram essa hipótese (pulso irregular, taquicardia com dissociação pulso/precordial e foneses de bulhas variável na ausculta cardíaca). Ritmo irregular taquicárdico na ausculta e palpação de pulsos não favorecem a sugestão de taquicardia sinusal. A fibrilação ventricular é uma arritmia que cursa com ausência de pulsos, de PA e é incompatível com quadro descrito. A taquicardia ventricular é hipótese plausível, mas sua investigação seria via estudo eletrofisiológico.

HINDRICKS, Gerhard; et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). **European Heart Journal**, [S.L.], v. 42, n. 5, p. 373-498, 29 ago. 2020. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612> Acesso em 08 set. 2022.

CRAWFORD, Michael H; et al. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography. **Journal of the American College of Cardiology**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 912-948, set. 1999. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0735-1097\(99\)00354-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0735-1097(99)00354-x). Acesso em 08 set. 2022.

ZIMETBAUM, Peter J.. The Evolving Role of Ambulatory Arrhythmia Monitoring in General Clinical Practice. **Annals of Internal Medicine**, [S.L.], v. 130, n. 10, p. 848, 18 maio 1999. American College of Physicians. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00020>. Acesso em 08 set. 2022.

33. B – Paciente adulto jovem, com quadro clínico-laboratorial típico de púrpura trombocitopênica imunológica (PTI): sangramento cutaneomucoso sugestivo de comprometimento

da fase primária da hemostasia, secundário à plaquetopenia; sem sintomas associados, como febre, mialgia, cefaleia, etc; sem outras alterações relevantes ao exame físico, como a presença de linfadenomegalias e/ou visceromegalias; hemograma com plaquetopenia grave, mas sem qualquer alteração nas demais séries – sem anemia e com leucograma normal; coagulograma normal. Por não apresentar sangramento grave, com risco iminente de morte, a indicação é realizar propeidética para afastar causas secundárias de plaquetopenia, como presença de outras doenças autoimunes, HIV, hepatites, hiperesplenismo, etc, e iniciar tratamento com corticoterapia em dose alta, repetindo o hemograma em 12 a 24 horas. Em quadros típicos de PTI, não há necessidade de hospitalização e nem indicação de realizar mielograma ou biópsia de medula óssea, sendo que esses exames devem ser realizados somente se a paciente não responder ao tratamento, para diagnóstico diferencial. Como a paciente está hemodinamicamente estável e sem sangramento que comprometa a vida, está contraindicada a transfusão de concentrado de plaquetas – a plaquetopenia se dá por destruição autoimune, periférica, sendo que as plaquetas transfundidas serão destruídas da mesma forma. Paciente não apresenta alterações de coagulograma / fase secundária da hemostasia e, portanto, não há qualquer indicação para transfusão de plasma fresco congelado. A esplenectomia não deve ser realizada antes de um ano de diagnóstico e considerada como segunda ou terceira linha de tratamento da PTI.

ZAGO, Marco Antônio, FALCÃO, Roberto Passetto, PASQUINI, Ricardo. **Tratado de Hematologia**. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2013. 605p.

LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2016. 1v. 1363p.

ONISĂI, Minodora; et al. Idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) – new era for an old disease. **Romanian Journal of Internal Medicine**, [S.L.], v. 57, n. 4, p. 273-283, 1 dez. 2019. Walter de Gruyter GmbH. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2478/rjim-2019-0014>. Acesso em 08 set. 2022.

34. D – A presença de balanços hídricos positivos nos últimos dias, juntamente com a piora da hiponatremia, sugerem síndrome de secreção inapropriada do ADH. O tratamento deve ser a restrição hídrica e diurécoterapia, objetivando negatização do balanço hídrico. A administração de líquidos, seja com salina isotônica ou hipertônica, está contraindicada nesse caso. A desmopressina é um antagonista direto da ação do ADH, que nesse caso não é o causador da hiponatremia e sim a consequência.

JOHNSON, Richard J., FEEHALLY, John, FLOEGE, Jurgen, TONELLI, Marcello. **Comprehensive Clinical Nephrology** (6th Edition). Edinburgh: Elsevier, 2018.

PORCAR, M.J. Broch; et al. Documento práctico del manejo de la hiponatremia en pacientes críticos. **Medicina Intensiva**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 302-316, jun. 2019. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.002>. Acesso em 08 set. 2022.

35. C – Trata-se de um paciente portador de SIDA, com quadro compatível com pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. A resposta imune do hospedeiro durante a pneumocistose envolve interações entre linfócitos T CD4, linfócitos T CD8, neutrófilos, macrófagos alveolares e mediadores solúveis. As células epiteliais e os macrófagos liberam IL-8 para

recrutar neutrófilos. Essas células de defesa contribuirão para a erradicação da infecção, entretanto, também lesam o parênquima pulmonar por meio da liberação de proteases e espécies reativas de oxigênio (EROs). A interação com proteínas da matriz extracelular, especialmente fibronectina e vitronectina, facilitam a ligação do fungo às células epiteliais. O microrganismo desencadeia uma resposta de padrão celular.

TASAKA S, TOKUDA H. **Recent advances in the diagnosis of Pneumocystis jirovecii pneumonia in HIV infected adults**. Expert Opinion on Medical Diagnostics. 2012; 7(1): 85–97.

CARMONA EM, LIMPERAH. **Update on the diagnosis and treatment of Pneumocystis pneumonia**. Therapeutic Advances in Respiratory Disease. 2010; 5(1):41–59.

TASAKAS. **Pneumocystis Pneumonia in Human Immunodeficiency Virus – infected Adults and Adolescents: Current Concepts and Future Directions**. Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine [Internet]. 2015; 9s1:CCRPM.S23324.

36. A – A doença celíaca cursa com uma reação inflamatória intensa que resulta na destruição das vilosidades absorptivas do intestino delgado. É causada por uma resposta imune anormal dos linfócitos T à alfa-gliadina ingerida. Possuem níveis altos de anticorpos contra vários antígenos, inclusive a transglutaminase. Os pacientes geralmente compartilham o alelo HLA-DQ2 ou HLA-DQ8 do MHC II.

CABANILLAS, Beatriz. Gluten-related disorders: celiac disease, wheat allergy, and nonceliac gluten sensitivity. **Critical Reviews In Food Science And Nutrition**, [S.L.], v. 60, n. 15, p. 2606-2621, 12 ago. 2019. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10408398.2019.1651689>. Acesso em 08 set. 2022.

RUBIN, Joshua Elliott; CROWE, Sheila E.. Celiac Disease. **Annals Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 172, n. 1, p. 1-28, 7 jan. 2020. American College of Physicians. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7326/aic202001070>. Acesso em 08 set. 2022.

37. C – Frequentemente a causa da hiperferritinemia é secundária a doenças inflamatórias sistêmicas ou doenças metabólicas, como a esteatohepatite não alcoólica. Nesses casos, não há verdadeira sobrecarga de ferro e a conduta é o controle dos fatores que estão levando à doença metabólica. Como, geralmente, não há verdadeira sobrecarga de ferro, a sangria não está indicada nesses pacientes. Se a hiperferritinemia for maior que 1.000 ng/ml, sugere-se investigação de sobrecarga de ferro com quantificação de ferro hepático por ressonância nuclear magnética. Se presente, as sangrias estão indicadas. O uso de quelantes orais de ferro está indicado apenas para pacientes com sobrecarga real do metal e que apresentem contraindicação para realização de sangrias.

CULLIS, Jonathan O. et al. Investigation and management of a raised serum ferritin. **British Journal of Haematology**, v. 181, n. 3, p. 331-340, 2018.

38. D – Autoanticorpos circulantes, como o FAN, podem ser encontrados em pessoas hígdas, principalmente quando em baixos títulos. O padrão nuclear pontilhado fino denso, mesmo quando em altos títulos, sugere autoanticorpos sem contexto clínico específico, que frequentemente estão presentes em

indivíduos hígidos ou com condições clínicas não relacionadas à autoimunidade. A frequência de positividade de FAN em indivíduos hígidos pode variar de 13% a 33%, dependendo da técnica. Outros padrões como nuclear pontilhado grosso e o nuclear homogêneo guardam associação mais estreita com condições autoimunes. O teste de FAN e mesmo os autoanticorpos específicos não fazem diagnóstico por si, necessitando de contrapartida clínica coerente.

No caso em questão, a paciente, há apenas 30 dias, começou a apresentar lesões papulares em dorso, inespecíficas, sem nenhuma outra manifestação sistêmica e sem outras anormalidades laboratoriais. Apesar de a paciente relatar que a mãe apresentou “reumatismo” na infância, esse quadro pode se tratar apenas de dores articulares inespecíficas ou mesmo antiestreptolisina O positivo, que eram referidos como reumatismo no passado.

CARVALHO, Marco Antonio P. et al. **Reumatologia: diagnóstico e tratamento**. 5.ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

39. A – Presença de anúria súbita e bexigoma ao exame físico são achados típicos de insuficiência renal aguda (IRA) pós-renal. O paciente em questão apresenta risco para tal (hiperplasia prostática benigna). Nesse contexto deve-se imediatamente proceder à desobstrução da via urinária por cateter vesical. O caso em questão não se refere a IRA pré-renal (paciente encontra-se hidratado, normotenso). A reposição volêmica vigorosa nos casos de IRA pós-renal, antes da desobstrução, pode piorar ainda mais o quadro. A indicação de terapia renal substitutiva por uremia deve-se a sintomas e sinais tais como pericardite, rebaixamento do nível de consciência e hemorragia digestiva, e não por valores numéricos de ureia. Diuréticos como a furosemida são alternativas para a hiperpotassemia, mas não a espironolactona, pois ela é um diurético poupador de potássio.

RIELLA, Miguel Carlos. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 6 ed; 2018. Capítulo 19.

40. D – O uso de estrogênio por pacientes transgêneros femininos pode aumentar os níveis de triglicérides (TG) e, nos pacientes transgêneros masculinos, o uso de testosterona pode aumentar os níveis de LDL e TG, com redução do HDL, porém a necessidade do uso de medicamentos para a prevenção de eventos tromboembólicos e cardiovasculares não foi demonstrada.

MARAKA S, OSPINA NS, RODRIGUES-GUTIERREZ R, et al. **Sex Steroids and Cardiovascular Outcomes in Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis**. *J Clin Endocrinol Metab*, November 2017, 102(11):3914–3923.

41. C – A associação de roncos e sonolência diurna em um obeso é altamente sugestiva de síndrome da apneia e hipopneia obstrutiva do sono. Há alta probabilidade de transtorno comportamental do sono REM, extremamente comum em pacientes com diagnóstico de Parkinson. Pesadelo é uma parassonia do sono REM, em geral primária, que não produz movimentos do corpo (os pacientes ficam em atonia

durante os pesadelos). Sonambulismo é uma parassonia do sono não REM, que não está presente no caso e nada tem a ver com o sono diurno e com os roncos, nesse contexto.

SATEIA, Michael. *International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications*. Chest, Glenview (Illinois), 146 (5), 1387-1394, november / 2014.

42. C – Há indicação para questionamento sobre ideação, planejamento ou tentativas prévias de suicídio sempre que houver sintomas depressivos. Falar sobre suicídio não aumenta o risco e pode aliviar a angústia e a tensão que esses pensamentos trazem. É fundamental a avaliação dos fatores de risco e de proteção para o suicídio. Devemos encaminhar a paciente para o serviço de psiquiatria para avaliação, conduta e, se necessário, internação, no caso de alto risco de suicídio (a pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo prontamente, já tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto a uma nova tentativa terapêutica). Todas as normas que tratam do assunto em questão garantem a autonomia como um direito à vida e não sobre a vida e, assim sendo, na iminência de morte ou na tentativa de suicídio, a pessoa já não pode dispor da sua autonomia. A autonomia é para viver e não para morrer, portanto, não é um direito absoluto. Evidências mostram a maior eficácia da combinação do uso de antidepressivos com terapia cognitivo-comportamental, em comparação à psicoterapia isoladamente, ficando indicada como único tratamento em quadros depressivos leves.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

43. D – No DM tipo 2, como a doença diabética se instala de forma assintomática por muitos anos, é difícil definir com precisão quando a hiperglicemia começou, portanto, o rastreamento da retinopatia deve ser feito desde o momento do diagnóstico.

DUH, Elia J.; SUN, Jennifer K.; STITT, Alan W.. Diabetic retinopathy: current understanding, mechanisms, and treatment strategies. *Jci Insight*, [S.L.], v. 2, n. 14, p. 1-13, 20 jul. 2017. American Society for Clinical Investigation. <http://dx.doi.org/10.1172/jci.insight.93751>.

MANSOUR, Sam e; BROWNING, David J; WONG, Keye; FLYNN JUNIOR, Harry W; BHAVSAR, Abdhish R. The Evolving Treatment of Diabetic Retinopathy. *Clinical Ophthalmology*, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 653-678, mar. 2020. Informa UK Limited.

44. A – A tireotoxicose é uma situação clínica na qual há excesso de hormônios tireoidianos na circulação sanguínea. Pode ser causada por hipertireoidismo (doença de Graves, bóciós tóxicos ou nodulares), por destruição dos folículos tireoidianos na tireoidite subaguda e por uso de hormônios tireoidianos. Por se tratar de uma crise tireotóxica secundária a uma tireoidite

subaguda ou tireodite de *Quervain*, o tratamento envolve o uso de anti-inflamatórios e controle da frequência cardíaca com betabloqueadores. Tapazol, assim como o iodo radioativo e a tireoidectomia, são utilizados no tratamento do hipertireoidismo por doença de Graves e dos bócios nodulares tóxicos.

COOPER, David S.; LADENSOL, Paul W. The Thyroid Gland. In: David G. Gardner, Dolores M. Shoback. **Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology**. 10 ed. McGraw-Hill Education. 2018. p. 171-237.

FREITAS, Maria da Conceição; TORRES, Maria Roseneide; NOBREGA, Marta Barreto M.; RAMOS, Alberto José S. Tireoidites – diagnóstico e tratamento. In: Lucio Villar (editor responsável). **Endocrinologia Clínica**. 6 ed. Guanabara Koogan. 2016. p. 610-633

45. A – A presença de anemia, constatada pela queda da hemoglobina, associada aos valores baixos de ferro e altos de ferritina, leva ao diagnóstico de anemia de doença crônica. No caso, o paciente apresenta doença inflamatória ativa. A ferritina alta afasta o diagnóstico de anemia ferropriva, por suposta perda gastrointestinal. A aplasia medular não se comporta com aumento reacional de plaquetas e sim com pancitopenia. O VCM normal afasta o diagnóstico de anemia megaloblástica por deficiência de ácido fólico, assim como a ausência de outras citopenias.

LORENZI, Therezinha F. **Manual de hematologia: propedêutica e clínica** 4. ed. Rio De Janeiro: MEDSI:Guanabara Koogan, c2006. 710 p. LOPES, Antônio Carlos. **Tratado de Clínica Médica**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2016. 1v. 1368p.

46. D – O megacólon tóxico é complicação aguda e grave da RCUI. É definido por distensão abdominal aguda, principalmente à custa do cólon transversal (que tem diâmetro maior que 6 cm) associado a sinais sistêmicos de toxemia. A tomografia de abdome complementa a radiografia na avaliação da distensão de abdome e, também, define sinais de perfuração e coleção intra-abdominal que podem direcionar para tratamento cirúrgico precoce e melhorar o prognóstico desses pacientes. A colonoscopia está contraindicada nessa fase devido ao risco de perfuração do cólon. O megacólon tóxico é uma complicação mais frequente em RCUI do que na Doença de Crohn.

DESAI, Jiten et al. Toxic megacolon: background, pathophysiology, management challenges and solutions. **Clinical and experimental gastroenterology**, v. 13, p. 203, 2020.

47. B – A bactéria *Clostridium difficile* faz parte da microbiota em indivíduos saudáveis. Pode se tornar patogênica e causar a colite pseudomembranosa, principalmente, após o uso de antibióticos. A manifestação clínica é a diarreia, com característica de diarreia aquosa e inflamatória. O diagnóstico é feito a partir da suspeita clínica e da detecção das toxinas A e B do *Clostridium* nas fezes. Esse exame tem sensibilidade que varia de 60-90%, mas especificidade alta, podendo chegar a 99%.

COHEN, S. H., Gerding D. N., JOHNSON S. et al. Clinical practice guidelines for clostridium difficile infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Disease Society of America (IDSA). **Infective control Hosp Epidemiol** 2010; 31:431.

48. B – As áreas com maior percentual de osso trabecular são mais susceptíveis a fraturas relacionadas à osteoporose no idoso, como antebraço distal, corpo vertebral e área de Ward, localizada no fêmur proximal. A diáfise e os trocânteres maior e menor são áreas com elevado percentual de osso cortical.

SUYASA, I Ketut. Orthopaedic complications of falls in elderly patients: a brief review. **Bali Medical Journal**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 700-718, 1 ago. 2019. DiscoverSys.

49. C – Trata-se de tricomoníase vaginal, devendo-se tratar a paciente e seu parceiro, pois a infecção é uma IST. O metronidazol gel é muito menos eficaz do que tratamento oral. Clindamicina é indicada para tratamento de vaginose bacteriana. Já o fluconazol é indicado para candidíase.

CAMARGOS, A. F et al. **Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas**. 3ª. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2016. 737-46 p.

50. C – Dentre as opções, a única que poderia justificar o sangramento é o mioma submucoso. O pólipos endocervical pode causar sangramento intermenstrual leve e/ou sangramento durante a relação sexual. A doença inflamatória pélvica é causa comum de dor pélvica, corrimento vaginal e infertilidade, diferente do quadro clínico descrito. Por fim, cisto de ovário roto resulta em quadro de dor pélvica aguda, também sem relação com aumento de fluxo menstrual.

CRISPI C. **Tratado de Videoendoscopia e Cirurgia Minimamente Invasiva em Ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

SOGIMIG. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia**. 5. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

51. D – **Mulheres HIV positivas com diagnóstico citológico de ASC-US** têm maior risco de possuírem lesão intraepitelial, especialmente se possuírem alta carga viral ou baixa contagem de células CD4+. O Ministério da Saúde orienta que se deva colher o preventivo de câncer do colo uterino, nessas mulheres, a partir do início da atividade sexual em intervalos semestrais e, após um ano, caso não sejam evidenciadas lesões, repetir-se a coleta anualmente. Nas imunossuprimidas, a coleta deve ser mantida em regime semestral. No caso de resultado de “Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas – (ASC-US)”, pacientes desse grupo devem ser encaminhadas à colposcopia. Caso não se evidencie lesão, deve-se repetir o exame semestralmente, por um ano, até dois resultados negativos. **No caso de pacientes HIV negativas e sem sinais de imunossupressão, as condutas diante de um resultado de ASC-US variam de acordo com a idade. Mulheres com até 24 anos:** Repetir a citologia em três anos. Caso os resultados subsequentes sejam mantidos, deve-se continuar realizando a coleta trienal. Caso haja um resultado normal, deve-se reiniciar o rastreamento aos 25 anos. **Mulheres com menos de 30 anos:** deve-se repetir o exame em um ano. **Mulheres com 30 anos ou mais:** Repetir a citologia semestralmente. Se dois exames citopatológicos subsequentes com intervalo de seis (no caso de mulheres com 30 anos ou mais) ou 12 meses (no caso de mulheres com menos de 30 anos) forem negativos, a mulher deverá retornar à

rotina de rastreamento citológico trienal; porém, se o resultado de alguma citologia de repetição for igual ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a mulher deverá ser encaminhada à unidade de referência para colposcopia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

52. A – No período da perimenopausa, é frequente a disfunção térmica central levando à sensação de calor na face e tórax, associada à ruborização da pele e seguida de sudorese profusa. É o sintoma conhecido por fogacho. Ocorre uma vasodilatação periférica e não uma vasoconstrição. Neste período, devido à falência ovariana, há uma secreção diminuída de estradiol, não havendo o retrocontrole negativo sobre a hipófise, o que eleva a secreção de FSH. A secreção de LH também está aumentada, mas não está relacionada aos fogachos.

CAMARGOS, A. F et al. **Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências Científicas**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 3ª Edição, 2016.

Ezequiel, D. G. A. et al. **Manual de Endocrinologia Ginecológica**. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 1ª Edição, 2019.

53. B – As diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil recomendam o rastreamento mamográfico bianual para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. O resultado categoria BI-RADS® 0 na mamografia de rastreamento significa que o exame detectou uma alteração que precisa ser estudada para definir o grau de suspeição. A categoria BI-RADS® 0 representa a necessidade de uma “avaliação adicional”, que pode ser feita: com a própria mamografia, utilizando incidências complementares e manobras; através de outro exame, como a ultrassonografia com a comparação de exames realizados nos últimos 3 anos, caso a paciente os tenha, para comprovar estabilidade de um achado. A categoria de BI-RADS® 1 descreve a mamografia sem achados alterados; já a categoria 2, indica achados benignos; ambas orientam o seguimento do rastreamento bianual.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

MIGOWSKI, A. et al. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias**. Cad. Saúde Pública, v. 34, n. 6, e00074817, 2018. DOI 10.1590/0102-311X00074817

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY; COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA. **Atlas BI-RADS® do ACR: Sistema de Laudos e Registro de Dados de Imagem da Mama**. 5. ed. São Paulo: CBR, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Parâmetros técnicos para rastreamento do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

54. A – A grande maioria dos casos de infecção puerperal é composta por endometrite, com ou sem o acometimento

do miométrio. O tratamento, nesses casos, considerando-se a realização de parto cesáreo, é de antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, com associação de duas ou três drogas. O esquema de antibiótico pela via oral pode ser utilizado em casos de endometrite pós-parto vaginal, quando restrita ao útero e sem comprometimento sistêmico. A curetagem associada à antibioticoterapia e o citócito endovenoso é o tratamento nos casos de suspeita de retenção de restos ovulares com sangramento anormal e persistente, hipótese pouco provável, pelo fato de o parto ter sido cesáreo e pelo US transvaginal não ter identificado restos ovulares na cavidade uterina. Finalmente, a laparotomia é utilizada para a drenagem de abscessos, geralmente nos paramétrios e/ ou anexos, fato não observado nem pelo exame físico nem pela ultrassonografia transvaginal.

KRETTLI, W.S.C. et al. Infecção puerperal. In: Corrêa, M.D. et al. **Noções práticas de Obstetrícia**. 14. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011, p. 993-999.

55. B – O abortamento incompleto caracteriza-se clinicamente por sangramento vaginal importante, associado à saída de material ovular pelo orifício do colo e cérvix uterina dilatada. As cólicas abdominais tendem a ter intensidade de moderada a forte até que ocorra a eliminação completa do material ovular. Esses casos podem cursar com hemorragias ameaçadoras à vida da paciente. O abortamento completo é caracterizado pela eliminação completa de todos os elementos da gestação. Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. Clinicamente caracteriza-se por perda sanguínea e cólicas que diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O sangramento ativo é leve ou ausente ao exame especular e o colo tende a estar fechado após a expulsão. O abortamento infectado caracteriza-se pela associação de abortamento a sinais de infecção intrauterina, especialmente após manipulações uterinas. As manifestações clínicas frequentes são quadro de sangramento vaginal aumentado de odor fétido ou com eliminação de pus através do colo uterino associado à febre e dor abdominal importante. Ao toque, há dolorimento ao realizar a mobilização do colo uterino, o qual se encontra aberto. O abortamento retido caracteriza-se pela retenção de produtos da concepção intrauterina. Clinicamente cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 25. ed. São Paulo: McGraw Hill Brasil, 2021.

CORREA, M. D. et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 14. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. p. 1044-1044.

REZENDE, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

56. B – Trata-se de um quadro de descolamento prematuro de placenta (DPP), cujos sinais típicos são: sangramento vaginal associado à dor abdominal por hipertonia uterina, sofrimento fetal e hipertensão arterial materna. O sangramento exteriorizado pela vagina pode não refletir a gravidade do descolamento, nos casos de hemorragia oculta. Por tratar-se de uma urgência obstétrica, o diagnóstico de DPP é eminentemente clínico. Baseia-se no reconhecimento dos

sinais e sintomas típicos, associados à história clínica, permitindo condutas rápidas e adequadas.

SILVA FILHO, A.L. **Manual SOGIMIG de Ginecologia e Obstetrícia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2017, p. 739-743.

57. D – O alvo ideal de hemoglobina glicada preconcepção é < 6,5%. DM descontrolado causa alterações nas vias de sinalização de genes essenciais ao desenvolvimento embrionário, causando má-formação fetal. Hipoglicemia neonatal é causada pelo estado persistente de hiperinsulinemia no recém-nascido após a interrupção da oferta de glicose materna após o parto. Devido à rápida intensificação do controle glicêmico, alterações hormonais e alterações de volume vascular, pacientes com retinopatia preexistentes podem ter piora do quadro durante a gestação. Os hormônios placentários aumentam a resistência à insulina no segundo e terceiro trimestres, contribuindo para hiperglicemias pré-primárias e maior demanda de insulina.

SEELY, E.W.; POWE, C.E. Pregestational (preexisting) diabetes: Preconception counseling, evaluation, and management. Uptodate. Maio, 2022.

58. A – Segundo o *princípio da justiça*, o médico deve atuar com imparcialidade, evitando ao máximo que aspectos sociais, culturais, religiosos, financeiros ou outros interfiram na relação médico-paciente. O *princípio da beneficência* implica no cuidado ao agir e refere-se à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo. Já o *princípio da não maleficência* tem como finalidade a redução dos efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina. **Cadernos CREMESP: Ética em ginecologia e obstetrícia**. 5. ed.. São Paulo: CREMESP, 2018. 354p

59. D – A secção cirúrgica ou lesão grave do nervo torácico longo (nervo de BELL) acarreta a chamada “ESCÁPULA ALADA”, por comprometimento funcional do músculo serrátil anterior.

CHAGAS, C. R. et al. **Tratado de Mastologia da SBM**, vol. II, Rio de Janeiro: Revinter, 2011.

60. C – A fisiopatologia da cefaleia pós-raquianestesia encontra sua base na perda de líquido cefalorraquidiano associada à posição vertical do paciente que causa tração das estruturas cerebrais levando, assim, ao quadro algico. O mecanismo da vasodilatação, e não vasoconstrição cerebral, é também importante na fisiopatologia da cefaleia pós-raquianestesia. Hemorragia subaracnoide e inflamação das meninges não se alteram com decúbito e não são compatíveis com o quadro clínico.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

61. B – No caso de sangramento ativo, a sutura deve ser feita imediatamente, com registro detalhado de todo o exame físico no prontuário, que pode ser utilizado depois pela Perícia Médica. Não há obrigatoriedade de Boletim de Ocorrência nem de Exame de Corpo de Delito, embora seja melhor, se

a paciente concordar, e pode ser feito após o atendimento médico emergencial. O Exame de Corpo de Delito pode ser feito depois da sutura. A vacinação está em dia e, por isso, não há necessidade de profilaxia de tétano nem de hepatite B. Não existe profilaxia para a hepatite C.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Brasília, DF, 2012.

62. C – Na agenesia de útero e vagina, os ovários são funcionantes e normais. Os hormônios adrenais são responsáveis pela adrenarca (pelos pubianos, axilares e odor característico), mas não pelo desenvolvimento mamário. Para o estirão puberal, é importante a ação do GH e do IGF1, mas os hormônios ovarianos têm que estar presentes também. A secreção pulsátil do LH e FSH é importante para o início da puberdade.

BRASIL. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Ginecologia Infante Puberal**. São Paulo: FEBRASGO, 2014.

63. A – Todos os critérios apontados podem estar presentes em formas graves de DIPA. Isoladamente o critério maior apontado (dor pélvica), os critérios menores (febre e leucocitose), ou inespecíficos (parada eliminação de flatus) não fecham diagnóstico. A presença de abscesso tubo-ovariano revelada pela ultrassonografia é critério elaborado e isoladamente pode ser usado para o diagnóstico definitivo de DIPA.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2018, p. 170-82.

64. C – O rastreio de câncer de mama em mulheres trans segue os protocolos habituais. Não há risco elevado para câncer, quando comparadas às mulheres cis. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o rastreio inicia-se com 50 anos de idade. De acordo com a Sociedade de Mama, inicia-se aos 40 anos. Por ambos os protocolos, não há indicação de mamografia neste momento, devendo iniciar o rastreio tão logo atinja a idade preconizada.

HEMBREE, W.C., et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/ Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 102, n. 11, p. 3869–3903, 2017.

65. C – O quadro apresentado indica um quadro de síndrome de Asherman com fibrose endometrial associada à curetagem prévia e alteração do perfil menstrual. O exame que irá confirmar e potencialmente tratar o quadro é a histeroscopia. A regularidade do ciclo menstrual em paciente com menos de 35 anos não requer dosagens hormonais. Quanto ao exame ultrassonográfico, embora demonstre endométrio atrófico, esse exame não confirma o diagnóstico.

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.

66. B – O aumento do beta-HCG até 12-14 semanas resulta em possíveis náuseas e vômitos, que tendem a involuir espontaneamente após esse período. É necessário o diagnóstico e tratamento dos quadros mais intensos (hiperemese gravídica), porém descarta-se a dosagem de progesterona e prolactina. O quadro clínico em questão não é compatível com a patologia hiperemese gravídica.

CUNNINGHAM, F.G. **Ginecologia de Williams**. Porto Alegre: Mc Graw Hill, Artmed, 2011.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2012.

67. A – Para gestante de baixo risco com acompanhamento normal do pré-natal, recomendam-se consultas semanais a partir de 37 semanas até o parto e aguardar o trabalho de parto espontâneo até 41 semanas gestacionais, sem necessidade de repouso ou proibição quanto a atividades físicas. O exame de dopplerfluxometria para vitalidade fetal está indicado apenas nas gestações de alto risco.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

68. B – O DIU deve ser inserido, se a mulher desejar, durante a sua permanência no hospital. O momento mais indicado para a colocação é logo após a expulsão da placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado este período, deve-se aguardar, pelo menos, 4 (quatro) semanas. A inserção imediata após o parto cesáreo demonstrou taxas de expulsão mais baixas do que a inserção imediata após o parto vaginal.

MORAES FILHO, O. B.; WELKOVIC, S.; KATZ, L. **Inserção de DIU pós-parto e pós-abortamento**. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/413-insercao-de-diu-pos-parto-e-pos-abortamento>>. Acesso em: 14 maio 2020.

69. D – Deve-se evitar quinolonas durante a gestação. Cefuroxima é uma cefalosporina e amoxicilina é derivada da penicilina. O uso de fosfomicina é seguro para o caso.

GUPTA, K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Uptodate. Ago, 2022.

70. D – Paciente gestante com 32 semanas, atendida na atenção primária, apresentando ganho excessivo de peso, edema generalizado, aumento na pressão arterial acima de 140/90mmHg e menor que 160/110mmHg, sem sintomas. Pensamos em pré-eclâmpsia leve ou sem sinais de gravidade. Mas é recomendado solicitação de exames laboratoriais para síndrome HELLP, proteinúria, avaliação das condições fetais e orientar a paciente e familiares sobre sinais de gravidade que indicarão procura de serviço especializado. Na pré-eclâmpsia grave e crise hipertensiva, a paciente deverá ser internada. Na hipertensão arterial crônica, o aumento pressórico acontece antes da vigésima semana da gestação.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2016.

ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRIZAS DE MINAS GERAIS. **Manual de ginecologia e obstetrícia SOGIMIG**. 7. ed. Belo Horizonte: COOPMED Editora Médica, 2017.

71. C – A varfarina inibe a síntese hepática dos fatores de coagulação II, VII, IX e X que são vitamina K dependentes, assim, a administração de vitamina K interrompe o efeito anticoagulante da medicação, permitindo a realização do procedimento cirúrgico mais rapidamente, isto é, assim que o RNI estiver entre 1,0 e 1,3. Portanto, a vitamina K antagoniza o efeito da varfarina e não a potencializa. Por não se tratar de uma cirurgia de emergência, não se justifica o uso de transfusão - seja de plasma fresco congelado, que é rico em todos os fatores de coagulação, incluindo os K-dependentes; seja de crioprecipitado, que também não fornece os fatores K-dependentes, por ser rico apenas em fibrinogênio, fator de Von Willebrand e fator VIII da coagulação.

RANG, H. P. *et al.* **Farmacologia**. 7ª edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

THOMPSON, J.D. **Te Linde ginecologia operatória**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

72. A – No sistema Rh, o antígeno D é a principal causa de incompatibilidade do Rh. Em uma primeira gestação de mãe Rh negativo/D negativo de um feto Rh positivo/D positivo, ocorre exposição da mãe ao antígeno D, com produção de anti-D. Porém, isso não causa eritroblastose fetal/hidropsia, pois as imunoglobulinas IgM produzidas não atravessam a placenta, devido ao seu grande tamanho. A exposição subsequente ao antígeno D, durante a segunda gestação, induz a uma forte resposta, dessa vez pela imunoglobulina IgG, que atravessa a placenta, levando à hemólise fetal/eritroblastose e consequente hidropsia.

BAIOCHI, E. *et al.* Aloimunização. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. vol.31, no.6, Rio de Janeiro, 2009.

GIRELLO, A.L., KUHN, I.B.B. **Fundamentos da imuno-hematologia eritrocitária**. 2. ed. São Paulo: Senac; 2007.

KIERSZEMBAUM, A.L. **Histologia e Biologia Celular: Uma Introdução à patologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

73. B – No estágio III de Tanner para o desenvolvimento mamário, há maior aumento da mama e da aréola, mas sem separação dos seus contornos. O estágio II caracteriza-se pelo surgimento do broto mamário, enquanto no estágio IV ocorre a projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama. No estágio V, a aréola retorna ao contorno da mama e a papila mantém-se saliente, o que caracteriza a mama adulta.

SILVA, L.R. *et al.* **Tratado de pediatria**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2022.

74. D – A síndrome de Turner é a anormalidade dos cromossomos sexuais mais comum nas mulheres, ocorrendo em 1 a cada 1.500-2.500 crianças do sexo feminino nascidas vivas. A constituição cromossômica pode ser ausência de um cromossomo X (cariótipo 45,X), mosaicismo cromossômico (cariótipo 45,X/46,XX), além de outras anomalias estruturais do cromossomo X. As anormalidades típicas da síndrome de Turner incluem baixa estatura, disgenesia gonadal (que leva a

um quadro de falha do desenvolvimento puberal e infertilidade), além de uma série de outras alterações fenotípicas como pescoço alado, linha posterior de implantação dos cabelos baixa, fâcies típica, tórax alargado com aumento da distância entre os mamilos, linfedema e cúbito valgo. Associa-se frequentemente a quadros de tireoidite autoimune com ou sem hipotireoidismo, anormalidades renais e cardiovasculares que variam de malformações graves como coarctação de aorta, com grande morbimortalidade, até quadros mais leves como válvula aórtica bicúspide. Alterações auditivas e deficiência cognitiva em algumas atividades, especialmente cálculos e inteligência espacial, são observadas nessa população, embora a inteligência média seja considerada normal. Baixa estatura é o achado mais consistente da síndrome de Turner. Caracteristicamente, há retardo leve do crescimento na fase intrauterina, redução progressiva da velocidade de crescimento durante a infância e uma marcada ausência de crescimento na fase puberal. Pacientes com síndrome de Turner não tratada apresentam alturas médias muito inferiores ao limite da normalidade (136 a 147 cm), resultados que variam de acordo com a origem genética familiar. A síndrome de Down (SD), ou trissomia do 21, é uma condição humana geneticamente determinada, é a alteração cromossômica (cromossomopatia) mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. A SD é um modo de estar no mundo que demonstra a diversidade humana. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas e atraso no desenvolvimento. A síndrome de Klinefelter é uma doença causada por uma alteração cromossômica que afeta indivíduos do sexo masculino. Homens com esse quadro apresentam um cromossomo X excedente. A síndrome de Cushing consiste em anormalidades clínicas causadas por concentrações cronicamente elevadas de cortisol, sendo que os sinais e sintomas típicos incluem a obesidade central, face em lua, braços e pernas finos e baixa velocidade de crescimento.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome de Turner**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Sindrome_de_Turner.pdf>. Acesso em: 4 de junho de 2022.

75. A – Segundo o novo Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos do Ministério da Saúde, recomenda-se manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, sem adição de complementos alimentares. A recomendação atual é de que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e por dois anos ou mais. Nos primeiros 6 meses, a recomendação é que ela receba somente leite materno. Quando isso ocorre, dizemos que a criança está em amamentação exclusiva. Nenhum outro tipo de alimento necessita ser dado ao bebê enquanto estiver em amamentação exclusiva: nem líquidos, como água, água de coco, chá, suco ou outros leites; nem qualquer outro alimento, como papinha e mingau. A alimentação complementar deverá ser iniciada aos seis meses, deve conter elementos de uma dieta equilibrada como frutas, legumes, verduras, carnes ou ovos, leguminosas, oleoginosas e tubérculos ou cereais. Os alimentos devem ser oferecidos cozidos e amassados ou em pedaços, nunca triturados ou liquidificados para manter as fibras dos mesmos e propiciar o

aprendizado da mastigação. A oferta de outros alimentos antes dos 6 meses, além de desnecessária, pode ser prejudicial, porque aumenta o risco de a criança ficar doente e pode prejudicar a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como ferro e o zinco. O leite de vaca tem um apelo cultural, pois gerações anteriores fizeram uso do mesmo, mas os estudos demonstram uma associação com desenvolvimento de alergias e infecções respiratórias e digestivas com a introdução precoce desse alimento. O uso de outros leites só deve ser orientado por um profissional de saúde e levará em conta o ganho de peso e desenvolvimento adequados da criança. É importante saber que a maioria das mulheres produz uma quantidade suficiente de leite, desde que a criança sugue com frequência, por um tempo adequado e com uma pega adequada, estimulando a produção do leite e o esvaziamento da mama. Se o bebê demonstra estar satisfeito após as mamadas; é ativo e responde aos estímulos; urina várias vezes ao dia; e, principalmente, está crescendo, ganhando peso e se desenvolvendo adequadamente segundo as curvas da Caderneta da Criança, não há problemas com a quantidade de leite produzido pela mulher. Logo, o leite oferecido é suficiente. Além disso, o ato de sugar em mamadeira pode confundir a criança, fazendo com que ela passe a recusar a sucção do leite materno, prejudicando o desenvolvimento da dentição. Tais materiais também são de maior facilidade de contaminação por vírus, bactérias e fungos.

BRASIL. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 270p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.

BURNS, D. A. R. et al. **Tratado de pediatria**, 4. ed. São Paulo: Manole, 2017. 2v.

76. D – O consenso sugere a revisão dos critérios de suplementação profilática adotados atualmente pela SBP-2018, de acordo com idade gestacional e peso de nascimento. De acordo com a diretriz, a suplementação de ferro deve ser feita a partir de 30 dias de vida e com dose de 2mg/kg para os recém-nascidos a termo e com baixo peso de nascimento.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f_Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>. Acesso em 28 fev. 2020.

77. B – O caso envolve neonato apresentando sinais de choque não responsivo à expansão volêmica e relato de perdas hídricas não significativas, acompanhado de hipertrofia clitoriana e fusão de grandes lábios (distúrbio de diferenciação sexual), apresentando hiponatremia e hiperpotassemia. Portadores de distúrbio de diferenciação sexual podem apresentar hiperplasia congênita da suprarrenal, situação na qual a deficiência enzimática é responsável por menor produção de corticoides e aumento da produção hormonal. Pode ocorrer síndrome perdedora de sal decorrente do hipoaldosteronismo com consequente hiponatremia e hiperpotassemia. Neste caso, para melhora clínica, é essencial corticoterapia e não somente expansão volêmica.

SILVA, L.R. et al. **Tratado de pediatria**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2022.

78. C – Pacientes imunodeprimidos que recebem tratamento com medicação citotóxica e imunossupressora devem receber profilaxia com imunoglobulina independentemente da situação vacinal, pelo risco de doença grave. Gestantes e recém-nascidos de mães que desenvolveram varicela cinco dias antes a dois dias depois do parto devem receber também imunoglobulina, e não a vacina contra varicela. Adolescentes acima de 13 anos devem receber a vacina contra varicela como profilaxia pós-exposição, e não a imunoglobulina.

Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 5 ed. 2021.

79. B – A radiografia simples é de fácil e rápida realização. De acordo com o fluxograma de investigação do MS, após detecção de massa óssea, a radiografia simples deve ser realizada em até 7 dias. Se houver alteração, o encaminhamento será feito ao serviço especializado, onde os exames de alto custo e específicos serão realizados. A ultrassonografia está indicada no caso de massa de tecidos moles.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Oncologia. **Como Diagnosticar Precocemente o Câncer Infantojuvenil?** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/como-diagnosticar-precocemente-cancer-infanto-sbp-2013.pdf. Acesso em: fevereiro de 2020.

Brasil. **Protocolo de Diagnóstico precoce do Câncer Pediátrico**. Brasília. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Protocolo-de-Diagnostico-Precepe-do-Cancer-Pediatico.pdf. Acesso em: fevereiro de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil/osteossarcoma>. Acesso em: fevereiro de 2020.

80. D – Para avaliar o comprometimento renal na Púrpura de Henoch-Schönlein (PHS), é imprescindível a solicitação do EAS, de um exame que quantifique as perdas urinárias de proteína (urina de 24 horas ou relação proteinúria/creatinúria na amostra isolada de urina) e de uma avaliação da origem da hematuria, ou seja, se é de origem glomerular ou pós-glomerular. A ureia e creatinina são solicitadas, principalmente se houver suspeita de doença grave com comprometimento da função renal. Como na Púrpura de Henoch-Schönlein o envolvimento renal é, na grande maioria dos casos, leve, a probabilidade de evolução para doença renal grave é baixa. Sendo assim, os exames essenciais para a avaliação inicial do envolvimento renal pela PHS são: EAS, proteinúria/creatinúria na amostra isolada de urina, pesquisa de dismorfismo eritrocitário.

SILVA, L.R. et al. **Tratado de pediatria**. 5. ed. São Paulo: Manole, 2022.

81. A – Trata-se de larva *migrans* (ou bicho geográfico), cuja história de contato com areia (praia), prurido e configuração das lesões tipo serpiginoso e geográfico conferem o diagnóstico clínico. A presença de múltiplas lesões justifica o tratamento sistêmico, de modo que o albendazol, a ivermectina e o tiabendazol são os medicamentos de escolha. Esses medicamentos não são hiperglicemiantes. Quando o número de lesões é pequeno, pode-se usar a pomada de tiabendazol a 5%. Não é necessário isolar o paciente, nem tratar toda a família, pois a larva do agente (*Ancylostoma braziliensis*)

eclode dentro da pele e não é contagiante de pessoa para pessoa, como acontece com a escabiose. Por se tratar de um helminto e não de um fungo, o tratamento não é feito com antifúngicos.

JUNIOR, Walter Belda; CHIACCHIO, Nilton Di; CRIADO, Paulo Ricardo. **Tratado de Dermatologia: Dermatoses Parasitárias**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.p.1467-1468.

SAMPAIO, Sebastião A.P.; RIVITTI, Evandro A. **Dermatologia: Dermatoses**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas Ltda, 2001. P. 584-585. MARINONE, L. P.; MARKUS, J. R. **Dermatoses parasitárias da infância**. In: **Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. 4. ed. Barueri-SP: Manole, 2017.p. 573-577.

82. C – Frente a uma coagulopatia provavelmente congênita (pela idade do paciente) e com alargamento do TTPA, a principal hipótese é de hemofilia, sendo a hemofilia A (deficiência de fator VIII) a mais comum. A hemofilia B, além de menos comum, é causada pela deficiência de fator IX. A doença de Von Willebrand apresenta-se especialmente com sangramento mucoso. A trombastenia de Glanzman não altera o TTPA e manifesta-se principalmente com sangramento mucoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1132_M.pdf. Acesso em: 08 set. 2022.

83. B – A mutação genética no cromossoma 7 codifica uma proteína alterada, a CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator), também conhecida como canal de Cloro, cujo defeito ocasiona o transporte anormal dos íons cloro através da superfície apical das células do epitélio de vários órgãos. Isso ocorre principalmente nos sistemas gastrointestinal e respiratório, causando bloqueio à saída do cloro da célula, consequentemente de sódio e água, fazendo com que as secreções se tornem desidratadas e viscosas. A secreção viscosa das glândulas exócrinas ocorre em todo o trato gastrointestinal, incluindo pâncreas, intestinos, fígado e nos pulmões, além de outros órgãos como a pele e sistema reprodutor. A desidratação hipotônica, devido à perda de sal pela pele, não é o principal mecanismo responsável por aumentar a viscosidade do muco pulmonar nesta doença e sim a alteração genética, como descrito acima. A viscosidade do muco pulmonar e a morbidade e mortalidade têm uma relação direta. As complicações pulmonares devido à infecção e à inflamação pulmonar crônica levam a bronquiectasias difusas, fibrose pulmonar intersticial e perda progressiva da função pulmonar, culminando com insuficiência respiratória, principal causa de óbito nesta doença.

DUARTE, M. C.; VERGARA, A. A. Fibrose Cística. In: MORAES-FILHO, J. P. P et al. **Tratado das Enfermidades Gastrointestinais e Pancreáticas**. 1 ed. São Paulo: Ed. Roca, 2008, p. 1204-1211.

84. D – Na estenose da artéria renal, há diminuição na perfusão do rim, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ampliando a produção de angiotensina II, a qual relaciona-se com o aumento da atividade do sistema nervoso simpático, redução de prostaglandina intrarrenal, diminuição

de óxido nítrico e da excreção de sódio. Na fisiopatologia da hipertensão arterial, devido à estenose da artéria renal, não há diminuição da angiotensina II, mas sim o seu aumento. Isso ocorre porque a estenose da artéria renal acarreta má perfusão do rim e ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Na estenose da artéria renal, ocorre má perfusão renal e aumento da atividade simpática.

MARTELLI, A. **Estenose da Artéria Renal e o Desenvolvimento da Hipertensão Renovascular**. Revista Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 59 - 64, 2014.

85. D – O Sarampo se manifesta clinicamente com pródromos, como febre, tosse, cefaleia e prostração por 3 a 4 dias. O enantema (hiperemia de orofaringe) antecede o exantema e frequentemente evidencia lesões esbranquiçadas em região oposta aos molares (sinal de Koplik). O exantema é do tipo morbiliforme e tem início em região retroauricular, disseminando-se em seguida. A febre é alta e o paciente tem aspecto de doença grave com toxemia. A doença de Kawasaki tem apresentação grave com aspecto toxêmico; edema e endurecimento das palmas das mãos e plantas dos pés e fissuras dos lábios são característicos da síndrome e fazem parte dos critérios diagnósticos. Hipocromia perioral e linhas petequiais em região de dobras são sinais característicos da escarlatina. O rubor bilateral de região malar seguido de exantema rendilhado sugerem eritema infeccioso.

BURNS, D. A. R. et al. **Tratado de pediatria**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2017.

86. A – Diante de um RN, sem incompatibilidade sanguínea, com coombs direto negativo, com aumento considerável de bilirrubina indireta e sinais de hemólise (reticulocitose), deve-se pensar no diagnóstico de deficiência de G6PD que é uma doença hemolítica. A pesquisa de anticorpos irregulares não se justifica, pois o coombs direto é negativo. A eletroforese de hemoglobina estaria indicada nas hemoglobinopatias, e o USG de abdome, no caso de suspeita de colestase.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 2, p. 59, 2013.

SEGRE, C. A. M., COSTA, H. P. F., LIPPI, U. G. **Perinatologia: fundamentos e prática**, 2015.

87. C – Em vigência de imunossupressão grave [Contagem de LT CD4+ em células por mm³ – em menores de 1 ano < 750 (15%)], as vacinas vivas atenuadas estão contraindicadas: BCG, rotavírus, pólio oral (VOP), febre amarela, SCR (sarampo-caxumba-rubóla), varicela, SCR-V (+varicela), herpes zóster e dengue. Vacinas aplicadas com 2 meses de idade: vacina pentavalente (DTP + Hib + HB); VIP (vacina inativada poliomielite); VORH (vacina oral de rotavírus humano); vacina pneumocócica 10 (valente).

BRASIL. Programa Nacional de Imunizações: **Calendário Nacional de Vacinação/2020/PNI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

88. A – Lactentes com insuficiência cardíaca podem não conseguir se desenvolver por causa de necessidades

metabólicas aumentadas e ingestão calórica diminuída. Aumentar as calorias por dia é aspecto importante; podendo ser usada a dieta por sonda na fase inicial e, posteriormente, as fórmulas concentradas. A via oral não deve ser mantida durante o período de taquidispneia pelo risco de broncoaspiração e maior gasto energético. Não está indicado o uso de fórmulas com baixo teor de sódio, pois são mal toleradas. Quanto às medicações iniciais, indicam-se o diurético de alça para reduzir sobrecarga hídrica e a pressão de enchimento ventricular e os vasodilatadores, que reduzem pós-carga, melhorando desempenho cardíaco.

Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. NELSON. **Tratado de Pediatria** - 21ª Edição. Elsevier. 2020.

89. D – 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 existe a disponibilidade de tomografia computadorizada. A tomografia deve ser indicada em pacientes que apresentam escala de coma de Glasgow menor que ou igual a 14. Ressonância também não está indicada em TCE leve. A observação clínica dos pacientes vítimas de TCE leve é indicada para acompanhamento do quadro.

RAMOS, G.F, DELGADO, A.F. **Trauma de crânio**. In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Sociedade Brasileira de Pediatria; Piva JP, Carvalho WB, organizadores. PROTIPED Programa de Atualização em Terapia Intensiva Pediátrica: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021. p. 9–56. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4.

90. A – Os antibióticos cefaclor, sulfametoxazol-trimetoprim ou azitromicina não são indicados para o tratamento de otite média aguda. Como o tratamento anterior ocorreu há menos de 30 dias, o que aponta para falha terapêutica, está indicada a associação amoxicilina em dose dobrada (90mg/kg/dia) e clavulanato (6,4 mg/kg/dia).

RAMOS BD. Otite média aguda recorrente. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Oliveira Filho EA, Nobrega M, organizadores. **PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica**: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. P. 103-25. (Sistema de Educação Continuada a Distância, vol. 1)

91. D – O teste do hidrogênio expirado é um teste empregado para investigação de má absorção de hidratos de carbono, principalmente da lactose, auxiliando no diagnóstico da má absorção desse açúcar. Anticorpos antitransglutaminase IgA e IgA total são utilizados no rastreamento de doença celíaca. IgE específica ao leite de vaca é solicitada para avaliação de sensibilidade à proteína do leite de vaca na alergia IgE mediadas à proteína do leite. Calprotectina fecal é utilizado para avaliação de processos inflamatórios intestinais. Níveis elevados desse marcador podem auxiliar como preditor de doença inflamatória intestinal.

TOPOROVSKI, M. **Dor abdominal recorrente**. In: SILVA, L. R.; et al. Gastroenterologia Pediátrica. 1 ed. São Paulo: Manole, 2018. p.163-64. CARVALHO, E. et al. **Alergia alimentar**. In: SILVA, L. R.; et al. Gastroenterologia Pediátrica. 1 ed. São Paulo: Manole, 2018. p.254.

SDEPANIAN, V., SILVA, L. R. **Doença Celíaca**. In: SILVA, L. R.; et al. *Gastroenterologia Pediátrica*. 1 ed. São Paulo: Manole, 2018. p.273.
SILVA, L. R., SILVA, M. **Doenças Inflamatórias Intestinais**. In: SILVA, L. R.; et al. *Gastroenterologia Pediátrica*. 1 ed. São Paulo: Manole, 2018. p.307.

92. B – A síndrome nefrítica aguda (GNDA) decorre de agressão imunológica ao rim, com diminuição do ritmo de filtração glomerular, resultando em hipervolemia. O tratamento baseia-se em repouso na fase aguda, restrição de sódio na dieta e uso de diuréticos, sendo a primeira opção a furosemida. Em caso de emergência hipertensiva, anti-hipertensivos sistêmicos poderão ser associados. A internação hospitalar depende das condições clínicas do paciente e a indicação de biópsia renal dependerá da apresentação clínica / evolução da doença.

MAIA, M.L.A.; DAUTRO, M.L.; HATANAKA, E. **Atualização de Condutas em Pediatria 88, Departamento de Nefrologia, Síndrome Nefrítica**, Sociedade de Pediatria de São Paulo, Junho/2019.

93. A – 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 equipe responsável pelo atendimento devem conversar com a mãe sobre a suspeita de maus-tratos e 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.

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.

94. C – Existem gráficos apropriados, por faixa etária, para estimar superfície corporal queimada, mas, quando a área afetada é inferior a 10%, pode-se usar a “regra da palma”, que considera que a palma do paciente equivale a 1% da superfície corporal. No caso, então, 5% da superfície corporal do paciente. Queimaduras de 1º e 2º grau e com menos de 10% da superfície corporal podem ser tratadas ambulatorialmente com curativo diário com sulfadiazina de prata. Não está indicado o antibiótico sistêmico.

NELSON, BEHRMAN, R.E.; JENSON, H. B.; KLIEGMAN, B. **Tratado de Pediatria** 21ª Edição. Elsevier. 2020.

95. D – O esfíncter esofágico inferior é predominantemente intratorácico nos recém-nascidos. A incisura cárdica é obtusa nos recém-nascidos. As pregas da junção gastroesofágica

fecham a cárdia ao se contraírem. A contração do diafragma durante a inspiração funciona como barreira ao refluxo.

CARVALHO, E.; SILVA, L. **Gastroenterologia e nutrição em pediatria**. Barueri: Manole, 2012. p. 91.

96. B – O diabetes do tipo I está relacionado à presença dos alelos de histocompatibilidade principal HLA-DR3 ou DR4. É uma doença autoimune a partir da qual se observa uma destruição apenas das células beta das ilhotas de Langerhans, sendo que as outras células da ilhota não são afetadas. Durante a doença, é observado um importante infiltrado inflamatório com predominância de células mononucleares (macrófagos e linfócitos). A imunidade celular é o principal componente do sistema imune envolvido na lesão, e os autoanticorpos aparecem precocemente durante a instalação da doença.

SESTERHEIM, P.; SAITOVITCH, D.; STAUB, H.L.; **Diabetes mellitus tipo 1: multifatores que conferem suscetibilidade à patogenia auto-imune**. Scientia Médica, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 212-217, out./dez. 2007.

97. C – A questão traz uma puérpera adolescente com múltiplas necessidades, com relação ao seu filho e ao planejamento familiar. O médico de família tenta ajudá-la dando soluções viáveis e possíveis dentro da rede de atenção, proporcionando um suporte integral à paciente. Esse é o princípio da integralidade. Esse princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, em que o conceito de saúde deve ser ampliado. O princípio da equidade dará acesso a quem mais precisa, havendo discriminação positiva. No controle social, os usuários do sistema participarão das decisões das melhores estratégias para a alocação de recursos. Na regionalização, os serviços se encontram numa rede regionalizada e hierarquizada.

BRASIL. **Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Artigos 196 e 198**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

98. A – Desde 2008, o SUS oferece cirurgias e procedimentos ambulatoriais para pacientes que precisam fazer a redesignação sexual (mudança de sexo, tanto de homem para mulher quanto de mulher para homem). No SUS, é disponibilizado um conjunto de procedimentos que compõem a mudança de sexo. São eles: cirurgias de redesignação sexual; de mastectomia (retirada de mama); plástica mamária reconstrutiva (incluindo próteses de silicone); e cirurgia de tireoplastia (troca da voz). Além disso, no campo ambulatorial, há terapia hormonal e acompanhamento dos usuários em consultas e no pré e pós-operatório. A afirmativa III está incorreta porque a equipe deve oferecer ativamente o uso do nome social, no momento do cadastramento no serviço de saúde. O nome social deve ser utilizado sempre, por todos os profissionais e em todos os documentos do serviço.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Processo Transexualizador**: o Ministério da Saúde habilita novos serviços ambulatoriais para o Processo Transexualizador. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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.

99. B – A reavaliação do PTS, conduzida pelo técnico de referência, deve ser sistemática, agendada com a equipe e a pessoa cuidada. A revisão de prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados esperados e obtidos podem ajudar a manter o PTS ou introduzir e redirecionar as intervenções conforme as necessidades. A reavaliação deve ser feita em diversos momentos que incluem encontros entre a pessoa cuidada, seus familiares e o técnico de referência; reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outros serviços e instituições implicados no PTS. O PTS pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007). A noção de singularidade advém da especificidade irreprodutível da situação sobre a qual o PTS atua, relacionada ao problema de uma determinada pessoa, uma família, um grupo ou um coletivo.

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior articulação interprofissional e a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimentos. A divisão de tarefas e responsabilidades envolve a definição clara e a atuação do técnico de referência por meio do esclarecimento do que vai ser feito, por quem e em que prazos. O dispositivo do técnico de referência é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica** – Saúde Mental, n. 34. Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: jul. 2022.

100. D – É função da Vigilância em Saúde Ambiental identificar fatores de risco ambientais, intervir e atuar de forma preventiva. Os registros das queimadas são feitos por órgãos de pesquisa espacial como o INPE (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais), e não por órgãos próprios da Vigilância. É importante que o aluno saiba que as ações da Vigilância Ambiental são construídas com bases intersetoriais fortes. As

gestões em saúde, sozinhas, não são capazes de resolver os problemas ligados à saúde ambiental. Sob outro aspecto, é cobrado do aluno o conhecimento sobre a força das ações intersetoriais na saúde ambiental. As intervenções no ambiente devem ser propostas de forma antecipada, no momento de sua identificação pela Vigilância Ambiental e não somente quando a população buscar os serviços devido aos sintomas da intoxicação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Ambiental. A vigilância em Saúde Ambiental. Guilherme Franco Neto – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental, 2013. p. 535-547.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa nº 01, de 7 de março de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html. Acesso em: jul. 2022.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2. ed. Capítulo 30: epidemiologia e ambiente. Rio de Janeiro: Atheneu Ed., 2008.

101. A – Segundo Starfield (2002), é função da APS coordenar o cuidado de todas as condições de saúde que se apresentem à UBS. O RN em questão está saudável, não apresenta nenhuma condição que justifique o encaminhamento para outro nível de atenção. Ele deverá ser cuidado e, caso necessário, posteriormente ser encaminhado. No momento, não há essa necessidade. Nesse momento, o RN não necessita de busca diagnóstica ou terapêutica. O caso clínico diz que a mãe foi adequadamente tratada. Compreende-se que tomou as doses necessárias de Benzilpenicilina e o parceiro também foi tratado. O RN não necessita de outros exames ou medicamentos no momento. O SAE é responsável pelo tratamento de IST/HIV e hepatites virais e não há informações de que o RN apresente alguma dessas patologias.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a saúde. Parte I. In: STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002, p. 19-42.

102. B – O Brasil caracteriza-se atualmente por uma transição demográfica acelerada, que resulta da redução abrupta da taxa de fecundidade e de elevados indicadores de envelhecimento populacional. Por sua vez, a transição epidemiológica é marcada, entre outros aspectos, pelo desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, além de forte crescimento das causas externas. Desde 1980, as causas externas assumiram, tanto em âmbito mundial quanto no Brasil, uma posição de destaque no ranking da morbimortalidade, especialmente em grandes áreas urbanas, tendo como suas principais vítimas os homens jovens. A redução da magnitude e da gravidade da violência na nossa sociedade, incluindo, para tanto, a ampliação do conhecimento sobre seus fatores de risco, configura-se como um dos maiores desafios para as políticas públicas de saúde na atualidade; e a ascensão destes eventos indesejáveis tem

motivado estudos de grande importância no cenário nacional e internacional. As causas externas são responsáveis por uma grande parcela das internações hospitalares no Brasil e, apesar de apresentarem menor tempo de internação, representam impacto mais significativo para os recursos públicos de saúde do que aqueles observados pelas causas naturais. Além disso, impõem grande demanda aos serviços de saúde, pois é para o sistema de saúde que muitas vítimas se voltam em busca de atendimento de emergência, assistência especializada, reabilitação física e psicológica. Nesse sentido, as causas externas constituem-se em questão de saúde pública relevante e a sua prevenção tem se configurado como prioridade na área da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 462 p. il. ISBN 978-85-334-2329-9.

103. D – Estudos transversais possuem mensurações que são feitas em único momento. Dessa forma, exposição e desfecho são avaliados simultaneamente (ROUQUAYROL e GURGEL, 2018). Em epidemiologia, uma coorte se refere a um grupo de indivíduos que é acompanhado durante certo período com vistas a estudar a ocorrência de um ou mais desfechos. Ou seja, não podem ser realizados em apenas um momento (ROUQUAYROL e GURGEL, 2018). Nos estudos ecológicos, a unidade de análise são grupos, não indivíduos (ROUQUAYROL e GURGEL, 2018). Os estudos de caso-controle são retrospectivos e partem do desfecho (caso) para encontrarem os fatores associados (exposição). São utilizados quando o desfecho de interesse é raro, como para alguns tipos de câncer (ROUQUAYROL e GURGEL, 2018).

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. C. S. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018. 752 p.

104. C – A faixa etária da adolescência, de 10 a 20 anos incompletos, tem cartão de vacinação específico no PNI. Adolescentes que não tomaram ou não podem comprovar esquema vacinal devem receber: Hep. B (obrigatoriamente 3 doses), dT (a cada 10 anos), Febre Amarela (dose única), Tríplice viral (duas doses – para quem não comprova nenhuma até os 29 anos), HPV (duas doses, a partir dos 11 anos; para os meninos, até os 14 anos), ACWY (dose única até 12 anos 11 meses e 29 dias) e a 1ª dose contra a Covid-19 (pela situação emergencial). As demais vacinas, como: BCG, Pentavalente, DTP, Meningo C e Pneumo 10, são do calendário obrigatório da faixa etária de 0 a 5 anos, não sendo necessárias, ou recomendadas, acima dessa idade.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI) – Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Calendario-Nacional-de-Vacinacao>. Acesso em: jul. 2022.

105. B – A questão pede a rotina mamográfica para uma paciente de 35 anos, assintomática, sem achados ao exame clínico, com história de tia com câncer de mama unilateral aos 55 anos. Tal história familiar não é considerada de risco

para câncer de mama. O rastreamento deve ser realizado a cada dois anos entre 50 e 69 anos, segundo o Ministério da Saúde. Devemos lembrar que a história familiar relevante para ser considerada de risco para câncer de mama envolve uma parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com câncer de mama antes dos 50 anos de idade.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama**. Rio de Janeiro, 2015.

106. D – O e-SUS AB tem como um dos instrumentos de coleta de dados o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), construído com base nos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde e da própria Estratégia de Saúde da Família, a saber: atenção à saúde no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Tem como objetivo concretizar um novo modelo de gestão de informação que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da AB (e não na Atenção Secundária) e na qualificação do cuidado dos usuários (não o cuidado especializado). Considerando o princípio doutrinário da universalidade no SUS, se o cidadão não tiver um Cadastro Nacional de Saúde (CNS), ele DEVE ser atendido e poderá ser utilizado o registro no CDS ou PEC. Entretanto, este registro do atendimento se torna um dado individualizado e não identificado, portanto, apenas comporá o consolidado de ações desenvolvidas pela equipe. O Sistema e-SUS AB é composto por dois softwares para coleta dos dados: o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica**: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC – versão 3.1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_Pec_3_1.pdf. Acesso em: 29 nov. 2019.

107. A – O consumo exagerado de proteínas tende a aumentar a sobrecarga renal, induzindo ao aumento na taxa de filtração glomerular pela elevação do fluxo sanguíneo renal. Ocorre aumento na formação de amônia pela metabolização das proteínas, promovendo elevação na concentração plasmática de ureia. Pode afetar negativamente a retenção de cálcio e pode levar à ocorrência de perda óssea por indução de acidose metabólica no organismo. Além disso, os alimentos ricos em proteína e com um baixo teor de hidratos de carbono têm um baixo teor de fibra. Deste modo, é possível que uma dieta hiperproteica cause algumas dificuldades de digestão e obstipação.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Guyton & Hall**: tratado de fisiologia médica. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GROSSMAN, S. C.; PORTH, C. M. **Fisiopatologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

108. D – Para que se realize qualquer tipo de pesquisa com prontuários, o projeto deve ser aprovado por um CEP, pois os

dados do prontuário são de propriedade apenas do paciente e não do serviço de saúde. Sempre que possível, deve ser feito o uso do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas com prontuários; mas, quando se trata de pesquisas retrospectivas, em que não é mais possível o acesso direto aos pacientes, pode ser obtida a dispensa do TCLE, mediante justificativa apropriada e a autorização do responsável pelo serviço de saúde, além do comprometimento dos pesquisadores em relação ao uso correto e sigiloso dos dados.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta Circular nº. 039/2011/CONEP/CNS/GB/MS**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/carta_circular/Uso_de_dados_de_prontuarios_para_fins_de_Pesquisa.pdf. Acesso em: 30 maio 2022.

109. C – O Programa Médicos pelo Brasil tem como objetivo desenvolver e intensificar a formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS. Além disso, deve-se fomentar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento e alta vulnerabilidade e não nos grandes centros. O Programa Médicos pelo Brasil será executado pela Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps, sob a orientação técnica e a supervisão do Ministério da Saúde e não dos municípios. A Adaps realizará a contratação e a administração de pessoal sob o regime estabelecido pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 - Consolidação das Leis do Trabalho (e não regime estatutário).

BRASIL. Medida provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Mpv/mpv890.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)2162](https://doi.org/10.5712/rbmf14(41)2162). Acesso em: 28 maio 2020.

110. A – A notificação imediata de violência sexual e tentativa de suicídio deve ocorrer conforme estabelecido no Art. 4º da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. A data do encerramento é campo de preenchimento obrigatório e deve ser preenchido com a data da notificação. Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. Não haverá descarte de casos suspeitos e nem mesmo complementação de dados, conforme instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Segundo a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 modificada pela Lei 13.931, de 10 de dezembro de 2019, a violência autoprovocada não é objeto de denúncia às autoridades policiais.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1271 de 06 de junho de 2014*. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/Portaria_1271_06jun2014.pdf. Acesso em: 04 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Informativa sobre registro e notificação compulsória de doenças e agravos – nº 01, de 12 de agosto de 2014. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/1207905/Instrutivo_VIVA.pdf/546a8a3e-f7fd-41d7-9bf3-e0262d690a0b Acesso em: 04 mar. 2022.

111. C – O Controle Social é um dos princípios do SUS, tendo sido regulamentado após a promulgação da lei 8142/1990, que estabeleceu, dentre outras estratégias, a formulação dos Conselhos de Saúde nas instâncias federal, estadual e municipal e também das Conferências de Saúde, com realização de 4 em 4 anos.

GIOVANELLA, Lígia; SCOREI, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa *et al.* **Políticas e sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

112. D – A prática esportiva associada à boa alimentação promove inúmeros benefícios, como redução dos riscos de doenças, destacando as crônicas não transmissíveis, diminuição do estresse e do nível de ansiedade, proteção dos ossos e das articulações, enfim, promove a manutenção de uma vida e alimentação saudáveis. Apesar de o calendário vacinal básico ser uma medida muito importante, a maior carga de doenças da população contempla as doenças crônicas não transmissíveis, e não as infecciosas. Assistência ao pré-natal é uma medida muito eficaz para o combate da morbimortalidade infantil e também materna, mas não estão entre as principais causas de morbimortalidade, que são doenças crônicas não transmissíveis. A oferta de medicamentos antimicrobianos não apresenta o maior impacto como medida de saúde pública, pois as doenças infecciosas, atualmente, contribuem com menos de 10% da mortalidade proporcional no Brasil.

FLETCHER, R. H. *et al.* **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.

113. B – Por se tratar de doença de notificação compulsória e imediata, todo caso suspeito ou confirmado de febre maculosa deve ser notificado e investigado em até 24 horas. Por se tratar de doença grave, de rápida evolução (mediana de cinco dias entre início dos sintomas e óbito), o tratamento ocorre no início dos sintomas, sem que haja a necessidade da confirmação laboratorial. A técnica laboratorial (padrão ouro) é a sorologia por imunofluorescência indireta, necessitando da coleta de amostras pareadas (uma amostra coletada no início dos sintomas e a outra amostra coletada de 14 a 21 dias após a coleta da primeira amostra). Dessa forma, o tratamento deve ocorrer logo na suspeita clínica e epidemiológica. Deve-se também notificar, investigar e tratar os casos suspeitos. Deve-se tratar logo após o diagnóstico, sem esperar pela confirmação laboratorial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**: volume único [recurso eletrônico]. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 740 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

114. C – A falta de informações seguras faz com que as mulheres optem pela cirurgia supondo que terão uma melhor assistência durante o procedimento. A tomada de decisão deve ser conjunta (profissional e paciente), para garantir a melhor opção. Muitas vezes essa decisão é tomada pelo profissional visando ao comodismo de dias e horários e não pensando na saúde da mulher e do concepto. Os recursos são importantes, mas não devem nortear as decisões.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. **Rev. Saúde Pública**, 2017, v. 51, n. 105.

115. A – Art. 3º O SAD tem como objetivos: I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 28 maio 2020.

116. D – A detecção precoce por meio de instrumentos fidedignos pode ser o início de uma investigação e a abertura para um diálogo entre a dupla, sem que a contratualidade e corresponsabilidade seja esquecida. O contexto abrange família, subjetividade, cultura e organicidade da dependência, o que se liga melhor às condutas profissionais na atenção à saúde mental. A internação em comunidades terapêuticas deve ser prescrita quando os envolvidos, ou seja, paciente, família e profissionais, entendem que o usuário tem dificuldade de reduzir os danos de seu uso, tornando-se abstinente ou não. A internação não é necessariamente a primeira opção, na maioria dos casos, é a última solução para o cuidado, que pode ser realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). O tratamento prescrito não se restringe aos equipamentos hospitalares e à medicação e não seriam as primeiras opções de abordagem para o caso. Neste caso, não haveria indicação de TC a partir das informações fornecidas.

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. SOIBELMAN, M.; ROCHA, T. B. M.; VON DIEMEN, L. Problemas relacionados ao consumo de álcool. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 61.

117. B – Sarampo é uma doença de notificação compulsória e imediata ao Ministério da Saúde, segundo Portaria Ministerial,

devendo ser notificado todo o caso suspeito ou confirmado. São ações da APS realizar atividades preventivas para doenças listadas como condições sensíveis a APS. A cobertura de 95% é estipulada como meta pela OMS. A vacina para sarampo disponível no SUS é a tríplice viral.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 fev. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. Sarampo. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo>. Acesso em: 28 fev. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

118. D – Ao se identificar como referência da área e divulgar isso, o profissional cria expectativas “milagrosas” no público. Divulgar o número do CRM pode ser um compromisso com a verdade. Muitas vezes é uma necessidade esclarecer sobre a especialidade. Alguns profissionais são mais requisitados durante surtos e epidemias.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Manual de publicidade médica**: resolução CFM nº 1.974/11. Brasília: CFM, 2011.

119. A – Das características da síndrome alcoólica fetal, as principais incluem: atraso no crescimento pré e pós-natal, baixa estatura, atraso no desenvolvimento, microcefalia, baixo peso de nascimento, dificuldade na realização de movimentos finos e dismorfismo facial. As outras alternativas não contemplam as características relacionadas à SAF: o peso acima do percentil poderia sugerir diabetes gestacional, a presença de ectrópio pertence à outra natureza de perturbações congênitas como o tocotraumatismo. A associação aos outros elementos como reflexos primitivos alterados (perturbação neurosensoriomotora) e cianose de extremidade (diversas causas, incluindo o frio, doenças hematológicas...) não compõem um diagnóstico. “Prega palmar única, mãos pequenas...” apresenta um quadro cujos sinais apontam para um diagnóstico provável de síndrome de Down, alteração genética ligada ao cromossomo 21.

SANTANA, Rogério A.; ALMEIDA, Leonardo F. J. L.; MONTEIRO, Denise L. M. Síndrome alcoólica fetal – revisão sistematizada. **HUPE - Revista Científica Hospital Pedro Ernesto**, v. 13, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/12128>. Acesso em: jul. 2022.

RAMALHO, Joaquim; SANTOS, Maria R. Síndrome alcoólica fetal: implicações educativas. **Rev Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 21, n. 3, jul./set. 2015, p. 335-344.

120. B – O intervalo de confiança permite estimar que pelo menos 40,4% dos profissionais daquele município testaram positivo para SARS-CoV-2. Podemos apenas identificar o intervalo do número de casos, mas não conseguimos determinar o valor exato na população. O intervalo de confiança do OR contém o valor 1, indicando que não há associação significativa entre sexo e resultado do teste e que não há necessidade de ações específicas por sexo por parte da gestão municipal.

DANCEY, Christine P.; REIDY, John G.; ROWE, Richard. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. Porto Alegre: Penso Editora, 2017.