unifeso

2024

Cadernos de Questões Comentadas do Teste de Progresso

Medicina

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge Farah
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

José Luiz da Rosa Ponte
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

Luis Eduardo Possidente Tostes
Direção Geral

Michele Mendes Hiath Silva
Direção de Planejamento

Solange Soares Diaz Horta
Direção Administrativa

Fillipe Ponciano Ferreira
Direção Jurídica

CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS – UNIFESO

Verônica Santos Albuquerque
Reitora

Roberta Montello Amaral
Direção de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Mariana Beatriz Arcuri
Direção Acadêmica de Ciências da Saúde

Vivian Telles Paim
Direção Acadêmica de Ciências e Humanas e Tecnológicas

Marcelo Siqueira Maia Vinagre Mocarzel
Direção de Educação a Distância

HOSPITAL DAS CLÍNICAS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa
Direção Geral

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro
Direção

CENTRO CULTURAL FESO PROARTE – CCFP

Edenise da Silva Antas
Direção

Copyright© 2024
Direitos adquiridos para esta edição pela Editora UNIFESO

EDITORA UNIFESO

Comitê Executivo
Roberta Montello Amaral (Presidente)
Anderson Marques Duarte (Coordenador Editorial)

Conselho Editorial e Deliberativo
Roberta Montello Amaral
Mariana Beatriz Arcuri
Verônica dos Santos Albuquerque
Vivian Telles Paim

Assistente Editorial
Matheus Moreira Nogueira

Revisor
Anderson Marques Duarte

Formatação
Matheus Moreira Nogueira

Capa
Gerência de Comunicação

C389 Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Cadernos de questões comentadas do Teste de Progresso : Medicina / Centro Universitário Serra dos Órgãos. -- Teresópolis: UNIFESO, 2024.
57 p. : il. color.

1. Teste de Progresso. 2. Avaliação do Desempenho Discente. 3. Medicina. I. Título.

CDD 378.8153

EDITORA UNIFESO
Avenida Alberto Torres, nº 111
Alto - Teresópolis - RJ - **CEP:** 25.964-004
Telefone: (21) 2641-7184
E-mail: editora@unifeso.edu.br
Endereço Eletrônico: http://www.unifeso.edu.br/editora/index.php

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5
1ª QUESTÃO 6
2ª QUESTÃO 8
3ª QUESTÃO 9
4ª QUESTÃO 10
5ª QUESTÃO 11
6ª QUESTÃO 12
7ª QUESTÃO 13
8ª QUESTÃO 14
9ª QUESTÃO 15
10ª QUESTÃO 16
11ª QUESTÃO 17
12ª QUESTÃO 18
13ª QUESTÃO 19
14ª QUESTÃO 20
15ª QUESTÃO 21
16ª QUESTÃO 22
17ª QUESTÃO 23
18ª QUESTÃO 24
19ª QUESTÃO 25
20ª QUESTÃO 26
21ª QUESTÃO 27
22ª QUESTÃO 28
23ª QUESTÃO 29
24ª QUESTÃO 30
25ª QUESTÃO 31
26ª QUESTÃO 32
27ª QUESTÃO 33
28ª QUESTÃO 34
29ª QUESTÃO 35
30ª QUESTÃO 36
31ª QUESTÃO 37
32ª QUESTÃO 38
33ª QUESTÃO 39
34ª QUESTÃO 40
35ª QUESTÃO 41
36ª QUESTÃO 42
37ª QUESTÃO 43
38ª QUESTÃO 44
39ª QUESTÃO 45
40ª QUESTÃO 46
41ª QUESTÃO 47
42ª QUESTÃO 48
43ª QUESTÃO 49
44ª QUESTÃO 50
45ª QUESTÃO 51
46ª QUESTÃO 52
47ª QUESTÃO 53
48ª QUESTÃO 54
49ª QUESTÃO 55
50ª QUESTÃO 56

APRESENTAÇÃO

O Teste de Progresso consiste em um instrumento avaliativo que foi desenvolvido na década de setenta nas Escolas de Medicina da Universidade Kansas, nos EUA, e de Limburg, na Holanda. No Brasil sua primeira aplicação se deu em sessenta cursos de Medicina no ano de 1999. No UNIFESO, esse teste é aplicado desde o ano de 2007 para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e a partir do ano de 2008 para os demais. No curso de Graduação em Ciências da Computação, o teste é aplicado a todos os discentes, mantendo-se a complexidade das questões para todos os períodos. São cinquenta questões de múltipla escolha, sendo dez de conhecimento geral e quarenta de conhecimento específico formuladas e/ou escolhidas pelo nosso corpo docente, que contém como base os conteúdos programáticos dos cinco anos do curso e fundamentadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

O Teste de Progresso permite que seja avaliada a evolução do estudante, bem como das turmas, ao longo do curso. Serve também como alicerce para constantes reavaliações curriculares e dos processos avaliativos aplicados, favorecendo a elaboração de novas estratégias, quando necessário. Sendo assim, podemos considerá-lo um instrumento fundamental para a garantia de uma auto-avaliação pelos discentes e pelo curso como um todo.

AUTORES

Alba Barros Souza Fernandes
Ana Christina Nunes de Carvalho Escrivães
André Vianna Martins
Bruno Fernando Carrijo Monteiro
Diego da Cruz Silva
Jeanne D Arc Lima Fontaine
Juliana Barcellos Dias Futuro
Luciana da Silva Nogueira de Barros
Luis Eduardo Teixeira de Macedo
Luis Filipe da Silva Figueiredo
Mariana Aragão Ribeiro
Mario Castro Alvarez Perez
Mario Manoel Parreira Fortes
Mayara da Costa Chambela
Michelle Telles Bravo
Pedro Henrique Netto Cezar
Simone Rodrigues
Tarcicio de Oliveira Givisiez
Walney Ramos de Sousa
Walter Tavares

	PRESENCIAL CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA			NOTA FINAL
	Aluno:			
	Componente Curricular: CONHECIMENTOS GERAIS e CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS			
	Professor (es):			
	Período: 202401	Turma:	Data: 28/05/2024	

TESTE DE PROGRESSO 2024 - MEDICINA

RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA 06764 - CADERNO 001

1ª QUESTÃO

Enunciado:
Bendita seja a minha avó
Júlio César Machado Zeferino

Benditos sejam os meus ancestrais
que brutalmente foram retirados de suas terras
e escravizados neste país.

Benditos sejam, eu repito,
aqueles cujo sangue foi derramado
pelo chicote do homem branco,
e com seus saberes
construíram as Minas Gerais.

Bendita seja a minha bisavó,
que serva de uma fazenda,
sem oportunidades,
teve pouco para criar seus filhos.

Benditos sejam os meus ancestrais,
que em pias foram batizados em nome de um deus
e de um povo oco,
mas com mãos cheias de genocídio.

Benditas sejam as mulheres pretas,
que saem de casa às 5h da manhã,
limpam e lavam a casa da madame
e sozinhas, criam seus filhos.

Bendita seja a minha mãe
e todas as mulheres do mundo
e todas as deusas do mundo
e não o cristo europeu, personificado no corpo branco.
Louvada seja toda a luta de cada mulher,
cujo choro ninguém vê,
cujo cansaço ninguém vê,
e isso não incomoda. Se liga, deveria!

Bendita seja a minha vó,e não os deuses
que em seus paraísos repousam sobre o ócio eterno,
e não precisam suar para pagar o aluguel no início de cada
mês.

O poema “Bendita seja a minha avó”, de Júlio César Machado Zeferino, ressalta as dificuldades vivenciadas pela população negra no Brasil – em especial as mulheres - desde a época da escravidão até os dias atuais. Assinale a alternativa em que o poema aborda a questão da destruição da memória cultural e religiosa dos escravizados:

Alternativas:

(alternativa A)
“Bendita seja a minha bisavó,
que serva de uma fazenda,
sem oportunidades,
teve pouco para criar seus filhos”.

(alternativa B)
“Benditas sejam as mulheres pretas,
que saem de casa às 5h da manhã,
limpam e lavam a casa da madame
e sozinhas, criam seus filhos”.

(alternativa C)
“Bendita seja a minha vó,
e não os deuses
que em seus paraísos repousam sobre o ócio eterno,
e não precisam suar para pagar o aluguel no início de cada
mês”.

(alternativa D) (CORRETA)
“Benditos sejam os meus ancestrais,
que em pias foram batizados em nome de um deus
e de um povo oco,
mas com mãos cheias de genocídio”.

(alternativa E)
“Benditos sejam, eu repito,
aqueles cujo sangue foi derramado
pelo chicote do homem branco,
e com seus saberes
construíram as Minas Gerais”.

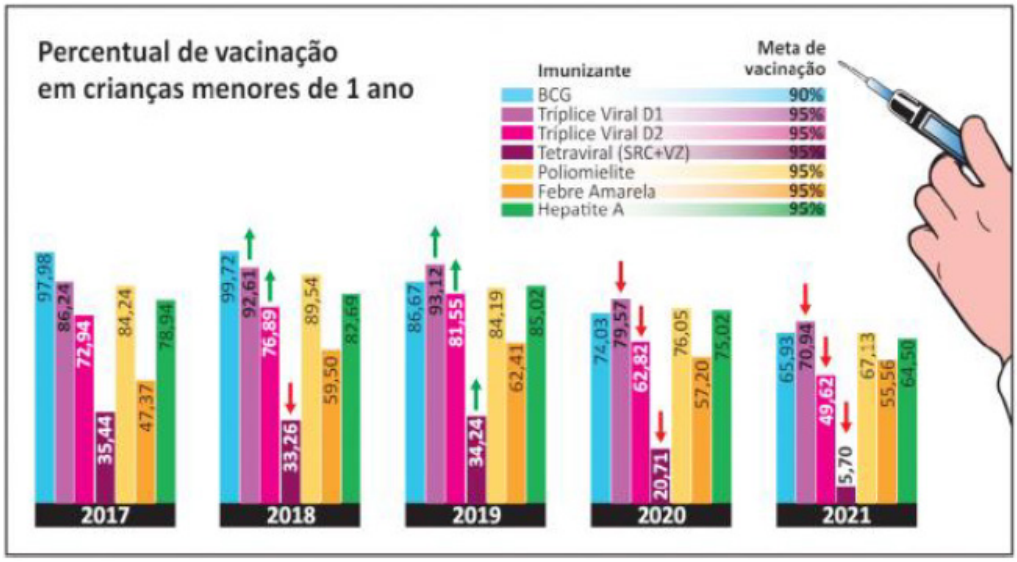
Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
Os povos escravizados passaram por diversos processos de destruição da sua cultura e religiosidade, sendo que um dos grandes exemplos dessa violência moral foi o batismo forçado que a Igreja impunha aos homens e mulheres que chegavam ao Brasil, forçando-os a abandonar sua origem e esquecer os laços que os mantinham vinculados à sua terra natal. Além disso, era extremamente sintomático que o batismo fosse feito em nome de um deus e um povo responsável pelo próprio processo de escravização, em um dos maiores genocídios da história.

Feedback:
--

2ª QUESTÃO

Enunciado:
Estudos realizados em 2021 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mostraram que, no Brasil, houve uma queda brusca da taxa de vacinação infantil nos últimos anos: entre 2017 e 2021, a taxa caiu de 93,1% para 71,49%, considerando-se crianças com menos de um ano de idade. Essa redução da cobertura vacinal deixa a população infantil muito vulnerável e exposta a doenças que já estavam praticamente erradicadas, tal como o sarampo, que em 2018 voltou a ser uma preocupação para os brasileiros. Além do sarampo, corre-se o risco de outras doenças voltarem a acometer as crianças, como a poliomielite, a meningite, a rubéola e a difteria. O gráfico a seguir mostra as taxas de vacinação infantil, em crianças menores de um ano deidade, no período de 2017 a 2021.



Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-infantil-sofre-queda-brusca-no-brasil.
Acesso em: 23 de jun. 2023 (adaptado).

Considerando as informações apresentadas no texto e no gráfico, assinale a opção correta.

Alternativas:

(alternativa A)
O aumento da taxa de vacinação infantil contra a febre amarela em 2021, em comparação com o índice registrado em 2017, revela que as campanhas de conscientização da população foram bem-sucedidas quanto ao alcance da meta de vacinação contra essa enfermidade.

(alternativa B)
A pandemia de Covid-19, ao ampliar a conscientização da população sobre a necessidade de manter alto índice vacinal para evitar o reaparecimento de doenças infectocontagiosas, contribuiu para o aumento da cobertura vacinal contra outras doenças, conforme indicado no gráfico.

(alternativa C)
A cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade foi muito variável, com alto índice vacinal da BCG e média cobertura da vacina tetra viral, no período de 2017 a 2021.

(alternativa D)
O percentual de vacinação com o imunizante da poliomielite se manteve constante na maior parte do período de 2017 a 2021.

(alternativa E) **(CORRETA)**
A baixa cobertura vacinal de crianças menores de um ano de idade é um dos indicadores de baixo desempenho das políticas públicas de atenção primária em saúde.

Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: ENADE 2023	
Feedback: ENADE 2023	

3ª QUESTÃO

Enunciado:
Recentemente, a população carcerária feminina do Brasil tornou-se a terceira maior do mundo. A situação do encarceramento feminino por tráfico de drogas e outras situações que circundam o assunto foi tema de discussão da Secretaria de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Senad/MJSP), em seminário realizado em abril de 2023. O evento contou com a participação de 23 países. Segundo os dados apresentados pela Senad, a incidência penal sobre drogas no Brasil é uma das principais causas de prisão de mulheres, chegando a 54% dos casos de encarceramento, contra 28% dos homens, índice que impacta em aspectos como maternidade e primeira infância.

Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noti cias/senad-discute-situacao-de-mulheres-encarceradasnocontexto--de-drogas-no-brasil. Acesso em: 15 jun. 2023 (adaptado).

Acerca do tema apresentado, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. A maioria das mulheres envolvidas em atividades do tráfico encontra-se em posições hierarquicamente inferiores, sendo classificadas como “mulas e aviões”, o que revela a reprodução, no mercado ilegal, da divisão sexual do trabalho observada no mercado formal.

PORQUE

II. O sistema penal agrava a situação de vulnerabilidade das mulheres encarceradas, seja pelainvisibilização com que as trata, seja por meio da violência institucional que reproduz a violência estrutural das relações sociais patriarcais.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

Alternativas:

(alternativa A)
As asserções I e II são proposições falsas.

(alternativa B)
A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(alternativa C) **(CORRETA)**
As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(alternativa D)
As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(alternativa E)
A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: ENADE 2023	
Feedback: ENADE 2023	

4ª QUESTÃO

Enunciado:
A participação feminina na política é fundamental para garantir uma sociedade mais justa e igualitária. Todavia, a presença de mulheres em cargos políticos ainda é muito baixa no Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que atualmente a população brasileira seja de 213,3 milhões de pessoas, com maior percentual de mulheres (51,1%) do que de homens(48,9%). Embora as mulheres sejam a maioria populacional e de pessoas votantes (52,65%), a sub-representação política ainda se mostra como uma realidade no país, uma vez que somente 15% das pessoas eleitas são mulheres, segundo dados do TSE (2022).

Pesquisadoras e pesquisadores indicam ações necessárias à redução da sub-representação feminina na política. A respeito do tema, leia as alternativas abaixo:

I. Educação: é importante fomentar a educação política para as mulheres desde cedo, incentivando lideranças femininas para que estas se sintam confiantes em atuar no campo político estruturado, compreendendo o seu importante papel ativo.
II. Cotas: a adoção de cotas para mulheres em cargos eletivos ajuda a aumentar a representação feminina. Essa medida pode ser temporária, até que a presença de mulheres na política seja mais equilibrada.
III. Apoio financeiro: disponibilizar fundos para mulheres que desejam concorrer a cargos políticos incentiva a participação feminina na política, sejam a partir de bolsas de estudo para educação política, financiamento de campanhas políticas, entre outros.
IV. Visibilidade: o destaque à atuação política de mulheres na mídia é importante na promoção da participação feminina, dando mais voz às mulheres e encorajando futuras gerações.
V. Reforço aos papéis de gênero: o apoio a candidatas mulheres é imprescindível, uma vez que elas trazem mais sensibilidade às questões sociais e são naturalmente mais aptas a cuidar do outro.

São medidas que configuram incentivos à participação feminina na política:

Alternativas:

(alternativa A)
as contidas nos itens I, III e IV.

(alternativa B)
as contidas nos itens I, II e III.

(alternativa C)
as contidas nos itens III, IV e V.

(alternativa D)
as contidas nos itens I, II, III, IV e V.

(alternativa E) **(CORRETA)**
as contidas nos itens I, II, III e IV.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A medidas contidas em I, II, III e IV podem contribuir significativamente para redução da subrepresentação feminina na política, uma vez que garantem apoio material (como as cotas e incentivo financeiro) ou buscam desconstruir a ideia de que “política não é lugar de mulher”.Educação política de base, apoio financeiro, cotas, incentivo de lideranças, oportunidade de voz e visibilidade às mulheres, bem como a desconstrução de estereótipos culturais (como os dispositivos de cuidado, fragilidade, passividade e os papéis de gênero) são medidas essenciais para aumentar a participação feminina na política.

Feedback:
--

5ª QUESTÃO

Enunciado:

O cartunista, dramaturgo e cartunista Toni D'Agostinho é conhecido por criar charges com conteúdo de denúncia social. A partir dessa imagem, podemos afirmar que:

Alternativas:

(alternativa A)
ela se refere a um período escravocrata, posto que as pessoas negras estão na base e as pessoas brancas no topo, realidade vista em momento anterior a 1888.

(alternativa B)
ela se refere a um período anterior a constituição de 1988, já que nela percebemos desigualdade entre os sujeitos e isso está em desacordo com a Carta Magna.

(alternativa C) **(CORRETA)**
ela se refere a uma realidade social atual, onde a população negra é base da sociedade, numericamente superior, e os brancos estão mais próximos do poder.

(alternativa D)
ela se refere a uma propaganda do movimento negro radical, posto que passa a ideia equivocada de que existe uma diferença entre brancos e negros no acesso ao poder.

(alternativa E)
ela se refere à ideia de democracia racial, onde vemos pessoas de todas as raças juntas, em prol da constituição da nação brasileira.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A alternativa A é incorreta pois passa a ideia de que após a abolição da escravidão esse cenário de desigualdade racial deixou de existir. Isso não corresponde à realidade

O distrator que cita a Carta Magna também é incorreto, pois passa a ideia de que após a criação da Carta Magna não existe mais desigualdade racial e isso é equivocado.

O distrator que se refere à democracia racial é inadequado, visto que essa ideia parte do pressuposto que não existe diferença entre as raças no Brasil e a imagem mostra justamente o contrário, uma hierarquia entre as raças

A alternativa que fala sobre a realidade social atual é a correta, pois ela aponta para o fato das pessoas negras terem menos acesso à saúde, educação, segurança, saneamento e espaços na política, como aponta a charge.

Feedback:
--

6ª QUESTÃO

Enunciado:
O crescimento das cidades promove o aumento da demanda por serviços de água tratada, esgotamento sanitário, manejo das águas pluviais, limpeza urbana e coleta de resíduos sólidos. No Brasil, o processo de urbanização ocorreu de forma rápida e desigual, o que resultou no agravamento de injustiças sociais e econômicas. Os serviços de saneamento básico considerados direitos humanos fundamentais não são acessíveis a uma parcela significativa da população, principalmente àquela em que se concentram os segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade.

O atendimento integral e universalizado junto às populações periféricas e em situação de vulnerabilidade constitui um grande desafio, por demandar políticas públicas e investimentos subsidiados e permanentes.

Disponível em: https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/verdegrande/article/view/6018. Acesso em: 22 jun. 2023 (adaptado).

Acerca do saneamento básico no Brasil, avalie as afirmações a seguir.

I. A grave desigualdade social, evidenciada pela segregação nos espaços urbanos, é uma das barreiras para a universalização do acesso aos serviços de saneamento básico.
II. O serviço de abastecimento de água no Brasil situa-se no mesmo patamar de fornecimento e de infraestrutura que o sistema de coleta e tratamento do esgoto.
III. A universalização do acesso aos serviços de saneamento básico requer investimentos em políticas públicas e em tecnologias sociais que priorizem a democratização e o atendimento às populações em situação de vulnerabilidade.
IV. O aumento da incidência de doenças transmitidas pela água resulta não somente da inadequação dos serviços de saneamento, mas também da precariedade das condições de moradia da população em situação de vulnerabilidade.

É correto apenas o que se afirma em

Alternativas:

(alternativa A) **(CORRETA)**
I, III e IV

(alternativa B)
I e IV

(alternativa C)
II e III

(alternativa D)
II, III e IV

(alternativa E)
I e II

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
ENADE 2023

Feedback:
ENADE 2023

7ª QUESTÃO

Enunciado:

Grafite: Eduardo Kobra. Foto: Charles Humpreys. São Paulo. Disponível em: https://www.bbc.com. Acesso em: 22 ago. 2022.

Inicialmente, a natureza transgressora do grafite foi encarada pelo Estado como vandalismo no espaço público e como um perigo para a conservação da propriedade privada, devendo-se,portanto, combatê-lo. Com o tempo, contudo, essa concepção marginal transformou-se, incidindo em uma valorização aceitável pelo Estado e positiva para a sociedade. Essa transição do grafite,de arte marginal para manifestação artística reconhecida e aceita, tem revelado aspectos importantes não somente para os profissionais do grafite, mas para a sociedade como um todo,pois incorpora a possibilidade de ele ser um produto artístico de valor cultural, econômico e ideológico.

PIRES, E. M.; SANTOS, F. A. A cidade de São Paulo e suas dinâmicas: graffiti, Lei Cidade Limpa e publicidade urbana. Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material. v. 26, São Paulo, 2018 (adaptado).

Considerando-se o texto e a imagem apresentados, é correto afirmar que o grafite consiste em uma

Alternativas:

(alternativa A) **(CORRETA)**
expressão cultural que problematiza os valores e as relações da sociedade com os espaços onde é produzida.

(alternativa B)
expressão popular associada à contestação e, por isso, não é reconhecido como arte.

(alternativa C)
intervenção urbana que traz prejuízos para a sociedade porque gera conflitos latentes entre diferentes classes sociais.

(alternativa D)
expressão convencional de hierarquias consolidadas ao longo do tempo e ainda presentes na sociedade.

(alternativa E)
intervenção estética realizada com o propósito de embelezamento padronizado dos espaços urbanos pelo uso de cores intensas e contrastantes.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
ENADE 2022

Feedback:
ENADE 2022

8ª QUESTÃO	
Enunciado: Pesquisa realizada pelo Observatório Brasileiro de Políticas Públicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) aponta que a população em situação de rua aumentou no Brasil em 2022. De janeiro a maio deste ano, mais de 26 mil novas pessoas nessa situação foram registradas no Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal. No país, mais de 180 mil pessoas estão registradas no CadÚnico. Disponível em: https://g1.globo.com. Acesso em: 6 jul. 2022 (adaptado). Considerando as informações apresentadas, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas. I. A existência de pessoas em situação de rua no Brasil deriva, sobretudo, das desigualdades sociais oriundas da pandemia de Covid-19. PORQUE II. Um dos efeitos da pandemia de Covid-19 foi a ampliação do número de pessoas em situação de rua no Brasil, o que evidencia a segregação socioespacial das cidades brasileiras. A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.	
Alternativas: **(alternativa A)** As asserções I e II são proposições falsas. **(alternativa B)** A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa. **(alternativa C)** As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I. **(alternativa D)** **(CORRETA)** A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira. **(alternativa E)** As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.	
Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: ENADE 2022	
Feedback: ENADE 2022	

9ª QUESTÃO

Enunciado:
Enquanto sociedade todos são responsáveis por proporcionar a inclusão a um vasto universo de pessoas, a saber: indivíduos com várias deficiências, idosos, pessoas com doenças, mobilidade reduzida, passando por procedimentos ou tratamentos médicos e ainda situações diferentes, que as limitam de estarem ativas socialmente, seja em suas vidas pessoais, universitária/escolar, ou em suas funções laborais, além dos grupos minoritários e minorizados, como por exemplo, a população LGBTQIAPN+, os refugiados e as mulheres.

Para que a inclusão ocorra de forma efetiva, é necessário que a promoção de acessibilidade seja plena. Dentre as múltiplas formas de acessibilidade, é a mais simples de ser colocada em prática,porque depende apenas de nós, quando nos colocamos no lugar do outro e, a partir disso,pensamos e realizamos ações que promovam um mundo mais justo e inclusivo, onde abolimos comportamentos preconceituosos ou discriminatórios, para todas as pessoas. Sobre qual das dimensões de acessibilidade estamos tratando?

Alternativas:

(alternativa A)
Acessibilidade Instrumental

(alternativa B)
Acessibilidade Arquitetônica

(alternativa C)
Acessibilidade Digital

(alternativa D)
Acessibilidade Natural

(alternativa E) **(CORRETA)**
Acessibilidade Atitudinal

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A barreira atitudinal é a primeira barreira a ser quebrada para que todas as outras também deixem de existir, diz respeito às ações que tomamos como indivíduos para diminuir as barreiras entre as pessoas. É se colocar minimamente no lugar do outro, pensar e realizar ações que promovam um mundo mais justo e inclusivo para todos(as). Essa é a dimensão mais simples de ser colocada em prática, porque depende apenas de nós. A acessibilidade natural tem como missão quebrar barreiras que a própria natureza produz. Vegetação irregular, árvores que viram obstáculos no caminho ou fecham trilhas, terra, areia, água… A acessibilidade digital está relacionada, por exemplo, textos alternativos em imagens, aplicação de alto contraste naspáginas web e muitas outras opções de tecnologias assistivas, fazem parte da acessibilidade digital. A acessibilidade instrumental é superar barreiras no uso de utensílios e ferramentas. A acessibilidade arquitetônica está relacionada aos recursos que permitam a locomoção de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida, em qualquer espaço com autonomia.

Feedback:
--

10ª QUESTÃO

Enunciado:
Os seguintes ícones foram utilizados em um estudo realizado por um grupo de trabalho de monitoramento da relação das mulheres com a mobilidade urbana na cidade de São Paulo. Na pesquisa, perguntou-se às mulheres como elas se sentiam nas situações representadas por tais imagens.
As respostas relativas a cada tipo de mobilidade urbana são apresentadas a seguir.

Coletivo Fórum Regional das Mulheres da Zona Norte, Rede MÁS, Sampapé! (2018). Relatório de Análises, Resultados e Recomendações. Projeto Mulheres Caminhantes! Auditoria de Segurança de Gênero e Caminhabilidade Terminal Santana, São Paulo, SP (adaptado).

Considerando o estudo apresentado e relacionando o trabalho de monitoramento social das necessidades de mulheres no contexto urbano aos pressupostos do direito à cidade, avalie as afirmações a seguir.

I. A predominância de comentários negativos indica o medo generalizado que as mulheres sentem ao se deslocarem ativamente pela cidade, inclusive quanto à percepção de seu corpo no espaço urbano.
II. Os comentários negativos sobre os modos coletivos de transporte estão relacionados à lotação nesses meios e a situações de assédio, tendo sido o metrô avaliado como um espaço um pouco mais seguro para as mulheres, em comparação com outras formas de mobilidade.
III. Os comentários negativos refletem a percepção das mulheres quanto ao perigo a que se expõem e sugerem que o medo relacionado à vulnerabilidade de gênero aponta para uma geografia particular nas cidades, em que os meios de transporte afetam os movimentos rotineiros das mulheres no espaço urbano.

É correto o que se afirma em

Alternativas:

(alternativa A)
I, apenas.

(alternativa B)
I e II, apenas.

(alternativa C) **(CORRETA)**
I, II e III.

(alternativa D)
III, apenas.

(alternativa E)
II e III, apenas.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
ENADE 2023

Feedback:
ENADE 2023

11ª QUESTÃO

Enunciado:
Um paciente foi atendido na UPA com queixa de dispneia. Ao exame físico (ausculta), apresentava sibilos difusos. A gasometria arterial mostrava discreta diminuição da PaCO2. O paciente trazia consigo uma prova de função respiratória que evidenciava redução do fluxo aéreo expiratório durante manobras de expiração forçada. A taxa de pico de fluxo expiratório (PFE), o volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) e a relação VEF1/capacidade vital forçada (CVF) estavam diminuídas. Os volumes pulmonares e a capacidade de difusão estavam normais. Marque a alternativa que indica a principal hipótese diagnóstica:

Alternativas:

(alternativa A)
Pneumonia.

(alternativa B)
Enfisema Pulmonar.

(alternativa C) (CORRETA)
Asma Brônquica.

(alternativa D)
Tuberculose Pulmonar.

(alternativa E)
Fibrose Intersticial Pulmonar.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A asma brônquica é doença obstrutiva das pequenas vias aéreas que causam redução do fluxo aéreo expiratório e se expressam clinicamente como sibilância. Resultam em hiperventilação que leva à queda da PaCO2. A Pneumonia se expressa clinicamente com tosse e estertores crepitantes e não costuma afetar o fuxo aéreo expiratório isoladamente. A tuberculose pulmonar normalmente se apresenta como tosse crônica. A fibrose intersticial altera as trocas gasosas, e o enfisema pulmonar se expressa como diminuição do murmúrio vesicular e pode causar queda da PaO2.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

12ª QUESTÃO

Enunciado:
Da mesma forma que a meningite, a encefalite costuma ser uma doença febril aguda. Quanto às encefalites podemos afirmar que:

I. O paciente comumente tem alteração do nível de consciência (confusão, anormalidades do comportamento) ou depressão do nível de consciência variando desde letargia leve ao coma.
II. Podem ocorrer crises convulsivas focais ou generalizadas em muitos pacientes com encefalite grave.
III. Os achados focais mais comumente observados são afasia, ataxia, padrões de fraqueza dos neurônios motores superior e inferior, movimentos involuntários (p. ex., abalos mioclônicos, tremor) e déficits de nervos cranianos (p. ex., paralisia ocular, fraqueza facial).
IV. Apesar de os vírus neurotrópicos causarem lesão em regiões distintas do sistema nervoso central (SNC), as variações nas apresentações clínicas tornam impossível o estabelecimento seguro da etiologia de um caso específico de encefalite, baseando-se apenas em dados clínicos.

Quanto às afirmativas acima podemos afirmar que:

Alternativas:

(alternativa A)
Apenas a I está correta.

(alternativa B) (CORRETA)
I, II, III e IV estão corretas.

(alternativa C)
Apenas a III e a IV estão corretas.

(alternativa D)
Apenas a I e a II estão corretas.

(alternativa E)
Apenas a II e a IV estão corretas.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
A encefalite é definida como uma inflamação do encéfalo causada por infecção, geralmente um vírus, ou por um processo autoimune primário. Os pacientes com encefalite podem ter alucinações, agitação, alteração da personalidade e transtornos do comportamento, manifestando, às vezes, um estado francamente psicótico. Praticamente todo tipo possível de distúrbio neurológico focal já foi relatado na encefalite viral e os sinais e sintomas refletem o local de infecção e inflamação. Ocorrem crises convulsivas focais ou generalizadas em muitos pacientes com encefalite grave.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

13ª QUESTÃO	
Enunciado: Quando atendemos um paciente considerado “grande queimado”, a história de queimadura por chama em local fechado, a presença de queimadura dérmica de espessura total em face ou pescoço e a voz rouca são sugestivos de:	
Alternativas: **(alternativa A) (CORRETA)** Acometimento das vias aéreas. **(alternativa B)** Queimadura química. **(alternativa C)** Suspeita de lesão não acidental. **(alternativa D)** Queimadura elétrica. **(alternativa E)** Intoxicação por monóxido de carbono.	
Grau de dificuldade:	Nível 1
Resposta comentada: Os sinais clínicos que sugerem acometimento das vias aéreas são: história de queimadura por chama em local fechado; queimadura dérmica de espessura total em face ou pescoço; pêlos nasais chamuscados; escarro carbonáceo ou partícula de carvão em orofaringee e voz rouca.	
Feedback: TIMERMAN, Sérgio; GUIMARÃES, Hélio Penna. **Emergências médicas**: passo a passo. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2020. xxv, 429 p. ISBN 978-85-277-3595-7.	

14ª QUESTÃO

Enunciado:
Acadêmico de medicina do 12º período, em seu último rodizio do internato na UBS, atende o paciente do gênero masculino, 78 anos, diabético e hipertenso de longa data em acompanhamento regular com queixas de dispneia aos esforços, ortopneia e dispneia paroxística noturna associada a edema de membros inferiores e fadiga. Possui ecocardiograma que evidencia uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo pelo método de Simpson de 28%, aumento das câmaras cardíacas com hipocontratilidade difusa e eletrocardiograma com sinais de sobrecarga ventricular esquerda. Conforme a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021, com relação à recomendação para o tratamento da patologia apresentada, podemos afirmar que:

Alternativas:

(alternativa A)
O LCZ696 (sacubitril/valsartana) está indicado em substituição aos betabloqueadores ou BRA para os pacientes que se mantém sintomático, apesar do tratamento otimizado.

(alternativa B) (CORRETA)
Antagonista dos receptores mineralocorticoides para disfunção de VE sintomática, associada ao tratamento padrão para reduzir morbidade e mortalidade.

(alternativa C)
A Ivabradina tem indicação nos pacientes sintomáticos, com fração de ejeção ≤ 35% com frequência ventricular menor que 60 bpm.

(alternativa D)
A hidralazina associada ao nitrato constitui alternativa na impossibilidade do uso de inibidor da ECA ou BRA somente nos pacientes afrodescendentes.

(alternativa E)
O bloqueador de canal de cálcio não diidropiridínico constitui alternativa na impossibilidade de uso do betabloqueador para controle de frequência cardíaca.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A hidralazina com nitrato é alternativa na impossibilidade IECA/BRA para todos os pacientes, não apenas para afrodescendentes. O LCZ696 é alternativa em substituição ao IECA ou BRA e não aos betabloqueadores. Já o bloqueador de canal de cálcio não diidroperidinico é contra indicado em pacientes com IC com fração de ejeção reduzida e a Ivabradina é indicação em pacientes sintomáticos que com terapia otimizada apresentam FC > a 70 bpm. O antagonista dos receptores mineralocorticoides (espironolactona) são indicados para disfunção de VE sintomática, associada ao tratamento padrão para reduzir morbidade e mortalidade.

Feedback:
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca ¿ 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia (São Paulo)** São Paulo v. 116, n. 6, p. 1174-1212. Disponível em: http://bibonline.feso.br/vinculos/00001c/00001cdc.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

15ª QUESTÃO

Enunciado:
Durante um estudo para investigação do desempenho de um teste diagnóstico, 200 pessoas foram investigadas. 100 (cem) foram identificados como doentes e outros 100 (cem) como saudáveis. O teste sob avaliação identificou corretamente 78 (setenta e oito) dos doentes e 65 (sessenta e cinco) dos saudáveis. Qual foi a acurácia do teste?

Alternativas:

(alternativa A)
74,7%.

(alternativa B)
69%.

(alternativa C)
78%.

(alternativa D)
65%.

(alternativa E) (CORRETA)
71,5%.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A acurácia é a probabilidade do teste fornecer resultados corretos, ou seja, ser positivo nos doentes e negativo nos não doentes. Expresso de outra forma é a probabilidade dos verdadeiros positivos e verdadeiros negativos como uma proporção de todos os resultados e é calculado como: (a+d)/(a+b+c+d), também expresso como (a+d)/N. No caso: (78+65) ÷200 = 71,5%.

Já a sensibilidade é a probabilidade de resultado positivo nos doentes (verdadeiro positivo) e é calculado como: a/(a+c). No caso: 78 ÷100= 78%.

A especificidade é a probabilidade de resultado negativo nos não-doentes (verdadeiro negativo) e é calculado como: d/b+d. No caso: 65÷100= 65%.

O valor preditivo positivo é a probabilidade da presença da doença quando o teste é positivo e é calculado como: a/a+b. No caso: 78÷113= 69%. O valor preditivo negativo: é a probabilidade da ausência de doença quando o teste é negativo: d/c+d. No caso: 65÷87= 74,7%.

Feedback:
EPIDEMIOLOGIA. 2. ed. São Paulo: Atheneu, c2009. xxiii 685 p. ISBN 978-85-7379-999-6.

16ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher, 69 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus não insulinodependente, comparece ao pronto atendimento por conta de dor em região lombar associada a náuseas, febre e calafrios com 30 horas de evolução. Ao exame físico encontramos paciente em regular estado geral, acianótica, anictérica, corada, hidratada, eupneica em ar ambiente. PA 90 x 50 mmHg, FC 110 bpm, FR 25 irpm, Tax: 38,2º C, SatO2: 98% em ar ambiente. No restante do exame físico constata-se presença do sinal de Giordano à direita.
Realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve, hemograma e bioquímica que evidenciaram os seguintes resultados: Hb: 12,5 g/dl, Leucograma: 18.900 com 9% de bastões, Plaquetas: 230.000, Na: 142 mEq/l, K: 3,8 mEq/L, Ureia: 32mg/dl, Creatinina: 0,8 mg/dl, Proteína C reativa: 4 mg/dL (Valor de referência abaixo de 1 mg/dL). Tomografia evidenciando cálculo de aproximadamente 7 mm impactado em ureter proximal direito associado a borramento da gordura perirrenal à direita. Diante do caso clínico exposto, selecione a melhor alternativa:

Alternativas:

(alternativa A)
Iniciar hidratação venosa, iniciar antibiótico empiricamente e contactar o serviço de nefrologia para início de terapia renal substitutiva já que o cálculo impactado está levando a Injúria Renal Aguda com necessidade dialítica.

(alternativa B) (CORRETA)
Iniciar hidratação venosa, coletar hemoculturas e urinocultura, iniciar antibiótico parenteral empiricamente e contactar o serviço de urologia para intervenção cirúrgica de desobstrução do trato urinário após estabilização clínica.

(alternativa C)
Iniciar hidratação venosa, colher hemocultura e urocultura e aguardar o resultado para iniciar a antibioticoterapia.

(alternativa D)
Prescrever ciprofloxacino 500 mg 12/12 horas por via oral por 5 dias e tansulosina para eliminação do cálculo em até 5 dias. Informar ao paciente que, caso o cálculo não seja expelido, retornar para avaliação urológica.

(alternativa E)
Iniciar hidratação venosa, começar empiricamente antibiótico parenteral e prescrever tansulosina para expelir o cálculo.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
Estamos diante de uma paciente com sepse de foco urinário associada a obstrução do trato urinário. Após a estabilização clínica da paciente e o início da antibioticoterapia parenteral é mandatório intervenção cirúrgica para desobstrução do trato urinário. Nesse caso o uso do antibiótico não deve ser oral por conta do quadro séptico, assim como não se deve aguardar o resultado das culturas para o seu início. No momento, não existe indicação de terapia renal substitutiva, conforme resultado dos exames laboratoriais.

Feedback:
Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos – Riella – 6 ª Edição – Ed. Guanabara Koogan, 2018

17ª QUESTÃO

Enunciado:
Criança, 5 anos de idade, há 12 horas iniciou febre alta e astenia. Evoluiu com intensa dor de cabeça, vômitos e petéquias em membros inferiores. Seus pais o levaram à emergência, onde foi feito o diagnóstico de meningococcemia. Foi internado e tratado com antibióticos, além de medidas de suporte. A mãe informa que ele reside com os pais e irmão de 10 anos. Frequenta a escola em período parcial e não tem outras atividades extracurriculares. Analise as seguintes asserções e marque a resposta correta:

I. A amoxicilina está indicada para os contatos próximos à criança como medida eficaz na profilaxia da meningococcemia.

PORQUE

II. A amoxicilina elimina a bactéria Neisseria meningitidis, responsável pela meningococcemia, reduzindo o risco de doença entre os contatos próximos quando ministrada nos primeiros dias após o início dos sintomas do caso índice.

Alternativas:

(alternativa A)
A asserção I é verdadeira e a II é uma proposição falsa.

(alternativa B)
As asserções I e II são verdadeiras e a II é uma justificativa correta da I.

(alternativa C)
A asserção I é falsa, mas a II é uma proposição verdadeira.

(alternativa D)
As asserções I e II são verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.

(alternativa E) (CORRETA)
As asserções I e II são falsas.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A quimioprofilaxia tem sido adotada como medida eficaz na prevenção de casos secundários. O risco de doença entre os contatos próximos é maior durante os primeiros dias após o início da doença, o que requer que a quimioprofilaxia seja administrada o mais rápido possível.
O antibiótico de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina e está indicada para os contatos próximos (moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório, comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente). Ceftriaxone e ciprofloxacino também são antibióticos eficazes para a quimioprofilaxia. A amoxicilina não é segura e eficaz na erradicação da Neisseria meningitidis na nasofaringe e por isso não está indicada na quimioprofilaxia.

Feedback:
BRASIL. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

18ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher, 50 anos, há 6 meses apresenta quadro de poliartrite de grandes e pequenas articulações, sobretudo interfalangeanas proximais (IFPs), metacarpofalangeanas (MCFs) e punhos, com rigidez matinal acima de 1 hora de duração. Trabalhava como costureira e frente ao comprometimento de seu trabalho pelas dores e edema na região das mãos e, aliado ao fato de sua irmã apresentar síndrome de Sjögren, resolveu procurar um reumatologista. Durante a anamnese, também revelou apresentar tireoidite de Hashimoto, estando em uso regular de levotiroxina. O exame físico articular evidenciou aumento de volume de MCFs e IFPs e dor associada a sua palpação, resultando em 7 articulações afetadas nas mãos. Solicitado os exames para a próxima consulta, que evidenciaram: anti-CCP 80U/ml (VR: abaixo de 20U/ml), FAN, anti-Ro, anti-La, anti-Sm e anti-DNAds negativos; VHS: 70mm na 1a hora (VR: até 20mm) e RX de mãos e punhos com aumento de partes moles. Com base no caso acima, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável e a primeira opção terapêutica modificadora de doença:

Alternativas:

(alternativa A) (CORRETA)
Artrite reumatoide/Metotrexate.

(alternativa B)
Espondilite anquilosante/Sulfassalazina.

(alternativa C)
Esclerose sistêmica/Azatioprina.

(alternativa D)
Síndrome de Sjögren/Glicocorticoide.

(alternativa E)
Lupus eritematoso sistêmico/Hidroxicloroquina.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A paciente apresenta poliartrite de grandes e pequenas articulações (7 articulações nas mãos) acompanhada de rigidez matinal acima de uma hora, com mais de 6 semanas de evolução, com anti-CCP positivo em altos títulos e VHS elevado. Desta maneira, pelos critérios do American College of Rheumatology, a paciente apresenta 8 pontos, confirmando o diagnóstico de artrite reumatoide. Segundo o PCDT para esta patologia, a 1a opção dentro das drogas modificadoras de doença é o metotrexato, podendo seguir como monoterapia ou, em caso de não resposta, associar outro modificador de doença.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

19ª QUESTÃO

Enunciado:
Um paciente de 32 anos é admitido na emergência apresentando sudorese profusa, náuseas, vômitos, dor abdominal intensa e sialorreia. Relata ter sido picado por uma aranha durante uma caminhada na mata. O local da picada está avermelhado e inchado. Refere sentir uma dor intensa que se irradia a partir do local da picada em direção ao abdômen. Com base nesse caso clínico, avalie as afirmativas abaixo sobre a identificação da espécie peçonhenta:

I. O paciente apresenta uma manifestação típica de envenenamento por Loxosceles, também conhecida como aranha-marrom.
II. A aranha responsável pelo envenenamento apresenta hábitos diurnos e costuma se esconder em fendas e buracos, sendo comum em áreas rurais e periurbanas.
III. O tratamento recomendado para esse tipo de envenenamento inclui analgésicos para alívio da dor local e soro antiloxoscélico em casos graves.
IV. A aranha responsável pelo envenenamento pertence à família Theridiidae e pode ser identificada por possuir um corpo marrom claro com manchas escuras e pernas longas.

Está correto o que se afirma em:

Alternativas:

(alternativa A)
I, III e IV, apenas.

(alternativa B) (CORRETA)
I, II e III, apenas.

(alternativa C)
I, III e IV, apenas.

(alternativa D)
I e II, apenas.

(alternativa E)
III e IV, apenas.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A afirmativa I está correta, pois o quadro clínico descrito é compatível com envenenamento por Loxosceles, também conhecida como aranha-marrom. A afirmativa II está correta, pois as aranhas do gênero Loxosceles possuem hábitos noturnos e são encontradas frequentemente em áreas rurais e periurbanas. A afirmativa III está correta, pois o tratamento para envenenamento por Loxosceles inclui analgésicos e, em casos graves, soro antiloxoscélico. A afirmativa IV está incorreta, pois a família inclui o género Latrodectus, as notórias viúvas negras, com quadro clínico diferente do descrito.

Feedback:
Manual de diagnóstico e tratamento de acidentes por animais peçonhentos.2ª ed. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001.120

20ª QUESTÃO

Enunciado:
A Doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal inespecífica que pode evoluir com as seguintes complicações:

I. Aderências serosas e fístulas.
II. Perfuração livre e abscessos intra-abdominais e pélvicos.
III. Obstrução intestinal.
IV. Má absorção.
V. Doença perianal grave.

Assinale a alternativa correta:

Alternativas:

(alternativa A)
Apenas a II está correta.

(alternativa B)
Apenas a I está correta.

(alternativa C) (CORRETA)
I, II, III, IV e V estão corretas.

(alternativa D)
Apenas a I, II e IV estão corretas.

(alternativa E)
Apenas a I e II estão corretas.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
Como a Doença de Crohn é um processo transmural, formam-se aderências serosas que proporcionam vias diretas para a formação de fístulas e reduzem a incidência de perfuração livre. A perfuração ocorre em 1 a 2% dos pacientes, em geral no íleo, porém ocasionalmente no jejuno ou então como complicação do megacólon tóxico. A peritonite da perfuração livre, sobretudo colônica, pode ser fatal. Os abscessos intra-abdominais e pélvicos ocorrem em 10 a 30% dos pacientes com DC em alguma época durante a evolução de sua enfermidade. O tratamento padronizado consiste em drenagem percutânea do abscesso orientada por TC. Mesmo com a drenagem adequada, a maioria dos pacientes necessita de ressecção do segmento intestinal afetado. A drenagem percutânea apresenta taxa de insucesso especialmente alta nos abscessos da parede abdominal. O tratamento com corticoides sistêmicos aumenta o risco de abscessos intra-abdominais e pélvicos nos pacientes com DC que nunca foram submetidos à cirurgia.
Outras complicações incluem obstrução intestinal em 40%, hemorragia maciça, má absorção e doença perianal grave.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

21ª QUESTÃO	
Enunciado: Em uma pequena cidade de Minas Gerais com população estimada de 3.000 pessoas, em 31/12/2007, haviam 250 casos de diabetes. Naquela mesma localidade, durante o ano de 2008, foram diagnosticados 50 novos casos dessa doença entre seus habitantes. Pergunta-se: Qual a incidência de diabetes na cidade em 2008?	
Alternativas: **(alternativa A)** 5,65%. **(alternativa B) (CORRETA)** 1,66%. **(alternativa C)** 10%. **(alternativa D)** 8,33%. **(alternativa E)** 7,89%.	
Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: Cálculo da resposta correta: A incidência em 2008 é: [50 (casos novos) ÷3.000 (tamanho da população)] = 0,016 = 1,66%. Os demais valores não expressam a incidência em questão.	
Feedback: EPIDEMIOLOGIA. 2. ed. São Paulo: Atheneu, c2009. xxiii 685 p. ISBN 978-85-7379-999-6.	

22ª QUESTÃO

Enunciado:
Paciente 28 anos, relata abortamento de repetição, deseja contracepção e o método por ela escolhido foi o dispositivo intrauterino. Na avaliação ultrassonográfica pré inserção, foi descrito distorção da cavidade com septação no fundo uterino. Com base na história clínica, avalie as asserções abaixo:

I. O método escolhido pela paciente está contraindicado.

PORQUE

II. Existe risco de expulsão assim como maior dificuldade de inserção.

Marque a opção correta:

Alternativas:

(alternativa A)
As asserções I e II são verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(alternativa B)
As asserções I e II são proposições falsas.

(alternativa C)
A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(alternativa D) (CORRETA)
As asserções I e II são verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(alternativa E)
A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
São consideradas cinco categorias restritas de contraindicações para a inserção do dispositivo intrauterino: infecção uterina em atividade, gravidez confirmada, fatores uterinos (hemorragia genital de causa não identificada, anomalias uterinas, leiomiomas que distorcem a cavidade endometrial), câncer ginecológico do corpo e colo do útero e reações adversas aos componentes do DIU (geralmente ao cobre) e doença de Wilson (Doença hereditária que provoca um acúmulo excessivo de cobre nos órgãos).

Feedback:
LASMAR, Ricardo Bassil. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 1 recurso online. ISBN 9788527732406.

23ª QUESTÃO

Enunciado:
No abortamento infectado, a anamnese pode esclarecer se houve manipulação instrumental cavitária, introdução de sondas, laminárias ou soluções diversas. Os microrganismos causadores são os existentes na flora normal do sistema genital e dos intestinos: cocos anaeróbios, E. coli, bacteroides, Clostridium perfringens. Ao atender um quadro de abortamento infectado, qual a antibioticoterapia inicial você prescreveria?

Alternativas:

(alternativa A)
Doxiciclina e metronidazol.

(alternativa B)
Vancomicina e metronidazol.

(alternativa C) (CORRETA)
Gentamicina e clindamicina.

(alternativa D)
Cefalosporinas e quinolonas.

(alternativa E)
Ampicilina/sulbactam.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
Concomitantemente ao esvaziamento uterino, deve-se iniciar antibióticos de largo espectro, prescrevendo inicialmente clindamicina, 800 a 900 mg IV de 8/8 h + gentamicina, 240 mg/dia em 100 ml de solução de NaCl a 0,9% em infusão venosa por 30 min. Se não resolver em cerca de 24 a 48 h, deve-se associar ampicilina, 1 a 2 g IV de 6/6 h. Após 48 a 72 h afebril: amoxicilina, 500 mg por via oral (VO) de 8/8 h, durante 7 a 10 dias. Na infecção causada por Clostridium, está indicada, por vezes, a histerectomia total com anexectomia bilateral, sendo inoperante o esvaziamento.

Feedback:
REZENDE FILHO, Jorge de. Rezende: obstetrícia. 14. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, c2022. xxviii, 1076 p. ISBN 978-85-277-3777-7.

24ª QUESTÃO

Enunciado:
Paciente procura atendimento médico com relato de ocorrência de lesões cutâneas hipopigmentadas, eritematosas nos bordos, com perda da sensibilidade. À palpação, o médico percebe espessamento doloroso de nervo periférico bilateralmente. Baciloscopia em esfregaço da pele apresentou resultado positivo para BAAR. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual deve ser o tempo de duração do tratamento nesse caso?

Alternativas:

(alternativa A)
Esporotricose e tratamento por pelo menos dois meses.

(alternativa B)
Leishmaniose cutânea e tratamento por pelo menos um ano.

(alternativa C)
Tuberculose cutânea e tratamento por pelo menos três meses.

(alternativa D) (CORRETA)
Hanseníase e tratamento por pelo menos seis meses.

(alternativa E)
Micose superficial e tratamento por pelo menos dez dias.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
Três sinais cardinais indicam diagnóstico de hanseníase. O diagnóstico pode ser estabelecido quando dois destes três sinais estiverem presentes: 1.Lesões cutâneas hipopigmentadas ou eritematosas com perda definida ou comprometimento da sensibilidade: a apresentação clínica de placas cutâneas é diagnóstica quando estão associadas com perda definida ou comprometimento da sensibilidade (toque suave, dor e/ou temperatura). Surgem dilemas diagnósticos no estágio indeterminado da hanseníase por causa da perda variável de sensibilidade e da presença de lesões faciais (i.e., porque a densidade da inervação na face pode compensar o dano em certos ramos nervosos). 2.Envolvimento de nervos periféricos, conforme demonstrado por espessamento definido com comprometimento sensorial: o espessamento de um nervo periférico deve ser avaliado pela palpação do nervo afetado e pela comparação com o nervo contralateral correspondente. Na hanseníase multibacilar, o espessamento neural costuma ser bilateral. A dor à palpação neural é estabelecida pela aplicação de pressão leve sobre o nervo durante a palpação com a ponta dos dedos. Os nervos periféricos comumente palpados em um paciente com hanseníase são os nervos auricular maior, ulnar, radial, cutâneo radial, mediano, poplíteo lateral, tibial posterior, sural e fibular superficial. 3.Resultado positivo para BAAR na baciloscopia, estabelecimento da presença de BAAR em esfregaço de pele ou amostra de biópsia ou resultado positivo na reação em cadeia da polimerase (PCR, de polymerase chain reaction) da biópsia.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

25ª QUESTÃO	
Enunciado: Durante a visita médica no alojamento conjunto, você observa que a mãe do recém-nascido que irá examinar foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e que foi adequadamente tratada, apresentando VDRL materno 1:4 e do RN também 1:4. O exame físico do paciente está sem alterações, solicitado hemograma, LCR e Rx de ossos longos que se mostraram normais. Qual a melhor conduta a ser tomada neste caso?	
Alternativas: **(alternativa A)** Iniciar penicilina procaína por 10 dias. **(alternativa B)** Iniciar penicilina benzatina dose única e liberar paciente. **(alternativa C)** Iniciar penicilina cristalina por 10 dias. **(alternativa D) (CORRETA)** Liberar o paciente com orientações. **(alternativa E)** Iniciar penicilina cristalina por 7 dias.	
Grau de dificuldade:	Nível 3
Resposta comentada: Tendo em vista que a mãe foi diagnosticada com sífilis durante a gestação e realizou tratamento adequado, ou seja, apresentou comprovante do tratamento com Benzilpenicilina benzatina, com a primeira dose realizada pelo menos 4 semanas antes do parto, VDRL materno e do recém- nascido iguais 1:4, o exame físico e exames laboratoriais normais, a conduta mais adequada seria: dar alta e referenciar o recém-nato para seguimento clínico e laboratorial na puericultura.	
Feedback: BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais- Brasília - Ministério da Saúde. 2022	

26ª QUESTÃO

Enunciado:

Durante a atual epidemia de Dengue, o Ministério da Saúde orienta que todo indivíduo que apresentar febre (39°C a 40°C) de início repentino e pelo menos duas das seguintes manifestações - dor de cabeça, prostração, dores musculares e/ou articulares e dor atrás dos olhos – deve procurar imediatamente um serviço de saúde, a fim de obter tratamento oportuno. No entanto, após o período febril, sinais de alarme podem surgir e marcar o início da piora do quadro clínico. Identifique a(s) opção(ões) que se refere(m) a um sinal de alarme na evolução da Dengue:

I. dor abdominal (dor na barriga) intensa e contínua;
II. vômitos persistentes;
III. diarreia;
IV. acúmulo de líquidos em cavidades corporais (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico);
V. hipotensão postural e/ou lipotímia;

Assinale a alternativa correta:

Alternativas:

(alternativa A)
I e II, apenas.

(alternativa B)
I, II, III e IV, apenas.

(alternativa C)
I, II, III, apenas.

(alternativa D) (CORRETA)
I, II, IV e V, apenas.

(alternativa E)
I, II, III e V, apenas.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
A diarreia comumente aparece durante a fase febril da doença. Os demais sinais indicam ou extravasamento de plasma dos vasos sanguíneos devido à inflamação sistêmica ou hemorragias devidas à plaquetopenia.

Feedback:
BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue**: diagnóstico e manejo clínico, adulto e criança. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 58 p. ISBN 978-85-334-2344-2. Disponível em: . Acesso em: em 16 de abril de 2024.

27ª QUESTÃO	
Enunciado: A resistência aos antibióticos e o surgimento de microorganismos multiresistentes é um problema real da atualidade. Quanto às doenças inflamatórias pélvicas de etiologia gonocóccica, é correto afirmar que o tratamento de primeira escolha será com:	
Alternativas: **(alternativa A)** as quinolonas. **(alternativa B)** o metronidazol. **(alternativa C)** a doxiciclina. **(alternativa D) (CORRETA)** as cefalosporinas. **(alternativa E)** as penicilinas.	
Grau de dificuldade:	Nível 1
Resposta comentada: Atualmente, nenhum agente além das cefalosporinas parenterais oferece cobertura confiável para a infecção gonocócica. Assim, o tratamento oral adequado de mulheres com grave intolerância a cefalosporinas é um desafio. Se as penicilinas forem uma opção, a amoxicilina/ácido clavulânico combinados com doxiciclina produziram uma resposta clínica de curto prazo em um ensaio clínico. Ensaios clínicos realizados fora dos Estados Unidos sustentam a efetividade do moxifloxacino oral. Nesse caso, é imperativo executar um teste diagnóstico sensível para gonorreia (de preferência, cultura para testar a suscetibilidade antimicrobiana) antes do início da terapia. Para mulheres cuja DIP envolve a N. gonorrhoeae resistente à quinolona, o tratamento é incerto, mas pode incluir gentamicina parenteral ou azitromicina oral, embora este último agente não tenha sido estudado para esse propósito.	
Feedback: LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.	

28ª QUESTÃO	
Enunciado: Diante de uma mulher adulta que durante mais de dez anos não tinha queixas menstruais e que no último ano começou a apresentar dismenorreia, dispareunia, dor pélvica crônica, náuseas, vômitos, saciedade precoce, meteorismo, distensão abdominal e mudança dos hábitos intestinais, você suspeita de endometriose. Marque a alternativa que indica o exame necessário para a confirmação da sua hipótese diagnóstica:	
Alternativas: **(alternativa A)** Tomografia Computadorizada da pelve. **(alternativa B)** Ressonância Magnética da pelve. **(alternativa C)** Ultrassonografia transvaginal. **(alternativa D) (CORRETA)** Laparoscopia e biópsia. **(alternativa E)** Exame físico ginecológico.	
Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: Nenhuma modalidade de imagem detecta a presença de endometriose com acurácia suficiente para substituir a detecção visual cirúrgica e a biópsia para o diagnóstico, de modo que o padrão ouro de referência para o diagnóstico de endometriose continua sendo a visualização laparoscópica das lesões, com confirmação histopatológica.	
Feedback: BEREK, Jonathan S.; HACKER, Neville F. **Berek & Hacker's Gynecologic Oncology**. 7th. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, c2021. xiv, 849 p. ISBN 978-1-975142-64-3.	

29ª QUESTÃO	
Enunciado: Em um cenário de assistência pré-hospitalar ao paciente politraumatizado, muitas vezes, é impossível descartar lesão de coluna cervical pelo exame físico, mesmo com o exame neurológico completo. Assim, é fundamental proteger a coluna cervical. Se o paciente chegar à Unidade Hospitalar de Emergência apresentando déficit neurológico focal, a conduta deverá ser manter o colar cervical e:	
Alternativas: **(alternativa A)** Apenas observar o nível de consciência por 48 horas. **(alternativa B)** Proceder à entubação orotraqueal para proteger as vias aéreas. **(alternativa C)** Encaminhar imediatamente para o cirurgião especialista. **(alternativa D)** Realizar uma radiografia da coluna cervical. **(alternativa E) (CORRETA)** Realizar uma tomografia computadorizada da coluna cervical.	
Grau de dificuldade:	Nível 3
Resposta comentada: Atualmente, não existe razão para realizar radiografias de coluna cervical, a não ser que o local não possua TC à disposição. Isso porque o raio X tem sensibilidade de apenas 52% para detecção de lesões na região, enquanto a TC apresenta 98% de sensibilidade. No ambiente hospitalar, deve-se buscar o diagnóstico da lesão e a consulta ao especialista deve ser feita após a realização da tomografia. A observação do nível de consciência é importante quando ocorre traumatismo craniano. A proteção de vias aéreas é importante quando existe rebaixamento do nível de consciência.	
Feedback: BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio *et al.* (ed.). **Manual de medicina de emergência**: disciplina de emergências clínicas: Hospital das Clínicas da FMUSP. 3. Barueri: Manole, 2022. 1 recurso online. ISBN 9786555767827.	

30ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher, 42 anos de idade, percebeu um nódulo cervical, na topografia da tireoide. Em consulta com um endocrinologista, foi identificado um nódulo palpável, móvel e indolor. Não relata perda de peso, intolerância ao frio, fadiga e pele seca. Não há histórico familiar de neoplasia. Ao realizar a ultrassonografia, foi identificado um nódulo tireoidiano sólido, com bordos bem definidos, sem sinais de malignidade. De acordo com os princípios da prevenção quaternária, escolha a opção que representa a melhor abordagem no caso clínico exposto acima:

Alternativas:

(alternativa A)
Solicitar exames pré-operatórios e encaminhar a paciente para a cirurgia de remoção do nódulo ou de toda a tireoide.

(alternativa B)
Prescrever levotiroxina em altas doses para reduzir o tamanho do nódulo e monitorar a sua evolução em 3 meses.

(alternativa C) (CORRETA)
Esclarecer sobre as características benignas do nódulo baseado na anamnese, exame físico e ultrassonografia e recomendar acompanhamento periódico.

(alternativa D)
Realizar biópsia aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por ultrassom imediatamente para avaliação histológica do nódulo.

(alternativa E)
Solicitar exames de imagens adicionais, como tomografia computadorizada, avaliar melhor a extensão do nódulo e planejar o tratamento o mais precoce possível.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
Recomendar o acompanhamento periódico baseado nas características benignas do nódulo na ultrassonografia é uma estratégia que evita intervenções desnecessárias e excesso de medicalização, alinhando-se aos princípios da prevenção quaternária.
Existem potenciais danos para o rastreamento que incluem a realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) dos nódulos encontrados, hipermedicalização, retirada parcial ou total da glândula (tiroidectomia), com ou sem retirada de linfonodos e iodo radioativo complementar. Evidências consideráveis têm documentado os danos advindos da tiroidectomia, como hipoparatireoidismo definitivo, paralisia do nervo das cordas vocais e também da radioiodoterapia como boca seca pelo dano às glândulas salivares, além dos aspectos psicológicos trazidos pelo diagnóstico de qualquer tipo de câncer.
A detecção precoce associada ao não aumento da sobrevida sugere fortemente que o diagnóstico precoce não traz benefício ou pode até causar maior dano (exemplo de sobrediagnóstico ou overdiagnosis).

Feedback:
ROUQUAYROL Epidemiologia & saúde. 8. Rio de Janeiro MedBook 2017 1 recurso online ISBN 9786557830000.
HAUGEN, B. R. *et al.* 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer.
Thyroid, v. 26, n. 1, p. 1-133, Jan 2016. ISSN 1557-9077. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2646296

31ª QUESTÃO

Enunciado:
A estrongiloidíase é uma geo-helmintíase que afeta sobretudo populações no meio rural, podendo cursar com manifestações clínicas de leve intensidade até quadros graves com risco de morte do enfermo. Sobre a estrongiloidíase, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

(alternativa A)
Em pacientes com meningite em casos de estrongiloidíase disseminada, o exame do liquor revela aspecto turvo com pleocitose com predomínio de neutrófilos polimorfonucleares.

(alternativa B)
Entre os métodos de detecção de larvas, o método de Kato-Katz é o padrão-ouro para detecção da estrongiloidíase.

(alternativa C)
Na estrongiloidíase disseminada o foco inicial de disseminação do helminto são lesões ulceradas no intestino delgado.

(alternativa D) (CORRETA)
Devido ao risco de disseminação dos vermes adultos de Strongyloides stercoralis, recomenda-se o tratamento preventivo com ivermectina em pacientes submetidos à terapia com corticosteroides.

(alternativa E)
Nos quadros de estrongiloidíase disseminada, as larvas podem ser identificadas em fluídos orgânicos, como lavado broncoalveolar e líquido cefalorraquidiano.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
O uso prolongado e de doses elevadas de corticoides reduzem o número de eosinófilos, favorecendo assim, a disseminação das larvas do parasito, numa situação de hiperinfecção por larvas. O método de escolha para o diagnóstico de estrongiloidíase é o Baerman-Morais. Em pacientes com meningite por Strongyloides stercoralis o liquor mostra elevação de eosinófilos.

Feedback:
COURA JR, PEREIRA NG. Fundamentos das Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
FOCACCIA R. Tratado de Infectologia. 6ª ed. São Paulo: Atheneu, 2021.
TAVARES W, MARINHO. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 4ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015

32ª QUESTÃO	
Enunciado: A pancreatite biliar é uma grave situação de saúde e o conhecimento das estruturas anatômicas ajuda a compreender a patologia. A cabeça do pâncreas se relaciona intimamente com o duodeno, onde termina o ducto colédoco. O término deste ducto no duodeno é:	
Alternativas: **(alternativa A)** na 2ª porção do duodeno, juntamente com os ductos pancreáticos, principal e acessório. **(alternativa B)** isoladamente na ampola hepatopancreática. **(alternativa C)** na ampola hepatopancreática, juntamente com o ducto pancreático acessório, na 2ª porção do duodeno. **(alternativa D)** na primeira porção do duodeno, juntamente com o ducto pancreático acessório, na ampola hepatopancreática. **(alternativa E) (CORRETA)** na ampola hepatopancreática, juntamente com o ducto pancreático principal, na 2ª porção do duodeno.	
Grau de dificuldade:	Nível 1
Resposta comentada: Na segunda porção do duodeno chegam os ductos colédoco e pancreáticos. O ducto acessório desemboca isoladamente. O colédoco abre juntamente com o ducto principal na ampola hepatopancreática.	
Feedback: Moore, Keith o. Anatomia orientada para a clínica. Rio de janeiro. Guanabara koogan.	

33ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher de 72 anos de idade é admitida no hospital com quadro de dor abdominal localizada em fossa ilíaca esquerda associada à febre. De comorbidades, a paciente refere apenas hipertensão arterial sistêmica e constipação intestinal crônica. Ao exame físico, há hipersensibilidade álgica na topografia acima descrita, não havendo descompressão dolorosa local, estando sua pressão arterial em 168 x 88 mmHg. A paciente é submetida à realização do exame complementar de maior utilidade para confirmação da hipótese diagnóstica mais provável, sendo a mesma confirmada.

Acerca desse caso, são formuladas as seguintes assertivas:

I. A hipótese diagnóstica mais provável é diverticulite aguda.
II. O exame complementar realizado deve ter sido uma vídeo-histeroscopia.
III. O principal fator de risco associado à condição é a hipertensão arterial sistêmica.
IV. A condição suspeita pode ter melhor avaliação de sua extensão/gravidade pela classificação de Hinchey.
V. O tratamento de escolha envolve a realização de bloqueio hormonal e analgesia potente.

São corretas as afirmativas:

Alternativas:

(alternativa A)
Apenas IV e V.

(alternativa B)
Apenas III e V.

(alternativa C)
Apenas I e II.

(alternativa D)
Apenas II e III.

(alternativa E) (CORRETA)
Apenas I e IV.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
Em pacientes idosos, a causa mais comum de dor abdominal aguda em quadrante abdominal inferior esquerdo, especialmente em fossa ilíaca esquerda, é a diverticulite aguda, condição cujos principais fatores de risco são o envelhecimento e a presença de constipação intestinal. O diagnóstico dessa condição é estabelecido preferencialmente através de tomografia computadorizada de abdômen com contraste, exame que também permite classificar a extensão/gravidade da condição por meio da aplicação da classificação de Hinchey, que subdivide os casos em 4 estágios (I a IV), sendo o estágio I as formas localizadas peridiverticular até a franca peritonite fecal disseminada (estágio IV). O tratamento inicial da diverticulite aguda é feito com antibioticoterapia com cobertura para Gram-negativos e anaeróbios. Não há indicação de vídeo-histeroscopia, muito menos de bloqueio hormonal.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.
TOWNSEND, Courtney M. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders Elsevier, c2019. 2 v. ISBN 978-85-352-8857-5.

34ª QUESTÃO

Enunciado:
Paciente, sexo feminino, 12 anos, é admitida com quadro de dor abdominal, náuseas e vômitos. Refere perda ponderal, poliúria e polidipsia há aproximadamente 4 semanas. Ao exame: paciente corada, desidratada, prostrada, taquicardia apresentando pulsos amplos, restante do exame físico sem alterações. Solicitado os seguintes exames laboratoriais: leucócitos 15.000; Hb: 13g/dl ; Ht: 45%; glicemia: 550mg/dl; Na: 136mmol/L; k: 3,7 mmol/L; Ph venoso: 7,28; PO2: 43; PCO2: 30; HCO3: 13; BE: 5. Qual a conduta inicial mais adequada para este paciente?

Alternativas:

(alternativa A)
Administração de antibiótico.

(alternativa B)
Reposição de bicarbonato.

(alternativa C)
Aplicação de insulina.

(alternativa D)
Reposição imediata de potássio.

(alternativa E) (CORRETA)
Hidratação venosa.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A paciente apresenta um quadro clássico de cetoacidose diabética, portanto a fluidoterapia deverá ser iniciada na primeira hora do tratamento. Pacientes com quadro de desidratação e choque na admissão, deverão receber expansão de volume com solução isotônica. O volume administrado dependerá do estado circulatório: iniciar com dose de 20ml/kg em infusão rápida com reavaliação frequente, sendo repetida conforme a necessidade. Inicia-se a infusão de insulina 1 hora após o início da reposição volêmica adequada. A dosagem do K deverá ser realizada antes do início da aplicação da insulina, neste caso não há necessidade. Já a reposição do bicarbonato é controversa pelo risco de edema cerebral.

Feedback:
Oliveira JEP, Montenegro Jr RM. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Cetoacidose Diabética. 2017-2018;10:358-64.

35ª QUESTÃO	
Enunciado: O tamanho de uma Comunicação Inter Atrial (CIA) e sua localização determinam os sintomas. A maioria das crianças que tem CIA parece saudável e parece não ter sintomas. A maioria se sente bem, cresce e ganha peso normalmente. Crianças com CIA grandes e mais graves, no entanto, podem apresentar alguns desses sinais ou sintomas: crescimento deficiente, cansaço extremo, falta de ar, problemas pulmonares, como pneumonias. A complicação futura, nos casos mais graves, é o desenvolvimento de:	
Alternativas: **(alternativa A)** Hipertensão Arterial Sistêmica. **(alternativa B)** Insuficiência Valvar Pulmonar. **(alternativa C)** Estenose Valvar Mitral. **(alternativa D)** Estenose Valvar Pulmonar. **(alternativa E) (CORRETA)** Hipertensão Arterial Pulmonar.	
Grau de dificuldade:	Nível 1
Resposta comentada: A pressão dentro do átrio esquerdo é maior do que no direito, o que ocasiona, na presença de CIA, um fluxo sanguíneo interatrial no sentido do átrio esquerdo para o átrio direito. O hiperfluxo acarreta aumento na pressão da artéria pulmonar.	
Feedback: LOUREIRO, Talita Nolasco ; SILVA, Anna Esther Araujo e (org.) SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Cardiologia pediátrica**. 2. Barueri: Manole, 2019. 1 recurso online. (Pediatria SOPERJ). ISBN 9788520462102.	

36ª QUESTÃO

Enunciado:
A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma neoplasia caracterizada por infiltração do sangue, da medula óssea e de outros tecidos por células proliferativas indiferenciadas e clonais do sistema hematopoiético. Essas leucemias compreendem um espectro de neoplasias malignas que, quando não tratadas, são uniformemente fatais. Quase metade dos pacientes apresenta sintomas por tempo ≤ 3 meses antes do diagnóstico da leucemia. Podemos afirmar:

I. A fadiga é sintoma frequente entre pacientes com LMA.
II. A anorexia e a perda de peso são comuns.
III. A febre, com ou sem infecção identificável, constitui o sintoma inicial em cerca de 10% dos pacientes.
IV. É comum a ocorrência de sinais de hemostasia anormal (sangramento, aparecimento fácil de equimoses).
V. Podem ocorrer dor óssea, linfadenopatia, tosse inespecífica, cefaleia ou diaforese.

Escolha a alternativa correta:

Alternativas:

(alternativa A)
IV, apenas.

(alternativa B) (CORRETA)
I, II, III, IV e V.

(alternativa C)
V, apenas.

(alternativa D)
I, apenas.

(alternativa E)
II, III e IV apenas.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
Em geral, os pacientes com LMA apresentam sintomas inespecíficos, que começam de modo gradual ou abrupto e que são a consequência de anemia, leucocitose, leucopenia/disfunção dos leucócitos ou trombocitopenia.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

37ª QUESTÃO	
Enunciado: O câncer de mama é, principalmente, uma doença dependente de hormônios sexuais por meio da atividade aumentada dos receptores do estrogêneo (ER) e seus ligantes, o estradiol e a estrona. Assinale a alternativa que representa risco aumentado de câncer de mama por aumentar a exposição aos estrogêneos?	
Alternativas: **(alternativa A)** Primeira gravidez a termo precoce. **(alternativa B)** Menopausa precoce. **(alternativa C)** Menarca tardia. **(alternativa D)** Aleitamento materno. **(alternativa E) (CORRETA)** Terapia de reposição hormonal exógena após a menopausa.	
Grau de dificuldade:	Nível 1
Resposta comentada: Menarca tardia, primeira gravidez a termo precoce, menopausa precoce e história de aleitamento materno não aumentam a exposição aos estrogêneos e não constituem risco aumentado para o câncer de mama.	
Feedback: LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.	

38ª QUESTÃO

Enunciado:
Homem, 52 anos de idade, é atendido no pronto socorro, apresentando há 5 dias tosse produtiva com expectoração amarelada, febre (38,5°C), adinamia e prostação. Nega dispneia, dor torácica e comemorativos urinários e digestivos. Ao exame físico está eupneico, acianótico, febril (38,3°C), hidratado, corado, extremidades aquecidas e enchimento capilar satisfatório. Murmúrio vesicular audível com estertores crepitantes em base direita e frêmito tóraco-vocal aumentado na mesma região. Não havia alteração do nível de consciência e o restante do exame físico era normal. Pressão arterial: 120 x 70 mmHg; frequência cardíaca: 90 bpm; SaO2: 97% em ar ambiente; frequência respiratória: 18 irpm. Tem déficit cognitivo crônico severo e mora com a mãe de 85 anos de idade, numa casa de um cômodo em uma comunidade carente da cidade do Rio de Janeiro. Nega hipertensão, diabetes, alergia, tabagismo e etilismo. Os exames complementares solicitados denotam os seguintes resultados: Glicemia: 90 mg%; ureia: 20 mg/dL; creatinina: 0,8 mg/dL; hemoglobina: 11mg/dL; hematócrito: 38%; 16.000 leucócitos com 10 bastões; plaquetas: 240.000. Considerando a situação de saúde acima, marque a alternativa que explicita a tomada de decisão mais correta:

Alternativas:

(alternativa A)
Solicitar radiografia de tórax para confirmar o diagnóstico.

(alternativa B) (CORRETA)
Internação hospitalar e iniciar antibioticoterapia, apesar do baixo risco de mortalidade.

(alternativa C)
Solicitar a cultura do escarro para identificar o agente etiológico.

(alternativa D)
Iniciar reposição volêmica e antibiótico parenterais, devido ao alto risco de mortalidade.

(alternativa E)
Iniciar antibioticoterapia oral domiciliar, pois não há critérios de gravidade.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A decisão sobre hospitalizar um paciente com pnemonia adquirida na comuniudade (PAC) tem implicações quanto ao risco e custo do tratamento hospitalar e a escolha entre internar e realizar o tratamento domiciliar pode ser difícil. Existem critérios que podem ajudar nesta decisão. O Índice de Gravidade da Pneumonia (IGP), utilizado para identificar os pacientes com risco baixo de morte, e os critérios do CURB-65, que avaliam a gravidade da doença, sendo este o mais utilizado por ser de fácil cálculo, já que o IGP apresenta 20 variáveis.

No CURB-65 as variáveis consideradas são:7
Confusão mental; ureia maior que 50 mg/dL; FR maior que 50 irpm; pressão arterial menor que 90x60 mmHg; idade maior que 65 anos. Caso o paciente apresente:
0 a 1 variáveis: tratamento ambulatorial
2 variáveis: considerar internação hospitalar
3 a 5 variáveis: internação hospitalar (4 a 5 – internação em terapia intensiva)

Apesar do paciente em questão não apresentar qualquer uma destas variáveis, devemos considerar a internação hospitalar em algumas situações, como por exemplo, se o paciente consegue manter a ingesta oral ou se existe algum fator que possa interferir na adesão ao tratamento (comprometimento cognitivo, condição sócio econômica precária, indivíduos em situação de rua). Portanto a melhor tomada de decisão singular para este paciente é a internação e iniciar antibioticoterapia.

Feedback:
Tratado de medicina geral / Associação Médica Brasileira ; editores César Eduardo Fernandes, Fernando Sabia Tallo, José Eduardo Lutaif Dolci. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2024.

39ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher, 48 anos, procurou o Pronto Socorro apresentando história de dor abdominal há 24 horas, iniciada a cerca de 1 hora após um jantar farto. A princípio era uma dor maciça no epigástrio, mas em seguida se estendeu também para o quadrante superior direito (QSD). Apresentou náuseas e alguns episódios de vômitos. História de dores semelhantes, mas que passava rapidamente.
Diabética (DM tipo 2), sem outras comorbidades. Ao exame físico: temperatura de 38,1° C; abdome: peristalse presente, pouco distendido, porém depressível, com dor intensa à palpação do QSD, causando interrupção de sua respiração à palpação profunda do ponto cístico, sem sinais de irritação peritoneal; exames retal e pélvico sem anormalidades. Restante do exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: leucometria de 14.000/mm3 com desvio para a esquerda, bilirrubina total de 0,8 mg/dL, bilirrubina direta de 0,6 mg/dL, fosfatase alcalina de 100 U/L, aspartato transaminase (AST) de 45 U/L, alanina transaminase (ALT) de 35 U/L. De acordo com o caso descrito acima, assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica:

Alternativas:

(alternativa A)
Apendicite aguda.

(alternativa B)
Úlcera péptica perfurada.

(alternativa C)
Pancreatite aguda.

(alternativa D)
Colangite aguda.

(alternativa E) (CORRETA)
Colecistite aguda.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
Paciente que apresenta dor abdominal de surgimento súbito, intensidade variável e persistente, possui um quadro de abdome agudo. No caso descrito, a paciente apresenta um quadro de abdome agudo inflamatório. Levando-se em consideração a dor de localização em hipocôndrio direito, pode-se suspeitar inicialmente de úlcera péptica perfurada, hepatite, colecistite, apendicite aguda (com apêndice alto) e pancreatite aguda como prováveis causas abdominais, além de causas extra-abdominais como pneumonia com pleurisia do lado direito. O exame físico é fundamental para guiar o diagnóstico. A palpação do hipocôndrio direito no paciente com colecistite aguda gera uma dor intensa, podendo causar interrupção de sua respiração à palpação profunda do ponto cístico (ponto na inserção da bainha do músculo reto com o rebordo costal direito), manobra denominada Sinal de Murphy e aceita como sinal patognomônico de colecistite aguda. Todas as doenças descritas na questão fazem parte dos possíveis diagnósticos de um abdome agudo inflamatório, mas a colecistite aguda deve ser a principal hipótese diagnóstica para este caso, devido à presença no exame físico do Sinal de Murphy positivo.

Feedback:
TOWNSEND, Courtney M. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders Elsevier, c2019. 2 v. ISBN 978-85-352-8857-5.

40ª QUESTÃO

Enunciado:
Paciente tabagista, sabidamente portador de enfisema pulmonar, após uma crise de tosse evoluiu com dispneia progressiva e dor torácica à direita, ventilatório dependente. Ao exame físico apresentava taquipneia, taquicardia, diminuição do murmúrio vesicular, do frêmito toracovocal e da expansibilidade torácica no lado afetado, cianose de extremidades, hipotensão e choque circulatório. Radiografia de tórax revelou desvio do mediastino para a esquerda, ausência de trama vascular na base direita e também da linha pleural visceral. A conduta imediata deve ser:

Alternativas:

(alternativa A)
Drenagem torácica tubular.

(alternativa B)
Realização de Ressonância Magnética.

(alternativa C)
Analgesia, oxigenioterapia e observação clínica.

(alternativa D) (CORRETA)
Toracocentese de alívio.

(alternativa E)
Entubação orotraqueal e assistência ventilatória mecânica.

Grau de dificuldade:	Nível 3

Resposta comentada:
A instabilidade hemodinâmica e o desvio acentuado do mediastino caracterizam um pneumotórax como hipertensivo, cujo tratamento é mandatório. Deve ser feita toracocentese imediatamente. O diagnóstico é clínico e não se deve esperar por exames complementares para iniciar o tratamento. A assistência ventilatória pode piorar o quadro. A drenagem tubular não é a intervenção imediata e deve ser imposta somente após a toracocentese.

Feedback:
BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio *et al.* (ed.). **Manual de medicina de emergência**: disciplina de emergências clínicas: Hospital das Clínicas da FMUSP. 3. Barueri: Manole, 2022. 1 recurso online. ISBN 9786555767827.

41ª QUESTÃO

Enunciado:
O tratamento farmacológico da hipertensão arterial não se limita à redução dos níveis de pressão arterial, mas abrange outras metas, como redução dos fatores de risco associados à morbidade e mortalidade cardiovasculares, entre outros, sem inconvenientes aos pacientes e, portanto, os diuréticos, considerados eficazes no tratamento da hipertensão arterial, são utilizados para o cumprimento dessas metas. Em relação aos diuréticos, avalie as afirmativas a seguir e marque a alternativa correta:

I. Os diuréticos de alça atuam no ramo ascendente espesso da alça de Henle e podem provocar, além da hipocalcemia, a hipomagnesemia.
II. Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses.
III. Os diuréticos de alça são reservados para casos de hipertensão associada à insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/min/1,73 m2 (D) e na insuficiência cardíaca com retenção de volume.
IV. No tratamento da hipertensão, com a administração de diuréticos tiazídicos ou de alça, pode surgir o efeito adverso hipopotassemia.

Alternativas:

(alternativa A)
Somente as afirmativas II e III estão corretas.

(alternativa B)
Somente as afirmativas I e II estão corretas.

(alternativa C) (CORRETA)
As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

(alternativa D)
Somente as afirmativas III e IV estão corretas.

(alternativa E)
Somente as afirmativas I e IV estão corretas.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos se relaciona inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Posteriormente, após cerca de quatro a seis semanas, o volume circulante praticamente se normaliza e há redução da resistência vascular periférica. São eficazes no tratamento da hipertensão arterial, tendo sido comprovada sua eficácia na redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Para uso como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses. Os diuréticos de alça são reservados para situações de hipertensão associada a insuficiência renal com taxa de filtração glomerular abaixo de 30 mL/min/1,73 m2 (D) e na insuficiência cardíaca com retenção de volume, devido a sua. Entre os efeitos adversos dos diuréticos estão: a ototoxicidade, devido ao uso de altas doses em pacientes com insuficiência renal ou em associação com agentes nefrotóxicos; a hipocalemia; a hipomagnesemia e a hipopotassemia.

Feedback:
BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788580556155.

42ª QUESTÃO

Enunciado:
Vacinar-se contra o Papilomavírus Humano (HPV) é a medida mais eficaz de se prevenir contra a infecção. A vacina é distribuída gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde e é indicada para:

I. Meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses. Adolescentes que receberem a primeira dose dessa vacina nessas idades poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassado os seis meses do intervalo preconizado, para não perder a chance de completar o seu esquema.
II. Meninas e meninos no primeiro ano de vida com esquema de 3 doses: 0, 60 e 120 dias de vida.
III. Mulheres e Homens que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0,2,6 meses), independentemente da idade.

Estão corretas as afirmativas:

Alternativas:

(alternativa A) I, II e III.

(alternativa B)
II, apenas.

(alternativa C)
II e III, apenas.

(alternativa D)
III, apenas.

(alternativa E) (CORRETA)
I e III, apenas.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
A infecção pelo HPV é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). A infecção pelo HPV não apresenta sintomas na maioria das pessoas. Em alguns casos, o HPV pode ficar latente de meses a anos, sem manifestar sinais (visíveis a olho nu), ou apresentar manifestações subclínicas (não visíveis a olho nu). A diminuição da resistência do organismo pode desencadear a multiplicação do HPV e, consequentemente, provocar o aparecimento de lesões. Está associado ao desenvolvimento da quase totalidade dos canceres de colo de útero, bem como a diversos outros tumores em homens e mulheres. Vacinar-se contra o HPV é a medida mais eficaz de se prevenir contra a infecção. A vacina não previne infecções por todos os tipos de HPV, mas é dirigida para os tipos mais frequentes: 6, 11, 16 e 18. É distribuída gratuitamente pelo SUS e é indicada para:

- Vítimas de abuso sexual de 9 a 14 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto administrar conforme a indicação da situação vacinal uma ou duas doses.
- Vítimas de abuso sexual de 15 a 45 anos (homens e mulheres) que não tenham tomado a vacina HPV ou estejam com esquema incompleto administrar conforme a indicação da situação vacinal, completando três doses da vacina HPV (0,2,6 meses)
- Meninas e meninos de 9 a 14 anos, com esquema de 2 doses. Adolescentes que receberem a primeira dose dessa vacina nessas idades, poderão tomar a segunda dose mesmo se ultrapassado os seis meses do intervalo preconizado, para não perder a chance de completar o seu esquema;
- Mulheres e Homens que vivem com HIV, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos na faixa etária de 9 a 45 anos, com esquema de três doses (0,2,6 meses), independentemente da idade.

Feedback:
Ministério da Saúde. HPV. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a- z/h/hpv . Acessado em 18 de abril de 2024.

43ª QUESTÃO	
Enunciado: Um paciente de 60 anos chega à emergência com queixa de falta de ar súbita, taquipneia e confusão mental. Ao exame físico, nota-se taquipneia com uma frequência respiratória de 28 respirações por minuto, uso de musculatura acessória e hipoxemia. Observando a disfunção respiratória aguda, imaginamos que na coleta da gasometria arterial iremos nos deparar com uma acidose respiratória. Qual a alternativa abaixo apresenta uma opção que mostra uma gasometria compatível com acidose respiratória?	
Alternativas: **(alternativa A)** pH 7,30, pCO2 30, HCO3 20. **(alternativa B)** pH 7,50, pCO2 50, HCO3 30. **(alternativa C) (CORRETA)** pH 7,10, pCO2 60, HCO3 30. **(alternativa D)** pH 7,45, pCO2 30, HCO3 18. **(alternativa E)** pH 7,20, pCO2 22, HCO3 12.	
Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: A acidose se apresenta com pH < 7,35 e para ser do tipo respiratório, precisa-se ter o aumento do pCO2 e como resposta secundária teremos um aumento do HCO3, ou seja, uma alcalose metabólica. A alternativa que contempla uma acidose respiratória precisa apresentar pH <7,35; pCO2 alto >45 e HCO3 alto >26 (como compensação secundária).	
Feedback: LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.	

44ª QUESTÃO

Enunciado:
O câncer de ovário é uma neoplasia altamente letal. É passível de cura nos estágios iniciais, porém raramente curável em estágios avançados. Quanto às estratégias de rastreamento da doença é correto afirmar que:

Alternativas:

(alternativa A)
deve ser feita a dosagem sérica do marcador tumoral CA-125 anualmente em mulheres com idade igual ou maior que 50 anos.

(alternativa B)
deve ser feita ressonância magnética da pelve anualmente em mulheres com idade igual ou maior que 50 anos.

(alternativa C) (CORRETA)
deve ser feito somente quando a paciente é participante de ensaios clínicos.

(alternativa D)
deve ser feita a pesquisa de mutação no gen BRCA1 em todas as mulheres com idade igual ou maior que 50 anos.

(alternativa E)
deve ser feita a ultrassonografia transvaginal anualmente em mulheres com idade igual ou maior que 50 anos.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
Com frequência, os tumores em estágio inicial secretam quantidades excessivas de proteínas normais, que podem ser medidas no soro, como CA-125, mesotelina e HE-4. De qualquer forma, a incidência de câncer ovariano na população de meia-idade é muito baixa, com apenas cerca de 1 em cada 2 mil mulheres entre as idades de 50 e 60 anos sendo portadora de um tumor assintomático não detectado. Por conseguinte, as técnicas de rastreamento efetivas devem ser sensíveis e altamente específicas, de modo a minimizar o número de resultados falso-positivos. Painéis de marcadores séricos não tiveram qualquer melhora em relação ao CA-125 isoladamente. Também, as estratégias de avaliação de risco usando algoritmos com várias medições de CA-125 ao longo do tempo não tiveram resultados. Até o momento, nenhuma outra estratégia de rastreamento foi mais bem-sucedida. Alguns estudos de grande porte têm sugerido que o rastreamento de baixa especificidade pode até mesmo agravar a mortalidade na população submetida a rastreamento. Atualmente, não se recomenda o rastreamento para o câncer de ovário fora de um ensaio clínico. Ensaios clínicos de grande porte em andamento estão estudando a detecção algorítmica por estratégias de amostragem seriada.

Feedback:
LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.

45ª QUESTÃO

Enunciado:
A hemorragia digestiva alta aguda é uma emergência médica que necessita de pronta tomada de decisão. Frente a um paciente com Hemorragia Digestiva Alta podemos afirmar que:

I. Os pacientes devem ser avaliados prontamente, um acesso venoso calibroso bilateral deve ser obtido e devem ser preparados para endoscopia digestiva alta, assim que possível.
II. A queda da pressão arterial sistólica em mais de 10 mmHg ou o aumento do pulso em mais de 10 bpm, quando o paciente passa da posição de decúbito para ortostase, indica perda de pelo menos 1.000 mL de sangue.
III. A reposição volêmica é inicialmente realizada e deve ser conservadora, pois a reposição excessiva aumenta o risco de ressangramento. O objetivo é atingir uma pressão arterial sistêmica (PAS) de 100 mmHg e frequência cardíaca (FC) < 100 bpm.
IV. O alvo de hemoglobina (Hb) fica entre 7-9 g/dL; alvos maiores estão associados a aumento de ressangramento.
V. Pacientes com sangramento ativo e coagulopatia (tempo de protrombina prolongado com INR > 1,5) ou plaquetas inferiores a 50.000/mm3 devem receber plasma fresco congelado e plaquetas, respectivamente.

Quanto às afirmativas anteriores podemos afirmar que estão corretas:

Alternativas:

(alternativa A)
Apenas a I.

(alternativa B) (CORRETA)
I, II, III, IV e V.

(alternativa C)
Apenas a III.

(alternativa D)
Apenas a I, II e IV.

(alternativa E)
Apenas a I e II.

Grau de dificuldade:	Nível 1

Resposta comentada:
A primeira, terceira, quarta e quinta alternativas nos apresentam como repor volume (acesso venoso bilateral calibroso por onde se infunde solução cristalóide, hemáceas, plaquetas e/ou plasma) e estancar o sangramento. A segunda alternativa nos apresenta parâmetros clínicos de acompanhamento.

Feedback:
BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio *et al.* (ed.). **Manual de medicina de emergência**: disciplina de emergências clínicas: Hospital das Clínicas da FMUSP. 3. Barueri: Manole, 2022. 1 recurso online. ISBN 9786555767827.

46ª QUESTÃO	
Enunciado: O ácido acetilsalicílico (AAS) é essencial para o tratamento dos pacientes com suspeita de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMEST) e é eficaz em todo o espectro das síndromes coronarianas agudas. Assinale a alternativa que contém a dose de AAS que deve ser mastigada ainda no Pronto Socorro por um paciente que apresenta IAMEST:	
Alternativas: **(alternativa A)** 75 a 162 mg. **(alternativa B) (CORRETA)** 160 a 325 mg. **(alternativa C)** 750 a 1000 mg. **(alternativa D)** 325 a 500 mg. **(alternativa E)** 500 a 750 mg.	
Grau de dificuldade:	Nível 3
Resposta comentada: A rápida inibição da cicloxigenase 1 plaquetária, seguida pela redução dos níveis de tromboxano A2, pode ser conseguida pela absorção oral de 1 comprimido de 160 a 325 mg mastigado no pronto-socorro. Essa medida deve ser seguida pela administração por via oral (VO) diária de ácido acetilsalicílico em uma dose de 75 a 162 mg.	
Feedback: LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.	

47ª QUESTÃO

Enunciado:
Mulher, 29 anos, procurou atendimento ginecológico após 02 anos tentando engravidar sem sucesso. A paciente manteve relações desprotegidas neste período e não utilizou nenhum método contraceptivo. Nuligesta, não apresentava comorbidades e referiu oligomenorreia desde que parou o uso do contraceptivo oral. Seu companheiro já possuía 01 filho da relação anterior e, à princípio, não apresentava problemas quanto a sua fertilidade. Ao exame, apresentava pele oleosa com acne difusa e IMC = 30,2. Marque a alternativa abaixo que contempla os exames clínicos e/ou diagnósticos necessários para definição do diagnóstico de Síndrome dos Ovários Policísticos, segundo os critérios de Rotterdam.

Alternativas:

(alternativa A)
Dosagem de FSH basal no 3º dia do ciclo e dosagem do hormônio anti-Mülleriano.

(alternativa B)
Acantose nigricans e dosagem de estradiol na 2a fase do ciclo.

(alternativa C) (CORRETA)
Índice de Ferriman-Gallwey acima de 8 e ultrassonografia transvaginal.

(alternativa D)
Obesidade ginecóide e dosagem de insulina basal.

(alternativa E)
Escala de Tanner M4P4 e histerossalpingografia.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A dosagem de FSH basal no 3º dia do ciclo e do hormônio anti-Múlleriano não são critérios diagnósticos da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Na prática clínica, são utilizados para avaliação da reserva ovariana - o primeiro para avaliação da função hipofisária sobre o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, e o segundo para avaliação da estimativa de número de folículos pré-antrais e antrais remanescentes nos ovários.
A escala de Tanner é utilizada para avaliação dos caracteres sexuais secundários em pacientes com suspeita de alterações na puberdade. Já a histerossalpingografia é um exame para avaliação da permeabilidade das trompas de Falópio. Também não são critérios diagnósticos de SOP.
A obesidade e a resistência insulínica podem ser consequências clínicas em alguns casos de SOP, mas não são consideradas critérios para o diagnóstico. Além disso, o padrão de obesidade na SOP não é ginecóide e sim andróide, com acúmulo de gordura na região central do corpo.
As Manchas escuras na pele, com textura grossa e aveludada, podem ser ocasionadas pelo excesso de açúcar no corpo e são chamadas de Acantose Nigricans. Casos severos de SOP com resistência insulínica podem apresentá-la, mas não é considerado um critério diagnóstico. Com base na fisiologia ovariana, a dosagem de estradiol na 2a fase do ciclo não tem grande validade clínica já que nesta fase há predomínio da progesterona, hormônio produzido pelas células luteinizadas do corpo lúteo após a ovulação.
De acordo com os critérios de Rotterdam revisados em 2023, a SOP poderá ser diagnosticada se houver dois dos seguintes: (1) hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, (2) evidências de oligo- anovulação, (3) Morfologia policística ovariana no ultrassom, com exclusão de outros distúrbios relevantes. O índice de Ferriman-Gallwey é utilizado para avaliação do hirsutismo, um dos principais sinais de hiperandrogenismo clínico.

Feedback:
Christ JP, Cedars MI. Current Guidelines for Diagnosing PCOS. Diagnostics (Basel). 2023 Mar 15;13(6):1113. doi: 10.3390/diagnostics13061113. PMID: 36980421; PMCID: PMC10047373.

48ª QUESTÃO

Enunciado:
Homem, 79 anos, da entrada na emergência com quadro de dor abdominal súbita, difusa, de grande intensidade, acompanhado de leve distensão abdominal, sem melhora com analgésicos comuns. Nega sintomas associados como náuseas, vômitos, diarreia ou febre. Relata ser portador de hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial, colelitíase e doença diverticular do cólon, fazendo uso regular de hidroclorotiazida, captopril e atenolol. Relata uso irregular de AAS e varfarina devido a eventuais hematomas cutâneos. Ao exame físico, em regular estado geral, eupneico em ar ambiente, afebril, acianótico, anictérico, ausculta respiratória normal, ausculta cardíaca com ritmo cardíaco irregular, abdome algo distendido, peristálse reduzida, doloroso à palpação profunda difusamente, mal localizada, com dor de leve/moderada intensidade, sem sinais de irritação peritoneal. Laboratório com 13.800 leucócitos e 2% bastões. A partir do caso relatado, marque a alternativa que indica o diagnóstico sindrômico e a provável etiologia:

Alternativas:

(alternativa A) (CORRETA)
Abdômen agudo isquêmico: Isquemia mesentérica.

(alternativa B)
Abdômen agudo inflamatório: Colecistite aguda.

(alternativa C)
Abdômen agudo inflamatório: Diverticulite aguda.

(alternativa D)
Abdômen agudo inflamatório: Apendicite aguda.

(alternativa E)
Abdômen agudo perfurativo: Úlcera péptica perfurada.

Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
A história de fibrilação atrial e uso irregular do antiagregante (AAS) e anticoagulante (varfarina) leva a suspeita de formação de trombo atrial que embolizou para o sistema vascular mesentérico. Os achados de ritmo cardíaco irregular corroboram a fibrilação atrial (FA) e os pobres achados no exame físico abdominal (dor de leve/moderada intensidade, dor mal localizada, sem sinais de irritação peritoneal, leve distensão abdominal) são compatíveis com a isquemia mesentérica.

Feedback:
TOWNSEND, Courtney M. Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro, RJ: Saunders Elsevier, c2019. 2 v. ISBN 978-85-352-8857-5.
ELLISON, E. Christopher. Zollinger, Atlas de cirurgia. 10. Rio de Janeiro Guanabara Koogan 2017 1 recurso online ISBN 9788527731591.

49ª QUESTÃO

Enunciado:
Você está diante de uma paciente de 42 anos de idade, com história de dor pélvica crônica, sangramento menstrual excessivo e prolongado, dispareunia e dismenorreia, que surgem até 2 semanas antes do início do fluxo menstrual e não sofrem resolução até o final da menstruação. Após o exame ginecológico você suspeita de adenomiose. Assinale qual dos seguintes achados são compatíveis com a sua hipótese diagnóstica:

Alternativas:

(alternativa A)
Exame ginecológico normal.

(alternativa B)
Presença de corrimento vaginal fétido.

(alternativa C)
Mobilidade do útero restrita.

(alternativa D)
Presença de massa anexial.

(alternativa E) (CORRETA)
Útero com aumento difuso, consistência mole e hipersensível.

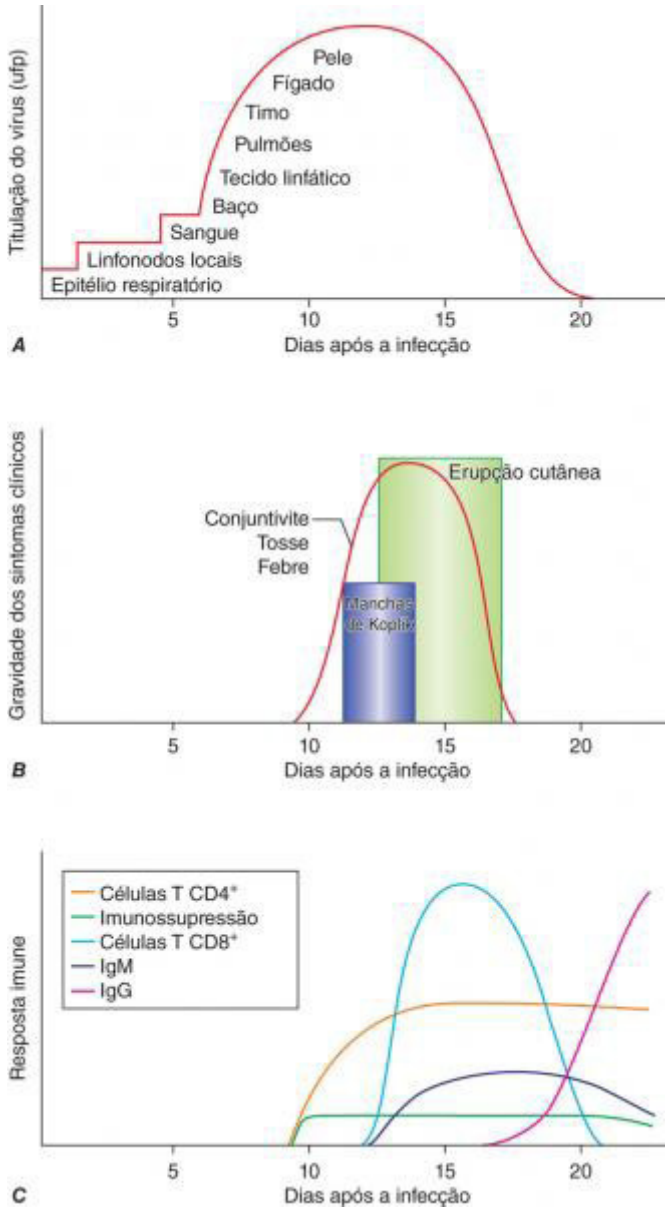
Grau de dificuldade:	Nível 2

Resposta comentada:
Embora em certas ocasiões ocorra em mulheres no início da idade reprodutiva, a idade média das mulheres sintomáticas é, em geral, de mais de 40 anos. Normalmente, os sintomas associados à adenomiose incluem sangramento menstrual excessivamente intenso ou prolongado, dispareunia e dismenorreia. Com frequência, os sintomas surgem até 2 semanas antes do início do fluxo menstrual e podem não sofrer resolução até o final da menstruação. As pacientes podem apresentar dor pélvica crônica. Em geral, o útero exibe aumento difuso, embora habitualmente seja menor que 14 cm; com frequência, apresenta consistência mole e é hipersensível, particularmente na época da menstruação. A mobilidade do útero não é restrita, e não há patologia anexial associada.

Feedback:
BEREK, Jonathan S.; HACKER, Neville F. **Berek & Hacker's Gynecologic Oncology**. 7th. ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, c2021. xiv, 849 p. ISBN 978-1-975142-64-3.

50ª QUESTÃO

Enunciado:
Sobre a patogênese do Sarampo, podemos apresentar, em gráficos, a evolução do vírus desde o 1º dia de penetração no organismo até as manifestações clínicas e a resposta imunológica, conforme a seguir:



Fonte: Medicina Interna de Harrison, 2024

Se atendemos uma criança não vacinada, com suspeita de primoinfecção por sarampo, e que há dois dias apresenta febre, o que devemos esperar como resultado da sua sorologia específica?

Alternativas:

(alternativa A)
Apenas IgG positivo.

(alternativa B) (CORRETA)
Apenas IgM positivo.

(alternativa C)
A sorologia não é útil no diagnóstico do sarampo.

(alternativa D) IgM e IgG positivos. **(alternativa E)** Sorologia negativa.	
Grau de dificuldade:	Nível 2
Resposta comentada: O diagnóstico é rapidamente estabelecido em bases clínicas por médicos familiarizados com a doença, particularmente durante surtos. As manchas de Koplik são especialmente úteis, pois aparecem precocemente e são patognomônicas. O diagnóstico clínico é mais difícil (1) durante a fase prodrômica (febre); (2) quando o exantema é atenuado por anticorpos adquiridos passivamente ou vacinação prévia; (3) quando o exantema está ausente ou tardio em crianças imunocomprometidas ou com desnutrição grave, as quais apresentam comprometimento da imunidade celular; e (4) em regiões onde a incidência do sarampo é baixa e onde outros patógenos são responsáveis pela maioria das doenças que se manifestam com febre e exantema. A definição de caso do CDC para sarampo necessita de (1) um exantema maculopapular generalizado com pelo menos 3 dias de duração; (2) febre de pelo menos 38,3 °C; e (3) tosse, coriza ou conjuntivite. A sorologia constitui o método mais comum de diagnóstico laboratorial. A detecção de IgM específica contra o vírus do sarampo em uma única amostra de soro ou líquido oral é considerada diagnóstica de infecção aguda, assim como uma elevação de quatro vezes ou mais nos níveis de anticorpos IgG específicos contra o vírus do sarampo entre amostras de soro da fase aguda e fase convalescente. A infecção primária no hospedeiro imunocompetente resulta na produção de anticorpos, os quais são detectáveis dentro de 1 a 3 dias após o aparecimento do exantema e atingem níveis máximos em 2 a 4 semanas. Os anticorpos IgM específicos contra o vírus do sarampo podem não ser detectáveis por até 4 a 5 dias ou mais após o aparecimento do exantema e, em geral, caem para níveis indetectáveis dentro de 4 a 8 semanas após o início do exantema.	
Feedback: LOSCALZO, Joseph *et al.* **Medicina Interna de Harrison**. 21. Porto Alegre: AMGH, 2024. 1 recurso online. ISBN 9786558040231.	