



ENARE — Residência Médica

ENARE 2021/2022

Prova comentada

91 questões · gabarito oficial e comentário autoral da equipe OsceLabs em cada questão

objetiva — acesso direto

Conteúdo da prova: documento de acesso público do processo seletivo.

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Um paciente negro de 28 anos necessita de avaliação quanto a uma cicatriz de crescimento exagerado em região de lóbulo da orelha, além dos limites de onde havia uma ferida prévia. Qual das seguintes orientações deve-se fornecer ao paciente?

- A. Trata-se, provavelmente, de cicatriz hipertrófica que deve regredir em breve.
- B. Trata-se, provavelmente, de um câncer de pele escamocelular, comum nessa região.
- C. Trata-se, provavelmente, de quelóide, mais comum entre pacientes negros e que não possuem forma de prevenção clara. ✓**
- D. Trata-se, provavelmente, de quelóide, mais comum entre pacientes caucasianos, que são prontamente resolvidos de maneira cirúrgica.
- E. Trata-se, provavelmente, de cicatriz hipertrófica, mais comum entre pacientes negros e que são facilmente resolvidas de maneira cirúrgica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a diferenciação entre quelóide e cicatriz hipertrófica, tema clássico de cicatrização patológica. O dado que fecha o diagnóstico está no enunciado: a cicatriz cresce além dos limites da ferida original. Esse é o critério que define quelóide — proliferação exagerada de colágeno tipo I e III que ultrapassa as bordas da lesão inicial, não regride espontaneamente e tem predileção por lóbulo de orelha, região pré-esternal, ombros e dorso. A epidemiologia também aponta para isso: quelóide é várias vezes mais frequente em pessoas de pele negra e em pacientes jovens, e não há medida preventiva de eficácia comprovada além de evitar traumas e cirurgias eletivas desnecessárias em áreas de risco. A alternativa A erra porque cicatriz hipertrófica, por definição, respeita os limites da ferida e tende a regredir em 12 a 18 meses. A alternativa B ignora que carcinoma espinocelular não se apresenta como cicatriz de crescimento progressivo em lóbulo após ferida prévia, e sim como lesão ulcerada ou vegetante de bordas endurecidas. A alternativa D acerta o diagnóstico mas inverte a epidemiologia e afirma resolução cirúrgica pronta — a excisão isolada tem altas taxas de recidiva, exigindo terapia adjuvante (corticoide intralesional, pressoterapia, radioterapia). A alternativa E soma dois erros: chama de hipertrófica uma lesão que ultrapassa os limites e promete resolução cirúrgica fácil.

Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Um paciente que será submetido a uma cirurgia teve indicação de anestesia raquidiana pela equipe de anestesia. Assinale a alternativa que apresenta somente informações corretas sobre esse bloqueio anestésico e que podem ser fornecidas ao paciente.

- A. A raquianestesia representa uma alternativa à manipulação da via aérea e evita as complicações da intubação orotraqueal. ✓**
- B. Na raquianestesia, pode haver despertar prolongado ou sonolência pós-operatória com alguma frequência.
- C. A raquianestesia apresenta vantagens por evitar efeitos colaterais como bradicardia e cefaleia.
- D. A raquianestesia apresenta a vantagem de poder ser realizada também em pacientes com cardiopatias e coagulopatias.
- E. O risco de cefaleia pós-punção é baixo e ocorre com maior frequência em idosos do sexo masculino.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o aconselhamento pré-anestésico sobre bloqueio do neuroeixo, e a questão pede a única alternativa sem erro conceitual. A raquianestesia bloqueia a condução no espaço subaracnóideo e permite conduzir a cirurgia sem anestesia geral, dispensando laringoscopia e intubação orotraqueal na maioria dos casos — logo, evita as complicações associadas à manipulação da via aérea (trauma dentário e de cordas vocais, intubação difícil, broncoaspiração, pneumonia associada à ventilação). Essa é exatamente a vantagem descrita na alternativa correta. A alternativa B descreve efeito da anestesia geral: no bloqueio espinal o paciente permanece consciente, e a sonolência, quando existe, vem da sedação associada, não da técnica. A alternativa C está invertida: bradicardia (por bloqueio simpático das fibras cardioaceleradoras de T1 a T4) e cefaleia pós-punção dural são complicações típicas da raquianestesia, não algo que ela evite. A alternativa D erra porque coagulopatia é contraindicação formal ao bloqueio do neuroeixo, pelo risco de hematoma epidural com compressão medular. A alternativa E inverte o perfil de risco da cefaleia pós-punção, que é mais frequente em jovens, no sexo feminino e em gestantes, e menos comum em idosos.

Resposta A

QUESTÃO 4 — Gabarito E

Para uma boa avaliação da necessidade nutricional de um paciente, é necessário prever sua taxa metabólica basal, a qual pode ser calculada por meio da equação de Harris- Benedict, que leva em consideração:

- A. peso em kg, altura em cm e V_{CO_2} (volume de gás carbônico expirado).
- B. altura em m, superfície corpórea em m^2 e temperatura corporal em $^{\circ}C$.
- C. peso em kg, altura em m e fator de estresse, que exige multiplicação por 1,2 a 1,5 em pacientes com sepse.
- D. peso em g, altura em cm e frequência cardíaca em bpm.

E. altura em cm, peso em kg e fator de estresse, que exige multiplicação por 1,1 a 1,2 para pacientes submetidos à cirurgia eletiva. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCPRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a composição da equação de Harris-Benedict, usada para estimar a taxa metabólica basal na terapia nutricional. As variáveis da equação são peso em quilogramas, altura em centímetros, idade em anos e sexo — e o gasto energético total é obtido multiplicando-se a TMB por fatores de atividade e de estresse, que sobem conforme a agressão metabólica. A alternativa oficial é a única que usa as unidades corretas (altura em cm e peso em kg) e aplica um fator de estresse coerente com o cenário citado: cirurgia eletiva não complicada é uma agressão leve, com acréscimo pequeno, da ordem de 1,1 a 1,2. A alternativa A insere o V_{CO_2} , que pertence à calorimetria indireta, o verdadeiro padrão-ouro para medir gasto energético, não à fórmula preditiva. A alternativa B usa superfície corpórea e temperatura, variáveis de outras estimativas, e não contempla o peso. A alternativa C erra a unidade da altura (a equação usa centímetros, não metros). A alternativa D é a mais evidentemente errada, com peso em gramas e frequência cardíaca, que não integram a fórmula. Vale registrar que Harris-Benedict, em sua forma original, calcula apenas a TMB — o fator de estresse é um acréscimo posterior (Long), o que torna o enunciado da correta simplificado, ainda que seja a única opção defensável.

Resposta E

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Um paciente de 10 anos teve uma fratura do antebraço esquerdo. Quanto ao tipo de fratura que pode ter ocorrido nesse caso e suas características, assinale a alternativa correta.

- A. Fratura em galho verde - desvio da cortical óssea sem uma linha visível de fratura.
- B. Fratura metafisária - fratura através da placa cartilaginosa de crescimento.

C. Fratura em galho verde - ruptura incompleta da cortical óssea. ✓

- D. Fratura em fivela - fratura através da placa cartilaginosa de crescimento.
- E. Fratura em fivela - fratura de uma área enfraquecida devido a uma doença preexistente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de fratura de antebraço em criança de 10 anos, e a questão cobra a nomenclatura das fraturas incompletas próprias do esqueleto imaturo, que tem periósteo espesso e osso mais plástico que o do adulto. A fratura em galho verde é justamente a ruptura incompleta da cortical: o osso quebra de um lado e apenas se angula do lado oposto, com linha de fratura visível na cortical rompida — mesmo mecanismo de um galho novo que dobra sem partir. A alternativa A dá o nome certo mas a definição errada: abaulamento ou deformidade da cortical sem linha de fratura visível descreve a fratura em fivela (torus ou em toro), típica da região metafisária do rádio distal. A alternativa B confunde topografia com mecanismo: fratura metafisária é a que ocorre na metáfise; fratura através da placa cartilaginosa de crescimento é a fratura fisária, classificada por Salter-Harris. A alternativa D repete esse erro atribuindo o acometimento da fise à fratura em fivela. A alternativa E descreve fratura patológica, aquela que ocorre em osso enfraquecido por doença preexistente (cisto ósseo, tumor, osteogênese imperfeita), e não fratura em fivela.

Resposta C

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Um paciente com IMC > 35kg/m², hipertenso, diabético e etilista é atendido para avaliação de indicação de cirurgia bariátrica, já com pré-operatório pronto. Assinale a alternativa que apresenta a melhor atitude médica a ser tomada durante a consulta nesse caso.

- A. Agendar a cirurgia imediatamente, já que o paciente possui comorbidades agravadas pela obesidade, incluindo a dependência do álcool.
- B. Orientar o paciente a cessar o etilismo, procurar acompanhamento psicológico e retornar para reavaliação sobre a indicação da cirurgia se estiver psicologicamente estável após cessação do vício.** ✓
- C. Orientar o paciente sobre os riscos e as sequelas da cirurgia, questionar sobre sua motivação, avaliar se já houve falha da terapia nutricional e agendar a cirurgia.
- D. Orientar que o paciente não tem indicação de cirurgia devido ao seu IMC abaixo do critério para indicação de cirurgia e devido ao etilismo.
- E. Agendar a cirurgia para uma data após 2 meses, orientando o paciente sobre os riscos e as complicações da cirurgia e a cessar o etilismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o julgamento sobre indicação de cirurgia bariátrica em paciente com contraindicação psicossocial. O paciente preenche critério antropométrico e clínico — IMC acima de 35 kg/m² com hipertensão e diabetes —, mas o etilismo muda a conduta. Dependência de álcool ativa ou não tratada é contraindicação reconhecida ao procedimento pelas diretrizes de cirurgia da obesidade: além do risco anestésico e da hepatopatia associada, o bypass altera a farmacocinética do álcool (pico sérico mais alto e mais precoce) e há risco documentado de transferência de adicção no pós-operatório, com piora do consumo. Por isso a conduta correta é orientar cessação, encaminhar para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e reavaliar a indicação depois de comprovada estabilidade e abstinência — a avaliação multidisciplinar não é formalidade, é parte do critério. A alternativa A agenda a cirurgia imediatamente e ainda trata a dependência alcoólica como se fosse comorbidade da obesidade que a cirurgia resolveria. A alternativa C faz orientação adequada sobre risco e falha do tratamento clínico, mas conclui agendando a cirurgia com o etilismo ativo. A alternativa D erra o critério: IMC acima de 35 com comorbidades preenche a indicação, não fica abaixo dela. A alternativa E estabelece prazo arbitrário de dois meses e agenda antes de qualquer comprovação de abstinência ou avaliação psicológica.

Resposta B

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Uma paciente com um nódulo de tireoide biopsiado, compatível com neoplasia, possui indicação de tireoidectomia total. Para realizar tal cirurgia, o médico deve ter o conhecimento das estruturas anatômicas da região. Assinale a alternativa que apresenta apenas informações corretas sobre a anatomia locorregional necessária para esse procedimento.

- A. A tireoide está localizada sob os músculos platísmo e escaleno, que devem ser seccionados ou afastados para acessá-la.
- B. É necessário ficar atento quanto ao trajeto do nervo glossofaríngeo, já que ele tem seu trajeto lateral e adjacente à tireoide.
- C. É necessário ficar atento quanto ao esôfago, que tem trajeto posterior e adjacente à glândula tireoide.

D. É necessário ficar atento às paratireóides, que se localizam atrás da glândula tireoide, adjacentes a ela. ✓

- E. As artérias que irrigam a tireoide - tireoidea superior, média e inferior - provêm da artéria carótida interna.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra anatomia cervical aplicada à tireoidectomia total, cirurgia em que a morbidade depende de reconhecer estruturas de milímetros. As paratireóides — em geral quatro, de 5 a 6 mm, cor caramelo — situam-se na face posterior dos lobos tireoidianos, aderidas à cápsula e irrigadas sobretudo pela artéria tireóidea inferior; sua identificação e preservação, com dissecação capsular meticulosa, é o que evita o hipoparatiroidismo e a hipocalcemia pós-operatória, complicação clássica do procedimento. A alternativa A erra a parede muscular: sob o platísmo estão os músculos infra-hióideos (esterno-hióideo e esterno-tireóideo), afastados na linha média; o escaleno é músculo cervical profundo e lateral, sem relação com o acesso. A alternativa B troca o nervo em risco: quem corre no sulco traqueoesofágico e precisa ser identificado é o laríngeo recorrente, além do ramo externo do laríngeo superior junto ao polo superior; o glossofaríngeo não tem trajeto adjacente à glândula. A alternativa C peca na relação anatômica: o esôfago é posterior, mas está atrás da traqueia e ligeiramente desviado à esquerda, não adjacente à tireoide como as paratireóides. A alternativa E soma dois erros graves: não existe artéria tireóidea média (existe a veia tireóidea média, de Kocher), e a irrigação vem da tireóidea superior (ramo da carótida externa) e da inferior (do tronco tireocervical, da subclávia) — a carótida interna não emite ramos no pescoço.

Resposta D

QUESTÃO 8 — Gabarito E

Um paciente com sintomas de sudorese, agitação, confusão mental, com níveis baixos de glicose e alívio após administração de glicose foi diagnosticado com um tumor gastrointestinal e tem indicação de tratamento cirúrgico. Quais são, respectivamente, o nome desse conjunto de sinais de sintomas e o do provável tumor desse paciente?

- A. Tríade de Charcot / Gastrinoma.
- B. Síndrome de Verner-Morrison / VIPoma.
- C. Síndrome de Verner-Morrison / Glucagonoma.
- D. Tríade de Virchow / GIST.

E. Tríade de Whipple / Insulinoma. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve hipoglicemia endógena com correlação clínico-laboratorial completa: sintomas adrenérgicos e neuroglicopênicos (sudorese, agitação, confusão mental), glicemia documentadamente baixa e alívio imediato após administração de glicose. Esses três elementos são exatamente a tríade de Whipple, que não faz diagnóstico etiológico mas confirma que os sintomas se devem à hipoglicemia verdadeira. Em adulto sem uso de hipoglicemiantes e com tumor gastrointestinal cirúrgico, a causa mais provável é o insulinoma — tumor neuroendócrino pancreático, em geral pequeno, único e benigno, cujo tratamento é a ressecção (enucleação ou pancreatectomia segmentar). A alternativa A troca a tríade: a de Charcot é da colangite aguda (febre, icterícia e dor em hipocôndrio direito), e o gastrinoma cursa com hipersecreção ácida e úlceras refratárias na síndrome de Zollinger-Ellison. As alternativas B e C invocam a síndrome de Verner-Morrison, ou WDHA, caracterizada por diarreia aquosa, hipocalcemia e acloridria, típica do VIPoma — e sem hipoglicemia; o glucagonoma da alternativa C ainda cursaria com o oposto, hiperglicemia e eritema necrolítico migratório. A alternativa D cita a tríade de Virchow, que se refere à trombogênese (estase, lesão endotelial e hipercoagulabilidade), e o GIST não é tumor funcionante.

Resposta E

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Paciente com queixa de pirose, azia e regurgitações procura orientações sobre um possível diagnóstico de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) e tratamento. Assinale a alternativa que apresenta somente informações corretas que poderão ser fornecidas a esse paciente.

- A. O exame padrão-ouro para o diagnóstico é a endoscopia digestiva alta. A DRGE pode ser causada por hérnia hiatal do tipo I, chamada de hérnia de rolamento.
- B. O melhor exame para o diagnóstico é a manometria. A DRGE pode ser causada por hérnia hiatal do tipo II, chamada de hérnia por deslizamento.
- C. O melhor exame para o diagnóstico é a pHmetria de 24h. A DRGE pode ser causada por hérnia hiatal do tipo II, conhecida como hérnia de rolamento. ✓**
- D. O melhor exame para o diagnóstico é a esofagografia. A DRGE pode ser causada por hérnia hiatal do tipo II, chamada de hérnia por rolamento.
- E. O exame padrão-ouro para diagnóstico é a pHmetria de 24h. A DRGE pode ser causada por hérnia hiatal do tipo III, chamada de hérnia por deslizamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do diagnóstico de DRGE e da classificação das hérnias hiatais. A pHmetria esofágica de 24 horas é o exame de maior acurácia para documentar exposição ácida patológica do esôfago, quantificando o tempo com pH abaixo de 4 e correlacionando os episódios com os sintomas — é o exame de escolha quando a endoscopia é normal ou quando se planeja fundoplicatura. Quanto à classificação, a hérnia hiatal tipo II é a paraesofágica, popularmente chamada de hérnia por rolamento, em que o fundo gástrico migra para o tórax ao lado do esôfago enquanto a transição esofagogástrica permanece infradiaphragmática. A alternativa A erra ao chamar a endoscopia de padrão-ouro (ela tem baixa sensibilidade, com boa parte dos pacientes sintomáticos apresentando mucosa normal) e ainda troca a nomenclatura do tipo I, que é o deslizamento. A alternativa B propõe a manometria, que avalia motilidade e localiza o esfíncter inferior para posicionar o cateter e planejar a cirurgia, mas não faz diagnóstico de refluxo, e nomeia mal o tipo II. A alternativa D acerta a nomenclatura, mas elege a esofagografia, exame anatômico de baixa acurácia para refluxo. A alternativa E acerta o exame, porém erra a classificação: o tipo III é a hérnia mista, com deslizamento e componente paraesofágico simultâneos. Cabe a ressalva de que, na prática, a hérnia mais associada à DRGE é a tipo I, por deslizamento — ponto em que o item é discutível, embora a nomenclatura apresentada na alternativa esteja correta.

Resposta C

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Durante uma consulta médica, um paciente do sexo masculino relata ao médico que possui um abaulamento da região inguinal direita, intermitente, muitas vezes doloroso. Qual é a melhor maneira de realizar o exame físico desse paciente e qual é o provável diagnóstico?

- A. Introduzir o dedo no canal inguinal por invaginação da bolsa escrotal e solicitar que o paciente realize Valsalva, com detecção de abaulamento local - hérnia inguinal. ✓**
- B. Posicionar as mãos sobre a fossa ilíaca direita, comprimir e descomprimir bruscamente a região, gerando dor local - hérnia epigástrica.
- C. Posicionar o dedo sobre o canal inguinal e solicitar ao paciente que inspire profundamente, com detecção de depressão local - hérnia inguinal.
- D. Posicionar o dedo sobre o trato ileopúbico e solicitar inspiração profunda, com detecção de abaulamento acima desse local - hérnia femoral.
- E. Posicionar a mão sobre o testículo direito e palpá-lo, detectando endurecimento local - hérnia inguinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a semiotécnica da hérnia inguinal. O quadro é típico: abaulamento inguinal intermitente, que aparece com esforço e desaparece com o decúbito, muitas vezes doloroso. O exame clássico no homem é feito com o paciente em pé, invaginando-se a pele da bolsa escrotal com o dedo indicador até alcançar o anel inguinal superficial e pedindo manobra de Valsalva ou tosse — o aumento da pressão intra-abdominal empurra o saco herniário contra a polpa digital, e a percepção desse impulso ou abaulamento confirma o diagnóstico. A alternativa B descreve o sinal de Blumberg, de irritação peritoneal na suspeita de apendicite, e ainda rotula como hérnia epigástrica, que se apresenta na linha alba supraumbilical, não na região inguinal. A alternativa C erra a manobra (inspiração profunda não aumenta de forma eficaz a pressão intra-abdominal como o Valsalva) e o achado, já que se procura abaulamento, não depressão. A alternativa D descreve topografia incompatível: a hérnia femoral protrui abaixo do ligamento inguinal e do trato iliopúbico, medial à veia femoral, e não acima dele. A alternativa E confunde exame de conteúdo escrotal com pesquisa de hérnia — endurecimento testicular sugere massa ou orquiepididimite, não defeito de parede.

Resposta A

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Sobre o câncer gástrico, é correto afirmar que

- A. afeta, com maior frequência, as mulheres e a faixa etária entre 40-50 anos, sendo também o tipo de câncer mais comum no Japão.
- B. o *Helicobacter pylori* pode ser considerado um dos fatores contribuintes para o câncer gástrico por gerar gastrite hipertrófica.
- C. o câncer gástrico difuso hereditário é uma forma herdada de carcinoma gástrico resultante da mutação do gene da E-caderina, com aproximadamente 80% de possibilidade de desenvolvimento de câncer gástrico durante a vida. ✓**
- D. alimentos ricos em sal, como carnes defumadas, juntamente com o alto consumo de frutas cítricas e vegetais, são associados a um risco aumentado de câncer gástrico.
- E. os pacientes com anemia perniciosa também têm um aumento no risco de desenvolvimento de câncer gástrico. A hipercloridria é a característica definidora dessa condição. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra fatores de risco e formas hereditárias do adenocarcinoma gástrico. O câncer gástrico difuso hereditário decorre de mutação germinativa no gene CDH1, que codifica a E-caderina, proteína de adesão intercelular; a penetrância é alta, com risco cumulativo de câncer gástrico ao longo da vida estimado entre 70 e 80 por cento, além de risco aumentado de carcinoma lobular de mama nas mulheres — motivo pelo qual se indica gastrectomia total profilática nos portadores, mesmo com endoscopia normal, já que o padrão difuso e as células em anel de sinete infiltram sem lesão visível. A alternativa A inverte a epidemiologia: o câncer gástrico predomina em homens e em faixas etárias mais avançadas, acima dos 60 anos. A alternativa B erra o mecanismo: o *Helicobacter pylori* induz gastrite crônica atrófica com metaplasia intestinal e displasia (a cascata de Correa), e não gastrite hipertrófica. A alternativa D acerta quanto ao sal e aos defumados, mas frutas cítricas e vegetais são fatores protetores, não de risco. A alternativa E acerta o risco aumentado na anemia perniciosa, porém a característica definidora é a hipocloridria ou acloridria decorrente da gastrite atrófica autoimune com destruição das células parietais, o exato oposto da hipercloridria.

Resposta C

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Um paciente com dor e distensão abdominal associadas a vômitos deu entrada no pronto atendimento. A suspeita é de uma obstrução do intestino delgado. Qual das seguintes alternativas representa a causa mais comum, em geral, desse tipo de obstrução?

- A. Doença de Crohn.
- B. Neoplasia.
- C. Retocolite ulcerativa.
- D. Aderências. ✓**
- E. Hérnia interna.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descrito — dor e distensão abdominal com vômitos — é o de obstrução intestinal, e a questão pergunta a etiologia mais frequente no delgado. As aderências pós-operatórias respondem pela maioria dos casos, algo em torno de 60 a 75 por cento nas séries de países com alto acesso cirúrgico, porque bridas formadas após laparotomia (sobretudo cirurgias colorretais, ginecológicas e apendicectomias complicadas) angulam ou comprimem alças de delgado, que têm calibre menor e maior mobilidade. É por isso que a anamnese de todo abdome obstrutivo começa pela cicatriz e pelo antecedente cirúrgico. A alternativa A, doença de Crohn, causa obstrução por estenose inflamatória ou fibrótica do íleo terminal, mas é causa bem menos frequente no conjunto. A alternativa B, neoplasia, é a principal causa de obstrução do intestino grosso, e no delgado tumores primários são raros — quando o delgado obstrui por câncer, geralmente é carcinomatose ou compressão extrínseca. A alternativa C está errada por definição de topografia: a retocolite ulcerativa acomete mucosa do cólon e do reto e não obstrui o delgado. A alternativa E, hérnia interna, é causa incomum, mais lembrada após bypass gástrico em Y de Roux; as hérnias externas encarceradas é que figuram como segunda causa e como a primeira em pacientes sem cirurgia prévia.

Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito E

No pronto atendimento, um paciente foi admitido com queimaduras extensas de grau 2 em regiões de face e pescoço, provocadas por água fervendo. Assinale a alternativa que apresenta a melhor abordagem a ser feita nesse paciente.

- A. Avaliação da superfície corpórea atingida; analgesia e curativo com óleo de girassol nas feridas.
- B. Analgesia e, após 1h, reavaliação da dor e início da avaliação secundária quanto aos cuidados com as queimaduras - fazer apenas cobertura das lesões com gaze para não causar mais dor à manipulação.

- C. Acalmar o paciente; ressuscitação volêmica utilizando a fórmula de Parkland - 1,5mL/kg/% de superfície corpórea queimada; analgesia e curativo com sulfadiazina de prata nas feridas.
- D. Analgesia; ressuscitação volêmica utilizando a fórmula de Brooke - 4mL/kg/% de superfície corpórea queimada - e curativo com neomicina nas feridas.
- E. Avaliação quanto à possível lesão direta de via aérea; ressuscitação volêmica utilizando a fórmula de Parkland - 4mL/kg/% de superfície corpórea queimada - juntamente com a analgesia, e curativo com sulfadiazina de prata nas feridas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de queimadura de segundo grau extensa acometendo face e pescoço por escaldadura, e a prioridade não é a ferida, é a via aérea. Queimadura de face e pescoço obriga a avaliação de lesão inalatória e de comprometimento direto da via aérea, porque o edema progressivo nas primeiras horas pode fechar a laringe — na presença de rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, queimadura de vibrissas ou edema cervical, a intubação deve ser precoce e eletiva. Em seguida vêm a reposição volêmica pela fórmula de Parkland, 4 mL por quilo por porcentagem de superfície corpórea queimada em Ringer lactato nas primeiras 24 horas, com metade do volume nas primeiras 8 horas contadas do trauma e titulação pelo débito urinário, além de analgesia e curativo com sulfadiazina de prata. A alternativa A avalia a superfície queimada mas omite a via aérea e a reposição volêmica, e propõe óleo vegetal, que não é cobertura adequada para queimadura extensa de segundo grau. A alternativa B posterga o atendimento por uma hora e reduz a conduta a cobertura com gaze, ignorando via aérea e volume. A alternativa C acerta o curativo, mas erra a fórmula de Parkland, que usa 4 mL e não 1,5 mL por quilo por porcentagem. A alternativa D atribui os 4 mL à fórmula de Brooke — a Brooke modificada preconiza 2 mL — e indica neomicina tópica, que não é o agente de escolha pelo risco de toxicidade e sensibilização.

Resposta E

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Um paciente em tratamento oncológico quimioterápico, que terá programação de tratamento cirúrgico em breve, apresenta astenia importante, porém nega vômitos ou sangramentos. Foram realizados exames laboratoriais. Qual das alternativas a seguir representa indicação de transfusão de ambos os componentes - hemácias e plaquetas - para esse paciente?

- A. Hemoglobina = 9,1g/dL e plaquetas = 21000/mm³.
- B. Hemoglobina = 6,2g/dL e plaquetas = 18000/mm³.
- C. Hemoglobina = 6,8g/dL e plaquetas = 7000/mm³. ✓**
- D. Hemoglobina = 10,1g/dL e plaquetas = 11000/mm³.
- E. Hemoglobina = 7,5g/dL e plaquetas = 11000/mm³.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os gatilhos transfusionais no paciente oncológico estável, sem sangramento ativo e sem procedimento em curso. Para concentrado de hemácias vale a estratégia restritiva: transfundir com hemoglobina abaixo de 7 g/dL na ausência de coronariopatia aguda ou sangramento. Para plaquetas, o gatilho profilático no paciente em quimioterapia com plaquetopenia hipoproliferativa é 10.000/mm³ (sobe para 20.000 se houver febre ou fatores de consumo, e para 50.000 se houver procedimento invasivo ou sangramento). Só a alternativa C cruza as duas linhas ao mesmo tempo: hemoglobina 6,8 g/dL, abaixo de 7, e plaquetas 7.000/mm³, abaixo de 10.000. A alternativa B tem hemoglobina 6,2 g/dL, que indica hemácias, mas plaquetas de 18.000/mm³ em paciente sem sangramento e sem febre não exigem transfusão profilática. Na alternativa A a hemoglobina de 9,1 g/dL está muito acima do gatilho e as plaquetas de 21.000/mm³ também. Na D a hemoglobina de 10,1 g/dL é praticamente normal e as plaquetas de 11.000/mm³ ficam acima do limiar de 10.000. Na E a hemoglobina de 7,5 g/dL ultrapassa o gatilho restritivo e as plaquetas de 11.000/mm³ igualmente não indicam transfusão. Note que a astenia isolada, sem angina ou instabilidade, não é motivo para afrouxar o limiar. Resposta C

QUESTÃO 15 — Gabarito E

Um paciente com dor abdominal é admitido no pronto atendimento e é encaminhado para avaliação médica. Assinale a alternativa correta quanto ao exame desse paciente.

- A. Dor no ombro esquerdo quando em decúbito dorsal após pressão colocada no abdome superior esquerdo é denominada sinal de Carnett.
- B. Pacientes com irritação peritoneal tipicamente mudam continuamente de posição no leito enquanto tentam achar uma posição que reduza seu desconforto.
- C. O médico deve se posicionar à esquerda do paciente e iniciar o exame físico pela palpação do abdome.
- D. O quadro de íleo paralítico caracteriza-se por ruídos abdominais “metálicos” em tom alto, que tendem a ocorrer em salvas e estão associados à dor e distensão.

E. A percussão firme da crista ilíaca ou do flanco com uma perna estendida pode ajudar a identificar casos de peritonite. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa semiologia do abdome agudo e os sinais clássicos de irritação peritoneal. A alternativa E está correta porque a percussão firme da crista ilíaca ou do flanco, assim como a percussão do calcanhar com a perna estendida ou a manobra de descompressão, transmite vibração à serosa inflamada e desencadeia dor bem localizada, sendo um método sensível e mais bem tolerado do que a descompressão brusca clássica de Blumberg. Na alternativa A o achado descrito, dor referida no ombro por irritação do diafragma pela pressão no quadrante superior, é o sinal de Kehr, típico de sangue ou conteúdo subfrênico; o sinal de Carnett é outro, avalia dor de parede abdominal que persiste ou aumenta quando o paciente contrai a musculatura reta. A alternativa B inverte o comportamento: quem se remexe no leito procurando posição antálgica é o paciente com dor tipo cólica, como na obstrução ou na cólica renal; o peritonítico fica imóvel, com respiração superficial, porque qualquer movimento dói. A alternativa C erra duas vezes: o examinador se posiciona à direita do paciente e a sequência do exame abdominal é inspeção, ausculta, percussão e palpação, deixando a palpação, sobretudo da área dolorosa, por último. A alternativa D descreve ruídos metálicos, em salvas, associados a dor em cólica e distensão, que são a assinatura da obstrução mecânica; o íleo paralítico cursa justamente com ruídos hidroaéreos diminuídos ou abolidos. Resposta E

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Um paciente de 75 anos, sem comorbidades, lúcido e orientado, calmo, acompanhado por duas filhas, comparece em consulta médica com resultado de biópsia de próstata - adenocarcinoma Gleason 10 (5+5). As filhas solicitam, no início do atendimento, que não seja informado o diagnóstico ao paciente. Durante a consulta, o paciente questiona o médico sobre sua real patologia. Qual é a melhor conduta a ser tomada diante dessa situação?

- A. Informar ao paciente apenas que ele tem uma alteração no exame e que precisa ser tratado rapidamente, conforme o pedido das filhas.
- B. Orientar as filhas sobre a opção do paciente e informá-lo a respeito de seu real diagnóstico de câncer de próstata, já que ele é lúcido e orientado e deseja saber sobre sua patologia, estando tais ações de acordo com as diretrizes do código de ética médica. ✓**
- C. Informar ao paciente que o diagnóstico não será revelado, pois as suas filhas solicitaram sigilo quanto ao diagnóstico, respeitando as diretrizes do código de ética médica.
- D. Não revelar o diagnóstico ao paciente, solicitar que ele saia do consultório por um momento e informar sobre a patologia - câncer de próstata - às filhas em particular, respeitando as diretrizes do código de ética médica.
- E. Informar ao paciente sobre o seu diagnóstico de neoplasia benigna da próstata, apesar do desejo das filhas, respeitando o direito do paciente de acordo com o código de ética médica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o direito à informação e a chamada conspiração do silêncio, quando a família pede que o diagnóstico seja escondido do próprio paciente. O paciente tem 75 anos, está lúcido, orientado e, mais importante, pergunta espontaneamente sobre sua doença. O Código de Ética Médica veda ao médico deixar de informar o diagnóstico e o prognóstico ao paciente; a única exceção prevista é quando a comunicação direta puder lhe provocar dano, e mesmo nessa hipótese a informação deve ser dada ao representante legal, o que não é o caso aqui, pois não há incapacidade nem sinal de dano iminente. Além disso, o sigilo médico protege o paciente diante de terceiros, e não o contrário: filhas não têm poder de veto sobre a informação de um adulto capaz. A conduta correta é acolher a preocupação das filhas, explicar a elas que a decisão sobre saber pertence ao pai e, então, comunicar o diagnóstico de adenocarcinoma de próstata ao paciente de forma gradual e empática, como descreve a alternativa B. A alternativa A entrega meia informação e mantém o paciente sem os elementos para decidir sobre o próprio tratamento. A alternativa C inverte a titularidade do sigilo, que é do paciente. A alternativa D quebra o sigilo ao revelar o diagnóstico a terceiros sem autorização e ainda exclui o titular da informação. A alternativa E é pior que a omissão, pois mente sobre o diagnóstico ao chamar de benigna uma neoplasia Gleason 10, violando o dever de veracidade. Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Assinale a alternativa que NÃO apresenta uma complicação traqueal geralmente relacionada à intubação orotraqueal prolongada.

- A. Estenose traqueal.
- B. Fístula traqueoesofágica.
- C. Fístula traqueoinominada.
- D. Granuloma de traqueia.
- E. Lesão do nervo facial. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a exceção, isto é, a complicação que não decorre da intubação orotraqueal prolongada. O mecanismo comum às lesões traqueais é a pressão do balonete sobre a mucosa acima da pressão de perfusão capilar, cerca de 30 mmHg, gerando isquemia, ulceração, condrite e cicatrização viciosa. Desse processo nascem a estenose traqueal, que é a seqüela tardia mais típica e se manifesta semanas depois com estridor e dispnéia; a fístula traqueoesofágica, quando a necrose atravessa a parede posterior da traqueia em direção ao esôfago, favorecida pela presença de sonda nasogástrica rígida; a fístula traqueoinominada, quando a erosão atinge anteriormente o tronco braquiocefálico e produz hemorragia maciça, complicação rara e catastrófica mais associada à traqueostomia baixa; e o granuloma de traqueia ou de glote, resposta reparativa exuberante ao trauma crônico da mucosa. A lesão nervosa que de fato aparece nesse contexto é a do nervo laríngeo recorrente ou do ramo laríngeo do vago, com rouquidão e paralisia de prega vocal. O nervo facial não tem qualquer relação anatômica com a via aérea inferior: emerge do forame estilomastóideo e inerva a musculatura da mímica facial, de modo que sua lesão não é complicação de tubo endotraqueal. Resposta E

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Um paciente de 85 anos, acamado há 2 anos e com quadro de demência há 1 ano, foi diagnosticado com múltiplos nódulos pulmonares e lesão expansiva no cólon, sendo internado com quadro de dispnéia intensa e saturação de O₂ de 79%. O paciente já não responde a estímulos verbais há alguns dias e está acompanhado da filha. Qual é a melhor conduta a ser tomada nesse momento?

- A. Instalar oxigenoterapia ao paciente e conversar com a filha sobre estabelecer cuidados paliativos a ele, tendo em vista suas condições clínicas prévias e a provável complicação de um câncer de cólon metastático sem indicação de tratamento cirúrgico. ✓**
- B. Solicitar o carrinho de parada, preparar tubo orotraqueal, administrar propofol e etomidato e proceder intubação orotraqueal em sequência rápida.
- C. Instalar oxigenoterapia, solicitar exames laboratoriais para investigação de possível sepse e solicitar biópsia com urgência para diagnosticar e tratar o provável câncer de pulmão.
- D. Instalar oxigenoterapia e orientar a filha sobre a indicação de intubação e cuidados paliativos em seguida do procedimento.
- E. Oferecer oxigenoterapia, conversar com a filha sobre cuidados paliativos devido à demência e orientar sobre o provável diagnóstico de 2 tipos de câncer associados - câncer de pulmão e de cólon - com indicação cirúrgica em 2 tempos. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCPRM - ACESSO DIRETO Tipo 01

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de doença oncológica avançada em paciente com fragilidade extrema: 85 anos, acamado há dois anos, demência há um ano, sem resposta a estímulo verbal há dias, com lesão expansiva de cólon e múltiplos nódulos pulmonares, ou seja, o quadro mais provável é câncer colorretal com metástases pulmonares, fora de possibilidade curativa. A dispnéia com saturação de 79% deve ser tratada como sintoma, com oxigenoterapia para conforto e, se necessário, opioide, enquanto se estabelece com a filha a conversa sobre objetivos de cuidado e a proposta de cuidados paliativos exclusivos. É exatamente o que descreve a alternativa A. A alternativa B propõe intubação em sequência rápida, medida desproporcional que caracteriza obstinação terapêutica, sem falar que administrar propofol e etomidato juntos não faz sentido farmacológico. A alternativa C investe em biópsia de urgência que não mudará conduta alguma e ainda interpreta os nódulos como tumor primário de pulmão, quando o mais coerente é metástase da lesão colônica. A alternativa D é internamente contraditória: indicar intubação e só depois falar em palição inverte a ordem da decisão e submete o paciente a um procedimento que já se sabe fútil. A alternativa E erra o raciocínio oncológico ao supor dois tumores primários sincrônicos e propõe cirurgia em dois tempos, inviável nesse estado funcional. Resposta A

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Assinale a alternativa que melhor representa o conjunto de características que sugerem pior prognóstico e estadiamento mais avançado em casos de melanoma maligno e qual deve ser a abordagem inicial mais correta em uma lesão suspeita dessa neoplasia.

- A. Presença de ulceração, Breslow de 0,2mm e Nível I de Clark / biópsia incisional.
- B. Breslow de 2,5mm, linfonodo sentinela positivo, ausência de ulceração / biópsia excisional.
- C. Índice mitótico de 4/mm², Breslow de 1,3mm e invasão angiolinfática / biópsia incisional.
- D. Presença de ulceração, Breslow de 0,3cm e linfonodo sentinela positivo / biópsia excisional. ✓**
- E. Nível II de Clark, Breslow de 0,18cm e invasão angiolinfática / biópsia tipo shaving.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão junta dois eixos: os fatores de pior prognóstico no melanoma e a biópsia correta de uma lesão suspeita. No estadiamento AJCC, a espessura de Breslow é o fator prognóstico isolado mais importante no tumor primário, a ulceração é o modificador que sobe a subcategoria de T de a para b, e o comprometimento do linfonodo sentinela define doença estágio III, o marcador de pior sobrevida entre os listados. A alternativa D reúne os três: ulceração, Breslow de 0,3 cm, isto é, 3 mm, o que já configura T3b, e linfonodo sentinela positivo; e propõe a biópsia excisional com margens estreitas, que é o padrão-ouro inicial porque remove a lesão inteira e permite medir o Breslow com precisão. A alternativa A descreve o oposto do avançado, Breslow de 0,2 mm e Clark I, lesão fina de excelente prognóstico. A alternativa B tem Breslow 2,5 mm e sentinela positivo, mas a ausência de ulceração é fator favorável, o que torna o conjunto menos grave que o da D. A alternativa C soma índice mitótico alto e invasão angiolinfática a um Breslow intermediário de 1,3 mm, mas indica biópsia incisional, reservada apenas a lesões extensas ou em áreas nobres como face e regiões acrais. A alternativa E, além de Breslow de 1,8 mm e Clark II, propõe shaving, que é o erro clássico, pois fragmenta a base da lesão e inviabiliza a medida da espessura. Resposta D

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Assinale a alternativa que relaciona corretamente a síndrome hereditária ao aumento do risco de câncer colorretal.

- A. A síndrome de Peutz-Jeghers é uma síndrome autossômica recessiva, caracterizada por pólipos hamartomatosos intestinais e hiperpigmentação da mucosa labial.
- B. A síndrome de Turcot é caracterizada, principalmente, por pólipos colorretais e adenomas tireoideanos.
- C. A síndrome de Lynch é caracterizada por pequeno número de pólipos colorretais e aumento do risco também de câncer de endométrio e ovário. ✓**
- D. A síndrome de Gardner é caracterizada pela presença de centenas a milhares de pólipos colorretais associados, principalmente, ao aumento do risco de câncer de colo uterino.
- E. A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) está fortemente associada à mutação do gene MLH1. Clínica Médica

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a associação correta entre síndrome hereditária e risco de câncer colorretal. A síndrome de Lynch, ou câncer colorretal hereditário não polipose, decorre de mutações nos genes de reparo de mal pareamento, MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2, e se caracteriza justamente por poucos pólipos, com adenomas isolados que progridem rapidamente, predomínio em cólon direito e idade jovem ao diagnóstico. O espectro extracolônico é a chave da alternativa C: endométrio, que é o segundo sítio mais frequente, além de ovário, estômago, intestino delgado e trato urinário, tudo contemplado nos critérios de Amsterdã e Bethesda. A alternativa A erra a herança: Peutz-Jeghers é autossômica dominante, por mutação do STK11, com pólipos hamartomatosos e máculas melanocíticas mucocutâneas. A alternativa B troca o órgão: a síndrome de Turcot associa polipose colorretal a tumores do sistema nervoso central, como meduloblastoma e glioblastoma, e não a adenomas de tireoide. A alternativa D acerta a polipose profusa da síndrome de Gardner, mas erra o risco associado, que é de câncer colorretal praticamente inevitável somado a osteomas, tumores desmoides, cistos epidermoides e dentes supranumerários, e não câncer de colo uterino. A alternativa E inverte a genética: a polipose adenomatosa familiar é doença do gene APC, enquanto o MLH1 pertence ao Lynch. Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Uma mulher de 32 anos procura atendimento médico com queixa de cansaço aos mínimos esforços. Refere sopro cardíaco desde a infância. Possui histórico de comunicação interventricular e evolução para Síndrome (ou fenômeno) de Eisenmenger nos últimos dois meses. Qual achado de exame físico é certamente encontrado nessa paciente?

- A. Sopro holossistólico com hiperfonese de B1.
- B. Pronunciada cianose de extremidades. ✓**
- C. Déficit cognitivo moderado.
- D. Pulso em martelo d'água.
- E. Pressão arterial convergente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de comunicação interventricular que evoluiu para síndrome de Eisenmenger, ou seja, o shunt esquerda-direita mantido por anos elevou progressivamente a resistência vascular pulmonar até superar a resistência sistêmica, invertendo o fluxo para direita-esquerda. Essa inversão joga sangue venoso não oxigenado diretamente na circulação sistêmica, e o achado que necessariamente acompanha esse estágio é a cianose central e de extremidades, acompanhada de baqueteamento digital e eritrocitose secundária, como diz a alternativa B. A alternativa A é o erro mais tentador: com a equalização das pressões entre os ventrículos, o gradiente que gerava o sopro holossistólico da comunicação interventricular desaparece, de modo que o sopro tende a sumir, e a hiperfonese característica da hipertensão pulmonar é do componente pulmonar da segunda bulha, não de B1. A alternativa C não procede, pois déficit cognitivo não faz parte do quadro, ainda que possa haver complicações neurológicas por embolia paradoxal ou abscesso. A alternativa D descreve o pulso de Corrigan, em martelo d'água, próprio da insuficiência aórtica e de estados hiperdinâmicos. A alternativa E cita pressão convergente, com redução da pressão de pulso, típica de estenose aórtica ou baixo débito, e não da fisiologia de Eisenmenger. Resposta B

QUESTÃO 22 — Gabarito E

Um homem de 57 anos procura atendimento médico com queixa de palpitações e dor torácica tipo aperto, de início há 30 minutos. Apresenta hipotensão (PA 60x40mmHg). Após avaliar o ritmo mostrado a seguir, qual é a conduta mais adequada?

- A. Manobra vagal.
- B. Adenosina 6mg EV em bólus.

C. Amiodarona 150mg EV em 30 minutos.

D. Deslanosídeo 0,8mg EV em bólus.

E. Cardioversão elétrica sincronizada. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de taquiarritmia com instabilidade hemodinâmica, e a decisão se toma pelo paciente antes mesmo do detalhe do traçado. Homem de 57 anos, palpitação e dor torácica em aperto de início recente, com pressão arterial de 60x40 mmHg: há pelo menos dois sinais de instabilidade do algoritmo do ACLS, hipotensão com sinais de choque e desconforto torácico isquêmico, e a taquicardia é a causa provável do quadro. Nessa situação a conduta é cardioversão elétrica sincronizada imediata, com sedação se o tempo e a condição do paciente permitirem, exatamente a alternativa E. A alternativa A propõe manobra vagal, recurso inicial apenas na taquicardia supraventricular do paciente estável. A alternativa B, adenosina em bólus, também só se aplica ao paciente estável com taquicardia regular de complexo estreito, ou como manobra diagnóstica em taquicardia regular monomórfica de complexo largo, e não resolve o choque. A alternativa C, amiodarona infundida em 30 minutos, é estratégia química de paciente estável, lenta demais para quem já está hipotenso e isquêmico. A alternativa D, deslanosídeo, digitálico de início de ação lento e efeito limitado ao controle de frequência, é ainda menos adequada diante da instabilidade. Resposta E

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Sobre a escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), é correto afirmar que

A. a presença de ataxia pode ser avaliada pela manobra index-nariz ou calcanhar-jelho. ✓

B. a presença de mutismo causado por barreira mecânica (cânula orotraqueal, por exemplo) caracteriza pontuação máxima nos itens disartria e linguagem.

C. a pontuação, nos casos em que o paciente não possui um membro (amputação), deve ser máxima na avaliação de força desse membro.

D. a heminegliência deve ser pontuada no paciente não contatante.

E. a escala de NIHSS é mais importante nos casos de AVC hemorrágico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra as regras de pontuação do NIHSS, escala de gravidade neurológica aplicada ao acidente vascular cerebral. A alternativa A está correta: o item de ataxia de membros é testado justamente pelas provas index-nariz e calcanhar-jelho, executadas com olhos abertos, e só se pontua quando a incoordenação for desproporcional à força, sendo o item considerado ausente quando o paciente não compreende ou está plégico. A alternativa B erra porque, diante de barreira mecânica como tubo orotraqueal ou trauma de face, o item disartria não recebe pontuação máxima, e sim é registrado como não testável, o que evita superestimar a gravidade. Pelo mesmo princípio, a alternativa C erra ao mandar pontuar como máximo o membro amputado ou com fusão articular: essa condição também é registrada como não testável, pois o déficit não decorre da lesão encefálica. A alternativa D contraria a lógica do item de extinção e desatenção, que depende da resposta do paciente à estimulação bilateral simultânea e portanto exige colaboração, não sendo avaliável de modo fidedigno no paciente não contatante. A alternativa E inverte a aplicação clínica: o NIHSS foi desenvolvido e validado principalmente no acidente vascular isquêmico, onde orienta indicação de trombólise e de trombectomia e serve de parâmetro evolutivo, enquanto no hemorrágico predominam escalas próprias como a de Hunt-Hess e o ICH score. Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Uma mulher de 55 anos está internada em um hospital, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnívelamento do segmento ST no eletrocardiograma (ECG), e precisa ser transferida para outro serviço para a realização de estudo hemodinâmico e provável intervenção percutânea de urgência. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

- A. As informações sobre a paciente são sigilosas e só podem ser transmitidas para outro médico através de mandado judicial.
- B. A falta do serviço de hemodinâmica no hospital atual é de responsabilidade do diretor técnico, que deve ser acionado para resolução do caso.
- C. É obrigação do médico assistente informar, de forma clara e concisa, todos os dados necessários para que exista uma transferência de cuidados adequada. ✓**
- D. O transporte da paciente até o serviço de referência é de responsabilidade do médico que vai receber a paciente.
- E. O tempo decorrido durante o transporte tem pouca ou nenhuma influência no desfecho do caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é transferência de cuidado, e o conceito cobrado é o da passagem de caso segura, ponto crítico de segurança do paciente nas transições assistenciais. Paciente com infarto com supradesnívelamento de ST precisa de angioplastia primária e será transferida para serviço com hemodinâmica; a alternativa C traduz o dever do médico assistente de repassar, de forma clara, completa e organizada, o quadro clínico, o horário de início dos sintomas, o eletrocardiograma, as medicações já administradas e as intercorrências, garantindo continuidade do cuidado e responsabilidade compartilhada até a chegada. A alternativa A confunde sigilo com incomunicabilidade: compartilhar informação com o médico que assumirá o cuidado é exceção legítima ao sigilo, feita no interesse do próprio paciente, e não depende de ordem judicial. A alternativa B transfere para o diretor técnico uma decisão que é assistencial e imediata, pois a solução para a ausência de hemodinâmica no serviço é a transferência agora, conduzida pelo médico responsável. A alternativa D inverte a responsabilidade pelo transporte, que cabe ao serviço que transfere, com equipe e monitorização adequadas, até a entrega efetiva ao serviço receptor. A alternativa E contraria a premissa central do infarto com supradesnívelamento de ST, em que tempo é músculo e cada minuto de atraso no tempo porta-balão aumenta a área infartada e a mortalidade. Resposta C

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Um homem de 34 anos é levado ao serviço médico de urgência com história de ferimento por projétil de arma de fogo na coxa direita. Ele relata que estava fazendo limpeza e manutenção da sua arma, quando houve o disparo acidental. Relata que, durante alguns segundos, não sentiu nenhuma dor e logo chamou por ajuda. No momento da avaliação, refere dor intensa. Sobre a fisiopatologia da dor, assinale a alternativa correta.

- A. A temperatura elevada do projétil leva à inativação dos nociceptores de pele e estruturas mais profundas.
- B. A dor experimentada pelo paciente pode ser caracterizada como visceral verdadeira.
- C. A retirada do projétil é essencial para uma adequada analgesia.
- D. Dentro do componente sensitivo- discriminativo, a modulação tem papel importante nesse caso e tem função evolutiva de proporcionar um comportamento de luta e/ou fuga. ✓**
- E. A ausência de dor nos primeiros segundos após o acidente pode estar relacionada com o histórico do paciente (por exemplo: ex- militar).

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso ilustra a analgesia transitória que se segue a um trauma agudo, o intervalo de segundos a minutos em que a vítima não sente dor apesar da lesão evidente. O mecanismo é a modulação inibitória descendente, também chamada de analgesia induzida por estresse: diante da ameaça, a substância cinzenta periaquedutal ativa o bulbo rostroventromedial, que projeta ao corno dorsal da medula e suprime a transmissão nociceptiva por vias opioideérgicas, noradrenérgicas e serotoninérgicas. O valor evolutivo é exatamente esse, permitir a resposta de luta ou fuga sem que a dor imobilize o indivíduo; cessado o estímulo agudo, a modulação se desfaz e a dor emerge com intensidade, como descreve o paciente. É o raciocínio da alternativa D. A alternativa A não se sustenta, pois o calor do projétil não inativa nociceptores, e lesão térmica os ativaria em vez de silenciá-los. A alternativa B classifica errado a dor: lesão de pele, músculo e partes moles da coxa gera dor somática, bem localizada, não visceral verdadeira, que é difusa, mal delimitada e acompanhada de resposta autonômica. A alternativa C é falsa porque a retirada do projétil não é condição para analgesia, e muitos projéteis sequer são removidos. A alternativa E inventa um dado ausente na vinheta, já que o paciente é descrito apenas limpando a arma, e a analgesia inicial é fenômeno neurofisiológico, não uma característica de história pregressa. Vale registrar que alocar a modulação dentro do componente sensitivo-discriminativo é discutível, pois trata-se de um processo que atravessa também as dimensões afetivo-motivacional e cognitiva, mas é a única alternativa que descreve corretamente o mecanismo. Resposta D

QUESTÃO 26 — Gabarito E

Uma mulher de 30 anos é levada ao serviço médico de urgência, por familiares, com quadro de rebaixamento do nível de consciência. Ao exame, apresenta-se bradipneica (FR=8irpm) e comatosa (glasgow 9). A mãe informa histórico de uso de heroína. Após estabilização clínica inicial, qual é a conduta mais adequada?

- A. Hipotermia terapêutica.
- B. Lavagem gástrica com carvão ativado.
- C. Administração de flumazenil endovenoso.
- D. Administração de bicarbonato endovenoso.

E. Administração de naloxona endovenosa. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de intoxicação exógena por opioide: rebaixamento do nível de consciência, bradipneia com FR de 8 irpm e história de uso de heroína compõem a tríade clássica de depressão do sistema nervoso central, depressão respiratória e miose. O tratamento específico é o antagonista competitivo do receptor opioide, a naloxona endovenosa, titulada em doses fracionadas até que a paciente recupere drive ventilatório adequado — o alvo terapêutico é a respiração, não o despertar completo, justamente para não precipitar abstinência aguda em usuária crônica.

A hipotermia terapêutica só tem indicação no coma pós-parada cardiorrespiratória com retorno de circulação espontânea, cenário que o enunciado não descreve. Lavagem gástrica com carvão ativado é inútil numa intoxicação de via parenteral e ainda perigosa em paciente comatosa com via aérea desprotegida, pelo risco de broncoaspiração. Flumazenil é antagonista de benzodiazepínico, não de opioide, e em usuário crônico pode desencadear convulsão refratária. Bicarbonato endovenoso serve à intoxicação por antidepressivo tricíclico com alargamento de QRS ou à acidose metabólica grave, situações ausentes no caso.

Resposta E

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Um homem de 88 anos está internado com quadro de dor e distensão abdominal de início há uma semana. Após investigação clínica e exames complementares, o diagnóstico de neoplasia maligna de reto é estabelecido, além da presença de metástases em fígado, pulmão e cérebro. Sobre a comunicação de más notícias, é correto afirmar que

- A. o uso de respostas “prontas”, sem antes escutar a mensagem, é importante para uma comunicação eficiente e humanizada, em especial na transmissão de más notícias.
- B. a escuta atenta e a comunicação terapêutica são vertentes essenciais na estruturação de um diálogo franco e acolhedor entre o profissional e o paciente, em especial nos momentos de enfrentamento e elaboração dos processos decisórios em cada etapa de seu plano de cuidados. ✓**
- C. a análise da linguagem verbal representa aprox. 93% da comunicação, sendo que a linguagem não verbal representa aprox. 7%.
- D. são habilidades de comunicação importantes nesse contexto: escutar bem, mentir se necessário, proporcionar uma falsa alegria, instigar esperança e aliviar a dor.
- E. a comunicação de más notícias deve ser realizada, preferencialmente, pelo profissional psicólogo ou assistente social.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os princípios da comunicação de más notícias, tema estruturado em protocolos como o SPIKES e central nos cuidados paliativos — trata-se de um idoso de 88 anos com neoplasia de reto e metástases hepáticas, pulmonares e cerebrais, ou seja, doença avançada em que a conversa faz parte do tratamento. A alternativa correta traduz o núcleo do método: escutar antes de falar, checar o que o paciente já sabe e quanto deseja saber, e sustentar um diálogo franco e acolhedor que apoie a elaboração e as decisões em cada etapa do plano de cuidados.

Respostas prontas emitidas antes da escuta desumanizam o encontro e fazem exatamente o oposto do recomendado. A proporção citada está invertida: a literatura clássica de comunicação atribui a maior parte da mensagem à linguagem não verbal, e não 93% ao componente verbal. Mentir ou proporcionar falsa alegria fere a veracidade e a autonomia do paciente, além de destruir o vínculo assim que a verdade se impõe pela evolução da doença. E a comunicação da má notícia é responsabilidade do médico que conduz o caso — psicólogo e assistente social integram a equipe e dão suporte, mas não substituem essa tarefa.

Resposta B

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Uma mulher de 40 anos, branca, refere que, há 3 meses, apareceram manchas avermelhadas nas pálpebras e no dorso das mãos que apresentavam melhora discreta com o uso tópico de corticoide. Nos últimos 20 dias, começou a apresentar dificuldade de elevar os braços para pentear os cabelos e escovar os dentes. Também notou que não conseguia subir os dois lances de escada de sua casa e passou a precisar de ajuda para levantar da cama e de cadeiras. Qual achado de exame físico pode definir o diagnóstico?

- A. Eritrodermia.
- B. Prurido generalizado.
- C. Pápulas de Gottron. ✓**
- D. Nódulos de Bouchard.
- E. Nódulos de Heberden.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve lesão eritematosa em pálpebras e dorso das mãos, pouco responsiva a corticoide tópico, evoluindo em poucas semanas para fraqueza muscular proximal e simétrica: dificuldade de elevar os braços para pentear os cabelos, de subir escadas e de levantar da cama e de cadeiras. É dermatomiosite, e o achado de exame físico que sela o diagnóstico é a pápula de Gottron — pápulas eritemato-violáceas sobre as articulações metacarpofalangeanas e interfalangeanas, lesão considerada patognomônica e critério maior nas classificações da doença, ao lado do heliótropo sugerido pelo eritema palpebral.

Eritrodermia é o acometimento eritematodescamativo de mais de 90% da superfície corporal, quadro inespecífico que ocorre em psoríase, farmacodermia e linfoma cutâneo, sem relação com miopatia inflamatória. Prurido generalizado é sintoma, não sinal definidor, e não estabelece diagnóstico algum. Nódulos de Bouchard, nas interfalangeanas proximais, e nódulos de Heberden, nas interfalangeanas distais, são achados de osteoartrite, doença degenerativa de dor mecânica que não cursa com fraqueza proximal nem com lesão cutânea heliotrópica.

Resposta C

QUESTÃO 30 — Gabarito E

Sobre a asma, é correto afirmar que

- A. o uso de anti-inflamatórios não hormonais está indicado nos casos refratários.
- B. o tabagismo (ativo ou passivo) é a principal causa de falta de controle da asma.
- C. a escolha do dispositivo inalatório tem pouca importância no manejo adequado da asma.
- D. a asma é uma doença heterogênea, caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas de causa alérgica.

E. a base do tratamento medicamentoso é constituída pelo uso de corticoide inalatório. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito central do manejo da asma. Desde a atualização do GINA de 2019, nenhum asmático deve ser tratado apenas com broncodilatador de resgate: a base do tratamento medicamentoso é o corticoide inalatório, isolado ou associado ao formoterol, porque a asma é doença inflamatória crônica e é a inflamação que responde pelo remodelamento brônquico, pelas exacerbações e pela mortalidade.

Anti-inflamatórios não hormonais não têm papel terapêutico na asma e ainda podem desencadear broncoespasmo grave na doença respiratória exacerbada por AINE. A principal causa de falta de controle não é o tabagismo, e sim a má adesão ao corticoide inalatório somada à técnica inalatória incorreta — o tabagismo de fato piora o controle e reduz a resposta ao corticoide, mas não ocupa o primeiro lugar. A escolha do dispositivo inalatório é justamente um dos determinantes do controle, pois depende de fluxo inspiratório, coordenação e treinamento do paciente. E, embora a asma seja mesmo doença heterogênea com inflamação crônica das vias aéreas, ela não é exclusivamente alérgica: existem os fenótipos não alérgico, eosinofílico de início tardio, associado à obesidade e induzido por exercício.

Resposta E

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Um homem de 62 anos está internado há 2 dias devido à fratura de pé D. Possui histórico de consumo de bebida alcoólica em grande quantidade, principalmente destilados. Apresenta agitação importante, tremores, febre baixa e taquicardia, além de delírios audiovisuais. Em relação ao tratamento medicamentoso da abstinência alcoólica, assinale a melhor alternativa nesse caso.

- A. Diazepam 10mg endovenoso (EV). ✓**
- B. Midazolam 10mg intramuscular (IM).
- C. Haloperidol 5mg EV.

D. Haloperidol 5mg IM.

E. Clorpromazina 25mg IM. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem etilista pesado, internado há dois dias e portanto sem acesso à bebida, apresentando agitação importante, tremores, febre baixa, taquicardia e alucinações audiovisuais: é síndrome de abstinência alcoólica grave, com quadro compatível com delirium tremens. O tratamento de escolha é o benzodiazepínico, que atua no mesmo receptor GABA-A cronicamente estimulado pelo álcool, controla a hiperatividade autonômica e é a única classe que comprovadamente reduz o risco de convulsão e a progressão do delirium. Daí o diazepam endovenoso, de início rápido e meia-vida longa com metabólitos ativos, o que permite autodesmame e reduz o risco de recorrência dos sintomas.

O midazolam intramuscular tem absorção errática e meia-vida curta demais, exigindo redoses frequentes, e não é a via preferencial nesse contexto. O haloperidol, endovenoso ou intramuscular, não trata a abstinência: reduz o limiar convulsivo e prolonga o intervalo QT, ficando reservado como adjuvante para alucinação persistente depois de benzodiazepínico em dose adequada. A clorpromazina soma os mesmos riscos com hipotensão e efeito anticolinérgico, sendo a pior opção da lista.

Resposta A

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Uma mulher de 75 anos procura atendimento médico com queixa de falta de ar aos mínimos esforços. Possui histórico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Ao exame, apresenta estertores crepitantes em bases pulmonares, pressão arterial (PA): 160x100mmHg, perfusão distal adequada e edema de membros inferiores. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

A. O uso de dobutamina diminui o risco de morte.

B. Apresenta perfil hemodinâmico quente e úmido. ✓

C. Expansão volêmica com cristaloides está indicada nesse caso.

D. O uso de milrinone está indicado e impacta na sobrevida da paciente.

E. O uso de garrotes em membros, para diminuir a pós-carga, está indicado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida em descompensação, e o enunciado entrega exatamente os dois eixos da classificação hemodinâmica de Stevenson: congestão presente — dispneia aos mínimos esforços, estertores crepitantes em bases pulmonares e edema de membros inferiores — e perfusão preservada, com perfusão distal adequada e PA de 160x100 mmHg. Congesta e bem perfundida é o perfil B, quente e úmido, o mais frequente entre as descompensações, cujo tratamento é diurético de alça associado a vasodilatador, aproveitando a pressão arterial elevada.

Dobutamina é inotrópico reservado ao perfil frio, não reduz mortalidade e, em uso prolongado, associa-se a arritmia e a pior desfecho. Expansão volêmica com cristalóide é o oposto do necessário numa paciente hipervolêmica e agravaria o edema pulmonar. Milrinone, além de não estar indicado aqui, não melhorou desfechos na descompensação, como mostrou o estudo OPTIME-CHF. E os garrotes rotativos em membros reduzem o retorno venoso, ou seja, atuam sobre a pré-carga e não sobre a pós-carga, além de constituírem prática abandonada por ausência de evidência.

Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Sobre a injúria pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), é correto afirmar que

A. só ocorre nas transfusões de concentrado de hemáceas.

- B. o uso de corticoides sistêmicos está indicado.
- C. nos casos em que a ventilação mecânica seja necessária, volume corrente $>8\text{mL/Kg}$ e pressão média de via aérea acima de $30\text{cm de H}_2\text{O}$ estão indicados.
- D. o início dos sintomas em até 06 (seis) horas da transfusão é um dos critérios diagnósticos. ✓**
- E. o uso de diurético de alça está indicado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A TRALI é a lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão, mediada tipicamente por anticorpos anti-HLA ou anti-HNA do doador contra neutrófilos do receptor, e figura entre as principais causas de óbito associado à hemotransfusão. A definição vigente exige hipoxemia aguda com infiltrado pulmonar bilateral, na ausência de sobrecarga volêmica ou de hipertensão atrial esquerda, com início dos sintomas em até 6 horas do término da transfusão — é justamente esse limite temporal que a alternativa correta cobra.

Não é exclusiva do concentrado de hemácias: ocorre com qualquer hemocomponente que contenha plasma, sendo plasma fresco congelado e concentrado de plaquetas os mais implicados. Corticoide sistêmico não tem benefício demonstrado; o tratamento é de suporte, com suspensão imediata da transfusão, oxigenoterapia e ventilação quando necessária. E, se a ventilação mecânica for indicada, vale a estratégia protetora, com volume corrente em torno de 6 mL/kg de peso predito e limitação das pressões de via aérea, e não volumes e pressões elevados. Diurético de alça é o tratamento da TACO, a sobrecarga circulatória associada à transfusão, e na TRALI pode ser deletério por reduzir ainda mais a perfusão.

Resposta D

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Em relação à arterite temporal (ou arterite de células gigantes), é correto afirmar que

- A. o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) está indicado.
- B. o uso de glicocorticoides em altas doses pode aumentar o risco de perda visual permanente.
- C. quase nunca ocorre antes dos 50 anos de idade. ✓**
- D. é mais comum na população afrodescendente.
- E. o tratamento é diferente nos casos em que a biópsia é inconclusiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

A arterite temporal, ou arterite de células gigantes, é vasculite de grandes e médios vasos com predileção pelos ramos da carótida externa, manifestando-se com cefaleia temporal, claudicação de mandíbula, hipersensibilidade do couro cabeludo e risco de amaurose. A afirmação correta é epidemiológica e vem direto dos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia, que exigem idade de início igual ou superior a 50 anos: a doença praticamente não ocorre antes dessa faixa, com pico entre a sétima e a oitava décadas.

AINE não é o tratamento; o pilar é o glicocorticoide, iniciado imediatamente diante da suspeita, inclusive antes da biópsia. Por isso a alternativa que fala em aumento do risco de perda visual com corticoide em alta dose está invertida — é exatamente a dose alta ou a pulsoterapia que previne a cegueira, irreversível uma vez instalada.

A doença é mais comum em brancos, sobretudo de ascendência do norte da Europa, e rara em afrodescendentes. E o tratamento não muda diante de biópsia inconclusiva ou negativa: como as lesões são salteadas, a biópsia negativa não exclui o diagnóstico, que permanece clínico e mantém o corticoide.

Resposta C

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Sobre a artrite reumatoide, é correto afirmar que

- A. 70 a 80% dos pacientes apresentam Fator Reumatoide (FR) positivo em algum momento da vida. ✓**
- B. corticoide oral, como prednisona, é uma das drogas de primeira escolha.

- C. envolve exclusivamente estruturas articulares e periarticulares.
- D. o acometimento da coluna lombar é comum.
- E. a presença de Velocidade de Hemossedimentação Aumentada (VHS) tem valor preditivo positivo alto para o diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A artrite reumatoide é poliartrite inflamatória crônica, simétrica e aditiva, com predileção por pequenas articulações das mãos e dos pés e rigidez matinal prolongada. A afirmativa correta é sorológica: cerca de 70 a 80% dos pacientes apresentam fator reumatoide positivo em algum momento da evolução, o que também significa que existe doença soronegativa e que o exame não fecha diagnóstico isoladamente — daí o peso crescente do anti-CCP, bem mais específico e de valor prognóstico.

Corticoide oral não é droga de primeira escolha e sim ponte sintomática enquanto a droga modificadora do curso da doença, tipicamente o metotrexato, atinge efeito pleno. A doença não é exclusivamente articular: cursa com nódulos reumatoides, doença pulmonar intersticial, serosite, vasculite, episclerite e síndrome de Sjögren secundária. A coluna lombar é caracteristicamente poupada; o acometimento axial se concentra na coluna cervical, sobretudo na articulação atlantoaxial, com risco de subluxação e repercussão medular. E o VHS elevado é marcador inespecífico de atividade inflamatória, com baixo valor preditivo positivo para o diagnóstico. Resposta A

QUESTÃO 36 — Gabarito E

Um homem de aproximadamente 50 anos apresenta um colapso na recepção do pronto-socorro e é levado diretamente para a sala de emergência. Após verificar a responsividade, qual é a conduta mais adequada?

- A. Iniciar compressões torácicas.
- B. Aplicar duas ventilações de resgate.
- C. Acesso venoso calibroso e expansão volêmica.
- D. Eletrocardiograma de 12 derivações.

E. Checar o pulso carotídeo e a respiração. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é o de colapso súbito presenciado, com suspeita de parada cardiorrespiratória, e a questão cobra a sequência do suporte básico de vida na versão do profissional de saúde. Depois de checar a responsividade e acionar ajuda com o desfibrilador, o passo seguinte é a checagem simultânea do pulso carotídeo e da respiração, em até 10 segundos — é ela que define se o caso é parada cardiorrespiratória, parada respiratória isolada com pulso ou outra causa de colapso, e portanto qual algoritmo seguir.

Iniciar compressões torácicas é o passo imediatamente posterior, mas apenas depois de confirmada a ausência de pulso; comprimir antes inverte a sequência cobrada pela questão. Duas ventilações de resgate seriam a conduta da parada respiratória com pulso presente, cenário ainda não caracterizado nesse momento. Acesso venoso calibroso com expansão volêmica pressupõe diagnóstico de choque hipovolêmico, que o enunciado não oferece, e jamais precede a avaliação de pulso e respiração. Eletrocardiograma de 12 derivações é exame diagnóstico sem lugar antes dessa checagem — na parada, o ritmo se avalia pelas pás ou pelas pás adesivas do desfibrilador.

Resposta E

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Uma mulher de 50 anos procura atendimento médico com queixa de disúria e polaciúria há um dia. Possui histórico de infecção urinária de repetição, e o último episódio foi causado por *Pseudomonas aeruginosa* (urocultura) há 60 dias. Todas as opções de antimicrobiano a seguir podem ser utilizadas empiricamente, EXCETO

- A. Meropenem.
- B. Ertapenem. ✓**
- C. Ciprofloxacina.
- D. Ceftazidima.
- E. Amicacina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de espectro antimicrobiano: mulher com infecção urinária de repetição e urocultura recente positiva para *Pseudomonas aeruginosa* precisa de cobertura empírica antipseudomonas enquanto se aguarda nova cultura. Entre os carbapenêmicos, o ertapenem é justamente aquele que não cobre *Pseudomonas aeruginosa* nem *Acinetobacter* — sua vantagem é a dose única diária e a boa atividade contra enterobactérias produtoras de ESBL, mas o espectro exclui os bacilos gram-negativos não fermentadores. Por isso ele é a exceção pedida pelo enunciado.

Meropenem é carbapenêmico com atividade antipseudomonas plenamente estabelecida. Ciprofloxacina é a quinolona com melhor atividade contra *Pseudomonas* e ainda alcança concentração urinária elevada, sendo opção oral clássica nesse cenário. Ceftazidima é a cefalosporina de terceira geração com cobertura antipseudomonas, ao contrário da ceftriaxona. Amicacina é o aminoglicosídeo com boa atividade contra o mesmo agente e excelente concentração urinária, exigindo apenas atenção à nefrotoxicidade e à função renal. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Qual das seguintes taquiarritmias apresenta complexo QRS estreito e regular?

- A. Fibrilação atrial.
- B. Torsades de Pointes.
- C. Taquicardia atrial. ✓**
- D. Taquicardia de movimento circular antidrômica.
- E. Flutter atrial com bloqueio AV variado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a taquiarritmia que reúne dois atributos ao mesmo tempo: QRS estreito, o que indica origem supraventricular com condução normal pelo sistema His-Purkinje, e ritmo regular, isto é, intervalos R-R constantes. A taquicardia atrial preenche os dois critérios: nasce de um foco ectópico atrial fora do nó sinusal, conduz normalmente aos ventrículos e, quando a condução atrioventricular é fixa, produz R-R regular, com onda P de morfologia diferente da sinusal precedendo cada complexo.

A fibrilação atrial é o protótipo do ritmo irregularmente irregular, sem onda P organizada — estreita, porém irregular. Torsades de pointes é taquicardia ventricular polimórfica associada a QT longo, com QRS largo e amplitude que oscila em torno da linha de base. A taquicardia de movimento circular antidrômica desce pela via acessória e retorna pelo nó atrioventricular, despolarizando o ventrículo fora do sistema de condução e gerando QRS largo. E o flutter atrial com bloqueio atrioventricular variado tem, por definição, resposta ventricular irregular, apesar do QRS estreito.

Resposta C

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Referente à osteomielite, é correto afirmar que

- A. a forma não hematogênica é mais comum em adultos jovens, vítimas de trauma com solução de continuidade na pele. ✓**
- B. a radiografia simples pode auxiliar no diagnóstico, principalmente na fase inicial da doença.
- C. a maioria dos antimicrobianos possui boa distribuição na medula óssea.
- D. os marcadores inflamatórios mais comuns (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) geralmente são normais nas primeiras 2 semanas de doença.
- E. o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) é considerado tratamento de primeira escolha.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os pilares diagnósticos e terapêuticos da osteomielite. A forma não hematogênica, por inoculação direta ou por contiguidade, predomina em adultos e tem como retrato típico o jovem vítima de trauma com fratura exposta ou ferida com solução de continuidade na pele, ao lado do pós-operatório ortopédico e das úlceras do pé diabético; a forma hematogênica é a da criança, com acometimento metafisário de ossos longos. Em B, a radiografia simples é justamente ruim na fase inicial: rarefação, reação periosteal e sequestro só aparecem depois de 10 a 14 dias e exigem perda de 30 a 50 por cento da matriz óssea, razão pela qual a ressonância magnética é o exame precoce de escolha. Em C, ocorre o oposto: a penetração da maioria dos antimicrobianos no osso e na medula óssea é pobre, o que obriga a doses altas e tratamento prolongado por semanas. Em D, velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa costumam estar elevadas já nos primeiros dias, com a PCR subindo em 24 a 48 horas, e servem para monitorar resposta terapêutica. Em E, o tratamento é antimicrobiano dirigido, com desbridamento cirúrgico quando há coleção, sequestro ou tecido necrótico; o anti-inflamatório é, no máximo, analgésico coadjuvante. Resposta A

QUESTÃO 40 — Gabarito D

O uso da medicação sacubitril-valsartana está indicado em qual das seguintes doenças?

- A. Hipertensão arterial refratária.
- B. Miocardiopatia isquêmica.
- C. Fibrilação atrial.
- D. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. ✓**
- E. Hipertensão arterial sistêmica associada à diabetes mellitus. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - Pediatria

COMENTÁRIO OSCELABS

O sacubitril-valsartana é um inibidor da neprilisina associado a bloqueador do receptor de angiotensina (ARNI), e sua indicação consagrada vem do estudo PARADIGM-HF: insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, sintomática, em substituição ao IECA ou ao BRA, com redução de mortalidade cardiovascular e de hospitalização por IC. Nas diretrizes atuais é recomendação classe I e integra o quarteto fantástico da ICFer, ao lado de betabloqueador, antagonista mineralocorticoide e inibidor de SGLT2. Em A, a hipertensão refratária é abordada com otimização do esquema e acréscimo de espironolactona, e não com ARNI. Em B, a miocardiopatia isquêmica por si só não indica a droga: ela entra quando essa cardiopatia cursa com fração de ejeção reduzida e sintomas, ou seja, a indicação é a insuficiência cardíaca, não a etiologia. Em C, a fibrilação atrial é manejada com anticoagulação guiada pelo CHA2DS2-VASc e controle de frequência ou de ritmo. Em E, na hipertensão associada ao diabetes o bloqueio do sistema renina-angiotensina se faz com IECA ou BRA isolados, pelo efeito nefroprotetor. Vale a regra de segurança: são necessárias 36 horas de intervalo ao trocar IECA por ARNI, pelo risco de angioedema. Resposta D

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Um paciente de 13 anos está em tratamento de leucemia. Já passou por diversos tratamentos e procedimentos, sem sucesso na remissão de sua doença. Por fazer seu tratamento em um hospital escola, foi chamado, juntamente com seus pais, para uma consulta, na qual foi convidado a participar de uma pesquisa clínica com medicamento experimental. Na ocasião, o médico explicou os detalhes do tratamento proposto, bem como seus possíveis riscos. Diante do quadro apresentado, assinale, entre as seguintes alternativas, a correta.

- A. A evolução em prontuário do aceite dos responsáveis e do paciente é documento suficiente para sua inclusão na pesquisa.
- B. O termo de consentimento livre e esclarecido deve ser assinado pelo paciente.
- C. O assentimento do paciente é desejável, mas não deve ser determinante em sua inclusão ou exclusão na pesquisa.
- D. Além do consentimento do representante legal, é necessário o assentimento livre e esclarecido do paciente, na medida de sua compreensão. ✓**
- E. O medicamento da pesquisa poderia ser administrado como novo esquema terapêutico quimioterápico, sem necessidade do esclarecimento de todos os detalhes, como foi feito no caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata dos requisitos éticos para incluir um adolescente em pesquisa clínica com medicamento experimental. Pelas Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016, o menor de idade não tem capacidade civil para consentir: quem assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é o representante legal, mas isso não basta. Exige-se também o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido do próprio paciente, redigido em linguagem acessível e obtido na medida de sua compreensão, sendo a recusa dele motivo de não inclusão. Em A, anotação de aceite em evolução de prontuário não substitui os documentos formais previstos no protocolo aprovado pelo CEP e, quando cabível, pela CONEP. Em B, a assinatura isolada de um paciente de 13 anos não tem validade legal como consentimento, justamente porque ele é incapaz civilmente. Em C, o assentimento não é mero desejável: é condição para a participação, e a negativa do adolescente prevalece mesmo diante da anuência dos pais. Em E, administrar droga experimental como se fosse esquema terapêutico, sem esclarecimento pleno dos riscos e sem protocolo, configura infração ética grave e não conduta médica aceitável. Resposta D

QUESTÃO 42 — Gabarito E

A enurese noturna é uma queixa frequente no consultório pediátrico. Qual das seguintes alternativas é correta a respeito dessa condição?

- A. A enurese primária ocorre quando a criança nunca ficou mais de 1 dia sem urinar durante o sono.
- B. A enurese é dita secundária quando a criança ficou um período igual ou superior a 4 semanas sem enurese e voltou a urinar durante o sono.
- C. Fatores psicológicos são a causa mais comum de enurese primária.
- D. É definida por perda intermitente de urina durante o sono, em maiores de 3 anos, pelo menos 1 vez por noite, na ausência de alterações de sistema nervoso central.
- E. Não há associação significativa entre sobrepeso e enurese. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os critérios formais de enurese noturna, padronizados pela International Children's Continence Society. Enurese é a perda intermitente de urina durante o sono em criança com 5 anos ou mais, com frequência de pelo menos duas vezes por semana por no mínimo três meses. Em A, primária não é ficar um dia sem urinar no sono: define-se pela criança que nunca alcançou um período seco de ao menos seis meses consecutivos. Em B, o intervalo que caracteriza a forma secundária também é de seis meses secos antes da recidiva, e não quatro semanas. Em C, fatores psicológicos e eventos estressores explicam sobretudo a enurese secundária; a primária é multifatorial, com poliúria noturna por déficit relativo de vasopressina, capacidade vesical funcional reduzida, limiar alto de despertar e forte componente genético. Em D, a idade de corte é 5 anos e o critério é de frequência semanal, não de uma vez por noite. Resta a alternativa apontada pela banca. Registre-se que esse último ponto é discutível: há literatura consistente associando sobrepeso, obesidade e distúrbio respiratório do sono a maior prevalência de enurese, de modo que a questão se sustenta melhor por exclusão das demais, que conflitam com números consagrados, do que pelo mérito da afirmação assinalada. Resposta E

QUESTÃO 43 — Gabarito E

Em qual das seguintes situações, pode-se proceder ao clampeamento tardio do cordão umbilical?

- A. Descolamento prematuro de placenta.
- B. Nó verdadeiro de cordão umbilical.
- C. Ausência de tônus muscular em flexão.
- D. Placenta prévia.

E. Prematuro de 34 semanas. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é a indicação do clampeamento tardio do cordão umbilical, hoje conduta de rotina porque aumenta as reservas de ferro e reduz anemia no primeiro ano de vida. A regra prática do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: aguarda-se de 1 a 3 minutos no recém-nascido com boa vitalidade, isto é, respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão; nos prematuros com boa vitalidade também se aguarda, de 30 a 60 segundos. Um prematuro de 34 semanas, sem nenhuma das contraindicações listadas, se enquadra exatamente nessa recomendação. Em C, a ausência de tônus em flexão define o recém-nascido sem boa vitalidade, e aí o cordão é clampeado imediatamente para levar o bebê à mesa de reanimação. Em A e D, descolamento prematuro de placenta e placenta prévia cursam com sangramento e comprometimento da circulação placentária, o que anula o benefício da transfusão placentária e contraindica a espera. Em B, o nó verdadeiro de cordão compromete o fluxo umbilical e também impõe clampeamento imediato. Resposta E

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Você está de plantão em um hospital e é chamado para atender um Recém-Nascido (RN) em sala de parto. O parto é por via vaginal, e o RN nasce hipotônico e com movimentos respiratórios irregulares. Você prontamente recebe o RN e inicia o atendimento. A avaliação da Frequência Cardíaca (FC) é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação. Sobre as particularidades de cada método que pode ser utilizado, assinale a alternativa correta.

- A. A detecção da atividade elétrica do coração pelo monitor cardíaco não traz benefício na condução da reanimação neonatal, pois atrapalha as demais manobras.
- B. A palpação do pulso carotídeo é o melhor método em sala de parto, apesar de subestimar a FC.

C. A ausculta do precórdio com estetoscópio subestima a FC. ✓

- D. A palpação do cordão umbilical superestima a FC.
- E. A oximetria de pulso detecta de forma contínua a frequência de pulso, é rápida e não subestima nem superestima a FC.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a acurácia de cada método de avaliação da frequência cardíaca em sala de parto, parâmetro que comanda todas as decisões da reanimação neonatal. A ausculta do precórdio com estetoscópio é o método clínico inicial recomendado, por ser rápido e universalmente disponível, mas reconhecidamente subestima a frequência cardíaca, o que pode levar a indicar ventilação com pressão positiva ou massagem cardíaca em recém-nascido cuja FC real é melhor do que a contada. Em A, o monitor cardíaco com três eletrodos é justamente o método mais rápido e fidedigno, recomendado sempre que houver necessidade de ventilação com pressão positiva, e não atrapalha as manobras. Em B, o pulso carotídeo não é método utilizado no recém-nascido em sala de parto; o que eventualmente se palpa é a base do cordão umbilical. Em D, a palpação do cordão umbilical também subestima a FC, e não a superestima. Em E, a oximetria de pulso leva de um a dois minutos para captar sinal confiável, depende de perfusão adequada e subestima a frequência nos primeiros minutos de vida, não sendo, portanto, método neutro nem imediato. Resposta C

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Assinale a alternativa que apresenta um exemplo de vacina inativada oferecida pelo Programa Nacional de Imunizações.

- A. Poliomielite oral.
- B. Rotavírus humano.
- C. Hepatite A. ✓**
- D. Tríplice viral.
- E. Tetra viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede reconhecer a natureza biológica das vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações, divisão que tem consequência prática direta na conduta com imunodeprimidos e gestantes. A vacina hepatite A, aplicada aos 15 meses na rede pública, é composta por vírus inteiro inativado, podendo ser administrada com segurança em imunossuprimidos. Em A, a poliomielite oral (VOP, Sabin) contém vírus vivo atenuado, o que explica o risco raro de poliomielite associada à vacina e a restrição em contactantes imunossuprimidos. Em B, a vacina rotavírus humano é oral, monovalente e de vírus vivo atenuado, com janelas rígidas de idade para primeira e segunda dose. Em D e E, tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) e tetra viral (as três anteriores mais varicela) também são de vírus vivos atenuados, contraindicadas na gestação e na imunossupressão grave. Entre as inativadas do PNI estão ainda pentavalente, VIP, pneumocócicas conjugadas, meningocócica C, hepatite B, influenza e HPV. Resposta C

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Paciente de 12 anos queixa-se de cefaleia recorrente, moderada, com intervalos variáveis, de dias, semanas ou meses. A dor é bilateral e pulsátil e, por vezes, acompanhada de irritabilidade, anorexia e náusea. Antes do quadro de dor, vê “bolinhas coloridas” e sente formigamento na língua. Sobre o diagnóstico mais provável, assinale a alternativa correta.

- A. O paciente está na faixa etária de menor incidência em pediatria.
- B. Podem fazer parte dos sintomas que precedem a dor: formigamento em hemicorpo, disfasia e disartria. ✓**
- C. O paciente apresenta o tipo de quadro mais comum, que é o de dor precedida por sintomas visuais e sensitivos.

- D. Para o diagnóstico adequado, é necessário investigar com tomografia de crânio e exames laboratoriais.
- E. Casos familiares semelhantes são a exceção. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de migrânea com aura em adolescente: cefaleia recorrente, moderada, pulsátil, acompanhada de náusea, anorexia e irritabilidade, precedida de fenômeno visual positivo, as bolinhas coloridas, e de parestesia. Pelos critérios da ICHD-3, a aura pode ser visual, sensitiva, de linguagem ou fala, motora, retiniana ou de tronco encefálico, com sintomas que se instalam gradualmente e duram de 5 a 60 minutos, seguidos da dor. Por isso a alternativa correta reconhece que formigamento em hemicorpo, disfasia e disartria podem compor o conjunto de sintomas que precedem a cefaleia, esta última típica da aura de tronco encefálico. Em A, a adolescência é a faixa de maior, e não de menor, incidência, com a prevalência subindo após a puberdade, sobretudo em meninas. Em C, a forma mais comum na pediatria é a migrânea sem aura, que responde pela maioria dos casos. Em D, o diagnóstico é clínico; tomografia e exames laboratoriais só se justificam diante de sinais de alarme, como cefaleia que desperta do sono, piora progressiva, alteração do exame neurológico ou papiledema. Em E, história familiar positiva é a regra, presente na maioria dos pacientes. Resposta B

QUESTÃO 48 — Gabarito B

A fisiopatologia da fibrose cística está diretamente relacionada à proteína CFTR (Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator). Sobre o assunto, é correto afirmar que

- A. é uma doença poligênica autossômica dominante com penetração variável.
- B. é decorrente da ausência e/ou do defeito qualitativo e/ou quantitativo da proteína CFTR. ✓**
- C. o acometimento da CFTR, nos pulmões, causa alterações no líquido da superfície das vias aéreas, com retenção de sódio e água no interstício e hiperidratação das camadas gel e sol das vias aéreas.
- D. a proteína CFTR funciona, principalmente, na regulação da permeabilidade do sódio e do potássio em células epiteliais.
- E. a reologia do muco das vias aéreas é alterada por impactação das secreções por aumento de produção, a despeito da função ciliar que é, via de regra, normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A fibrose cística decorre de mutações no gene CFTR, localizado no cromossomo 7, que codifica um canal de cloreto da membrana apical das células epiteliais. A alternativa correta traduz exatamente essa fisiopatologia: a doença resulta da ausência e/ou do defeito qualitativo e/ou quantitativo da proteína CFTR, formulação que fundamenta a classificação em classes de mutação, da ausência de síntese ao defeito de tráfego, de abertura, de condutância ou de estabilidade, e que hoje orienta a escolha das terapias moduladoras. Em A, trata-se de doença monogênica com herança autossômica recessiva, e não poligênica dominante. Em C, o defeito produz o oposto do descrito: com o cloreto retido e a absorção de sódio e água aumentada pelo canal ENaC, o líquido de superfície das vias aéreas fica desidratado, com colapso da camada periciliar. Em D, o canal é de cloreto, exercendo ainda regulação sobre o canal epitelial de sódio, e não de sódio e potássio. Em E, a alteração reológica do muco vem sobretudo da desidratação da secreção, e o clearance mucociliar fica prejudicado justamente porque os cílios ficam imersos em camada colapsada, ou seja, a função ciliar não é normal. Resposta B

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Sobre o Ânion Gap (AG) e sua condição mais esperada nas causas de acidose metabólica, assinale a alternativa INCORRETA.

- A. AG plasmático normal ocorre nas perdas de bicarbonato sem perda de cloro, como ocorre nas diarreias e fístulas.

B. AG plasmático normal ocorre na acidose tubular renal.

C. AG plasmático aumentado ocorre na hipoalbuminemia, pois a albumina contribui em grande parte para reduzir o AG plasmático. ✓

D. AG plasmático aumentado ocorre quando há adição de carga ácida ao organismo, como ácidos orgânicos (cetoacidose), acidose lática e na uremia.

E. AG plasmático diminuído ocorre na presença de cátions não mensuráveis, como na hiperlipidemia, na qual se superestima a concentração de cloro.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a alternativa incorreta sobre ânion gap, calculado como sódio menos a soma de cloro e bicarbonato, e que estima os ânions não mensurados do plasma. A albumina é o principal desses ânions e é ela quem sustenta o valor do AG; portanto, na hipoalbuminemia o AG diminui, e não aumenta, sendo necessário corrigir o cálculo somando cerca de 2,5 mEq/L para cada 1 g/dL de albumina abaixo de 4 g/dL, sob pena de deixar passar uma acidose de AG alargado em paciente crítico, hepatopata ou nefrótico. A afirmativa assinalada erra duas vezes: inverte o comportamento do AG e ainda descreve a albumina como redutora do gap. Em A e B, as perdas de bicarbonato pelo trato gastrointestinal, como diarreia e fístulas, e a acidose tubular renal cursam com AG normal, à custa de retenção compensatória de cloro, daí o nome acidose hiperclorêmica. Em D, o AG se alarga quando há adição de carga ácida não mensurada: cetoacidose, acidose lática e uremia. Em E, o AG diminuído aparece com aumento de cátions não mensurados e em situações de interferência laboratorial como a hiperlipidemia, tal como a banca considerou. Resposta C

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Uma adolescente procura a emergência com queixa de dores abdominais intensas. Ao ser avaliada pelo pediatra de plantão, ela relata que está ali por estar precisando de ajuda. Conta que tem sofrido, em casa, diversas formas de violência. Cita, entre elas: beliscões, tapas, xingamentos, constrangimentos perante as visitas e que, algumas vezes, já ficou de castigo sem alimentos ou água. É muito importante, para saber como acolher os pacientes nessas situações e para identificar os pacientes em risco, que o pediatra conheça as formas de violência. Quanto ao tema, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta. () Violência física é entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico. () A alienação parental é um tipo de violência psicológica. () Conduta que constranja a criança ou o adolescente a presenciar conjunção carnal é considerada violência sexual. () Violência institucional é entendida como a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gerar revitimização. () Expor a criança ou o adolescente a isolamento ou indiferença é uma forma de violência psicológica.

A. V - V - V - V - V. ✓

B. V - F - V - V - F.

C. F - F - F - V - F.

D. F - V - V - F - V.

E. V - V - V - V - F. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve uma adolescente vítima de violência doméstica em múltiplas formas, e a questão cobra as definições legais da Lei 13.431/2017, que estrutura o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, complementando o ECA. Todas as assertivas são verdadeiras. Violência física é a ação que ofende a integridade ou a saúde corporal ou provoca sofrimento físico, o que abrange beliscões e tapas. A alienação parental está expressamente arrolada como forma de violência psicológica, ao lado da discriminação, do bullying e da ameaça. Constranger a criança ou o adolescente a presenciar conjunção carnal ou outro ato libidinoso configura violência sexual, na modalidade abuso sexual, ainda que sem contato físico. Violência institucional é a praticada por instituição pública ou conveniada, inclusive quando gera revitimização, conceito que justifica a escuta especializada e o depoimento especial em lugar da repetição de entrevistas. Expor a criança ou o adolescente a isolamento ou indiferença também é violência psicológica, assim como privá-la de alimento ou água, o que na verdade caracteriza ainda negligência e maus-tratos. Como não há assertiva falsa, as demais sequências caem por marcar F em pelo menos um item verdadeiro. Lembre-se de que a notificação ao Conselho Tutelar é compulsória e independe de confirmação diagnóstica. Resposta A

QUESTÃO 51 — Gabarito E

Menina de 2 anos é levada à emergência com tosse intensa e ladrante, rouquidão e estridor inspiratório discreto. Nos dias precedentes à piora da tosse, tinha rinorreia clara, febre baixa e tosse leve. Não apresenta sinais de desconforto respiratório no momento. Qual, das opções a seguir, é a conduta mais adequada para essa paciente?

- A. Iniciar antibioticoterapia com amoxicilina.
- B. Internar para tratamento e observação, por se tratar de quadro moderado com potencial risco de progressão da obstrução.
- C. Solicitar radiografia cervical lateral.
- D. Oxigênio suplementar para conforto.

E. Prescrever corticosteroide oral ou parenteral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o clássico crupe, ou laringotraqueíte viral aguda: pródromo de infecção de via aérea superior com rinorreia clara, febre baixa e tosse leve, seguido de tosse ladrante, rouquidão e estridor inspiratório. Como não há desconforto respiratório e o estridor é discreto, trata-se de forma leve, e a conduta é corticoide, dexametasona 0,15 a 0,6 mg/kg em dose única, oral ou parenteral, indicada em todos os graus de gravidade por reduzir sintomas, reconsultas e necessidade de internação. Em A, a etiologia é viral, com predomínio do parainfluenza, e não há papel para amoxicilina. Em B, a criança está sem desconforto respiratório, ou seja, o quadro não é moderado: recebe o corticoide, fica em observação por algumas horas e recebe alta se mantiver estabilidade; internação se reserva a estridor em repouso persistente, hipoxemia, taquipneia importante ou sinais de exaustão. Em C, o diagnóstico é clínico, e a radiografia cervical, que mostraria o sinal da torre ou da ponta de lápis, é dispensável e não muda conduta. Em D, oxigênio suplementar se destina a hipoxemia ou desconforto, ausentes aqui, cenário em que também entraria a nebulização com adrenalina. Resposta E

QUESTÃO 52 — Gabarito C

A endocardite infecciosa ocorre com maior frequência em portadores de anomalias cardíacas congênicas ou adquiridas e representa importante causa de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica. Ela é mais comumente causada por

- A. fungos.
- B. micobactérias.

C. bactérias. ✓

- D. protozoários.
E. vírus.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o agente etiológico da endocardite infecciosa na faixa etária pediátrica, complicação clássica de cardiopatias congênitas (sobretudo as com fluxo turbulento, como CIV, tetralogia de Fallot e valvopatias) e de portadores de cateter venoso central ou prótese valvar. A endocardite infecciosa é, por definição, uma infecção bacteriana do endocárdio em mais de 90% dos casos: os estreptococos do grupo viridans predominam nas formas subagudas associadas a cardiopatia estrutural e manipulação dentária, e o *Staphylococcus aureus* predomina nas formas agudas, em coração previamente normal, em cateter de longa permanência e em usuários de drogas injetáveis. Os critérios de Duke modificados, base do diagnóstico, foram construídos justamente em torno de hemoculturas positivas para esses agentes bacterianos típicos e do achado ecocardiográfico de vegetação. Os fungos, principalmente *Candida*, respondem por uma fração pequena e restrita a nichos específicos, como neonatos de UTI, imunossuprimidos, nutrição parenteral prolongada e cateter de demora, e por isso não são a causa mais comum. Micobactérias praticamente não causam endocardite valvar na criança, com raríssimos relatos ligados a prótese. Protozoários não produzem endocardite infecciosa, e a doença de Chagas, quando lembrada, causa miocardite e cardiomiopatia, não vegetação valvar. Vírus também não colonizam valva: sua expressão cardíaca é miocardite e pericardite. Resposta C

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Sobre as picadas de abelhas, assinale a alternativa correta.

- A. Nos acidentes causados por enxame, a retirada dos ferrões da pele deve ser feita por pinçamento.
B. Mais de 70% dos indivíduos que apresentaram grandes reações localizadas terão reações sistêmicas, com anafilaxia 2 a 3 minutos após a picada.
C. A intensidade da reação inicial não está relacionada com a sensibilização e maior risco às exposições subsequentes.
D. Os acidentes com enxames podem desencadear quadro tóxico generalizado, com manifestações como hemólise intravascular e rabdomiólise, alterações neurológicas e insuficiência renal aguda. ✓
E. Os glicocorticoides e anti-histamínicos são a melhor opção terapêutica para controlar reações como urticária gigante e broncoespasmo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é acidente por himenópteros, e a alternativa correta descreve o envenenamento maciço por ataque de enxame. Quando há múltiplas picadas, a carga de veneno (melitina, fosfolipase A2, hialuronidase, apamina) deixa de produzir apenas reação local e passa a gerar um quadro tóxico sistêmico, com hemólise intravascular, rabdomiólise, hepatotoxicidade, alterações neurológicas e insuficiência renal aguda por necrose tubular decorrente da hemoglobinúria e da mioglobulinúria, o que justifica hidratação vigorosa e monitorização da função renal e da CPK. A alternativa que manda retirar os ferrões por pinçamento inverte a orientação clássica: o ferrão deve ser removido por raspagem, porque o pinçamento comprime o saco glandular ainda aderido e injeta o veneno remanescente. A afirmação de que mais de 70% dos pacientes com grandes reações locais evoluirão para anafilaxia superestima grosseiramente o risco, que na literatura fica na faixa de poucos por cento a cerca de 15%. Dizer que a intensidade da reação inicial não guarda relação com a sensibilização também é incorreto, pois reações prévias mais intensas identificam justamente o paciente sensibilizado e de maior risco em exposições futuras. Por fim, glicocorticoide e anti-histamínico não são a melhor opção para urticária extensa com broncoespasmo em contexto de reação sistêmica: o tratamento de primeira linha é a adrenalina intramuscular, ficando os demais como terapia adjuvante. Resposta D

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Você está atendendo, na emergência, um paciente de 2 anos. A queixa é de tosse, dor abdominal e febre. A febre iniciou há 36 horas, cessa com antitérmicos, mas volta após 4 a 6 horas, com pico máximo de 38,5°C. O paciente teve 4 episódios de vômitos, está inapetente, mas aceitando bem líquidos via oral. Ao exame físico, tem alguns estertores em bases pulmonares, tiragem subcostal e taquipneia. Após o diagnóstico de pneumonia, é indicada a internação hospitalar. Qual dos dados clínicos do paciente indica a internação?

A. A curva térmica.

B. A tiragem subcostal. ✓

C. A presença de dor abdominal.

D. A inapetência e os vômitos.

E. A presença dos estertores em bases pulmonares. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de pneumonia adquirida na comunidade em lactente de 2 anos, e a pergunta é qual dado clínico define gravidade e, portanto, indica internação. A tiragem subcostal é o marcador operacional de gravidade na abordagem da OMS e das diretrizes brasileiras de pneumonia na infância: criança com tosse e taquipneia isoladas pode ser tratada ambulatorialmente com antibiótico oral, mas a presença de tiragem subcostal classifica o quadro como pneumonia grave e indica hospitalização, porque traduz esforço respiratório aumentado e risco de falência ventilatória. A curva térmica descrita, com febre de 38,5 graus que cede a antitérmico e recorre em 4 a 6 horas, é padrão inespecífico e esperado em qualquer infecção respiratória, sem valor prognóstico isolado. A dor abdominal é sintoma frequente na pneumonia de base, por irritação diafragmática, e não indica gravidade. A inapetência com quatro episódios de vômitos pesaria se houvesse recusa alimentar completa ou impossibilidade de aceitar via oral, o que justificaria internação por incapacidade de receber antibiótico oral e hidratação, mas o enunciado registra expressamente que o paciente aceita bem líquidos. Os estertores em bases são apenas o achado semiológico que sustenta o diagnóstico de pneumonia, e não critério de internação. Resposta B

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Distinguir um linfonodo inflamatório de um neoplásico pode ser um desafio para o pediatra. Qual das situações a seguir sugere benignidade, sem necessidade de investigação?

A. Ausência de linfonodos palpáveis em recém-nascidos. ✓

B. Nódulo linfático maior que 1 cm, em dois locais anatômicos.

C. Linfonodo epitroclear com 0,7 cm.

D. Linfonodo inguinal com 2 cm.

E. Linfonodomegalia localizada, com febre por mais de 7 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a situação que sugere benignidade e dispensa investigação na avaliação de linfonodos na criança. O recém-nascido normalmente não tem linfonodos palpáveis, porque o tecido linfoide ainda não sofreu a estimulação antigênica que ocorre nos primeiros meses e anos de vida; a ausência de linfonodos palpáveis nessa idade é, portanto, achado fisiológico e o único item da lista que não exige propedêutica adicional. Nódulo linfático maior que 1 cm presente em duas ou mais cadeias anatômicas configura linfadenomegalia generalizada, que obriga a investigar infecção sistêmica, doença linfoproliferativa e colagenose. O linfonodo epitroclear é uma das cadeias em que a simples palpação já é considerada anormal, com limite habitual de 0,5 cm, de modo que 0,7 cm nesse sítio é sinal de alerta e não de benignidade. Linfonodo inguinal ganha o rótulo de aumentado acima de 1,5 cm, e 2 cm ultrapassa esse corte, exigindo esclarecimento de porta de entrada em membro inferior, região perineal ou doença sistêmica. Linfadenomegalia localizada acompanhada de febre por mais de sete dias reúne dois sinais de alarme, tempo de evolução e sintoma constitucional, e é exatamente o cenário que impõe investigação para doença linfoproliferativa, tuberculose ou doença da arranhadura do gato. Resposta A

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Um paciente, em idade escolar, apresenta queixa de dor abdominal intensa, náuseas, vômitos, anorexia e sonolência. Refere sentir muita sede e, ao exame físico, está desidratado. Também foram percebidos hálito cetônico e hiperventilação (respiração de Kussmaul). Qual das seguintes opções é o resultado esperado na gasometria, de acordo com a principal suspeita diagnóstica?

- A. Alcalose respiratória.
- B. Alcalose metabólica.
- C. Acidose metabólica com redução do ânion gap.
- D. Acidose metabólica com elevação do ânion gap. ✓**
- E. Acidose respiratória.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro de escolar com dor abdominal, vômitos, anorexia, polidipsia, desidratação, sonolência, hálito cetônico e respiração de Kussmaul é a apresentação clássica de cetoacidose diabética, frequentemente a primeira manifestação do diabetes melito tipo 1 na criança. A fisiopatologia explica o gasômetro: a deficiência de insulina com excesso de hormônios contrarreguladores leva à lipólise e à produção hepática de corpos cetônicos, betaidroxibutirato e acetoacetato, que são ácidos fixos não mensurados na fórmula do ânion gap. O consumo de bicarbonato por esses ânions produz acidose metabólica com ânion gap elevado, e a respiração de Kussmaul é justamente a compensação respiratória, com hiperventilação e queda da $p\text{CO}_2$. Alcalose respiratória isolada não explica cetonemia nem desidratação e seria esperada em hiperventilação psicogênica ou sepse inicial. Alcalose metabólica é o distúrbio dos vômitos com perda de suco gástrico, mas aqui o componente dominante é a cetogênese, e o achado de Kussmaul exclui alcalose. Acidose metabólica com ânion gap normal ocorre por perda de bicarbonato, como em diarreia e acidose tubular renal, cenários sem hálito cetônico. Acidose respiratória implicaria hipoventilação com retenção de CO_2 , o oposto do padrão respiratório descrito. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Uma adolescente de 16 anos pede para que sua mãe dê licença, durante a consulta, para que ela tire algumas dúvidas com seu pediatra. Após a mãe se retirar, a paciente conta que iniciou a vida sexual com seu namorado e que gostaria de usar anticoncepcional oral (ACO), mas sem que sua mãe saiba. Nesse caso, qual das seguintes opções é a conduta mais adequada do médico quanto à prescrição de anticoncepcional oral?

- A. O sigilo médico, nessa situação, pode ser quebrado, uma vez que a paciente está sob risco de engravidar ou de contrair infecção sexualmente transmissível.

- B. O pediatra pode prescrever o ACO, mas somente com o consentimento da mãe.
- C. O pediatra pode prescrever o ACO, mas, após a consulta, deve comunicar sua conduta à mãe, em segredo.
- D. O pediatra pode prescrever o ACO, respeitando a vontade da paciente em manter o assunto em sigilo.** ✓
- E. O pediatra deve conversar sobre opções contraceptivas, mas não deve prescrever ACO, por se tratar de adolescente. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCF PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata de confidencialidade no atendimento ao adolescente, e não de farmacologia contraceptiva. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Ética Médica e as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria reconhecem que o adolescente com capacidade de discernimento tem direito ao atendimento em separado e ao sigilo, inclusive na prescrição de método contraceptivo, sem necessidade de autorização ou de comunicação aos pais. Não existe idade mínima legal que impeça a prescrição de anticoncepcional oral, e negar o método a uma adolescente de 16 anos já sexualmente ativa apenas eleva o risco de gestação não planejada. A quebra de sigilo só se justifica quando há risco de vida ou de dano grave ao próprio adolescente ou a terceiros, como abuso sexual, ideação suicida ou gravidez que exija intervenção, o que não se aplica ao simples desejo de contracepção; por isso a alternativa que autoriza a quebra está incorreta. Condicionar a prescrição ao consentimento materno subordina indevidamente o direito da paciente. Comunicar a mãe em segredo depois da consulta é ainda pior, porque quebra o sigilo e destrói o vínculo de confiança. Deixar de prescrever por ser adolescente contraria a recomendação vigente. Cabe ao médico, sim, estimular a participação da família e reforçar a dupla proteção com preservativo, mas sem impor essa condição. Resposta D

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Menino de 1 ano dá entrada em hospital após quadro convulsivo. Ao exame físico, apresenta midríase, taquicardia, sudorese, hipertensão, piloereção e hiper-reflexia. Na anamnese, a mãe conta que o paciente está, há 2 dias, com obstrução nasal e espirros e, por estar com dificuldade para dormir devido à obstrução, usou medicamento em gotas que tinha em casa, nas narinas da criança. Após seu uso, o paciente iniciou o quadro atual. Considerando o agente farmacológico provável, trata-se de uma

- A. toxíndrome simpatomimética, que resulta da estimulação de nervos simpáticos (alfa e beta-adrenérgicos) mediada pelas catecolaminas noradrenalina e adrenalina.** ✓
- B. toxíndrome anticolinérgica, que resulta da inibição das fibras parassimpáticas pós- ganglionares que liberam a acetilcolina, das fibras autônomas pré-ganglionares, das placas mioneurais do músculo esquelético e de certas sinapses do sistema nervoso central.
- C. toxíndrome anticolinesterásica, em que ocorre inibição da enzima acetilcolinesterase, levando a um acúmulo da acetilcolina nos receptores colinérgicos muscarínicos e nicotínicos.
- D. toxíndrome depressiva, que resulta da interferência na função adrenérgica do SNC, principalmente nos neurônios noradrenérgicos centrais.
- E. toxíndrome extrapiramidal, que resulta do aumento da ação da acetilcolina nas sinapses muscarínicas e do antagonismo da dopamina no SNC.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve intoxicação de lactente por descongestionante nasal em gotas usado em domicílio, e a pergunta é sobre a toxíndrome correspondente ao conjunto de achados. Midríase, taquicardia, hipertensão, sudorese, piloereção, hiper-reflexia e convulsão compõem a toxíndrome simpatomimética, caracterizada por hiperestimulação adrenérgica alfa e beta mediada por noradrenalina e adrenalina, exatamente como se espera de agentes vasoconstritores tópicos e de estimulantes em geral. Dois achados fecham o raciocínio e servem de âncora para a prova: a pele está sudorética e há piloereção, sinais de ativação simpática colinérgica preservada. A toxíndrome anticolinérgica compartilha midríase, taquicardia e agitação, mas cursa com pele seca e quente, retenção urinária, íleo e hipertermia, e a presença de sudorese praticamente a exclui. A síndrome anticolinesterásica, dos organofosforados e carbamatos, produz o oposto: miose, sialorreia, broncorreia, bradicardia, diarreia e fasciculações. A toxíndrome depressiva cursa com rebaixamento de consciência, bradicardia, hipotensão e hipotermia, padrão descrito com imidazolínicos por efeito alfa-2 central, mas nada disso aparece na vinheta. A toxíndrome extrapiramidal manifesta-se com distonia, trismo, torcicolo e crise oculógira, sem essa instabilidade autonômica. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Em relação ao nefroblastoma (Tumor de Wilms), é correto afirmar que

- A. tem seu pico de incidência em crianças maiores de 5 anos.
- B. é mais agressivo na presença de anaplasia, mesmo quando focal e em tumores localizados (estádios I e II). ✓**
- C. se manifesta mais comumente como massa abdominal muito dolorosa, acompanhada de hematúria macroscópica.
- D. exige, para seu diagnóstico, a realização de biópsia percutânea nos casos suspeitos de idade compatível.
- E. é o tumor sólido mais comum no recém-nascido. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - Ginecologia e Obstetrícia

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra características do nefroblastoma, o tumor renal maligno mais comum da infância. A anaplasia é o principal marcador histológico de mau prognóstico do tumor de Wilms: define a chamada histologia desfavorável, associa-se a resistência à quimioterapia convencional e piora a sobrevida mesmo quando é focal e mesmo em tumores ainda localizados nos estádios I e II, motivo pelo qual esses casos são tratados com esquemas intensificados. Sobre a idade, o pico de incidência ocorre entre 2 e 4 anos, ou seja, em menores de 5 anos, e não acima disso. A apresentação típica é massa abdominal palpável indolor, muitas vezes descoberta pela família ou em exame de rotina, que não ultrapassa a linha média, podendo cursar com hipertensão e hematúria microscópica; dor intensa e hematúria macroscópica são exceção, e quando há dor aguda deve-se suspeitar de ruptura ou hemorragia intratumoral. O diagnóstico é clínico e de imagem, e a conduta padrão é a nefrectomia com estadiamento; a biópsia percutânea é evitada porque a violação da cápsula implica derrame tumoral e eleva o estadiamento, com mudança de tratamento. No recém-nascido, o tumor renal característico é o nefroma mesoblástico congênito, e entre os tumores sólidos neonatais destacam-se o teratoma sacrococcígeo e o neuroblastoma, não o nefroblastoma. Resposta B

QUESTÃO 61 — Gabarito E

O partograma é um gráfico no qual são anotadas a progressão do trabalho de parto e as condições materno-fetais. Analise o seguinte partograma e assinale a alternativa correspondente com o padrão encontrado.

- A. Fase ativa prolongada.
- B. Parada secundária da descida.
- C. Desproporção céfalo-pélvica.

D. Distócia funcional.

E. Trabalho de parto fisiológico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a interpretação de um partograma, instrumento em que se registram dilatação cervical, altura da apresentação, dinâmica uterina e condições materno-fetais durante a fase ativa do trabalho de parto, com as linhas de alerta e de ação delimitando o desvio da normalidade. Como o padrão apresentado corresponde a trabalho de parto fisiológico, o traçado é aquele em que a dilatação progride em ritmo igual ou superior a 1 cm por hora, mantendo-se à esquerda da linha de alerta, e a curva de descida da apresentação acompanha a dilatação, sem períodos de estacionamento. As distocias precisam ser reconhecidas pelo padrão gráfico que produzem. Fase ativa prolongada é a dilatação lenta, abaixo de 1 cm por hora, com a curva cruzando a linha de alerta e tendendo à de ação, geralmente por contratilidade insuficiente. Parada secundária da descida é a altura da apresentação inalterada em dois toques sucessivos com pelo menos uma hora de intervalo, já com dilatação completa ou próxima disso. Desproporção cefalopélvica é diagnóstico de exclusão que se manifesta como parada secundária da dilatação ou da descida com dinâmica uterina efetiva e sinais de sofrimento do mecanismo de parto, como bossa e assinclitismo. Distocia funcional traduz contratilidade anômala, em frequência ou intensidade, com progressão inadequada. Nenhum desses padrões de desvio se aplica ao traçado da questão. Resposta E

QUESTÃO 63 — Gabarito E

G1P0A1, idade gestacional de 9 semanas, volta à consulta de pré-natal trazendo os seguintes exames para toxoplasmose: IgG reagente e IgM reagente. Foi solicitado o teste de avides IgG específico, que apresentou como resultado alta avides. Nesse caso, devemos considerar

- A. infecção aguda.
- B. infecção materna e fetal.
- C. paciente suscetível.
- D. infecção adquirida há menos de 4 meses.

E. infecção adquirida há mais de 4 meses. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é o rastreamento sorológico de toxoplasmose no pré-natal com IgG e IgM reagentes em gestante de 9 semanas, situação ambígua porque a IgM pode persistir por muitos meses após a infecção e não distingue sozinha doença aguda de infecção antiga. O teste de avides de IgG resolve essa dúvida ao medir a força de ligação do anticorpo ao antígeno: a avides baixa a intermediária sugere infecção recente, enquanto a alta avides indica que os anticorpos já amadureceram, o que só ocorre após cerca de 12 a 16 semanas do contato, permitindo concluir que a infecção foi adquirida há mais de três a quatro meses. Esse resultado tem valor máximo quando obtido no primeiro trimestre, como aqui, pois localiza a infecção antes da concepção e praticamente afasta risco de transmissão vertical, dispensando espiramicina. Por isso, falar em infecção aguda contraria justamente o que a alta avides demonstra. Infecção materna e fetal exigiria comprovação de infecção materna recente e investigação fetal por PCR de líquido amniótico e ultrassonografia, o que não se sustenta. Paciente suscetível seria o padrão IgG não reagente e IgM não reagente, que impõe orientação de prevenção e repetição trimestral da sorologia. Infecção adquirida há menos de quatro meses é exatamente a leitura de avides baixa, o oposto do resultado apresentado. Resposta E

QUESTÃO 64 — Gabarito D

A cardiotocografia (CTG) anteparto é um exame de vitalidade fetal. Consiste no registro, por cerca de 20 minutos, da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e da movimentação fetal. Sobre esse exame, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma a seguir e assinale a alternativa com a sequência correta. () São avaliados 4 parâmetros na cardiotocografia: frequência cardíaca fetal, oscilações da frequência cardíaca fetal, acelerações da frequência cardíaca fetal à movimentação materna e desacelerações da frequência cardíaca fetal. () A FCF (Frequência Cardíaca Fetal) média é de 110 a 160 bpm. Classifica-se como taquicardia quando a frequência é maior que 160 bpm. () A CTG é classificada em 3 categorias: categoria I como normal, categoria II como anormal e categoria III como indeterminada/atípica. () Evitar período prévio de jejum prolongado para realização de CTG.

A. V - V - V - F.

B. F - V - V - V.

C. V - V - F - V.

D. F - V - F - V. ✓

E. V - V - V - V.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa parâmetros e cuidados técnicos da cardiotocografia anteparto, e a chave está em identificar dois erros conceituais nas assertivas. A primeira é falsa por um detalhe que a prova cobra com frequência: os quatro parâmetros analisados são linha de base da frequência cardíaca fetal, variabilidade ou oscilações, acelerações e desacelerações, mas as acelerações são avaliadas em relação à movimentação fetal, e não à movimentação materna, que não tem qualquer papel na definição de traçado reativo. A segunda é verdadeira, pois a linha de base normal situa-se entre 110 e 160 bpm, definindo-se taquicardia acima de 160 bpm e bradicardia abaixo de 110 bpm, ambas por pelo menos dez minutos. A terceira é falsa porque inverte a nomenclatura das categorias do sistema de três níveis: categoria I é o traçado normal, categoria II é o indeterminado ou atípico, que reúne a maioria dos traçados e exige vigilância, e categoria III é o anormal, com variabilidade ausente associada a desacelerações tardias ou variáveis recorrentes ou bradicardia, ou ainda padrão sinusoidal, indicando risco de acidemia fetal. A quarta é verdadeira, já que o jejum prolongado favorece hipoglicemia materna e reduz a movimentação fetal, aumentando a chance de traçado falsamente não reativo, motivo pelo qual se orienta alimentação antes do exame. A sequência correta é F, V, F, V. Resposta D

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Primigesta de 37 anos, tabagista, idade gestacional de 34 semanas, vai à maternidade queixando-se de cefaleia intensa, epigastria e alterações visuais. Exame físico: AFU 30 cm, MF +, DU negativa, PA 160/120 mmHg. O diagnóstico mais provável e a medicação indicada nesse momento são, respectivamente:

A. síndrome HELLP e hidralazina intravenosa.

B. eclâmpsia e benzodiazepínico.

C. pré-eclâmpsia grave e metildopa.

D. pré-eclâmpsia grave e sulfato de magnésio. ✓

E. eclâmpsia e sulfato de magnésio. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta de 37 anos com 34 semanas, pressão arterial de 160 por 120 mmHg e a tríade de cefaleia intensa, epigastralgia e alterações visuais tem pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, no quadro classicamente chamado de iminência de eclâmpsia. Os sinais de gravidade estão presentes tanto pelo nível pressórico, com pressão sistólica de pelo menos 160 ou diastólica de pelo menos 110 mmHg, quanto pelos sintomas de irritação do sistema nervoso central e de distensão da cápsula hepática. Diante da iminência de eclâmpsia, a conduta imediata é a neuroproteção com sulfato de magnésio, em esquema de ataque e manutenção como o de Pritchard ou o de Zuspan, com monitorização de reflexo patelar, frequência respiratória e diurese, e gluconato de cálcio disponível como antídoto. A síndrome HELLP exigiria hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, dados laboratoriais que a vinheta não traz. Eclâmpsia, presente em duas alternativas, requer convulsão tônico-clônica, que não ocorreu; além disso, benzodiazepínico não é a droga de escolha para a crise convulsiva da gestante, papel que também cabe ao sulfato de magnésio. A metildopa é anti-hipertensivo oral de manutenção ambulatorial, com início de ação lento, inadequado para emergência hipertensiva e sem efeito anticonvulsivante. Vale registrar que, em paralelo ao sulfato, a pressão nesse patamar também deve ser tratada com anti-hipertensivo de ação rápida, como hidralazina intravenosa ou nifedipino oral, e que a conduta obstétrica definitiva é a resolução da gestação após estabilização e corticoterapia antenatal. Resposta D

QUESTÃO 67 — Gabarito C

M.A.S, 26 anos, procurou o PA com queixa de lesão dolorosa em região genital com início há 4 dias. Ao exame, apresenta úlcera em região vulvar, com fundo purulento e dolorosa à palpação. Foi observado, ainda, um linfonodo aumentado na região inguinal esquerda, drenando secreção por orifício único. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Herpes genital.
- B. Linfogranuloma venéreo.
- C. Cancro mole. ✓**
- D. Sífilis (cancro duro).
- E. Donovanose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o diagnóstico diferencial das úlceras genitais a partir de três dados: dor, aspecto do fundo e comportamento do linfonodo. A tríade da vinheta — úlcera vulvar dolorosa, de fundo purulento (sujo), com adenopatia inguinal que fistuliza por orifício único — é a assinatura do cancro mole, causado pelo *Haemophilus ducreyi*. O bubão do cancro mole é tipicamente unilateral, doloroso, flutuante e drena por um único orifício, ao contrário do que se vê no linfogranuloma. O herpes genital cursa com vesículas agrupadas que evoluem para múltiplas úlceras rasas de fundo limpo, precedidas de ardência e sintomas gerais, sem bubão supurativo. O linfogranuloma venéreo tem lesão inicial fugaz e indolor, e a adenopatia é a manifestação dominante, drenando por múltiplos orifícios (sinal do bico de regador). A sífilis primária dá cancro duro: úlcera única, indolor, de fundo limpo e bordas endurecidas, com adenopatia também indolor e que não fistuliza. A donovanose produz úlcera crônica, vegetante, de bordas hipertróficas e indolor, sem verdadeira linfadenopatia, apenas pseudobubões por granulomas subcutâneos. Resposta C

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Assinale a alternativa com a associação correta entre a síndrome e o cariótipo.

- A. Síndrome de Sheehan = 45, X0
- B. Síndrome de Rokitansky = 47, XXX
- C. Síndrome de Morris = 46, XY ✓**
- D. Síndrome de Turner = 47, XX, +21

E. Síndrome de Kallmann = 46, XY

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa quais síndromes têm um cariótipo que as define. A síndrome de Morris é a insensibilidade androgênica completa: o indivíduo é 46,XY, produz testosterona e hormônio antimülleriano, mas o receptor androgênico não responde, resultando em fenótipo feminino, mamas desenvolvidas, ausência de pelos, vagina em fundo cego, ausência de útero e testículos intra-abdominais ou inguinais. O cariótipo 46,XY é justamente o achado que separa Morris de Rokitansky na investigação de amenorreia primária com mamas presentes e útero ausente. A síndrome de Sheehan é necrose hipofisária isquêmica pós-parto por hemorragia grave, um evento adquirido, sem qualquer alteração cromossômica. A síndrome de Rokitansky é agenesia mülleriana em mulher 46,XX, com ovários funcionantes e caracteres sexuais normais. A síndrome de Turner corresponde a 45,X (ou mosaicos), e não a 47,XX,+21, que descreve a trissomia do 21. A síndrome de Kallmann é hipogonadismo hipogonadotrófico por falha de migração dos neurônios produtores de GnRH, associada a anosmia, e ocorre tanto em homens quanto em mulheres, não sendo definida por cariótipo. Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito D

São parâmetros utilizados para avaliar o colo uterino (índice de Bishop), EXCETO

- A. dilatação.
- B. apagamento.
- C. consistência.
- D. coloração. ✓**
- E. posição.

COMENTÁRIO OSCELABS

O índice de Bishop quantifica o preparo do colo uterino para prever o sucesso da indução do trabalho de parto, e é composto por cinco parâmetros, cada um pontuado de 0 a 2 ou 3: dilatação cervical, apagamento (esvaecimento), consistência do colo, posição do colo em relação ao eixo vaginal e altura da apresentação em relação às espinhas isquiáticas (planos de DeLee). Pontuações mais altas, classicamente a partir de 6 a 9, indicam colo favorável e maior chance de indução bem-sucedida com ocitocina; escores baixos indicam colo desfavorável e necessidade de preparo prévio, com prostaglandinas ou métodos mecânicos. Coloração do colo não integra o índice: a coloração violácea, descrita como sinal de Jacquemier-Chadwick na vulva e vagina, é sinal presuntivo de gravidez por congestão venosa, e não tem qualquer valor na predição de resposta à indução. Dilatação, apagamento, consistência e posição, portanto, são todos parâmetros válidos do escore, e apenas a coloração está fora. Resposta D

QUESTÃO 71 — Gabarito A

O fórcepe pode ser classificado, quanto à aplicação, de acordo com o nível de descida e à variedade de posição da apresentação fetal. Durante o período expulsivo prolongado do trabalho de parto, constata-se feto em variedade de posição OET e apresentação no plano +3 de DeLee. O fórcepe idealmente empregado para resolução desse parto é

- A. Kielland. ✓**
- B. Simpson.
- C. Piper.
- D. Barton.
- E. Elliot. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A escolha do fórcepe depende da variedade de posição da apresentação e da necessidade ou não de rotação. Na vinheta, a variedade é OET (occipitoesquerda transversa), ou seja, uma variedade transversa, com a apresentação já em plano +3 de DeLee, portanto baixa. Variedade transversa exige um instrumento capaz de rotação, e o fórcepe de Kielland foi desenhado exatamente para isso: tem curvatura pélvica mínima, articulação de deslizamento que corrige o assinclitismo e permite girar a cabeça até occipitopúbica antes da extração. O fórcepe de Simpson tem curvatura pélvica acentuada e pega direta, sendo usado em variedades diretas, como occipitopúbica, para tração pura, sem rotação. O fórcepe de Piper é reservado à cabeça derradeira no parto pélvico, aplicado por baixo do corpo fetal já exteriorizado. O fórcepe de Barton foi concebido para variedades transversas em pelve platipeloide, mas é instrumento de uso histórico e restrito, não sendo o de escolha nesse cenário. O fórcepe de Elliot, com curvatura cefálica mais arredondada, presta-se às variedades anteriores em nulíparas, também sem função rotatória. Resposta A

QUESTÃO 72 — Gabarito E

O exame físico obstétrico consiste em inspeção, palpação, ausculta e, se necessário, toque. Quanto à palpação, devemos frisar a avaliação do útero e do seu conteúdo, visando ao reconhecimento do feto nele contido, sua apresentação e posição. Para sistematizar a técnica de palpação, são consideradas diversas fases (manobras de Leopold-Zweifel). Sobre essas fases, assinale a alternativa correta.

- A. No primeiro tempo, delimita-se o fundo uterino, diagnosticando a situação fetal. Na maioria dos casos, sentimos no fundo uterino o polo pélvico, sendo mais volumoso, irregular, resistente, mas redutível. Se encontrado o polo cefálico, este será de superfície mais regular, resistente e irredutível. O feto pode estar em situação posterior, anterior, à esquerda e à direita.
- B. No segundo tempo, objetiva-se determinar a posição fetal, podendo ser longitudinal (vertical), transversal ou córmica, ou oblíqua, em relação ao eixo materno. As mãos são deslizadas para a lateral, em direção ao polo inferior do órgão, tentando sentir o dorso fetal e as pequenas partes ou membros, de um lado ou outro lado do útero.
- C. O terceiro tempo é conhecido, mais particularmente, por manobra de Leopold ou Pawlick. Tem como objetivo avaliar a mobilidade do polo fetal inferior em relação ao estreito superior da pelve materna, determinando, assim, a apresentação fetal. Quando o polo fetal estiver mais insinuado, mais móvel estará, havendo demonstração da dilatação cervical. A apresentação pode ser pélvica, cefálica e córmica.
- D. No quarto tempo, objetiva-se a determinação da insinuação fetal. É a única manobra feita com as costas do examinador voltada para os pés das pacientes, colocando-se as mãos sobre as fossas ilíacas, em direção ao hipogástrio, com movimento de escavação.

E. Durante a palpação, foi vista posição fetal à esquerda. Assim, fica perceptível que o dorso está à esquerda e os membros fetais orientados à direita em relação ao eixo materno. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a distinção entre situação, apresentação e posição fetais nas manobras de Leopold-Zweifel. Posição, por definição, é a relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo do abdome materno; assim, dizer que a posição é à esquerda significa que o dorso está à esquerda e as pequenas partes, ou seja, os membros, estão à direita, exatamente o que a alternativa correta afirma. A alternativa que trata do primeiro tempo erra ao listar as variedades: o primeiro tempo delimita o fundo uterino e define a situação, que só pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua, e não anterior, posterior, direita ou esquerda. A alternativa do segundo tempo inverte os conceitos, atribuindo à palpação das laterais do útero a determinação da situação, quando na verdade o deslizamento das mãos pelas laterais busca o dorso e define a posição. A alternativa do terceiro tempo, a manobra de Pawlik, erra duplamente: quanto mais insinuado o polo, menos móvel ele estará, e dilatação cervical não se avalia por palpação abdominal. A alternativa do quarto tempo erra na técnica: a manobra de escavação é a única em que o examinador se posiciona voltado para os pés da paciente, ou seja, de costas para o rosto dela, e não o contrário. Resposta E

QUESTÃO 73 — Gabarito E

O termo menopausa se refere a um ponto no tempo um ano após a cessação da menstruação. A média de idade das mulheres vivenciando seu último período menstrual (FMP, de Final Menstrual Period) é 51,5 anos, mas a cessação das menstruações, causada por insuficiência ovariana, pode ocorrer em qualquer idade. A transição menopáusica é um evento hormonal e sociocultural complexo. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.

- A. É preferível o uso de estrogênio isolado em paciente com história suspeita ou confirmada de câncer de mama.
- B. Em pacientes não hysterectomizadas, devemos fazer o uso, preferencialmente, de estrogênio isolado.
- C. A terapia de reposição hormonal na menopausa não atua como fator protetor de fratura osteoporóticas.
- D. O uso do estrogênio pode ser feito em pacientes que tiveram endometriose prévia.

E. A terapia de reposição hormonal está indicada na presença de sintomas que impactam na qualidade de vida da mulher. Quando presente sintomas de diminuição da função sexual e libido, pode-se adicionar androgênio à TRH, como no Tibolona®. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é a indicação e as contraindicações da terapia de reposição hormonal no climatério. A indicação central da TRH é o sintoma que compromete a qualidade de vida, sobretudo os fogachos e a síndrome geniturinária da menopausa, e não a idade ou o valor de FSH isoladamente; quando há queixa de perda de libido, uma das opções é o esteroide com ação androgênica, como a tibolona, cujos metabólitos têm atividade estrogênica, progestagênica e androgênica, exatamente o que descreve a alternativa correta. Estrogênio isolado é contraindicação formal em paciente com câncer de mama suspeito ou confirmado, pois a doença é hormônio-dependente. Em paciente não hysterectomizada, o estrogênio isolado promove hiperplasia e risco de adenocarcinoma de endométrio, sendo obrigatória a associação de progestagênio para proteção endometrial. A afirmação de que a TRH não protege contra fratura é falsa: os dados do WHI mostraram redução de fraturas vertebrais e de quadril, sendo esse um benefício consolidado, ainda que a osteoporose isolada não seja indicação primária. Em mulher com endometriose prévia, o estrogênio sem oposição pode reativar focos residuais, preferindo-se esquema combinado. Vale registrar que a nomenclatura da tibolona como androgênio é imprecisa, ponto discutível na redação da questão. Resposta E

QUESTÃO 74 — Gabarito E

O diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional é feito quando, após esvaziamento uterino por mola hidatiforme, ocorre

- A. elevação aguda do bhCG no 10º mês, após estar negativo desde o 6º mês.
- B. bhCG detectável após 4 meses (dois valores).
- C. elevação aguda do bhCG no primeiro mês.
- D. bhCG em títulos maiores que 1.000 mUI/mL na primeira semana.

E. manutenção de bhCG por três semanas consecutivas (quatro valores). Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os critérios FIGO para diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional pós-molar, que é feito por curva de hCG, não por histologia. São critérios: platô do hCG, definido como variação inferior a dez por cento em quatro dosagens ao longo de três semanas, tipicamente nos dias 1, 7, 14 e 21; elevação do hCG superior a dez por cento em três dosagens ao longo de duas semanas, nos dias 1, 7 e 14; persistência de hCG detectável seis meses após o esvaziamento; e diagnóstico histológico de coriocarcinoma. A alternativa correta descreve justamente o platô, com manutenção dos títulos por três semanas consecutivas em quatro valores. A reelevação no décimo mês após negativação prévia não configura o critério pós-molar clássico e obriga, antes de tudo, a excluir nova gestação. A detecção de hCG após quatro meses não é ponto de corte reconhecido, já que o marco de persistência aceito é o de seis meses. A elevação isolada no primeiro mês não fecha diagnóstico, pois exige-se a sequência de três dosagens ascendentes em duas semanas. Título absoluto acima de mil na primeira semana não tem valor diagnóstico, porque valores altos são esperados logo após o esvaziamento e o que importa é a curva de queda. Resposta E

QUESTÃO 75 — Gabarito D

M.R.F., feminino, 27 anos, apresenta queixa de sangramento menstrual volumoso, durante período menstrual, e dismenorria. Ao exame físico, apresenta útero aumentado difusamente e doloroso à palpação. Foi realizada uma ultrassonografia transvaginal, que evidenciou um miométrio heterogêneo e eco endometrial mal definido. Com base nos achados clínicos e ultrassonográficos, assinale a principal hipótese diagnóstica.

- A. Endometriose.
- B. Câncer de endométrio.
- C. Leiomioma.
- D. Adeniose. ✓**
- E. Pólipo endometrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne o tripé clínico da adeniose: sangramento uterino aumentado, dismenorria progressiva e útero difusamente aumentado e doloroso à palpação, em mulher em idade reprodutiva. A ultrassonografia transvaginal reforça a hipótese ao descrever miométrio heterogêneo e eco endometrial mal definido, achados que traduzem a invasão de glândulas endometriais no miométrio e a perda de definição da zona juncional, hoje o marcador ultrassonográfico mais valorizado, ao lado de cistos miometriais e assimetria das paredes. A endometriose cursa com dismenorria e dispareunia por implantes fora do útero, e o útero costuma ter volume normal, eventualmente fixo em casos avançados, sem miométrio heterogêneo difuso. O câncer de endométrio ocorre tipicamente na pós-menopausa, manifesta-se por sangramento anormal e espessamento endometrial focal ou difuso, sendo improvável aos 27 anos. O leiomioma aumenta o útero de forma irregular e bocelada, com nódulos hipoeoicos bem delimitados, e não difusamente. O pólipo endometrial aparece como imagem focal hiperecoica intracavitária, associado a sangramento intermenstrual, sem alterar o miométrio. Resposta D

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Paciente, 31 anos, está na 29ª semana de sua terceira gestação, com duas cesáreas anteriores, e vem ao pronto-socorro queixando-se de sangramento vermelho vivo, sem esforço desencadeante, em pequena quantidade, não associado à dor. Ao exame físico, apresenta útero com tônus preservado, altura uterina de 28 cm; Cardiotocografia Categoria II. Exame especular: visualizado o sangramento uterino ativo em pequena a moderada quantidade. Com base na história clínica da paciente, é sugerido um caso de

- A. descolamento prematuro de placenta.
- B. trabalho de parto prematuro.
- C. placenta prévia. ✓**

- D. abortamento.
- E. sangramento fisiológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve sangramento de segunda metade da gestação e o padrão do sangramento é o que decide o diagnóstico. Sangramento vermelho vivo, indolor, sem fator desencadeante, com útero de tônus preservado e sem sofrimento fetal franco, em paciente com duas cesáreas prévias, é o quadro clássico de placenta prévia, cujo principal fator de risco é justamente a cicatriz uterina anterior, ao lado de multiparidade, idade avançada e gestação múltipla. Diante dessa suspeita, o toque vaginal é proscrito antes da ultrassonografia, e o exame especular, feito na paciente, é a avaliação segura. O descolamento prematuro de placenta cursa com sangramento escuro, dor abdominal, hipertonia uterina e comprometimento fetal precoce, o oposto do quadro descrito. O trabalho de parto prematuro se manifesta por contrações rítmicas com modificação cervical, e não por sangramento vivo indolor isolado. Abortamento é conceito restrito à interrupção antes de vinte e duas semanas, incompatível com as vinte e nove semanas da paciente. Não existe sangramento fisiológico no terceiro trimestre; o sangramento de nidação é fenômeno do primeiro trimestre e nunca deve ser usado para tranquilizar uma gestante nessa idade gestacional. Resposta C

QUESTÃO 77 — Gabarito B

H.O.S, feminino, 23 anos, chega ao serviço de pronto atendimento com queixa de corrimento vaginal. Relata, ao médico residente, ter relações sexuais com parceiro único há 5 meses, não usando preservativo. Nega ISTs prévias. Ao exame físico ginecológico: genitália externa sem alterações. Ao exame com espéculo, vê-se colo uterino com presença de microulceracões, além de corrimento amarelo esverdeado, bolhoso e de odor fétido. Notam-se ainda paredes vaginais íntegras. Assinale a alternativa correta acerca da principal hipótese diagnóstica e possível conduta para esse caso.

- A. Tricomoniase, iniciar o esquema com Metronidazol para a paciente.
 - B. Tricomoniase, iniciar o esquema com Metronidazol para a paciente e para o seu parceiro sexual. ✓**
 - C. Vaginose bacteriana, iniciar o esquema com Metronidazol para a paciente.
 - D. Vaginose bacteriana, iniciar o esquema com Metronidazol para a paciente e para o seu parceiro sexual.
 - E. Candidíase vulvovaginal, iniciar o tratamento da paciente com fluconazol.
- Exame Nacional de Residência
INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso e de odor fétido, associado a microulceracões no colo, desenha o quadro de tricomoniase por *Trichomonas vaginalis*. As microulceracões correspondem à colpíte focal, descrita como colo em morango ou aspecto tigróide, achado bastante específico dessa infecção e ausente nas demais causas de corrimento. O ponto que a questão realmente cobra é a conduta: a tricomoniase é uma infecção sexualmente transmissível, logo o tratamento com metronidazol deve alcançar também a parceria sexual, com abstinência durante o tratamento e rastreamento das demais ISTs, sob pena de reinfeção. Por isso a alternativa que trata apenas a paciente está incompleta. A vaginose bacteriana é desequilíbrio da flora vaginal, não uma IST, cursa com corrimento branco-acinzentado homogêneo, aderente, com odor de peixe e teste das aminas positivo, sem colpíte, e não exige tratamento da parceria. A candidíase vulvovaginal produz corrimento branco grumoso, aderente, com prurido intenso, ardência e ausência de odor fétido, sendo tratada com azólico apenas na paciente. Resposta B

QUESTÃO 78 — Gabarito E

Gestante, 28 anos, obesa, vem para a consulta de pré-natal de sua segunda gestação preocupada com o resultado do seu teste oral de tolerância à glicose com 75mg de glicose (TOTG-75), visto que teve diabetes gestacional em sua última gravidez. No dia da consulta, a paciente se encontra com 26 semanas e 3 dias de gestação e traz o resultado de sua glicemia de jejum realizada na primeira consulta pré-natal, com o seguinte resultado: 89mg/dl. Traz também TOTG-75, com os resultados: glicemia de jejum 91mg/dl, após 1h da ingesta: 176mg/dl, e, após 2h: 140mg/dl. Sendo assim, o médico deve informar a paciente que

- A. ela possui diabetes gestacional e o tratamento deve ser com dieta e exercícios físicos.
- B. ela possui diabetes gestacional e o tratamento deve ser com insulina.
- C. ela possui diabetes pré-gestacional (preexistente) e deve iniciar dieta e exercícios físicos.
- D. ela possui diabetes pré-gestacional (preexistente) e o tratamento deve ser instituído com metformina.

E. ela não possui diabetes gestacional, mas, por ter histórico e outros fatores de risco, deve ficar atenta e seguir rotina com alimentação saudável e exercícios para prevenção. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão exige a aplicação dos pontos de corte do teste oral de tolerância à glicose com 75 g na gestação, segundo os critérios do IADPSG adotados pela OMS e pelas sociedades brasileiras: jejum igual ou maior que 92 mg/dl, uma hora igual ou maior que 180 mg/dl e duas horas igual ou maior que 153 mg/dl. Basta um valor alterado para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. Os resultados trazidos foram 91, 176 e 140 mg/dl, todos abaixo dos respectivos cortes, de modo que o teste é normal. A glicemia de jejum da primeira consulta, de 89 mg/dl, também é normal e afasta tanto o diagnóstico precoce de diabetes gestacional quanto o de diabetes preexistente, que exigiria jejum igual ou maior que 126 mg/dl, hemoglobina glicada igual ou maior que 6,5 por cento ou glicemia casual igual ou maior que 200 mg/dl com sintomas. Não há, portanto, diabetes gestacional a tratar, nem com dieta e exercício, nem com insulina, tampouco diabetes prévio a manejar com metformina. A conduta correta é reconhecer o risco elevado, dado pela obesidade e pelo diabetes gestacional em gestação anterior, e manter orientação alimentar, atividade física e vigilância clínica. Resposta E

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Mulher, 35 anos, refere última ida ao ginecologista há 5 anos, com exames citopatológicos cervicovaginais normais. Após colposcopia, recebeu um resultado de citopatológico indicando a presença de células escamosas atípicas de significância indeterminada (ASC-US). Assinale a alternativa que corresponde à conduta adequada para essa paciente.

- A. Histerectomia de Wertheim-Meigs.
- B. Conização.

C. Repetir colpocitologia em 6 meses. ✓

- D. Repetir colpocitologia em 12 meses.
- E. Realizar colposcopia com biópsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é a conduta diante de citologia com células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, o ASC-US. Trata-se da alteração citológica mais comum e de menor risco de doença de alto grau, motivo pelo qual a recomendação brasileira do INCA é a repetição da citologia, com intervalo definido pela faixa etária: seis meses para mulheres com 30 anos ou mais, doze meses para as de 25 a 29 anos. A paciente tem 35 anos, portanto a repetição deve ser em seis meses, e apenas se duas citologias consecutivas mostrarem alteração é que se encaminha para colposcopia. A histerectomia de Wertheim-Meigs é cirurgia radical reservada ao carcinoma invasor de colo, jamais indicada a partir de uma citologia indeterminada. A conização se destina a lesões intraepiteliais de alto grau, suspeita de microinvasão ou discordância entre citologia, colposcopia e histologia. Repetir em doze meses seria a conduta para a faixa de 25 a 29 anos, e não para esta paciente. A colposcopia com biópsia imediata está indicada em ASC-H, atipias glandulares, lesão de alto grau ou citologias repetidamente alteradas, o que não é o caso. Resposta C

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Primigesta, 25 anos, entra em trabalho de parto, dando seguimento por via vaginal. Após a dequitação da placenta, o médico constatou uma laceração perineal, com acometimento da camada muscular, mas preservando o esfíncter anal. Não foi constatada ruptura cervical. Essa laceração trata-se de uma laceração

A. fisiológica.

B. de 1º grau.

C. de 2º grau. ✓

D. de 3º grau.

E. de 4º grau. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - Medicina Preventiva e Social

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a classificação das lacerações perineais do parto vaginal, definida pela profundidade do trauma tecidual.

O dado que decide é o acometimento da camada muscular do períneo com esfíncter anal íntegro: essa é exatamente a definição de laceração de 2º grau, que compromete pele perineal, mucosa vaginal, fúrcula e a musculatura perineal (transverso superficial do períneo, bulbocavernoso), sem atingir o complexo esfinteriano. O reparo é feito por sutura em planos, sem necessidade das técnicas de reconstrução do esfíncter.

A de 1º grau limita-se à pele, mucosa vaginal e fúrcula, poupando o músculo, e o enunciado explicita lesão muscular. A de 3º grau exige comprometimento do esfíncter anal, subdividida em 3a, 3b e 3c conforme a extensão do esfíncter externo e o envolvimento do interno, condição que o enunciado descarta expressamente. A de 4º grau acrescenta à lesão esfinteriana a rotura da mucosa retal. Laceração fisiológica não existe como categoria dessa classificação obstétrica, e a ausência de rotura cervical citada no caso serve apenas para afastar o trauma de trajeto alto.

Resposta C

QUESTÃO 81 — Gabarito B

A pirâmide das evidências apresenta uma hierarquia da qualidade da evidência para perguntas clínicas segundo o desenho do estudo utilizado. A qualidade do estudo, por sua vez, é inversamente relacionada ao risco de vieses do estudo. Em conformidade com os princípios da Prática em Saúde Baseada em Evidências e com a proposta da “nova pirâmide das evidências”, o desenho de estudo cuja evidência apresenta a melhor qualidade é

A. opinião de especialista.

B. revisão sistemática com meta-análise. ✓

- C. ensaio clínico randomizado.
- D. estudo de coorte.
- E. variável, a depender do tipo de pergunta.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é a hierarquia de qualidade da evidência segundo o desenho de estudo, base da prática em saúde baseada em evidências.

Pelo raciocínio adotado, a revisão sistemática com meta-análise ocupa o topo por reunir de modo reprodutível todos os estudos primários disponíveis sobre a pergunta, com protocolo prévio, busca explícita, avaliação formal do risco de viés de cada estudo incluído e síntese quantitativa dos efeitos. Isso reduz simultaneamente o erro aleatório do estudo isolado, pelo ganho de precisão, e o viés de seleção da revisão narrativa, que escolhe o que citar.

Opinião de especialista está na base da pirâmide e é a evidência mais suscetível a viés, pois não tem método explícito. O ensaio clínico randomizado é o melhor desenho primário para pergunta de tratamento, já que a randomização controla confundidores conhecidos e desconhecidos, mas responde por uma única amostra e um único contexto, ficando abaixo da síntese sistemática desses mesmos ensaios. O estudo de coorte é observacional, exposto a confusão residual e a perdas de seguimento. Dizer que a melhor evidência é variável conforme a pergunta descreve a escolha do desenho primário adequado, coorte para prognóstico, transversal para acurácia diagnóstica, e não a hierarquia de qualidade que a questão pede. Registre-se que esse último ponto é discutível: na nova pirâmide proposta por Murad, a revisão sistemática deixa de ser um degrau e passa a ser a lente pela qual se enxerga a pirâmide, com o ensaio randomizado no topo dos desenhos, mas a banca manteve a leitura clássica.

Resposta B

QUESTÃO 82 — Gabarito E

O diagrama de controle é uma ferramenta essencial para o acompanhamento da frequência de agravos e doenças, de modo a identificar a ocorrência de epidemias. No eixo Y, é apresentada a medida de incidência da condição, enquanto, no eixo X, é representado o tempo utilizado, por exemplo, meses. No diagrama de controle, uma condição é considerada epidêmica se a curva de ocorrência mensal ultrapassar

- A. a média histórica do mês.
- B. o teto histórico dos meses anteriores.
- C. a média histórica dos meses anteriores.
- D. o limiar endêmico inferior.

E. o limiar endêmico superior. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do diagrama de controle, instrumento clássico da vigilância epidemiológica para decidir se a ocorrência observada de um agravo é esperada ou epidêmica.

O diagrama é construído com a série histórica dos anos anteriores, tipicamente dez anos, calculando-se para cada mês uma medida de tendência central e uma faixa de variação aceitável, delimitada por um limiar endêmico inferior e um superior. Essa faixa é o canal endêmico e representa o comportamento habitual da doença naquele mês. Só se caracteriza epidemia quando a curva de incidência do ano em análise ultrapassa o limiar endêmico superior, porque aí a ocorrência excede a variação normal esperada da série.

Ultrapassar a média histórica do mês não define nada, já que por definição cerca de metade dos meses fica acima da média por flutuação aleatória. O teto histórico dos meses anteriores é critério excessivamente conservador e não pertence ao método, que compara cada mês com o seu próprio histórico e não com os meses vizinhos. A média histórica dos meses anteriores incorre no mesmo duplo erro, ignora a sazonalidade mês a mês e dispensa a faixa de variação. Ficar abaixo do limiar endêmico inferior indica ocorrência menor que a esperada, situação de controle, e não epidemia.

Resposta E

QUESTÃO 84 — Gabarito D

São sistemas nacionais de informação úteis para a prática da Vigilância Epidemiológica por profissionais e equipes de saúde, EXCETO

A. SINAN.

B. SINASC.

C. SIM.

D. SCNES. ✓

E. SIH. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o sistema nacional de informação que não serve à vigilância epidemiológica, isto é, aquele que não registra eventos de saúde ou doença da população.

O SCNES é o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: cadastra serviços, leitos, equipamentos e profissionais. É insumo de gestão, planejamento da oferta e faturamento, e informa sobre a estrutura instalada, não sobre agravos, óbitos ou nascimentos. Por isso é a exceção pedida.

O SINAN registra as notificações compulsórias e é a espinha dorsal da vigilância de doenças transmissíveis e de agravos como violência e intoxicações. O SINASC reúne as declarações de nascido vivo e permite acompanhar prematuridade, baixo peso, via de parto e o denominador dos indicadores materno-infantis. O SIM consolida as declarações de óbito e sustenta os coeficientes de mortalidade geral, infantil e materna, além da vigilância do óbito. O SIH registra as internações do SUS pela autorização de internação hospitalar e, embora nasça com finalidade de pagamento, é largamente usado como fonte de morbidade hospitalar, inclusive para internações por condições sensíveis à atenção primária.

Resposta D

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Alberto é gestor municipal de saúde e está participando da construção do Plano Plurianual (PPA) do seu município. Ao saber que precisaria definir indicadores para monitorar os efeitos do PPA, para acompanhamento das metas e objetivos almejados, ele resolve estudar mais sobre o assunto e descobre que os indicadores em saúde são classificados, segundo a proposta de Donabedian, em indicadores de estrutura, processo e resultado. Considerando essa classificação para a realidade dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta. Classificação: 1. Estrutura. 2. Processo. 3. Resultado. Indicador: () Cobertura de Papanicolau. () Número de médicos por habitante. () Mortalidade por insuficiência cardíaca. () Cobertura por equipes de ESF. () Internações por asma. () Percentual de parto cesáreo.

A. 1 - 2 - 3 - 3 - 2 - 1.

B. 2 - 1 - 3 - 1 - 3 - 2. ✓

C. 1 - 1 - 3 - 2 - 2 - 3.

D. 3 - 2 - 1 - 1 - 2 - 3.

E. 2 - 3 - 2 - 2 - 3 - 1.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão aplica a tríade de Donabedian à atenção primária: estrutura é o que o serviço tem, processo é o que o serviço faz e resultado é o que acontece com a saúde das pessoas.

Cobertura de Papanicolau mede a realização de uma ação de rastreamento, ou seja, atividade executada, logo é processo. Número de médicos por habitante é recurso humano disponível, portanto estrutura. Mortalidade por insuficiência cardíaca é desfecho de saúde da população, portanto resultado. Cobertura por equipes de Saúde da Família descreve a oferta de serviço implantada, recurso organizacional disponível, portanto estrutura. Internações por asma são internações por condição sensível à atenção primária, desfecho que reflete a efetividade final do cuidado, portanto resultado. Percentual de parto cesáreo é a proporção de uma conduta adotada pelos profissionais, portanto processo. A sequência é 2, 1, 3, 1, 3, 2.

As demais alternativas quebram a lógica logo no primeiro ou no segundo item: classificar cobertura de Papanicolau como estrutura ou resultado confunde ação executada com recurso ou com desfecho, e classificar número de médicos por habitante como processo ou resultado ignora que se trata de insumo. Um atalho útil na prova é lembrar que indicador de estrutura fala de gente, equipamento e serviço instalado, indicador de processo fala de procedimento realizado ou cobertura de ação, e indicador de resultado fala de morrer, adoecer ou internar.

Resposta B

QUESTÃO 86 — Gabarito D

O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de constar na Constituição Federal de 1988, somente é regulamentado a partir de 1990, inicialmente pela Lei nº 8080/90. As Normas Operacionais Básicas (NOB) trouxeram importantes mudanças ao SUS ao longo do tempo. Foi uma definição da NOB 01/96

A. descentralizar a gestão do sistema, definindo três níveis de gestão: incipiente, parcial e semiplena.

B. alocar recursos para custeio de serviços segundo sua capacidade instalada, independentemente da decisão dos gestores estaduais e municipais.

C. transferir aos municípios, de forma automática, fundo a fundo, os recursos para custeio de atividades ambulatoriais e hospitalares.

D. criar o Piso Assistencial Básico (PAB), por meio de um valor per capita nacional para o custeio dos serviços da Atenção Básica. ✓

E. determinar às secretarias estaduais de saúde a responsabilidade de elaborar o Plano Diretor de Regionalização com um “conjunto mínimo de ações e serviços”.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a identificação histórica das Normas Operacionais Básicas do SUS.

A NOB 01/96 é a norma que rompe com o pagamento por produção na atenção básica ao criar o Piso Assistencial Básico, um valor per capita nacional transferido fundo a fundo para custeio das ações básicas, que depois se desdobra em PAB fixo e PAB variável. Ela também instituiu as condições de gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal, consolidando a municipalização com a lógica do gestor pleno e a figura da programação pactuada e integrada.

A definição de gestão incipiente, parcial e semiplena é da NOB 01/93, norma anterior, que iniciou a descentralização por habilitação em níveis. Alocar recursos pela capacidade instalada e por produção, à revelia dos gestores estaduais e municipais, descreve exatamente a lógica que a NOB 96 veio superar, herdada do período pré-SUS e da NOB 01/91. A transferência automática fundo a fundo para custeio ambulatorial e hospitalar já havia sido inaugurada na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 e, portanto, não é definição própria da NOB 96. A elaboração do Plano Diretor de Regionalização pelas secretarias estaduais, com garantia de um conjunto mínimo de ações e serviços, é da NOAS 01/2001, que sucedeu as NOB.

Resposta D

QUESTÃO 87 — Gabarito C

A Lei nº 13.097/2015 deu nova redação à Lei Orgânica do SUS nº 8080/90 em seu Art. 23, permitindo “a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde”. São casos permitidos para essa participação previstos na lei, EXCETO

A. doações de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimo.

B. doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas.

C. pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar centros de pesquisa com seres humanos. ✓

D. pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar ações e pesquisas de planejamento familiar.

E. pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a literalidade do artigo 23 da Lei 8.080/90 na redação dada pela Lei 13.097/2015, que abriu exceções à vedação de capital estrangeiro na assistência à saúde.

A lei enumera taxativamente as hipóteses permitidas: doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada, bem como ações e pesquisas de planejamento familiar; e serviços de saúde mantidos sem finalidade lucrativa por empresas para atendimento de seus empregados e dependentes. Centro de pesquisa com seres humanos não consta dessa lista, e é justamente por isso que a alternativa que o cita é a exceção pedida pelo enunciado.

As doações de entidades de cooperação técnica, de financiamento e empréstimo e as doações de organismos vinculados à ONU estão expressamente previstas. A exploração de ações e pesquisas de planejamento familiar e a exploração de hospitais, policlínicas e clínicas também estão, e representam a mudança de maior impacto trazida pela Lei 13.097/2015, ao permitir capital estrangeiro na rede assistencial privada brasileira.

Resposta C

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Dr. João é médico da Estratégia Saúde da Família e está atendendo Maria, 36 anos, pela terceira vez em dois meses, devido a quadro de dores de cabeça recorrentes. Após nova avaliação clínica, João descarta sinais de alarme e conclui se tratar de cefaleia tensional. Preocupado devido à resposta insatisfatória até então com o tratamento prescrito, Dr. João resolve entender um pouco mais do contexto familiar e comunitário de Maria, quando descobre que ela possui diversos estressores sociais, incluindo dificuldades econômicas e violência doméstica. Com base nesse caso e nas políticas de saúde vigentes, assinale a alternativa correta.

A. O caso exemplifica que a prática clínica é ineficaz para o cuidado em saúde da população.

B. A aplicação do método clínico centrado na pessoa amplia a capacidade de compreensão e resolução de problemas. ✓

C. A atuação do médico foi superficial, já que o caso descrito apresenta elevado risco de complicações e demanda exames mais específicos.

D. Cefaleia é um motivo infrequente de consultas na Atenção Primária à Saúde, devendo essa paciente ser encaminhada ao nível secundário.

E. A atuação do médico foi exagerada, já que a responsabilidade profissional com o paciente se limita ao diagnóstico clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso ilustra a diferença entre resolver a queixa e cuidar da pessoa que a apresenta, núcleo do método clínico centrado na pessoa na Estratégia Saúde da Família.

O médico já cumpriu a etapa biomédica, excluiu sinais de alarme e firmou o diagnóstico de cefaleia tensional, mas a resposta ao tratamento permaneceu insatisfatória. Ao explorar o contexto familiar e comunitário, ele identifica estressores sociais, dificuldades econômicas e violência doméstica, elementos que explicam a manutenção do sintoma e que só aparecem quando se investiga a experiência da doença e o contexto de vida. Isso corresponde aos componentes do método clínico centrado na pessoa, explorar a doença e a experiência de adoecer, entender a pessoa por inteiro e elaborar um plano conjunto, e é o que amplia a capacidade de compreensão e de resolução do problema, além de abrir a porta para a notificação e o cuidado da violência. Dizer que a prática clínica é ineficaz para o cuidado da população é uma generalização falsa, o caso mostra o contrário, uma clínica ampliada funcionando. Afirmar que a atuação foi superficial e exige exames mais específicos ignora que os sinais de alarme foram descartados e que cefaleia tensional é diagnóstico clínico, sem indicação de exame de imagem. Cefaleia é motivo muito frequente de consulta na atenção primária e não demanda encaminhamento de rotina ao nível secundário. E limitar a responsabilidade profissional ao diagnóstico clínico contraria os princípios de integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Resposta B

QUESTÃO 89 — Gabarito C

É uma sexta-feira, véspera de carnaval, e Júnia traz seu filho, Tomás, de 6 anos, ao pronto atendimento devido a quadro de dor de garganta iniciada há 1 dia. A criança apresenta-se afebril, sem linfonodos palpáveis, sem exsudato em amígdalas e presença de tosse. Pela avaliação dos critérios de Centor, o médico assistente avalia que se trata de uma faringite viral e orienta Júnia a tratar Tomás com sintomáticos e levá-lo à Unidade Básica de Saúde em caso de ausência de melhora em 3 dias. Júnia insiste na prescrição de antibiótico, lembrando que, na última vez que Tomás teve o mesmo sintoma, a melhora só ocorreu após início do uso de amoxicilina. Nessa situação, o médico assistente

A. deve prescrever o antibiótico, já que o paciente tem autonomia para escolher seu tratamento independentemente da avaliação clínica.

B. deve prescrever o antibiótico, já que o retorno para uma reavaliação na Unidade Básica de Saúde será inviável durante o feriado de Carnaval.

C. pode considerar a prescrição antecipada de antibiótico, compartilhando a decisão de acordo com os valores e crenças das pessoas. ✓

- D. não deve prescrever o antibiótico, já que o quadro é comprovadamente viral e seu uso serviria apenas para aumento da resistência bacteriana.
- E. não deve prescrever o antibiótico, já que o médico tem autonomia para escolher o tratamento independentemente da opinião do paciente. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra ao mesmo tempo a estratificação de risco da faringoamigdalite e o manejo do conflito entre a evidência e a expectativa do acompanhante.

Tomás pontua zero nos critérios de Centor, pois está afebril, sem linfonodo cervical anterior doloroso, sem exsudato amigdaliano e com tosse, sinal que aponta para etiologia viral. Escore baixo indica probabilidade muito pequena de infecção por estreptococo beta-hemolítico do grupo A e, portanto, tratamento sintomático sem antibiótico. Ocorre que o escore estima probabilidade, não certeza etiológica, e a mãe traz uma experiência prévia e uma barreira concreta de acesso no feriado. Nesse cenário, a conduta correta é a decisão compartilhada, e a prescrição antecipada, também chamada de postergada, é estratégia com respaldo em evidência: entrega-se a receita com a orientação de só usar se não houver melhora em um prazo definido, o que reduz o consumo de antibiótico em relação à prescrição imediata, preserva o vínculo e respeita valores e crenças da família.

Prescrever de imediato invocando a autonomia do paciente é equivocado, pois autonomia não obriga o médico a agir contra a indicação técnica. Prescrever por causa do feriado transforma barreira logística em indicação clínica e ignora que o pronto atendimento segue disponível. Negar sob o argumento de que o quadro é comprovadamente viral erra em dois pontos, o Centor não comprova etiologia e a recusa sem negociação rompe a construção conjunta do plano. E recusar invocando a autonomia do médico independentemente da opinião da família é postura paternalista, oposta ao cuidado centrado na pessoa. Vale a ressalva de que a prescrição antecipada é medida de exceção, e não rotina, para quadros de baixa probabilidade bacteriana.

Resposta C

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Metade da população mundial vive em áreas rurais, mas menos de 25% dos profissionais médicos atuam nessas áreas. No Brasil, estima-se que 30% da sua população seja rural. Para além da carência de profissionais nesse ambiente, raramente se abordam as especificidades do cuidado dessa população ao longo da formação médica. Assinale a alternativa correta sobre o cuidado a populações rurais.

- A. A rede de atenção à saúde deve ter a mesma conformação das áreas urbanas, com base no princípio da equidade do SUS.
- B. Os riscos ocupacionais são muito distintos dos urbanos, o que leva a um padrão de adoecimento diferente na comunidade. ✓**
- C. Os atendimentos em saúde devem ser direcionados para os centros urbanos mais próximos.
- D. Os atendimentos em saúde, sejam básicos ou especializados, precisam ser descentralizados a todas as áreas rurais.
- E. O cuidado em saúde da população rural muito pouco se distingue do cuidado à população urbana, justificando a formação prioritariamente voltada a essa última.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata das especificidades do cuidado à população rural, tema de saúde coletiva pouco abordado na graduação.

O ambiente rural impõe exposições ocupacionais próprias, agrotóxicos e intoxicações agudas e crônicas, acidentes com máquinas e implementos agrícolas, acidentes com animais peçonhentos, zoonoses como leptospirose, hantavirose e raiva, exposição solar prolongada e esforço físico intenso com sobrecarga osteomuscular. Esse conjunto produz um perfil de morbimortalidade diferente do urbano, com mais causas externas de trabalho e mais agravos ligados ao contato com o meio e com animais, o que justifica a afirmativa considerada correta.

Dizer que a rede deve ter a mesma conformação da área urbana inverte o princípio da equidade, que manda tratar diferente quem tem necessidade diferente, e ignora as adaptações reais, como equipes de saúde da família ribeirinhas e fluviais, unidades móveis e itinerância. Direcionar os atendimentos para os centros urbanos mais próximos nega acesso e longitudinalidade, além de transferir ao usuário o custo e o tempo do deslocamento. Descentralizar a todas as áreas rurais inclusive os atendimentos especializados é inviável e contraria a lógica das redes de atenção, na qual a atenção básica se dispersa e a densidade tecnológica se concentra por escala e qualidade, com apoio de telessaúde e regulação. E afirmar que o cuidado rural pouco se distingue do urbano é exatamente a premissa que o enunciado combate.

Resposta B

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Elza é residente do primeiro ano de Clínica Médica e acompanha, durante seu estágio na enfermagem, a internação de Paulo, 56 anos. Ele é hipertenso grave de longa data e tem instalada uma insuficiência cardíaca, NYHA classe III. Ela se lembra de seu avô José que também é hipertenso, mas, ao contrário de Paulo, é bem controlado e sem comprometimento significativo da sua funcionalidade. Ela conclui que, com resultados tão diversos, muitas ações preventivas provavelmente deixaram de existir ao longo do cuidado de Paulo. Dentre essas ações, ela lembra do controle no consumo de sal, da atividade física regular, do diagnóstico e manejo precoce do quadro de hipertensão arterial e, por fim, da otimização da terapia para controle da insuficiência cardíaca. Diante do caso, considerando a classificação de Leavell & Clark para a história natural da doença Insuficiência Cardíaca, assinale a alternativa correta.

- A. A atividade física regular e o controle do consumo de sal são atividades de prevenção secundária.
- B. O controle do consumo de sal e o diagnóstico precoce da hipertensão arterial são atividades de prevenção primária.
- C. O diagnóstico precoce da hipertensão arterial e a otimização da terapia para insuficiência cardíaca são atividades de prevenção secundária. ✓**
- D. A atividade física regular e a otimização da terapia para insuficiência cardíaca são, respectivamente, atividades de prevenção primária e terciária.
- E. O controle do consumo de sal e o diagnóstico precoce da hipertensão arterial são, respectivamente, atividades de prevenção primária e terciária. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão aplica os cinco níveis de prevenção de Leavell e Clark tendo como doença de referência a insuficiência cardíaca de Paulo.

Nessa classificação, o período pré-patogênico abriga a promoção da saúde e a proteção específica, que juntas formam a prevenção primária. O período patogênico abriga o diagnóstico precoce com tratamento imediato e a limitação da incapacidade, que juntos formam a prevenção secundária, restando à prevenção terciária a reabilitação, ou seja, a recuperação funcional e a reinserção do doente. Por essa régua, diagnosticar precocemente a hipertensão arterial é diagnóstico precoce e otimizar a terapia da insuficiência cardíaca já instalada é limitação da incapacidade, evitando progressão, remodelamento e reinternação. As duas ações caem, portanto, no mesmo nível secundário.

Atividade física regular e controle do consumo de sal são promoção da saúde em pessoa sem doença, logo prevenção primária, o que derruba a alternativa que as chama de secundária. Reunir controle de sal e diagnóstico precoce da hipertensão como se fossem ambos primários mistura níveis distintos. Chamar a otimização terapêutica de prevenção terciária confunde limitação da incapacidade com reabilitação, que seria, por exemplo, o programa de reabilitação cardiovascular supervisionada. E classificar o diagnóstico precoce da hipertensão como terciário é o erro mais evidente, pois nesse momento sequer há incapacidade instalada. Cabe a ressalva de que o ponto é discutível, já que, tomando a insuficiência cardíaca como desfecho, tratar a hipertensão funcionaria como proteção específica contra ela, mas a banca ancorou a resposta na natureza da ação dentro dos cinco níveis.

Resposta C

QUESTÃO 92 — Gabarito B

A organização dos sistemas de saúde geralmente reflete os valores e as preferências das sociedades onde estão implantados. O estudo dos diferentes tipos de financiamento dos sistemas de saúde ao redor do mundo identificou três formas principais: tipo Beveridge, tipo Bismarck e tipo Semashko. Considerando essas formas de financiamento de sistemas de saúde, assinale a alternativa correta.

A. Sistemas de saúde tipo Beveridge são financiados por fundos de previdência social associados ao trabalho (seguros).

B. Países como Canadá e Reino Unido são exemplos de países com sistema de saúde tipo Beveridge. ✓

C. Sistemas de saúde do tipo Semashko são financiados pelos gastos privados em saúde.

D. Sistemas de saúde do tipo Bismarck são financiados por impostos gerais.

E. Países comunistas geralmente possuem sistemas de saúde do tipo Bismarck.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a tipologia clássica de financiamento dos sistemas nacionais de saúde.

O modelo Beveridge, nomeado a partir do relatório britânico de 1942 que originou o National Health Service, é financiado por impostos gerais arrecadados de toda a sociedade, com cobertura universal baseada na cidadania e prestação predominantemente pública. Reino Unido e Canadá são citados como exemplos desse arranjo, assim como países nórdicos, Espanha, Itália e Portugal, e é essa a inspiração do financiamento do SUS brasileiro.

Dizer que o modelo Beveridge se financia por fundos de previdência ligados ao trabalho descreve o modelo Bismarck, do seguro social obrigatório com contribuição de empregados e empregadores, típico da Alemanha, França e Japão, no qual a cobertura deriva do vínculo laboral. Afirmar que o modelo Semashko se financia por gasto privado inverte sua natureza, pois trata-se do modelo estatal centralizado e planejado, integralmente custeado pelo orçamento do Estado, característico da antiga União Soviética e de países socialistas como Cuba. Dizer que o modelo Bismarck se financia por impostos gerais troca as definições de Bismarck e Beveridge. E atribuir a países comunistas o modelo Bismarck é justamente a troca com o modelo Semashko. Vale notar que parte da literatura classifica o Canadá como seguro nacional de saúde, um híbrido de financiamento público e prestação privada, mas, por ser custeado por impostos gerais e universal, a banca o alinhou ao tipo Beveridge.

Resposta B

QUESTÃO 93 — Gabarito E

O conceito de prevenção quaternária foi proposto, a partir de 1999, pelo médico de família belga Marc Jamoulle, tomando como base a proposta de Leavell & Clark de níveis de prevenção. Qual das seguintes alternativas expressa uma medida de prevenção quaternária?

- A. Realizar eletrocardiografia em todos os exames admissionais.
- B. Imunizar crianças contra poliomielite (paralisia infantil).
- C. Coletar exame citopatológico do colo uterino em mulheres em idade fértil.
- D. Rastrear o câncer de próstata com o exame de PSA.
- E. Utilizar da demora permitida diante de um quadro de lombalgia sem sinais de alarme. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito de prevenção quaternária, que Jamoulle acrescentou aos níveis clássicos de Leavell e Clark: é a ação que protege o paciente do excesso de intervenção médica, ou seja, do sobrediagnóstico, do sobretratamento e da medicalização de queixas comuns. A alternativa E traduz isso com precisão. A lombalgia sem sinais de alarme (sem febre, perda ponderal, déficit neurológico, trauma significativo, história de neoplasia ou imunossupressão) tem história natural benigna e autolimitada; usar a demora permitida, isto é, aguardar a evolução em vez de solicitar imagem de imediato, evita achados degenerativos incidentais, cascata diagnóstica, rótulo de doença e cirurgia desnecessária.

Nas demais, o erro está no nível de prevenção. Em A, o eletrocardiograma indiscriminado no exame admissional é exatamente o tipo de excesso que a prevenção quaternária combate, e não uma medida quaternária. Em B, a vacina contra poliomielite atua antes da instalação do agravo e é prevenção primária. Em C, o citopatológico do colo uterino detecta lesão precursora em fase pré-clínica, sendo prevenção secundária. Em D, o PSA para rastreamento de câncer de próstata também é rastreamento, portanto prevenção secundária, e, além de não ser recomendado pelo Ministério da Saúde por sobrediagnóstico, é a conduta que a prevenção quaternária busca evitar, não a medida quaternária em si. Resposta E

QUESTÃO 94 — Gabarito E

Luís é médico rural em uma área de difícil acesso na região amazônica. Responsável pelo cuidado à saúde de ribeirinhos, vem acompanhando, ao longo dos últimos anos, o agravamento progressivo dos períodos de seca na região, antigamente raras, com impactos diretos e significativos na subsistência e no transporte daquelas populações. Essa mudança climática coincide com o avanço do desmatamento na região. Diante do caso e considerando os conceitos relacionados à Vigilância Ambiental e às Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, assinale a alternativa correta.

- A. Luís deve se manter distante dos aspectos relacionados à realidade socioambiental da comunidade, uma vez que seu engajamento nessas questões pode comprometer seu juízo clínico.
- B. O problema identificado foge da governabilidade de Luís, cuja formação é clínica e, portanto, deve estar fora do seu escopo de atuação.
- C. A seca é um fenômeno climático natural e independente, portanto sem relação com o estado de saúde de indivíduos e comunidades.
- D. Luís deve se responsabilizar por encontrar a solução ao problema apresentado, já que é o responsável pela saúde daquela comunidade.

E. Os efeitos da seca na saúde da comunidade devem gerar uma reação empática de Luís, na busca de soluções compartilhadas para a preservação do meio ambiente. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 - ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata da interface entre determinantes ambientais e saúde, campo da Vigilância em Saúde Ambiental, e do perfil de egresso previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina, que exigem formação com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e atuação sobre os determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença. O agravamento das secas associado ao desmatamento repercute em subsistência, alimentação, acesso à água e transporte para atendimento: é, portanto, problema de saúde da população ribeirinha, e não um tema alheio à prática médica. A alternativa E é a única que combina reconhecimento do problema, postura empática e busca de soluções compartilhadas, forma correta de agir diante de um determinante que exige ação intersetorial e participação comunitária.

A alternativa A erra ao supor que o engajamento socioambiental corromperia o juízo clínico, quando a compreensão do território é justamente o que qualifica o cuidado. A B erra ao restringir o médico à clínica individual, ignorando que vigilância e promoção da saúde integram o escopo do trabalho na atenção primária. A C erra ao negar o nexo entre eventos climáticos e saúde e ao tratar a seca como fenômeno independente, quando o próprio enunciado descreve a associação com o desmatamento. A D erra pelo excesso oposto: atribuir ao médico, isoladamente, a obrigação de resolver um problema estrutural e intersetorial, o que produz onipotência e frustração em vez de articulação com a comunidade, a gestão e os demais setores. Resposta E

QUESTÃO 96 — Gabarito A

O Triple Aim (Tripla Meta) foi uma proposta criada pelo Institute for Healthcare Improvement para identificação dos pilares para o sucesso e a sustentabilidade de um sistema de saúde. Com o passar do tempo, foi acrescido a essa proposta um quarto elemento, denominando-se então Quadruple Aim (Quádrupla Meta). Assinale a alternativa que apresenta corretamente esse quarto elemento.

- A. Melhor experiência do profissional. ✓**
- B. Melhor experiência do paciente.
- C. Melhores indicadores de saúde.
- D. Maior segurança do paciente.
- E. Menores custos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a evolução do Triple Aim para o Quadruple Aim. O Triple Aim, formulado por Berwick e colaboradores no Institute for Healthcare Improvement em 2008, sustenta o desempenho de um sistema de saúde em três metas perseguidas simultaneamente: melhorar a experiência do cuidado para o paciente, melhorar a saúde da população e reduzir o custo per capita. Bodenheimer e Sinsky, em 2014, mostraram que essas três metas não se sustentam quando a equipe adocece, e propuseram o quarto elemento: melhorar a vida de quem trabalha na saúde, isto é, a experiência e o bem-estar do profissional, com enfrentamento do esgotamento profissional. Por isso a alternativa A é a correta.

As alternativas B, C e E descrevem exatamente os três pilares originais do Triple Aim, respectivamente melhor experiência do paciente, melhores resultados de saúde da população e menores custos, e por definição não podem ser o elemento acrescentado depois. A alternativa D, segurança do paciente, é atributo da qualidade assistencial e já está contemplada nas dimensões de experiência e qualidade do cuidado, não constituindo a quarta meta da proposta. Resposta A

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Ana é médica de uma equipe de Estratégia Saúde da Família cuja área de abrangência é majoritariamente composta por uma favela. O restante do seu território é considerado como de baixa vulnerabilidade socioeconômica, evidenciando grande desigualdade social. Devido a escassez de recursos humanos na atenção primária à saúde em seu município e ao mal dimensionamento da área, a equipe de Ana é responsável por uma população estimada de aproximadamente 4.500 pessoas, tornando inviável o cuidado programático recomendado para as populações prioritárias, como gestantes e crianças. Diante do exposto e considerando a Política Nacional de Atenção Básica e os princípios da Bioética, assinale a alternativa correta.

A. Ana deve interromper os atendimentos de demanda programática de sua área, devido ao superdimensionamento do tamanho de sua área.

B. A oferta de um número maior de consultas de pré-natal para as gestantes residentes nas áreas mais vulneráveis é justificável. ✓

C. O princípio da equidade apresentado na PNAB é descrito como a oferta igualitária do cuidado entre as pessoas, sem qualquer discriminação.

D. Ana deve interromper os atendimentos ao território de baixa vulnerabilidade de sua área, devido ao superdimensionamento do tamanho de sua área.

E. Ana deve interromper os atendimentos à demanda espontânea de sua área, devido ao superdimensionamento do tamanho de sua área. Exame Nacional de Residência INSTITUTO AOCP PRM - ACESSO DIRETO Tipo 01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso confronta o princípio da equidade, tal como definido na Política Nacional de Atenção Básica, com o princípio bioético da justiça distributiva. Equidade não é tratar todos do mesmo modo: a PNAB a descreve como ofertar o cuidado reconhecendo as diferenças nas condições de vida e de saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, o que significa investir mais onde há mais necessidade. Por isso a alternativa B está correta: ampliar o número de consultas de pré-natal para as gestantes da área de maior vulnerabilidade, onde o risco obstétrico e o risco social são maiores, é discriminação positiva legítima, reduz iniquidade e não retira direito de ninguém.

A alternativa C erra porque a definição que apresenta, oferta igualitária sem qualquer discriminação, corresponde à universalidade e à igualdade formal, e não à equidade. As alternativas A, D e E erram pelo mesmo motivo de fundo: interromper a demanda programática, o atendimento a parte do território ou a demanda espontânea equivale a negar acesso, ferindo universalidade, integralidade e o dever de não abandono, além de deslocar para o usuário o ônus de uma falha de gestão. O problema descrito é de dimensionamento, já que 4.500 pessoas superam o parâmetro populacional recomendado pela PNAB para uma equipe de Saúde da Família; a conduta correta é pactuar com a gestão a readequação da área e a ampliação de equipes, organizando o acesso por risco e vulnerabilidade enquanto isso não acontece. Resposta B

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Atualmente, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA) indicam o rastreamento populacional de

- A. câncer de colo uterino com exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos, somente após o início da vida sexual. ✓**
- B. câncer de mama com autoexame, exame clínico e exame de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos.
- C. câncer de próstata com PSA (antígeno específico prostático) para homens de 50 a 69 anos.
- D. câncer colorretal com exame de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia ou colonoscopia em adultos de 50 a 75 anos.
- E. câncer de boca com exame clínico da cavidade oral em pacientes alcoolistas e tabagistas de 40 anos ou mais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra quais rastreamentos são efetivamente recomendados como política populacional pelo Ministério da Saúde e pelo INCA, que decidem pelo balanço entre benefício e dano, e não pela simples disponibilidade do exame. A alternativa A reproduz a recomendação vigente para o câncer do colo do útero: citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos que já iniciaram atividade sexual, com dois exames anuais consecutivos normais e, após isso, repetição trienal. O recorte etário e o condicionamento ao início da vida sexual são justamente o que evita rastrear mulheres muito jovens, nas quais a maioria das alterações associadas ao HPV regride espontaneamente e o rastreio gera mais dano do que benefício.

A alternativa B erra porque o rastreamento recomendado é a mamografia bienal dos 50 aos 69 anos, e nem o autoexame nem o exame clínico das mamas são recomendados como método de rastreamento populacional, por ausência de benefício demonstrado. A alternativa C erra porque o rastreamento do câncer de próstata com PSA não é recomendado pelo Ministério da Saúde nem pelo INCA, dado o sobrediagnóstico e o sobretratamento associados. A alternativa D erra porque, apesar da discussão internacional sobre a faixa dos 50 aos 75 anos, o INCA não sustenta um programa de rastreamento populacional organizado de câncer colorretal como política vigente no país. A alternativa E erra porque não existe recomendação de rastreamento populacional de câncer de boca; o que se orienta é o exame da cavidade oral durante a consulta e o controle do tabagismo e do etilismo, o que caracteriza diagnóstico precoce, e não rastreamento. Resposta A

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Lívia está no seu plantão da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) quando chega um paciente com sintomas respiratórios para atendimento. Por se tratar de um quadro suspeito de Covid-19, Lívia procede a paramentação antes de adentrar ao consultório específico para o atendimento de sintomáticos respiratórios, que não possui antecâmaras. Seguindo o processo recomendado da paramentação, imediatamente antes da colocação da máscara e dos óculos de proteção, Lívia deve

- A. higienizar as mãos.
- B. vestir o avental ou o capote. ✓**
- C. colocar o gorro.
- D. calçar as luvas de procedimento.
- E. retirar as luvas de procedimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a sequência de paramentação para atendimento de caso suspeito de covid-19, tema de biossegurança e de precaução por contato, gotículas e aerossóis. A ordem preconizada é: higienizar as mãos, vestir o avental ou capote, colocar a máscara (N95 ou PFF2 quando há risco de aerossóis, cirúrgica nas demais situações), colocar os óculos de proteção ou protetor facial, colocar o gorro quando indicado e, por último, calçar as luvas de procedimento sobre o punho do avental. Logo, o passo imediatamente anterior à máscara e aos óculos é vestir o avental, o que torna a alternativa B a correta.

A alternativa A está incorreta no que a pergunta exige: a higienização das mãos é o primeiro passo de toda a sequência e antecede o avental, não sendo o passo imediatamente anterior à proteção respiratória e ocular. A alternativa C erra porque o gorro é colocado depois da máscara e dos óculos. A alternativa D erra porque as luvas são o último item da paramentação, cobrindo o punho do avental, justamente para preservar a técnica e permitir o ajuste da máscara e dos óculos com as mãos ainda livres. A alternativa E descreve etapa de desparamentação e não faz sentido no encadeamento perguntado. Resposta B

QUESTÃO 100 — Gabarito D

O médico Joaquim é chamado pela família de Dona Josefa, que lhe comunica do falecimento da paciente e lhe solicita o preenchimento da Declaração de Óbito (DO). Com 83 anos, Dona Josefa estava em Cuidados Paliativos, acompanhada por Joaquim no ambiente domiciliar, devido a um câncer do trato gastrointestinal sem possibilidade curativa. Ao chegar no domicílio de Dona Josefa, Joaquim constata o óbito, causado por choque hipovolêmico devido a sangramento do trato gastrointestinal. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- A. Joaquim está eticamente impedido de emitir a Declaração de Óbito, já que não estava presente no momento da ocorrência, configurando morte suspeita.
- B. No campo 49 “Causas da Morte”, parte I, na linha ‘a’, deve ser apresentado câncer do trato gastrointestinal, como causa básica da morte.
- C. O cuidado do paciente terminal fora do ambiente hospitalar e sem suporte
- D. A comunicação de más notícias a pacientes e familiares deve ser empática, mas ao mesmo tempo assertiva e clara, evitando-se excesso de informações. ✓**
- E. Antes de comunicar o paciente uma má notícia, é obrigação do médico assistente confirmar a concordância do responsável com essa comunicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne dois temas: o preenchimento da Declaração de Óbito em morte natural esperada e a comunicação de más notícias em cuidados paliativos. A alternativa D é a correta e resume o que ensinam os protocolos de comunicação, como o SPIKES: a notícia difícil deve ser transmitida com empatia e acolhimento, mas também com clareza e assertividade, em linguagem acessível, dosando a quantidade de informação conforme o que o interlocutor consegue absorver naquele momento, evitando tanto o eufemismo que confunde quanto o despejo de dados técnicos.

A alternativa A erra porque se trata de morte natural, de causa conhecida, em paciente sob acompanhamento domiciliar: o médico assistente pode e deve emitir a DO ainda que não tenha presenciado o óbito, e não há morte suspeita ou violenta que justifique encaminhamento ao IML. A alternativa B erra na estrutura do bloco de causas: na parte I, linha a, registra-se a causa imediata, aqui o choque hipovolêmico por sangramento do trato gastrointestinal, enquanto a causa básica, o câncer do trato gastrointestinal, deve constar na última linha preenchida da parte I. A alternativa C erra ao confundir cuidado paliativo com eutanásia: manter conforto no domicílio e não oferecer suporte artificial fútil em doença incurável caracteriza ortotanásia, conduta eticamente amparada. A alternativa E erra porque a informação é direito do próprio paciente, decorrente do princípio da autonomia; condicionar a comunicação à concordância de um familiar configura a chamada conspiração do silêncio, prática contrária à ética médica. Resposta D