



ENARE — Residência Médica

ENARE 2024/2025

Prova comentada

100 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 1 — Gabarito E

Uma paciente de 60 anos foi internada para investigação de anemia associada a déficit cognitivo. O médico percebeu lentidão de raciocínio e redução da capacidade executiva. A paciente estava atenta e cooperando com o examinador quando se queixou de parestesias (dormência e queimação) simétricas em ambos os membros inferiores. Em relação à anemia, havia macrocitose e reticulocitopenia. O nível de vitamina B12 sérica foi 125 pg/mL (normal: acima de 200 pg/mL). Diante desse quadro clínico, além da investigação da causa da anemia, deve-se proceder à reposição:

- A. oral de cianocobalamina (1000 microgramas por dia) e manutenção da mesma dose uma vez por mês;
- B. de cianocobalamina parenteral (1000 microgramas por dia) e manutenção da mesma dose por via oral a cada mês;
- C. de cianocobalamina intramuscular (1000 microgramas por dia) e posterior injeção intramuscular uma vez por semana até reavaliação dos sintomas e investigação da causa;
- D. de hidroxycobalamina parenteral ou oral três vezes por semana seguida da dose de 1000 microgramas, uma vez por semana, para o resto da vida;

E. de hidroxycobalamina parenteral (1000 microgramas por dia) até a mitigação dos sintomas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocítica com reticulocitopenia, B12 de 125 pg/mL e sintomas neurológicos (disfunção cognitiva + parestesias simétricas) configuram deficiência de cobalamina COM acometimento neurológico — situação em que a reposição deve ser parenteral e diária até a melhora dos sintomas, não se confiando na absorção oral enquanto a causa não está definida. A perola: com neuropatia, ninguém começa por via oral (A) nem alterna via oral de manutenção precocemente (B); esquemas semanais/vitalícios (C e D) só entram depois da fase de ataque. Resposta E.

QUESTÃO 2 — Gabarito E

Após o início de tratamento antirretroviral (TARV) há 1 mês, um paciente com síndrome consumptiva, candidíase e diarreia crônica foi internado por outras manifestações. O grupo de residentes da clínica médica percebeu, durante os primeiros três dias de internação, febre vespertina, linfadenomegalias cervicais e axilares com fistulização e constipação intestinal com cólicas abdominais. Os exames demonstraram anemia e VHS e PCR elevados, bem como imagens reticulonodulares difusas e bilaterais em ambos os hemitóraces. As tomografias reforçaram os infiltrados reticulonodulares com linfadenomegalias mediastinais com centro necrótico, além de linfadenomegalias mesentéricas com espessamento de íleo distal. O paciente piorou clinicamente, apresentando-se prostrado e com hipoxemia no 4º dia de internação. A contagem de linfócitos CD4 no início do tratamento era de 45 células/mm³ e a PPD (prova tuberculínica anérgica) era 0 mm. Diante do exposto, a conduta mais adequada é:

- A. suspender a TARV até finalizar a investigação para infecções intestinais relacionadas ao HIV;
- B. proceder à biópsia de linfonodo por provável diagnóstico de linfoma;
- C. iniciar tratamento empírico para tuberculose e micobactérias atípicas e prescrever procinéticos e laxativos;
- D. realizar biópsia de linfonodo e coleta de escarro para análise de baciloscopia, teste rápido molecular para tuberculose e cultura para micobactéria; suspender a TARV e avaliar início de corticoide;

E. manter a TARV e acrescentar corticoide até o final da investigação, devido a reação imune. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

CD4 de 45, PPD anergica e piora clínica no primeiro mês de TARV, com linfonodos de centro necrótico e infiltrado reticulonodular, são a assinatura da síndrome inflamatória de reconstituição imune (IRIS). A regra de ouro é que a TARV NÃO se suspende (elimina A e D): a reconstituição imune é desejada, e o que se faz é controlar a resposta inflamatória com corticoide enquanto a investigação segue. Biópsia isolada por linfoma (B) e tratamento empírico às cegas (C) não resolvem o problema agudo do paciente. Resposta E.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Durante o atendimento ambulatorial, José, de 68 anos, queixou-se de dor toracolombar de intensidade moderada, constante, iniciada há 3 semanas. Foi associada a dormência nas duas pernas, havendo piora da dor quando ele ficava muito tempo em pé e melhora quando se sentava ou se deitava. O paciente já estava em tratamento para diabetes mellitus há 10 anos, com elevação recente da dose de metformina para 2 g/dia. Segundo ele, a glicemia estava bem controlada, mas o tabagismo e o alcoolismo persistiam (75 maços x ano e 40 g de álcool por dia). Na anamnese dirigida, revelou-se constipação de início recente, sem mudança do volume ou consistência das fezes. Não houve qualquer outra queixa ou sintoma relatado. No exame físico, notam-se dor à palpação da musculatura paravertebral bilateralmente, bem como dor em queimação agravada em flexão de quadril e coxa. Sinais de Lasègue e Kernig positivos bilateralmente. O restante do exame físico não mostrou alterações. Considerando o quadro exposto, é correto afirmar que:

- A. uma conduta mais agressiva deve ser adotada, com investigação de tumores devido à idade e ao tabagismo, apesar de se tratar de uma dor lombar aguda;
- B. a ressonância de coluna torácica e lombar é obrigatória devido à localização da dor, ao tempo de acometimento e aos sinais neurológicos;
- C. radiografia de tórax, VHS, proteína C-reativa e hemograma devem ser solicitados, mas pode ser necessário solicitar também uma ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna torácica e lombar se as medidas comportamentais e analgesia não melhorarem; ✓**
- D. a dor lombar em pessoa acima de 50 anos deve ser sempre investigada, independentemente dos sintomas e sinais associados. O principal exame é a ressonância nuclear magnética (RNM) de coluna lombar com contraste venoso;
- E. os sinais de alarme associados a dor lombar subaguda ou crônica (respectivamente, 4 a 12 semanas e mais de 12 semanas) em indivíduos com mais de 50 anos são desnecessários para indicação de exame específico, pois todos esses pacientes devem ter exame de imagem. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor toracolombar de 3 semanas em homem de 68 anos, tabagista pesado, com constipação recente e sinais radiculares: há bandeiras vermelhas (idade > 50 anos, tabagismo, sintoma novo), mas a conduta racional e escalonada — exames de triagem baratos (radiografia de tórax, VHS, PCR, hemograma) e reservar a RNM para quem não melhora com medidas conservadoras. O erro dos distratores é transformar bandeira vermelha em imagem obrigatória e imediata (B e D) ou em investigação indiscriminada (A e E). Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Um rapaz de 18 anos foi atendido no ambulatório de clínica médica para acompanhamento de lúpus eritematoso sistêmico com nefrite e cardite. Estava em bom estado geral após 3 pulsoterapias com corticoide e ciclofosfamida, mas deveria fazer nova dose de corticoide sistêmico naquele mês. No entanto, apresentava lesões hiperemiadas com vesículas e algumas pústulas em dermatomas oftálmico e maxilar da hemiface direita. A impressão do médico foi de herpes-zóster. A conduta adequada para esse caso é:

- A. prescrição de aciclovir oral 800 mg, 5 vezes ao dia, por 14 dias, e encaminhar o paciente para casa;

B. profilaxia dos contactantes domiciliares e hospitalares com a vacina contra varicela-zóster, independentemente do estado de imunização, do estado imunológico e do tempo de exposição;

C. internação hospitalar para isolamento respiratório e de contato, prescrição de aciclovir parenteral e acompanhamento de complicações pelo herpes-zóster disseminado; ✓

D. prescrição de aciclovir parenteral apenas se o rash e as vesículas tiverem iniciado há menos de 72 horas. Caso contrário, fazer apenas a profilaxia dos contactantes com vacina e do paciente com antibiótico devido à alta prevalência de infecção bacteriana secundária;

E. internação hospitalar em quarto com pressão negativa e precauções de contato como máscara cirúrgica, capote, luva, gorro e óculos para toda a equipe assistencial. O aciclovir de 800 mg pode ser feito de forma oral, 5 vezes ao dia, por 7 a 10 dias ou até a alta hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Herpes-zoster acometendo DOIS dermatomos (oftálmico e maxilar) em paciente sob pulsoterapia com corticoide e ciclofosfamida e zoster de alto risco: imunossuprimido com doença multidermatomal tem risco de disseminação visceral e exige internação, precaução respiratória e de contato e aciclovir POR VIA VENOSA. Aciclovir oral domiciliar (A e E) subtrai o imunossuprimido; a janela de 72 h (D) orienta o início precoce, mas não contraindica antiviral em lesão ainda em atividade; profilaxia com vacina de vírus vivo (B) e contraindicada nesse contexto. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Uma paciente de 49 anos foi internada na enfermaria de clínica médica por quadro de síndrome consumptiva, ascite e fraqueza em membros inferiores. A paciente conta que tudo começou 1 ano antes com dormência nas pernas ascendendo até o meio da perna e posterior redução de força em membros inferiores. Naquela época, houve turvação visual e cefaleia. Com aproximadamente 4 meses de sintomas, sem limitação para trabalhar e realizar as tarefas da vida diária, a cefaleia e a turvação visual ficaram mais proeminentes. Segundo a paciente, foram realizados diversos exames (ressonância de crânio, coluna cervical e lombar), sem evidência de alterações. A pressão do liquor estava alta, motivando o uso de acetazolamida por 8 meses (até a internação). No dia da internação, pôde-se observar hepatoesplenomegalia, ascite de grande volume, déficit sensitivo-motor distal em membros inferiores com hiporreflexia, fenômeno de Raynaud, cistos em tireoide (ultrassom confirmando e uso prévio de levotiroxina) e lesões cutâneas hiperocrômicas. Outros exames demonstraram lesões osteoescleróticas em esterno, derrame pleural e pericárdico e padrão de polirradiculoneuropatia desmielinizante crônica. A conduta adequada para o quadro é:

A. dosagem de fator reumatoide, fator antinuclear, anti-Scl-70, anticentrômero e pulsoterapia por provável doença do tecido conjuntivo indiferenciada ou sobreposição de lúpus com esclerodermia em evolução grave;

B. dosagem de eletroforese de proteínas séricas e urinárias com imunofixação em busca de pico monoclonal; ✓

C. biópsia de gordura abdominal em busca de proteína amiloide;

D. biópsia de peritônio se o gradiente soro-ascite for menor que 1,1;

E. punção aspirativa de cisto tireoidiano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Polineuropatia desmielinizante crônica + organomegalia (hepatoesplenomegalia) + endocrinopatia (tireoide) + lesões cutâneas hiperocrômicas + LESÕES OSTEOESCLERÓTICAS e a descrição clássica da síndrome POEMS, cujo M de 'M-protein' se procura com eletroforese de proteínas sérica e urinária com imunofixação. A perla: lesão óssea ESCLERÓTICA com neuropatia joga contra mieloma clássico e a favor de POEMS. Colagenose (A) não explica a lesão osteoesclerótica, e amiloide, peritônio e cisto tireoidiano (C, D, E) investigam consequências, não a causa. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Uma mulher de 20 anos se queixa de edema generalizado iniciado há 3 semanas, que evoluiu com piora progressiva. Relata hiporexia e astenia nesse período. Desconhece ser portadora de doenças atuais ou prévias e não faz uso de quaisquer medicamentos ou drogas. Ao exame físico, PA: 160 x 90 mmHg, FC: 97 bpm, FR: 22 ipm, SpO2 98% (em ar ambiente). As mucosas estão hipocoradas, ictéricas e hidratadas. Há edema na face, pálpebras, parede abdominal e membros inferiores. Há também ascite e síndrome de derrame pleural. Exames de laboratório: sangue: Hb: 7,0 g/dL; Hct: 24%; VCM: 98 fL; HCM: 31 pg; CHCM: 32 g/dL; RDW: 18, 3%; leucócitos: 3.400/mm³; neutrófilos segmentados: 1.500/mm³; linfócitos: 700/mm³; Plq.: 201.000/mm³; PCR: 28mg g/dL; FAN reagente: 1:320 padrão nuclear homogêneo; anti-DNA reagente; anti-SSA reagente; anti-SSB reagente; anti-Sm reagente; ANCA não reagente; C3: 43 mg/dL (90- 170 mg/dL); C4: 10 mg/dL (VR: 12-36 mg/dL); exame de urina: densidade 1.020; pH 6,0; nitrito negativo; proteínas ++++; hemoglobina ++; 4 piócitos/campo, 145 hemácias/campo; presença de cilindros hemáticos. Para investigação da anemia apresentada pela paciente, são solicitados os seguintes exames: LDL: 1150 UI/L (VR: 120-246 UI/L); BT: 4,2 mg/dL; BD: 0,4 mg/dL; reticulócitos: 18%, Coombs direto positivo; ferro sérico: 52 mcg/dL (VR: 65-175 mcg/dL); ferritina 650 ng/mL (VR: 10-291 ng/mL); capacidade total de ligação do ferro: 200 mcg/dL (250-425 mcg/dL). A conduta imediata mais adequada para o tratamento da anemia é:

- A. administração de eritropoetina;
- B. administração de corticoide; ✓**
- C. reposição de ferro parenteral;
- D. hemotransfusão;
- E. prescrição de hidroxicloroquina oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lupus com nefrite ativa que abre com anemia: reticulocitos de 18%, LDH muito elevado, bilirrubina as custas da indireta e COOMBS DIRETO POSITIVO fecham anemia hemolítica autoimune. O tratamento imediato da hemólise autoimune e corticoide em dose imunossupressora. Eritropoetina (A) e ferro (C) tratam anemia por produção deficiente, que não é o caso (ferritina alta, reticulocitose); hemotransfusão (D) e medida de resgate se houver instabilidade; hidroxicloroquina (E) e terapia de base do lupus, sem efeito agudo. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

A pneumonia em organização criptogênica (POC) tem sua forma idiopática de pneumonia em organização, anteriormente chamada de bronquiolite obliterante com pneumonia em organização (BOOP). É uma doença pulmonar intersticial difusa decorrente de lesão na parede alveolar tipicamente caracterizada por infiltrados pulmonares periféricos e difusos com áreas de preenchimento alveolar e responsividade a terapia sistêmica com glicocorticoides. A manifestação clínica é de uma pneumonia subaguda ou de difícil resolução, com tosse pouco produtiva, dispneia, febre baixa e fraqueza ou cansaço. No entanto, há diversas condições autoimunes, pneumonias de hipersensibilidade e efeitos colaterais que devem ser excluídos para que a POC seja dada como idiopática. Em uma análise mais profunda sobre a POC, o quadro descrito acima pode indicar pneumonia em organização caso se verifique(m):

- A. paciente com tosse, febre e dispneia há 3 semanas e imagem apical fibrótica e cavitação adjacente;
 - B. aspecto tomográfico reticulonodular difuso em paciente com dispneia importante iniciada há 1 semana;
 - C. aspecto radiográfico de consolidação lobar em paciente com febre alta de início recente;
 - D. aspecto tomográfico de consolidação irregular do espaço aéreo, opacidades em vidro fosco e pequenas opacidades nodulares em paciente usuário de cocaína; ✓**
 - E. aspecto tomográfico com opacidades evanescentes, bronquiectasias e achados relacionados a impactação mucoide e obstrução brônquica em paciente com eosinofilia e broncoespasmo. Residência Médica FGV
- Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A pneumonia em organização tem tomografia tipicamente com consolidações irregulares do espaço aéreo, vidro fosco e nódulos, e o enunciado pede a situação compatível com padrão de organização — inclusive secundária, como no usuário de cocaína (droga inalada e causa reconhecida). Os demais descrevem outras doenças: cavitação apical (A) sugere tuberculose, consolidação lobar febril aguda (C) e pneumonia bacteriana, e opacidades evanescentes com impacto mucoso e eosinofilia (E) são de aspergilose broncopulmonar alérgica. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito E

Um homem de 31 anos, previamente saudável, apresenta-se com uma história de 2 anos de disfagia intermitente, principalmente para alimentos sólidos. Relatou 2 episódios de impactação alimentar, com necessidade de endoscopia digestiva alta de urgência. Estava em uso de esomeprazol (40 mg ao dia) há 6 meses, sem melhora significativa dos sintomas de disfagia. Realizou recentemente nova endoscopia, em que a biópsia foi compatível com esofagite eosinofílica, sem estenose esofágica. Foi orientado a restringir alimentos que pudessem estar associados com essa forma de esofagite. Contudo, não houve resposta satisfatória. Nesse caso, a estratégia de intervenção mais adequada é:

- A. associar sucralfato antes das refeições e à noite, antes de deitar;
- B. trocar esomeprazol por outro bloqueador da bomba de prótons;
- C. encaminhar para tratamento com terapia biológica específica;
- D. associar um procinético (como domperidona) antes das refeições;
- E. associar um esteroide tópico (como fluticasona ou budesonida) por via oral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Esofagite eosinofílica confirmada por biópsia, já refratária a inibidor de bomba de prótons e a dieta de exclusão: o próximo degrau é o corticoide TÓPICO DEGLUTIDO (fluticasona ou budesonida viscosa), que age na mucosa esofágica com mínima exposição sistêmica. Trocar de IBP (B) não vence uma falha de classe; sucralfato (A) e procinético (D) não tem papel; terapia biológica (dupilumabe) fica reservada para quem falha também ao corticoide tópico, e não antes dele. Resposta E.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Uma mulher de 42 anos, com história de “reumatismo” na infância, procura ambulatório com um quadro de cansaço aos esforços. Tem história de “isquemia cerebral” há 2 anos, sem sequelas motoras. Ao exame físico, a pressão arterial é de 110 x 68 mmHg e a frequência cardíaca é de 60 batimentos por minuto. Apresenta ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas e B1 acentuada. Na ausculta cardíaca, há um sopro diastólico em foco mitral. Nos exames laboratoriais, há um clearance de creatinina estimado em 46 mL/min/1,73 m². No ecocardiograma, foram observados estenose mitral moderada e episódios de fibrilação atrial no Holter de 24 horas. Em relação à prevenção de embolização sistêmica, está mais indicado o uso de:

- A. rivaroxabana de 15 mg, uma vez ao dia;
- B. aspirina na dosagem de 200 mg ao dia;
- C. apixabana de 2,5 mg, duas vezes ao dia;
- D. varfarina, com a dose de acordo com o INR; ✓**
- E. metoprolol para manutenção do ritmo sinusal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Historia de febre reumática, estenose mitral moderada e fibrilacao atrial documentada definem FA VALVAR. A perola de prova: em FA com estenose mitral reumatica (ou protese metalica) os anticoagulantes orais diretos sao CONTRAINDICADOS — o unico anticoagulante validado e a varfarina com ajuste pelo INR. Rivaroxabana e apixabana (A e C) foram testadas em FA nao valvar; AAS (B) nao previne cardioembolia; betabloqueador (E) controla frequencia, nao embolia. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Uma paciente de 47 anos, que vinha em uso de medicações para controle de transtorno bipolar, é levada para atendimento com alteração do nível de consciência, confusão mental, sudorese e desorientação. Ao exame, foi observada rigidez muscular generalizada, especialmente em membros superiores e inferiores. Apresentou pressão arterial de 172 por 104 mmHg, frequência cardíaca de 109 batimentos por minuto, frequência respiratória de 24 incursões respiratórias por minuto e temperatura axilar de 39,2 °C. O exame laboratorial revelou aumento significativo de creatinofosfoquinase sérica, sem alterações nas transaminases. Como a equipe médica suspeitou de síndrome neuroléptica maligna, suspendeu as medicações em uso e iniciou terapia de suporte clínico. Fazem parte do arsenal terapêutico da síndrome neuroléptica maligna as seguintes medicações:

- A. haloperidol e fenitoína;
- B. quetiapina e olanzapina;
- C. dantrolene e bromocriptina; ✓**
- D. risperidona e carbamazepina;
- E. oxcarbazepina e prometazina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertermia, rigidez muscular generalizada, disautonomia e CPK muito elevada apos antipsicotico definem síndrome neuroleptica maligna. Alem de suspender o agente e dar suporte, o arsenal farmacologico e o dantrolene (relaxante muscular de acao direta, reduz a rigidez e a producao de calor) e agonistas dopaminergicos como bromocriptina ou amantadina, que repoem o tonus dopaminergico bloqueado. Todas as demais opcoes trazem antipsicoticos ou anticonvulsivantes que pioram ou nao tratam o quadro. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito E

Um homem de 48 anos foi admitido no hospital com erupção cutânea generalizada, mal-estar geral e febre. Ele relatou ter iniciado recentemente alopurinol para controle de hiperuricemia. Nos últimos dias, ele notou o surgimento de uma erupção cutânea que começou no tronco e se espalhou para membros, região cervical e face. Além disso, queixava-se de náuseas e dor abdominal. No exame físico, foram observados erupção cutânea maculopapular generalizada, adenomegalia generalizada e edema em face, mãos e pés bilateralmente. Nos exames laboratoriais, foram encontradas leucocitose, eosinofilia e elevação das transaminases. A principal hipótese diagnóstica nesse caso é:

- A. eritema multiforme;
- B. urticária medicamentosa;
- C. síndrome de Stevens-Johnson (SSJ);
- D. púrpura trombocitopênica idiopática (PTI);
- E. síndrome de hipersensibilidade induzida por drogas (DRESS). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Exantema extenso duas a seis semanas após ALOPURINOL, com febre, edema facial, linfadenomegalia generalizada, EOSINOFILIA e hepatite: e a triade que define DRESS (reação a droga com eosinofilia e sintomas sistêmicos). Alopurinol, anticonvulsivantes e sulfas são os culpados clássicos. Stevens-Johnson (C) cursa com descolamento mucocutâneo e sinal de Nikolsky, não com eosinofilia e edema facial; urticária (B) e eritema multiforme (A) não dão hepatite; PTI (D) não produz rash maculopapular. Resposta E.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Um jovem de 20 anos foi admitido com um quadro de hepatite, esplenomegalia com hiperesplenismo, anemia hemolítica com Coombs negativo, hipertensão portal e confusão mental. O exame neurológico mostrou síndrome rígida-acinética semelhante ao parkinsonismo, tremores e ataxia. Foram também observadas disartria, disfagia e incoordenação motora. Tais achados neurológicos se associam a disfunção dos gânglios da base. O tratamento instituído foi D-penicilamina oral (0,75 - 2 g/dia em doses divididas, tomadas 1 hora antes ou 2 horas após a refeição) associada a piridoxina oral, 50 mg por semana. Foi também prescrito zinco elementar na dose de 50 mg três vezes ao dia. Houve melhora clínica e indicação para que o tratamento fosse continuado indefinidamente, além de uma dieta específica. A doença em questão é:

- A. hemocromatose;
- B. hepatite autoimune;
- C. colangite esclerosante primária;

D. doença de Wilson; ✓

E. síndrome de Budd-Chiari. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com hepatopatia, hemólise com Coombs NEGATIVO e síndrome extrapiramidal por lesão dos gânglios da base, tratado com quelante (D-penicilamina, sempre com piridoxina) e zinco: e doença de Wilson, o acúmulo de cobre. A perola: hemólise Coombs-negativa em hepatopatia jovem obriga a dosar ceruloplasmina e procurar anéis de Kayser-Fleischer. Hemocromatose (A) acumula ferro e poupa os gânglios da base; hepatite autoimune (B) e colangite esclerosante (C) não dão parkinsonismo; Budd-Chiari (E) e trombose de veias hepáticas. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito E

Um jovem de 24 anos refere lombalgia e dor sacroilíaca crônicas há aproximadamente 6 meses. Apresenta também dor progressiva em membro inferior esquerdo. No último mês, vem apresentando rigidez matinal que melhora com exercícios físicos. A dor lombossacra chega a acordá-lo no meio da noite. Afirma também ter certa dificuldade em expandir a parede torácica. O diagnóstico mais provável é:

- A. artrite reumatoide;
- B. esclerose sistêmica;
- C. doença de Crohn atípica;
- D. artrite reativa do HIV;

E. espondilite anquilosante. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia INFLAMATORIA em homem jovem — insidiosa, há mais de 3 meses, com rigidez matinal que MELHORA com exercício, dor que desperta na madrugada e redução da expansibilidade torácica, somada a sacroileite — e o retrato da espondilite anquilosante. Artrite reumatoide (A) poupa o esqueleto axial abaixo da cervical e acomete pequenas articulações de forma simétrica; esclerose sistêmica (B) e doença cutâneo-vascular; Crohn e artrite reativa (C e D) precisariam de manifestação intestinal ou infecciosa prévia. Resposta E.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Um paciente de 45 anos, tabagista, apresentava diabetes mellitus e dislipidemia, porém não era hipertenso. Foi atendido no pronto-socorro com quadro de edema agudo do pulmão hipertensivo. Apresentou melhora clínica e foi liberado com prescrição de losartana e hidroclorotiazida. A hipertensão ficou refratária ao tratamento e o paciente desenvolveu insuficiência renal aguda, que foi associada ao uso da losartana. No exame físico, foi detectado um sopro em linha mamilar esquerda na altura da cicatriz umbilical. O doppler de carótidas mostrou obstrução de 50% à direita e 40% à esquerda. A doença em questão é:

- A. doença de Kawasaki;
- B. arterite de Takayasu;
- C. hiperaldosteronismo primário;
- D. estenose de artéria renal; ✓**
- E. feocromocitoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema agudo de pulmão hipertensivo ('flash'), hipertensão refratária, SOPRO ABDOMINAL e — o dado que fecha — piora aguda da função renal após bloqueio do receptor de angiotensina, em paciente com aterosclerose difusa (tabagista, com placas carotídeas). Essa sequência e patognomônica de estenose de artéria renal aterosclerótica: o rim isquêmico depende da angiotensina II para manter a filtração. Takayasu (B) acomete jovens; hiperaldosteronismo (C) cursa com hipocalemia; feocromocitoma (E) e paroxístico. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Uma paciente de 44 anos e com diagnóstico de hepatite C, não tratada, desenvolveu quadro de porfiria. O tratamento instituído consistiu em antivirais de ação direta contra o HCV, hidroxicloroquina e flebotomias regulares. O tipo de porfiria em questão é:

- A. porfiria aguda intermitente;
- B. protoporfiria eritropoiética;
- C. porfiria cutânea tardia; ✓**
- D. porfiria variegata;
- E. protoporfiria ligada ao X.

COMENTÁRIO OSCELABS

Porfiria em paciente com hepatite C tratada com flebotomias seriadas e hidroxicloroquina em dose baixa: essa combinação terapêutica só existe na porfiria cutânea tardia, ligada a sobrecarga de ferro e fortemente associada a HCV, álcool, estrogênio e HIV. As porfirias AGUDAS (A e D) manifestam-se com dor abdominal, neuropatia e disautonomia e são tratadas com hematina e glicose, nunca com sangria; as protoporfirias (B e E) cursam com fotossensibilidade dolorosa imediata, sem bolhas nem excesso de ferro. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Durante a tragédia das enchentes no estado do Rio Grande do Sul em 2024, ocorreram vários casos de leptospirose que acometeram principalmente voluntários que atuaram no resgate da população atingida. A insuficiência renal causada pela doença tem como lesão histopatológica:

- A. nefrite tubulointersticial; ✓**
- B. necrose tubular aguda;
- C. glomerulonefrite membranosa;
- D. glomerulonefrite rapidamente progressiva;
- E. glomeruloesclerose focal e segmentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A lesão renal da leptospirose é uma NEFRITE TUBULOINTERSTICIAL aguda, e a perola clássica é a insuficiência renal NAO OLIGURICA com HIPOCALEMIA — resultado do defeito tubular de reabsorção de sódio e potássio induzido pela leptospira. Isso a distingue da necrose tubular aguda isquêmica clássica (B), que cursa com hipercalemia e oligúria. As glomerulopatias listadas (C, D e E) não correspondem ao padrão histopatológico da doença. Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Um paciente de 45 anos, sem doenças prévias, desenvolveu enfermidade de instalação súbita e progressiva com quadro de náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal. Logo após, queixou-se de cefaleia, vertigem e tontura. Foi internado na emergência, onde foi iniciada hidratação venosa e administração de sintomáticos. Entretanto, 3 horas depois começou a apresentar visão turva, ptose palpebral, diplopia, disfagia, disartria, boca seca e fraqueza muscular simétrica, acometendo com maior intensidade os membros superiores, sem perda da sensibilidade. Notaram-se hipotensão sem taquicardia e retenção urinária. Cerca de 6 horas após a internação, evoluiu para paralisia flácida motora descendente, associada a comprometimento autonômico disseminado. Durante todo esse período, o paciente se manteve consciente. A fraqueza muscular descendente afetou os músculos do tronco e dos membros, levando a dispneia, insuficiência respiratória e tetraplegia flácida. Foi necessária a transferência do paciente para o CTI, com instalação de tubo orotraqueal e ventilação mecânica, além de rotinas terapêuticas para pacientes graves. O diagnóstico mais provável é:

- A. meningite por *Haemophilus influenzae*;
- B. síndrome de Guillain-Barré;
- C. doença de Lyme;
- D. infecção pelo *Clostridium botulinum*; ✓**
- E. raiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paralisia flácida DESCENDENTE, simétrica, com acometimento precoce de nervos cranianos (ptose, diplopia, disfagia, disartria), disautonomia (boca seca, retenção urinária, hipotensão SEM taquicardia), pupilas comprometidas e — o dado de ouro — SENSIBILIDADE E CONSCIÊNCIA PRESERVADAS após quadro gastrointestinal: é botulismo. Guillain-Barre (B) é ascendente e costuma vir com alteração sensitiva; meningite (A) e raiva (E) alteram o sensorio; Lyme (C) tem eritema migratório. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Um paciente de 22 anos apresentou quadro clínico com início abrupto de febre, cefaleia, mialgia, anorexia, náuseas e vômitos. Foi avaliado na UPA e liberado com prescrição de sintomáticos. Vinte e quatro horas depois, apresentou diarreia, artralgia, dor ocular, fotofobia e hemorragia conjuntival, além de tosse. Foi internado, recebendo hidratação venosa e sintomáticos venosos. Foram solicitados exames complementares, com os seguintes resultados: leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda, plaquetopenia, aumento de ureia e creatinina, CPK elevada, baixa densidade urinária, proteinúria, hematúria microscópica e leucocitúria. Foi então iniciada antibioticoterapia com sulfametoxazol + trimetoprima. Logo a seguir, o paciente apresentou exantema, eritema macular, papular purpúrico, distribuídos no tronco ou na região pré-tibial. USG exibiu hepatomegalia, esplenomegalia e linfadenopatia. Na ocasião, reclamou de intensa mialgia, principalmente em região lombar e nas panturrilhas. Apesar do uso de antibiótico, não apresentou melhora, com evolução para tríade insuficiência renal, icterícia rubínica e hemorragia pulmonar discreta (síndrome de Weil). Foi intubado e no CTI iniciou penicilina G cristalina em dose plena e cuidados

- A. febre maculosa;
- B. endocardite bacteriana;
- C. leptospirose; ✓**
- D. dengue hemorrágica;
- E. infecção urinária por pseudomonas aeruginosa. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■
Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre com mialgia intensa em panturrilhas, sufusão conjuntival, insuficiência renal com hipocalemia e CPK elevada, evoluindo para a tríade de Weil (icterícia rubinica, insuficiência renal e hemorragia pulmonar), tratada com penicilina cristalina: leptospirose de livro. A dengue (D) não eleva CPK dessa forma nem causa icterícia rubinica; febre maculosa (A) tem exantema centripeto e responde a doxiciclina; endocardite (B) e infecção urinária (E) não explicam a síndrome pulmão-rim. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Um homem de 50 anos em tratamento para hepatite C, com cirrose hepática compensada CHILD PUGH A, tem histórico de falha terapêutica com uso prévio de antivirais de ação direta. O médico assistente do serviço de atenção especializada prescreveu um novo esquema terapêutico, recomendado pelo Ministério da Saúde. O esquema prescrito foi:

- A. sofosbuvir/velpastavir/ribavirina por 24 semanas;
- B. sofosbuvir/daclatasvir por 12 semanas;
- C. sofosbuvir/pibrentasvir + glecaprevir por 12 semanas; ✓**
- D. sofosbuvir/velpastavir por 12 semanas;
- E. sofosbuvir/ribavirina por 24 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retratamento de hepatite C em cirrótico Child A com falha prévia a antivirais de ação direta exige um esquema de RESGATE, que combina classes diferentes e inclui inibidor de protease, conforme o protocolo do Ministério da Saúde adotado pela banca. Repetir esquemas de primeira linha (B, D) em quem já falhou reproduz a falha; ribavirina isolada com sofosbuvir (E) e esquema obsoleto e de baixa eficácia. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Mulher de 65 anos procura o gastroenterologista com queixas de astenia, prurido palmar e plantar e elevação de fosfatase alcalina (1005 UI/ml) e Gama GT (1200 UI/ml). As enzimas hepáticas TGO e TGP estão elevadas (300 e 250 UI/ml, respectivamente) e a bilirrubina total é de 6,0 mg/dl, às custas da bilirrubina direta. Apresenta plaquetopenia de 85.000/mm³, e a ultrassonografia de abdômen aponta alterações compatíveis com doença parenquimatosa crônica do fígado, sem dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e vesícula biliar anecoica. A principal hipótese diagnóstica para o caso e o exame complementar a ser solicitado são, respectivamente:

- A. hepatite colestática autoimune; FAN e antímúsculo liso;
- B. colangite esclerosante primária; CPER e P-Anca;
- C. colangite biliar primária; anti-LKM1;
- D. colangite biliar primária; antimitocôndria; ✓**
- E. hepatite medicamentosa; FAN e antímúsculo liso. Cirurgia Geral

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de meia-idade com prurido, colestase desproporcional (fosfatase alcalina e gama-GT muito altas), hiperbilirrubinemia direta e sinais de hepatopatia crônica, com vias biliares NAO dilatadas ao ultrassom: e colangite biliar primária, e o anticorpo que confirma é o ANTIMITOCONDRIA (anti-M2), positivo em cerca de 95% dos casos. O anti-LKM1 (C) e da hepatite autoimune tipo 2; FAN e antimusculo liso (A, E) são da hepatite autoimune tipo 1; colangite esclerosante (B) exige alteração de vias biliares na colangiografia. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito E

Um homem de 64 anos de idade, saudável, agricultor, apresenta-se no consultório com uma lesão cutânea que ele notou há cerca de 6 meses. A lesão está localizada no dorso da mão direita e tem crescido lentamente. O paciente relata que a área está um pouco dolorosa e pruriginosa. Ao exame físico, observa-se uma lesão de 1,2 cm de diâmetro, de cor acastanhada, bordas irregulares, e com algumas áreas de ulceração, e há linfadenomegalia palpável na axila. Com base na descrição clínica e no exame físico, as melhores propostas diagnóstica e terapêutica para esse paciente são, respectivamente:

- A. carcinoma basocelular; tratamento com crioterapia;
- B. queratoacantoma; tratamento com antibioticoterapia;
- C. dermatofibroma; tratamento com observação e seguimento;
- D. carcinoma espinocelular; tratamento com eletrocoagulação e curetagem;
- E. melanoma maligno; tratamento com excisão cirúrgica ampla e avaliação do linfonodo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão ACASTANHADA com bordas irregulares, crescimento progressivo, área de ulceração e — o achado que muda tudo — LINFADENOMEGALIA AXILAR palpável: e melanoma até prova em contrário, e a conduta é excisão cirúrgica ampla com avaliação do linfonodo (sentinela ou o linfonodo clinicamente suspeito). Carcinoma basocelular (A) é perolado e não pigmentado de forma irregular; queratoacantoma (B) e dermatofibroma (C) não produzem adenomegalia; e tratar lesão pigmentada suspeita com destruição tecidual (crioterapia, eletrocoagulação) apaga o material para estadiamento. Resposta E.

QUESTÃO 22 — Gabarito E

Um homem de 47 anos de idade, fumante há 30 anos e com histórico de consumo de bebidas alcoólicas destiladas, apresenta uma úlcera dolorosa na língua há 3 meses. Relata que a lesão não cicatriza e está aumentando de tamanho. Além disso, nota dificuldade para engolir e dor referida no ouvido. Ao exame físico, observa-se uma úlcera irregular na borda lateral da língua, com margens endurecidas e base infiltrada. Não há linfonodos cervicais palpáveis. O diagnóstico provável e o tratamento inicial mais adequado para esse paciente são, respectivamente:

- A. adenoma; ressecção com anestesia local;
- B. candidíase oral; iniciar tratamento antifúngico tópico;
- C. ulceração traumática; recomendações de higiene oral rigorosa e acompanhamento;
- D. líquen plano oral; encaminhar para biópsia e tratamento com corticosteroides tópicos;
- E. carcinoma espinocelular; biópsia da lesão, estadiamento e tratamento cirúrgico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera na BORDA LATERAL DA LINGUA que não cicatriza há 3 meses, com margens endurecidas e base infiltrada, em tabagista e etilista, com otalgia REFLEXA e disfagia: e carcinoma espinocelular de cavidade oral. A conduta obrigatória é biópsia, estadiamento e tratamento cirúrgico — ausência de linfonodo palpável não afasta o diagnóstico. Candidíase (B) e placa branca removível; úlcera traumática (C) cicatriza em até 2 semanas após remover o fator; líquen plano (D) faz estrias reticulares brancas. Resposta E.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Um adolescente de 16 anos foi admitido no pronto-socorro após queda de motocicleta. Ele estava lúcido e com sinais vitais estáveis. Realizou-se uma tomografia computadorizada do abdômen, que mostrou uma laceração esplênica grau II. Optou-se por um tratamento conservador inicial com monitoramento em unidade de terapia intensiva. Após 24 horas de internação, o paciente apresentou uma queda súbita na pressão arterial, aumento da frequência cardíaca e sinais de irritação peritoneal. Uma nova TC de abdômen mostrou aumento significativo do hemoperitônio e sinais de ruptura esplênica adicional. Diante desse quadro, a conduta mais apropriada para esse paciente é:

- A. indicar a cirurgia de Warren;
- B. realizar uma embolização seletiva da artéria esplênica;
- C. transferi-lo para a sala de cirurgia para uma esplenectomia de emergência; ✓**
- D. continuar com o manejo conservador e aumentar a frequência de monitoramento hemodinâmico;
- E. administrar fluidos intravenosos e realizar a transfusão sanguínea, mantendo o paciente sob observação.

Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma esplênico em manejo não operatorio que evolui com QUEDA SUBITA DA PRESSÃO, taquicardia, irritação peritoneal e aumento do hemoperitônio: houve FALHA do tratamento conservador com instabilidade hemodinâmica, e paciente instável não vai para sala de exame nem de angiografia — vai para o centro cirúrgico. Embolização (B) só serve no estável; manter observação (D) ou apenas repor volume (E) diante de sangramento ativo e perder tempo; a cirurgia de Warren (A) e derivação portal, sem relação com trauma. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Pedro Paulo, um homem de 41 anos, foi admitido no pronto-socorro após sofrer queimaduras extensas em um incêndio no seu local de trabalho. Ele apresentava queimaduras de segundo grau que cobriam aproximadamente 45% de sua superfície corporal total (SCT). O paciente pesava 70 kg e estava consciente e lúcido, mas sentia dor intensa e desconforto. Os sinais vitais eram: frequência cardíaca: 120 bpm; pressão arterial de 100/60 mmHg; frequência respiratória de 24 ipm e saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. Seu médico decidiu iniciar a reanimação hídrica imediatamente. A melhor abordagem inicial para a reanimação hídrica de Pedro Paulo é:

- A. administrar 2 ml/kg/%SCT de solução de Ringer Lactato nas primeiras 24 horas, dividindo o volume total igualmente ao longo do período;
- B. administrar 8 ml/kg/%SCT de solução cristaloide de NaCl a 0,9% nas primeiras 24 horas, com um ajuste para cada %SCT adicional acima de 50%;
- C. administrar 6 ml/kg/%SCT de solução de Ringer Lactato nas primeiras 24 horas, com um ajuste de 10% para cada grau adicional de queimadura acima do segundo grau;
- D. administrar 4 ml/kg/%SCT de solução de Ringer Lactato nas primeiras 24 horas, dividindo o volume total em duas metades: uma nas primeiras 8 horas e a outra nas 16 horas seguintes; ✓**
- E. administrar 4 ml/kg/%SCT de solução coloidal de albumina nas primeiras 24 horas, dividindo o volume total em duas metades: uma nas primeiras 8 horas e a outra nas 16 horas seguintes.

COMENTÁRIO OSCELABS

A formula de Parkland e 4 mL/kg por %SCT queimada de Ringer lactato nas primeiras 24 horas, com METADE infundida nas primeiras 8 horas (contadas a partir do trauma) e o restante nas 16 horas seguintes. Para 70 kg com 45% de SCT dao 12,6 L em 24 h, ~6,3 L nas primeiras 8 h. Coloide (E) nao e a solucao inicial nas primeiras 24 h; volumes de 2, 6 ou 8 mL/kg/%SCT (A, B, C) nao correspondem a formula, e distribuir o volume igualmente ao longo do dia subhidrata a fase de maior extravasamento capilar. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito E

Um paciente de 48 anos apresenta-se no pronto-socorro com dor abdominal intensa e intermitente há 18 horas, com náuseas e vômitos. Ele relata não ter evacuado ou eliminado gases nas últimas 48 horas. Sua história patológica pregressa inclui uma apendicectomia realizada há 20 anos e uma cirurgia para correção de hérnia inguinoescrotal há 5 anos. O exame físico mostrou o paciente lúcido e apirético; sinais vitais: PA 125/80 mmHg, FC 90 bpm, FR 20 ipm, T 36,8 °C. O abdômen está distendido. Peristalse de luta apresenta ruídos metálicos e hipercinéticos. Sente dor à palpação difusa, porém sem sinais de defesa e com ausência de hérnias palpáveis. Os exames laboratoriais registram hemograma com leucócitos de 8.000/mm³ e eletrólitos dentro dos limites normais. Os exames de imagem revelam rotina de abdômen agudo, mostrando distensão de alças intestinais com níveis hidroaéreos, e sem evidências de tumorações. Diante desse quadro clínico, a etapa inicial mais apropriada para o manejo do caso é:

- A. colonoscopia urgente;
- B. administração de laxantes e observação;
- C. cirurgia imediata para exploração abdominal;
- D. alta com orientação para retorno no caso de persistirem os sintomas;
- E. administração intravenosa de líquidos, descompressão nasogástrica e observação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em colica, parada de eliminacao de gases e fezes, distensao, ruidos metalicos e niveis hidroaereos em paciente com DUAS laparotomias previas: obstrucao de delgado por brida. Como nao ha febre, leucocitose, defesa, taquicardia nem sinais de estrangulamento, a conduta inicial e conservadora — jejum, hidratacao venosa, sonda nasogastrica descompressiva e reavaliacoes seriadas, que resolvem a maioria dos casos. Cirurgia imediata (C) so com sofrimento de alca ou falha do tratamento clinico; laxante (B) e colonoscopia (A) sao contraindicados. Resposta E.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Um homem de 55 anos sofreu queda de uma altura de aproximadamente dois metros enquanto trabalhava em uma obra. Ele caiu diretamente sobre o braço direito estendido. No pronto-socorro, apresentava dor intensa, incapacidade de mover o braço direito e deformidade visível no meio do braço. As radiografias mostraram uma fratura diafisária do úmero com desvio. O exame neurovascular estava normal. O tratamento mais apropriado para esse paciente é:

- A. fixação externa;
- B. redução aberta e fixação interna; ✓**
- C. imobilização com uma tipoia e observação;
- D. redução fechada e imobilização com gesso;
- E. administração de analgésicos e alta para casa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura DIAFISARIA de umero COM DESVIO por trauma de alta energia (queda de 2 metros): a banca cobra a indicacao cirurgica — reducao aberta e fixacao interna com placa restaura o alinhamento e permite reabilitacao precoce. O tratamento conservador com brace funcional (opcoes D e C) e reservado a fraturas com desvio aceitavel; fixacao externa (A) fica para fraturas expostas ou com grande perda de partes moles; analgesia e alta (E) ignora a lesao. Vale lembrar de sempre reavaliar o nervo radial, aqui integro. Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Após um traumatismo torácico contuso, um paciente apresenta sinais de tamponamento cardíaco, incluindo hipotensão, taquicardia, aumento da turgência jugular e pulso fino. A conduta clínico-cirúrgica mais apropriada para esse paciente é:

- A. realização de pericardiocentese emergencial;
- B. ultrassonografia e punção aspirativa por agulha fina;
- C. administração de fluidos intravenosos e monitoramento contínuo;
- D. realização de toracotomia de emergência para drenagem do pericárdio; ✓**
- E. inserção de um tubo torácico para drenagem do espaço pleural esquerdo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tamponamento cardiaco por trauma torácico CONTUSO significa sangue no saco pericardico por lesao cardiaca — e sangue coagulado nao sai por agulha. O tratamento definitivo e a abordagem cirurgica com abertura do pericardio e reparo da lesao. A pericardiocentese (A) e apenas medida temporizadora quando nao ha equipe ou centro cirurgico disponivel; punção por agulha fina (B) nao tem lugar em trauma; volume (C) apenas ganha minutos; e drenagem pleural (E) trata pneumo/hemotorax, nao o pericardio. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Um paciente de 58 anos foi submetido a uma gastrectomia subtotal devido a um adenocarcinoma gástrico. Após a cirurgia, ele desenvolveu episódios frequentes de sudorese, palpitações, tonturas e diarreia após as refeições. Essa complicação pós-operatória está relacionada:

- A. ao desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2;
- B. a uma trombose venosa profunda;
- C. à síndrome de dumping; ✓**
- D. ao aumento da densidade óssea;
- E. à presença de úlcera alcalina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sudorese, palpitações, tontura e diarreia LOGO APOS as refeições em gastrectomizado descrevem dumping: com a perda do piloro, o quimo hiperosmolar cai direto no delgado, puxa líquido para a luz e dispara resposta vasomotora (dumping precoce, 15-30 min); o tardio (1-3 h) e por hipoglicemia reativa. O tratamento inicial é dietético — refeições pequenas, fracionadas, pobres em carboidrato simples e sem líquidos junto às refeições. Nenhuma das outras opções explica a relação temporal com a alimentação. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Uma paciente jovem, sem histórico familiar de câncer colorretal, apresenta sintomas como alterações no hábito intestinal, pequeno sangramento retal, dor abdominal, perda de peso inexplicada e palpação abdominal dolorosa no quadrante inferior direito. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A. síndrome do intestino irritável;
- B. doença de Crohn; ✓**
- C. retocolite ulcerativa;
- D. polipose adenomatosa familiar;
- E. síndrome de Gardner. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com alteração do hábito intestinal, sangramento discreto, dor e MASSA PALPAVEL DOLOROSA em quadrante inferior direito, com perda de peso: é doença de Crohn ileocecal, que é transmural, segmentar e tem predileção pelo íleo terminal. A retocolite (C) é contínua, começa no reto e não forma massa em fossa ilíaca direita, além de dar sangramento mais volumoso; síndrome do intestino irritável (A) não emagrece nem sangra; as poliposes (D e E) são assintomáticas por anos e tem história familiar. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Um homem de 26 anos, atlético, em boas condições físicas, se apresenta ao pronto-socorro com dor abdominal intensa no quadrante inferior direito, que começou há 3 dias e piorou progressivamente. Ele relata náuseas, vômitos e febre. Ao exame físico, está taquicárdico, febril (38,5 °C), com defesa muscular e dor à descompressão brusca no quadrante inferior direito. A palpação abdominal revela sinais de irritação peritoneal. Os exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda. Uma tomografia computadorizada de abdômen revela apêndice distendido com parede espessada, líquido livre na cavidade abdominal e sinais de abscesso periapendicular. O diagnóstico mais provável e a abordagem mais adequada para esse paciente são, respectivamente:

- A. apendicite não complicada; apendicectomia laparoscópica com reposição hidroeletrólítica e antibioticoterapia;
- B. apendicite perforada com peritonite; apendicectomia aberta, drenagem do abscesso e antibioticoterapia; ✓**

- C. apendicite retrocecal; observação e antibioticoterapia;
- D. gastroenterite viral; hidratação oral e observação;
- E. doença inflamatória intestinal; corticosteroides e observação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tomografia mostrou líquido livre e ABSCESSO periapendicular em paciente com peritonite generalizada, febre e leucocitose: e apendicite perfurada com peritonite, e paciente com irritação peritoneal difusa vai para cirurgia com drenagem da coleção e antibioticoterapia. O manejo conservador com antibiótico e drenagem percutânea (C) e reservado ao abscesso bloqueado em paciente estável, sem peritonite difusa. Chamar de apendicite não complicada (A) ignora a perfuração; gastroenterite (D) e doença inflamatória (E) não explicam o abscesso. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Uma paciente de 22 anos apresentou quadro de dor pélvica súbita há cerca de 2 horas. Ao exame, constata-se que está hipocorada ++/4, com PA = 90 x 40 mmHg e FC = 118 bpm. Seu abdômen está atípico com dor à palpação difusa, mais acentuada em fossa ilíaca direita, com descompressão dolorosa. O diagnóstico mais provável é:

- A. apendicite aguda;
- B. cisto ovariano direito roto;
- C. gravidez tubária rota; ✓**
- D. mittelschmerz;
- E. torção de ovário direito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica súbita com CHOQUE (PA 90x40, FC 118) e palidez em mulher em idade fértil e gravidez ectópica rota até prova em contrário — e por isso que o beta-hCG é obrigatório antes de qualquer outra hipótese. O DIU não impede gestação ectópica: ao contrário, quando a falha ocorre, a proporção de ectópicas é maior. Cisto roto (B) e torção (E) raramente instabilizam; apendicite (A) é progressiva e febril; mittelschmerz (D) é dor leve do meio do ciclo, autolimitada. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Uma paciente de 23 anos realizou ultrassonografia abdominal de rotina, na qual foi observado nódulo sólido de 4 cm de diâmetro no fígado. Foi realizada tomografia abdominal com contraste venoso trifásico, que mostrou lesão hipercaptante, bem circunscrita, com cicatriz central localizada em segmento VII do fígado. Dentre os diagnósticos abaixo, o mais provável é:

- A. adenoma hepático;
- B. hepatocarcinoma;
- C. hemangioma hepático;
- D. hiperplasia nodular focal; ✓**
- E. colangiocarcinoma periférico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo hepático sólido em mulher jovem, hipervascular na fase arterial, bem circunscrito e com CICATRIZ CENTRAL: é a assinatura da hiperplasia nodular focal, lesão benigna hiperplásica em torno de uma malformação arterial, que dispensa ressecção quando assintomática. Adenoma (A) não tem cicatriz central e tem risco de sangramento e malignização; hemangioma (C) capta de forma globular periférica com preenchimento centripeto; hepatocarcinoma (B) exige hepatopatia de base e faz washout; colangiocarcinoma (D) tem realce tardio. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Uma paciente de 24 anos chega ao consultório relatando dor anal intensa há 4 dias. Ao exame, constata-se nódulo violáceo perianal de 1 cm, localizado posterior à direita, distal à linha denteada e muito doloroso ao toque. Dentre as condutas abaixo, a mais apropriada é:

A. analgésicos tópico e oral, e banho de assento; ✓

B. excisão do trombo com anestesia local;

C. ligadura elástica;

D. escleroterapia com fenol;

E. hemorroidectomia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo perianal violáceo, distal à linha denteada e muito doloroso e trombose de hemorroida externa. O detalhe que decide a conduta é o TEMPO: a excisão do trombo só traz benefício nas primeiras 48 a 72 horas, quando a dor está no pico; com 4 dias de evolução a dor já está regredindo e o tratamento é conservador — analgesia oral e tópica, banho de assento e regularização do hábito intestinal. Ligadura elástica e escleroterapia (C e D) tratam hemorroida INTERNA; hemorroidectomia de urgência (E) é desproporcional. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

O escore BISAP tem sido amplamente utilizado na avaliação prognóstica da pancreatite aguda. Dentre os critérios abaixo, o único que NÃO faz parte desse escore é:

A. presença de derrame pleural;

B. glicemia maior que 200 mg/dL; ✓

C. ureia nitrogenada sérica maior que 25 mg/dL;

D. idade maior que 60 anos;

E. alteração do estado mental.

COMENTÁRIO OSCELABS

O BISAP é um acrônimo de cinco critérios: BUN (ureia nitrogenada) > 25 mg/dL, Impaired mental status (alteração do estado mental), SIRS, Age (idade) > 60 anos e Pleural effusion (derrame pleural). Glicemia acima de 200 mg/dL NÃO faz parte dele — pertence aos critérios de Ranson na admissão, junto com idade > 55 anos, leucócitos > 16.000, LDH e TGO. Confundir os dois escores é o erro mais comum nessa questão. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Um paciente de 58 anos buscou atendimento médico queixando-se de febre e dor em fossa ilíaca esquerda. Realizou tomografia, que mostrou sigmoide espessado com vários divertículos e presença de abscesso pericólico de 6 cm, restrito ao mesentério. A melhor conduta inicial para esse paciente é:

A. antibioticoterapia oral ambulatorial;

- B. antibioticoterapia venosa exclusiva;
- C. antibioticoterapia venosa e drenagem percutânea; ✓**
- D. laparotomia com irrigação da cavidade abdominal;
- E. laparotomia com procedimento de Hartmann.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda com abscesso pericólico de 6 cm restrito ao mesentério corresponde a Hinchey Ib/II. A regra prática: abscesso com 4 cm ou mais drena — antibiótico venoso ASSOCIADO a drenagem percutânea guiada por imagem, deixando a cirurgia eletiva para depois, já com o processo resfriado. Antibiótico oral ambulatorial (A) só na diverticulite não complicada; antibiótico venoso isolado (B) tende a falhar em coleção desse tamanho; laparotomia e Hartmann (D e E) ficam para peritonite purulenta ou fecal (Hinchey III/IV). Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Uma paciente de 45 anos, com diagnóstico de colelitíase há 1 ano, apresenta dor em hipocôndrio direito, icterícia ++/4, temperatura axilar de 38 °C, PA: 110 x 70 mmHg e bilirrubina total de 4,6 mg/dL, com bilirrubina direta de 3,2 mg/dL. Realizou ultrassonografia de abdômen, que mostrou vesícula de paredes finas, contendo múltiplos cálculos e discreta dilatação das vias biliares extra-hepáticas. Além da antibioticoterapia venosa, a conduta mais apropriada neste momento é:

- A. hidratação e medidas de suporte, somente; ✓**
- B. papilotomia endoscópica de urgência;
- C. drenagem cirúrgica das vias biliares com dreno de Kehr;
- D. colecistectomia de urgência com colangiografia;
- E. drenagem biliar externa trans-hepática. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocondrio direito, febre e icterícia com hiperbilirrubinemia direta e via biliar dilatada compoem a triade de Charcot — colangite aguda. A paciente está HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, sem confusão mental nem disfunção orgânica (Tokyo grau I): a conduta é antibiótico, hidratação e suporte, reservando a drenagem para quem não responde em 24 h ou já abre com gravidade. Papilotomia de urgência (B) e as drenagens invasivas (C e E) são para colangite grave ou refratária; colecistectomia (D) na vigência de colangite não resolve a obstrução. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Um homem de 28 anos, admitido no pronto-socorro após um acidente automobilístico, apresenta ectoscopicamente sinais evidentes de trauma abdominal. Na avaliação neurológica inicial, está consciente, mas confuso. Seus sinais vitais são: pressão arterial de 85/60 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, frequência respiratória de 28 ipm, saturação de oxigênio de 94% em ar ambiente. Sua pele está fria e pegajosa, com enchimento capilar prolongado. Refere dor intensa no abdômen. O abdômen está tenso e distendido, com dor à palpação e sem peristaltismo audível. Os exames complementares mostram hemoglobina 8 g/dL com hematócrito de 24%. Foi realizado um FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma), que mostrou líquido livre na cavidade peritoneal. Radiografia de tórax e pelve não mostrou fraturas. Nesse momento, seu diagnóstico é de choque hipovolêmico grau III por hemorragia intra-abdominal. A conduta adotada deverá ser:

- A. administração de solução salina isotônica e monitoramento em observação;
- B. transfusão sanguínea de hemoderivados na relação 1/1/1 e intervenção cirúrgica imediata; ✓**
- C. administração de medicamentos vasopressores para aumentar a pressão arterial;

- D. administração de diuréticos para reduzir a pressão intra-abdominal;
- E. realização de tomografia computadorizada (TC) de abdômen para avaliação adicional antes de qualquer intervenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque hemorrágico grau III com FAST positivo e abdome tenso: o paciente está sangrando dentro do abdome e o único tratamento é parar o sangramento. Enquanto isso, ressuscitação com hemocomponentes na proporção 1:1:1 (hemácia, plasma, plaqueta), evitando cristalóide em excesso. Instável NAO vai para tomografia (E) — esse é o erro clássico. Cristalóide isolado com observação (A) dilui e coagulopatiza; vasopressor (C) mascara a hipovolemia; diurético (D) é deletério. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Um paciente de 81 anos, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva, é internado para tratamento de pneumonia. Após alguns dias de tratamento com antibióticos e repouso no leito, ele começa a apresentar distensão abdominal significativa, dor leve e náuseas, mas sem vômitos. Não apresenta sinais clínicos de peritonite aos exames físico e laboratorial. Radiografias do abdômen mostram dilatação importante dos cólons, principalmente no ceco e cólon ascendente, porém sem evidência de obstrução mecânica. Diante desse quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem inicial para o manejo desse paciente são, respectivamente:

- A. síndrome de Ogilvie e tratamento com neostigmina; ✓**
- B. colite pseudomembranosa e tratamento com metronidazol;
- C. obstrução intestinal por brida e tratamento com cirurgia exploratória;
- D. vôlvo de sigmoide e tratamento com sigmoidoscopia descompressiva;
- E. íleo paralítico e tratamento com reposição de eletrólitos e mobilização precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso hospitalizado, imobilizado, com doenças graves de base, que desenvolve dilatação maciça de colon (sobretudo ceco e ascendente) SEM ponto de obstrução mecânica e SEM peritonite: é pseudo-obstrução colônica aguda, a síndrome de Ogilvie. Após suporte inicial e correção de eletrólitos, o tratamento farmacológico consagrado é a neostigmina, sob monitorização cardíaca. Íleo paralítico (E) é difuso e envolve o delgado; vôlvo (D) faz alca em 'grão de café'; colite pseudomembranosa (B) cursa com diarreia. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Um paciente de 55 anos apresenta-se no consultório com queixa de uma protuberância na região inguinal direita que se estende até o escroto. Ele relata que a protuberância aparece principalmente quando faz esforço físico, como levantar pesos, e desaparece quando está deitado. Não há sinais de dor intensa, febre ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, observa-se uma massa inguinoescrotal redutível ao repouso e com manobras de redução manual. Não há sinais de estrangulamento ou obstrução. A melhor técnica cirúrgica para tratar a hérnia inguinoescrotal redutível desse paciente será:

- A. herniorrafia convencional pela técnica de Shouldice;
- B. redução digital, observação clínica sem intervenção cirúrgica e uso de funda;
- C. herniorrafia laparoscópica transabdominal pré-peritoneal (TAPP);
- D. herniorrafia convencional pela técnica de Lichtenstein; ✓**
- E. herniorrafia convencional sem reforço de tecido à Bassini.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hernia inguinoescrotal REDUTIVEL em adulto e indicacao de correcao eletiva. A tecnica classica de escolha, com menor recidiva e curva de aprendizado favoravel, e a hernioplastia com TELA sem tensao pela tecnica de Lichtenstein. Shouldice (A) e Bassini (E) sao reparos apenas teciduais, com mais recidiva; a via laparoscopica TAPP (C) e boa opcao em hernias bilaterais ou recidivadas, mas nao e a resposta padrao para o caso simples; funda e observacao (B) nao tratam e aumentam o risco de encarceramento. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Durante o pneumoperitônio para realização de cirurgias por acesso videolaparoscópico, algumas alterações hemodinâmicas podem ocorrer no paciente. Em relação a essas alterações, é correto afirmar que:

- A. há diminuição do débito cardíaco, com aumento do retorno venoso;
- B. ocorre hipotensão por compressão mecânica da aorta abdominal;
- C. a oligúria ocorre devido à hipercapnia e retenção de bicarbonato pelos rins;
- D. a bradicardia ocorre por estímulo vasovagal pela distensão abdominal; ✓**
- E. arritmias cardíacas e outros distúrbios de ritmo cardíaco são raros. Pediatria

COMENTÁRIO OSCELABS

A insuflacao rapida do pneumoperitonio distende o peritonio e dispara reflexo VAGAL, cursando com bradicardia e ate assistolia — motivo pelo qual se recomenda insuflacao lenta e atencao a atropina disponivel. Nas demais: o debito cardíaco CAI justamente porque o retorno venoso diminui pela compressao da cava (A esta invertida); a compressao aortica nao e a causa de hipotensao (B); a oliguria vem da compressao direta do parenquima renal e das veias renais, nao de bicarbonato (C); e arritmias por hipercapnia NAO sao raras (E). Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito E

Uma adolescente de 12 anos apresenta pelos espessos e esparsos em genitália e mamas/mamilos aumentados, sem contorno definido. É correto afirmar que:

- A. a adolescente tem o desenvolvimento puberal adequado para a sua idade;
- B. a adolescente tem o desenvolvimento puberal atrasado para a sua idade;
- C. o diagnóstico de pubarca precoce deve ser investigado;
- D. o diagnóstico de telarca precoce deve ser investigado;
- E. os dados apresentados não permitem avaliação do desenvolvimento puberal. Residência Médica FGV
Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 - ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao exige estadiamento de Tanner, e a descricao oferecida mistura descritores de estagios diferentes e nao permite classificar com seguranca mamas e pelos pubianos — sem estagio definido nao ha como afirmar se o desenvolvimento e adequado (A) ou atrasado (B) para 12 anos. Alem disso, aos 12 anos telarca e pubarca ja sao FISIOLÓGICAS: precocidade exige inicio antes de 8 anos na menina, o que elimina as hipoteses de pubarca e telarca precoces (C e D). Resposta E.

QUESTÃO 42 — Gabarito E

Um recém-nascido de 21 dias, com idade gestacional de 32 semanas, peso de nascimento de 1.600 g, está internado na UTI neonatal com sépsis, em suporte ventilatório e hemodinâmico. A vacinação do paciente deve:

- A. ocorrer de acordo com sua idade corrigida;
- B. ocorrer imediatamente para estimulação imunológica;
- C. ser realizada quando a criança tiver peso acima de 3 kg;
- D. ser realizada após a alta hospitalar;
- E. ser realizada durante a internação, sem vacinas com vírus vivos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro internado NAO fica sem vacina esperando alta: o calendario segue a idade CRONOLOGICA (nao a corrigida) e sem reducao de dose. O que muda na unidade neonatal e a contraindicacao de vacinas de VIRUS/BACTERIA VIVOS durante a internacao — BCG (que ainda depende de peso maior ou igual a 2 kg) e rotavirus, pelo risco de disseminacao e transmissao horizontal na UTI. Por isso adiar tudo para apos a alta (D), esperar 3 kg (C) ou usar idade corrigida (A) estao errados. Resposta E.

QUESTÃO 43 — Gabarito E

Um lactente de 10 meses apresentou febre alta (39 °C) e coriza hialina por 3 dias. No quarto dia de doença, 12 horas após o último pico febril, surge exantema maculopapular em tronco que se dissemina para os membros. Ao exame, apresenta discreta hiperemia de orofaringe, linfonodos cervicais sem características inflamatórias e exantema maculopapular eritematoso difuso. Diante desse quadro, o diagnóstico correto é:

- A. escarlatina;
- B. sarampo;
- C. varicela;
- D. rubéola;
- E. exantema súbito. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A pista de ouro do exantema subito (roseola, herpes-virus humano 6) e a CRONOLOGIA: febre alta por 3 a 5 dias em lactente em bom estado geral e o exantema maculopapular que surge justamente QUANDO A FEBRE CESSA, poupando o estado geral. No sarampo (B) o exantema aparece no auge da febre, com tosse, coriza e conjuntivite intensas e manchas de Koplik; rubéola (D) traz linfonodos retroauriculares dolorosos; escarlatina (A) da lingua em framboesa e pele em lixa; varicela (C) e vesicular. Resposta E.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Os pais de um escolar em tratamento de rinite alérgica com corticoide nasal procuraram o posto de saúde para aplicação da vacina HPV (papilomavírus humano). Em vista do quadro apresentado, o agente do posto de saúde deverá:

- A. orientar os pais a vacinarem a criança após o término do tratamento;
- B. suspender a medicação por 7 dias após a vacinação;
- C. vacinar a criança com as orientações habituais; ✓**
- D. vacinar a criança com a dose dobrada da vacina;
- E. vacinar a criança, advertindo quanto à possibilidade de reações vacinais mais intensas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corticoide nasal topico NAO causa imunossupressao sistematica clinicamente relevante e, portanto, nao contraindica nem adia nenhuma vacina, inclusive as de virus vivo atenuado — muito menos a HPV, que e vacina INATIVADA (recombinante). A criança deve ser vacinada normalmente, com as orientacoes de rotina. So o corticoide SISTEMICO em dose imunossupressora (cerca de 2 mg/kg/dia ou 20 mg/dia de prednisona por 14 dias ou mais) exige adiar vacinas de virus vivo. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito C

Dentre as situações a seguir, aquela em que o recém-nascido tem dois critérios para icterícia patológica é:

A. RN a termo, icterícia desde 37 horas de vida, bilirrubina total = 4 mg/dl, bilirrubina indireta = 3,1 mg/dl;

B. RN prematuro, 6º dia de vida, bilirrubina total = 3 mg/dl, bilirrubina indireta = 2,2 mg/dl;

C. RN a termo, icterícia desde 12 horas de vida, bilirrubina total = 2 mg/dl, bilirrubina indireta = 0,8 mg/dl; ✓

D. RN prematuro, 39 horas de vida, bilirrubina total = 8 mg/dl, aumento de bilirrubina em seis horas = 0,1 mg/dl/hora;

E. RN prematuro, grupo sanguíneo/RH: RN = O+ e mãe =A+, icterico no 12º dia de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sao criterios de icterícia PATOLOGICA: inicio antes de 24 horas de vida, bilirrubina que sobe mais de 0,5 mg/dL por hora, niveis acima do esperado para as horas de vida, icterícia alem de 1-2 semanas e BILIRRUBINA DIRETA elevada (acima de 1-2 mg/dL ou mais de 20% do total). A opcao correta reúne DOIS deles: inicio com 12 horas de vida e componente direto de 1,2 mg/dL num total de 2,0 mg/dL (60% do total, claramente colestatico). As demais trazem apenas um criterio ou nenhum. Resposta C.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Segundo os critérios de ROMA IV para lactentes, escolares e adolescentes, na síndrome do intestino irritável:

A. a criança tem diarreia associada a perda ponderal nos últimos 2 meses;

B. a dor abdominal é aliviada após resolução da constipação;

C. a dor abdominal é acompanhada de alteração na frequência das evacuações; ✓

D. a criança tem evacuação Bristol 6 na primeira evacuação do dia, seguida por Bristol 1 nas demais evacuações;

E. os sintomas acontecem por pelo menos 1 mês antes do diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos criterios de Roma IV, a síndrome do intestino irritavel exige dor abdominal ao menos 4 dias por mes por pelo menos 2 MESES, associada a defecacao e/ou a mudanca na FREQUENCIA ou na FORMA das fezes, sem doenca organica que explique. Dor que alivia apenas com a resolucao da constipacao (B) e constipacao funcional; diarreia com perda ponderal (A) e sinal de alarme e afasta transtorno funcional; e o criterio temporal minimo nao e de 1 mes (E). Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

M-CHAT-R é um teste utilizado no transtorno do espectro autista para:

A. diagnóstico da síndrome de Asperger;

B. triagem dos sinais precoces; ✓

C. acompanhamento do neurodesenvolvimento;

- D. avaliação de TEA entre 9 e 15 meses de idade;
- E. estadiamento do grau de autismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) e instrumento de TRIAGEM, respondido pelos pais e aplicado entre 16 e 30 meses, para identificar sinais precoces de risco de transtorno do espectro autista — quem tem triagem positiva segue para avaliação diagnóstica especializada. Ele não diagnóstica (A), não estadia gravidade (E), não é instrumento de vigilância global do neurodesenvolvimento (C) e não se aplica a partir de 9 meses (D). Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito E

Uma primípara comparece à consulta de puericultura com seu filho de 2 meses. Durante a consulta, o pediatra percebe que ela está prestes a abandonar o aleitamento materno exclusivo e conduz a conversa de forma a mantê-lo. Nessa conversa é importante ser empático, evitando:

- A. fazer perguntas abertas que permitam à mãe expressar argumentos contra a manutenção da amamentação;
- B. recorrer à comunicação não verbal, uma vez que esta pode induzir a erros de interpretação, tornar-se inapropriada ou gerar problemas éticos;
- C. aceitar as opiniões da mãe durante a conversa, a fim de demonstrar, de forma clara e incisiva, que a posição expressa nessas opiniões está equivocada;
- D. usar palavras que possam ser interpretadas como julgamento, exceto quando possam efetivamente levar ao desmame;

E. subestimar os sentimentos da mãe, a fim de demonstrar, durante a conversa, que eles podem ser compreendidos e valorizados. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O aconselhamento em aleitamento se apoia em escuta ativa: perguntas abertas, empatia, aceitação das opiniões da mãe sem julgamento e uso deliberado da comunicação não verbal (postura, contato visual, toque). O que se deve EVITAR é subestimar ou minimizar os sentimentos da mãe — reconhecer e valorizar o que ela sente e justamente o que abre espaço para a mudança. As demais alternativas descrevem técnicas recomendadas ou as invertem para parecerem erradas. Resposta E.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Uma adolescente com 11 anos é levada à emergência em pediatria por apresentar vômitos. Reside com a avó, que informalmente assumiu a guarda e que frequentemente desvaloriza os genitores, pois a adolescente fora abandonada pela mãe por ser fruto de gestação não desejada e nunca teve contato com o pai. A avó está em tratamento de depressão, imputando seu sofrimento à adolescente. Nesse caso, a notificação:

- A. deverá ser feita, pois existem fatos justificando a suspeita de violência; ✓**
 - B. somente será feita após a localização da mãe, que possui a guarda legal;
 - C. deve ser registrada após concordância de ambas as envolvidas no caso;
 - D. só poderá ser feita caso existam provas da violência contra a adolescente;
 - E. poderá ocorrer caso a adolescente manifeste o desejo de que haja denúncia. Residência Médica FGV
- Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A notificação de violência contra criança e adolescente e COMPULSORIA diante da SUSPEITA, não exigindo prova, confirmação, autorização da família nem consentimento da vítima — o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Portaria de notificação compulsória são explícitos. Aqui há elementos concretos (abandono, desvalorização dos genitores, responsabilização da adolescente pelo sofrimento da cuidadora, sintomas somáticos) sugestivos de violência psicológica e negligência. Notificar não é denunciar: e proteger e acionar a rede. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Um adolescente saudável de 16 anos comparece à clínica da família para atualizar sua situação vacinal. Alega que só recebeu vacinas no primeiro ano de vida, mas, 2 meses antes, fez uma dose de vacina para difteria e tétano (dT), para se matricular em um curso. Em sua caderneta da criança, há registro das seguintes vacinas: duas doses da vacina contra hepatite B (HB); duas doses da vacina contra difteria, tétano e pertussis (DTP); uma dose da vacina contra febre amarela (VFA); uma dose da vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral). A atualização deverá ser feita com:

- A. duas doses da VFA, duas doses da dT, duas doses da tríplice viral, duas doses de vacina contra HPV e uma dose da vacina meningocócica ACWY;
- B. duas doses da HB, duas doses da VFA, uma dose da tríplice viral, uma dose da vacina contra HPV e duas doses da vacina meningocócica ACWY;
- C. uma dose da HB, uma dose da VFA, uma dose da tríplice viral, uma dose da vacina contra HPV e uma dose da vacina meningocócica ACWY; ✓**
- D. uma dose da HB, uma dose da DTP, duas doses da tríplice viral, duas doses da vacina contra HPV e uma dose da vacina meningocócica ACWY;
- E. uma dose da VFA, uma dose da dT, uma dose da tríplice viral, uma dose da vacina contra HPV e duas doses da vacina meningocócica ACWY.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 16 anos o esquema se completa, não se reinicia. Faltam: 1 dose de hepatite B (para fechar as 3), 1 dose de febre amarela (esquema de 2 doses até os 59 anos, já tem 1), 1 dose de tríplice viral (2 doses até os 29 anos, já tem 1), 1 dose de HPV (esquema de dose única vigente) e 1 dose de meningocócica ACWY. A dT já foi feita há 2 meses e não se repete agora; DTP não se aplica acima de 7 anos — por isso as opções que duplicam doses ou trazem DTP estão erradas. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Um escolar com 5 anos é atendido em uma unidade básica de saúde com história de diarreia iniciada 2 dias antes. Houve aumento da frequência das evacuações há 24 horas, e o paciente apresentou um episódio de vômitos há 12 horas. Ao exame físico, mostrou-se intranquilo, chorando sem lágrimas, com a língua levemente seca. A conduta imediata é:

- A. fazer hidratação oral com 75 mL/kg (sais de reidratação) em 4 horas; não medicar; observação no local; ✓**
- B. iniciar hidratação venosa com 10 mL/kg em 30 minutos; prescrever ondansetrona; transferir para unidade hospitalar;
- C. orientar quando à ingestão de líquidos; não usar medicamentos; dar alta com orientações sobre o retorno;
- D. prescrever hidratação venosa com 70 mL/kg em 2,5 horas; usar antieméticos; manter naquela unidade de saúde;
- E. indicar hidratação oral com 20 mL/kg (sais de reidratação), usar ondansetrona; retornar para casa com orientação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança irritada/intranquila, chorando SEM lágrimas e com mucosa seca tem desidratação leve a moderada — Plano B da terapia de reidratação oral: 75 mL/kg de solução de reidratação oral em 4 horas, na própria unidade, sob observação, sem medicamentos antidiarreicos. Hidratação venosa (B e D) e para o Plano C (desidratação grave ou choque) ou falha da via oral; liberar só com orientação (C) e Plano A, para quem não está desidratado; e 20 mL/kg (E) e volume insuficiente. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Um menino de 3 anos apresenta história de dificuldade para evacuar desde o primeiro ano de vida. Fica alguns dias sem evacuar e só evacua com o uso de doses altas de laxante ou com enemas. A mãe refere que ele demorou 4 dias para evacuar após nascer e o fez porque usou supositório. Tem pouco apetite e não ganha peso adequadamente. O exame clínico revelou distensão abdominal e saída de fezes explosivas ao toque retal. Realizou exames laboratoriais e clister opaco. Com base na principal hipótese diagnóstica, é esperado encontrar no exame radiológico uma área de intestino:

- A. dilatada, apresentando extensão limitada, iniciando em qualquer local no colo, correspondendo à região agangliônica;
- B. estreitada, que acomete o colo descendente, poupando as porções distais, sendo a área com gânglios;
- C. estreitada, que inicia distalmente e se estende proximalmente, correspondendo à região agangliônica; ✓**
- D. dilatada, de extensão variada, que ocorre nas porções mais distais e que demonstra a parte agangliônica;
- E. estreitada, que apresenta extensão limitada, tendo início proximal, traduzindo a porção com gânglios.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retardo de eliminação do meconio além de 48 horas, constipação refratária desde o período neonatal, desnutrição e saída EXPLOSIVA de fezes ao toque retal (sinal do jato) apontam para megacolon aganglionico congenito — doença de Hirschsprung. No enema opaco, o segmento AGANGLIONICO e o ESTREITO e começa distalmente (reto/sigmoide), estendendo-se proximalmente até a zona de transição em cone, acima da qual o colo normal está dilatado. As opções que chamam o segmento dilatado de agangliônico invertem o conceito. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Um escolar masculino de 9 anos está em acompanhamento na unidade básica por dor no joelho direito iniciada 2 meses antes. Há inchaço no local e a dor o impede de praticar basquete no time do clube. Não há história de trauma. No exame físico há edema e dor sobre a porção distal do tendão patelar direito, além de uma proeminência firme e fixa do tubérculo tibial. A radiografia do joelho está normal. O médico orientou repouso, afastamento temporário do basquete e fisioterapia. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. síndrome de Sinding-Larsen-Johansson;
- B. síndrome da dor patelofemoral;
- C. doença de Osgood-Schlatter; ✓**
- D. doença de Legg-Calvé-Perthes;
- E. rotura do ligamento cruzado anterior. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor e edema sobre a INSERCAO DISTAL DO TENDAO PATELAR com proeminencia firme do TUBERCULO TIBIAL em atleta em fase de estirao, sem trauma e com radiografia normal, e a osteocondrose de tracao de Osgood-Schlatter; o tratamento e conservador (repouso relativo, gelo, alongamento e fortalecimento). Sinding-Larsen-Johansson (A) acomete o POLO INFERIOR DA PATELA, nao a tibia; dor patelofemoral (B) e anterior difusa, sem massa; Legg-Calve-Perthes (D) e no quadril; lesao de LCA (E) exige trauma e instabilidade. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Schistosoma, um helminto pertencente à classe Trematoda, à família Schistosomatidae e ao gênero Schistosoma, são vermes digenéticos, delgados, de coloração branca e sexos separados. A fêmea adulta, mais alongada, encontra-se alojada em uma fenda do corpo do macho, denominada canal ginecóforo. O ser humano é o principal hospedeiro definitivo do *S. mansoni*. É nele que o parasita desenvolve a forma adulta e se reproduz sexuadamente, gerando ovos que são disseminados no meio ambiente por meio das fezes, ocasionando a contaminação das coleções hídricas. O ciclo biológico do *S. mansoni* depende da presença do hospedeiro intermediário no ambiente. Os caramujos gastrópodes aquáticos, pertencentes à família Planorbidae e ao gênero Biomphalaria, são os organismos que possibilitam a reprodução assexuada do helminto. Com relação ao período de transmissibilidade dessa doença, é correto afirmar que:

- A. a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 5 semanas após a infecção e por um período de 6 a 10 anos, podendo chegar a até mais de 20 anos; ✓**
- B. os hospedeiros intermediários começam a eliminar miracidios após 4 a 7 semanas da infecção pelas cercárias;
- C. os caramujos infectados eliminam cercárias por toda a vida, que é aproximadamente de 3 anos;
- D. a pessoa infectada pode eliminar ovos viáveis de *S. mansoni* a partir de 1 semana após a infecção e por um período de 6 meses a 1 ano;
- E. os hospedeiros permissivos ou reservatórios, como os primatas, marsupiais (gambá), ruminantes, roedores e lagomorfos (lebres e coelhos), são considerados reservatórios que não eliminam ovos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na esquistossomose, o humano começa a eliminar ovos viáveis cerca de 5 semanas após a infecção (fim do período prepatente) e pode manter essa eliminação por 6 a 10 anos, chegando a mais de 20 anos — por isso um único caso mantém a transmissão por décadas. Os erros dos distratores são conceituais: o caramujo elimina CERCÁRIAS (não miracidios, que são a forma que sai do ovo e infecta o molusco), e os hospedeiros permissivos/reservatórios, como roedores e primatas, ELIMINAM ovos e participam do ciclo. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Um jovem de 18 anos foi atendido em uma unidade básica de saúde com um quadro de segundo episódio de uretrite gonocócica em 3 meses. Após aconselhamento pela equipe, o tratamento instituído foi:

- A. doxiciclina 100 mg, 1 comprimido via oral, 12/12h por 30 dias;
- B. ceftriaxona 1g, intramuscular, dose única;
- C. ceftriaxona 500 mg, intramuscular, dose única + azitromicina 500 mg, 4 comprimidos via oral, dose única; ✓**
- D. ciprofloxacino 500 mg, via oral, 12/12h por 7 dias;
- E. azitromicina 500 mg, via oral, por 10 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uretrite gonocócica de repetição segue o esquema do Ministério da Saúde: ceftriaxona 500 mg intramuscular em dose única ASSOCIADA a azitromicina 1 g via oral em dose única — a associação cobre a coinfeção por clamídia (frequente) e reduz pressão de resistência do gonococo. Ceftriaxona isolada (B) deixa a clamídia sem cobertura; ciprofloxacino (D) foi abandonado pela alta resistência do gonococo no Brasil; doxiciclina e azitromicina prolongadas (A e E) não tratam gonococo adequadamente. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

A cólera é causada pela bactéria *Vibrio cholerae* toxigênica dos sorogrupos O1 ou O139. O *Vibrio cholerae* O1 pode ser classificado em dois biotipos: Clássico e El Tor, que apresentam diferenças em relação às propriedades fenotípicas e genotípicas, patogenicidade e padrões de infecção e sobrevivência nos hospedeiros humanos. O uso de antibióticos é complementar ao tratamento e não substitui a administração de líquidos e solução de sais de reidratação oral ou de fluidos endovenosos (a reidratação é a base da terapia). Dessa maneira, o antibiótico de primeira escolha, indicado pelo Ministério da Saúde, para tratamento da cólera é:

- A. doxiciclina 2 mg/kg a 4 mg/kg, em dose única, por via oral;
- B. sulfametoxazol + trimetoprima 400/80 mg, 12/12h por 5 dias, por via oral;
- C. amoxicilina + clavulanato 875/125 mg, 12/12h por 7 dias;
- D. gentamicina 80 mg, por via oral, em dose única; ✓**
- E. cefepime 2 g, por via endovenosa, 8/8h por 10 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cólera a base do tratamento é a reidratação — o antibiótico é COMPLEMENTAR, reduzindo o volume e a duração da diarreia e o tempo de excreção do vibrião, e a banca cobrou o esquema em dose única por via oral recomendado pelo Ministério da Saúde. Os distratores erram pelo formato ou pela indicação: sulfametoxazol-trimetoprima e amoxicilina-clavulanato (B e C) não são primeira escolha e exigem dias de tratamento, e cefepime venoso por 10 dias (E) é completamente desproporcional a uma diarreia toxigênica. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

A síndrome urêmica hemolítica típica (SHU) é uma doença do grupo das microangiopatias trombóticas. São distúrbios caracterizados por anemia hemolítica microangiopática não imune, trombocitopenia e insuficiência multissistêmica. A SHU está associada a infecções intestinais por bactérias produtoras da toxina Shiga, em especial a *Escherichia coli* enterohemorrágica invasiva (STEC - Shiga-toxin-producing strains of *E. coli*). Carne mal-cozida, especialmente hambúrguer, leite e suco não pasteurizados, além de frutas e vegetais crus, podem estar contaminados por essas bactérias. A doença geralmente tem início abrupto com quadro de diarreia, muitas vezes com sangue e dor abdominal. Em adultos, geralmente é autolimitada a 5-10 dias. Porém, em crianças, observa-se maior associação à SHU. Com relação a essa doença em crianças, é correto afirmar que:

- A. o antibiótico de escolha é o ciprofloxacino;
- B. a terapia antibiótica pode aumentar o risco de SHU e a plasmaférese pode auxiliar pacientes com doença por *e. coli* enterohemorrágica invasiva produtora da toxina SHIGA; ✓**
- C. rifaximina associada a fluorquinolona deve ser administrada imediatamente em casos de diarreia hemorrágica;
- D. vancomicina 125 mg, por via oral, quatro vezes ao dia, associada a fidaxomicina 200 mg, duas vezes ao dia durante 10 dias, é o tratamento indicado;

E. sulfametoxazol + trimetoprima 800/160 mg a cada 6h por 28 dias é o tratamento de escolha. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Na colite por *E. coli* produtora de toxina Shiga, o ANTIBIOTICO E CONTRAINDICADO: ao lisar a bactéria, aumenta a liberação de toxina Shiga e o risco de síndrome hemolítico-urêmica, sobretudo em crianças — por isso a conduta e suporte, hidratação e evitar também antidiarreicos. A plasmaferese é recurso nos casos graves/neurológicos. Ciprofloxacino, rifaximina e sulfametoxazol-trimetoprima (A, C, E) repetem o erro de antibioticar; vancomicina com fidaxomicina (D) e esquema de *Clostridioides difficile*. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito E

Coqueluche é uma infecção aguda do trato respiratório causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A palavra coqueluche significa “tosse violenta”, expressão que descreve apropriadamente a característica mais consistente e proeminente da doença. O nome chinês para coqueluche é “tosse de 100 dias”, termo que descreve o curso clínico da doença com precisão. A identificação de *B. pertussis* foi relatada pela primeira vez por Bordet e Gengou em 1906. A classe de antibióticos mais adequada para tratamento dessa doença é:

- A. fosfomicina;
- B. quinolona;
- C. tetraciclina;
- D. beta-lactâmico;

E. macrolídeo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento da coqueluche é feito com MACROLÍDEO — azitromicina (preferida em lactentes menores de 1 mes), claritromicina ou eritromicina — que erradica a *Bordetella* da nasofaringe, interrompe a transmissão e, se iniciado na fase catarral, atenua a doença; a mesma classe é usada na quimioprofilaxia dos contatos. Beta-lactâmicos (D) não são eficazes contra *Bordetella pertussis*; quinolona e tetraciclina (B e C) têm restrição pediátrica e não são escolha; fosfomicina (A) é para infecção urinária. Resposta E.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Um lactente de 9 meses, com fácies síndrômica, assintomático, apresenta ausculta cardíaca com ritmo regular, bulhas normofonéticas com desdobramento variável da segunda bulha, sopro sistólico 2+/6+ mais audível em borda esternal esquerda baixa, sem irradiação, que diminui com a posição sentada. Os pulsos femorais são palpáveis. Nesse caso, o médico deve:

- A. internar a criança para realização de exames;
- B. encaminhar a criança para avaliação do cardiopediatra; ✓**
- C. iniciar medicação cardiológica (furosemida e captopril);
- D. solicitar teste de oximetria de pulso;
- E. considerar o achado como funcional, sem necessidade de encaminhamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sopro descrito tem características de inocente (sistólico 2+/6+, sem irradiação, que MUDA com a postura, em lactente assintomático com pulsos femorais palpáveis), mas o dado que muda a conduta é a **FACIES SINDRÔMICA**: síndromes genéticas têm prevalência muito maior de cardiopatia congênita, e nesse contexto o sopro nunca deve ser rotulado como funcional sem avaliação (E). Não há sinais de insuficiência cardíaca que justifiquem internação (A) ou medicação (C); o encaminhamento ambulatorial ao cardiopediatra para ecocardiograma e a conduta proporcional. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Um escolar de 10 anos apresenta queixa de cansaço, dores nas pernas que o acordam durante a noite e emagrecimento de 2 kg no último mês. Apresenta as seguintes alterações ao exame físico: palidez cutâneo-mucosa 3+/4+, sopro sistólico 2+/6+ em bordo esternal esquerdo, taquicardia (FC = 120 bpm), fígado a 2,5 cm do RCD, ponta de baço palpável, dor à palpação do terço proximal da tíbia bilateralmente e petéquias esparsas em membros. O quadro clínico é sugestivo de:

- A. anemia falciforme;
- B. leucemia; ✓**
- C. zika vírus;
- D. endocardite infecciosa;
- E. toxoplasmose. Obstetrícia e Ginecologia

COMENTÁRIO OSCELABS

Palidez acentuada, hepatoesplenomegalia, petéquias e — a pista mais específica — DOR OSSEA que desperta a noite, com dor à palpação das metafises, em escolar com emagrecimento: é leucemia aguda (infiltração medular). A tríade citopenica (anemia, plaquetopenia e cansaço) somada a organomegalia obriga hemograma com esfregaço e mielograma. Anemia falciforme (A) tem crises vaso-oclusivas e história desde lactente; endocardite (D) da febre e sopro novo; zika e toxoplasmose (C e E) não produzem dor ossea metafisária com petéquias. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Uma paciente de 24 anos, saudável, é usuária de dispositivo intrauterino de cobre. Refere vida sexual ativa com uso de preservativos e última menstruação há 10 dias. Há 2 horas, iniciou-se uma dor de instalação aguda, de padrão constante, em fossa ilíaca direita, sem irradiação, associada a náuseas e vômitos. Nega sangramento vaginal, febre, dor lombar, mudança de hábito intestinal ou urinário. A ultrassonografia transvaginal evidenciou aumento do ovário direito, comprometimento do fluxo sanguíneo em região anexial do mesmo lado e líquido livre em fundo de saco. A hipótese mais provável é:

- A. gestação ectópica à direita;
- B. abscesso ovariano à direita;
- C. torção de ovário e tuba uterina à direita; ✓**
- D. apendicite;
- E. pielonefrite à direita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica SUBITA e intensa com náuseas e vômitos, ovário aumentado e — o achado decisivo — COMPROMETIMENTO DO FLUXO SANGÜÍNEO anexial ao Doppler: e torção anexial, uma emergência cirúrgica (a destorção com preservação ovariana e o objetivo). Gravidez ectópica (A) exigiria atraso menstrual e beta-hCG positivo (a paciente menstruou há 10 dias); abscesso (B) e pielonefrite (E) cursam com febre; apendicite (D) tem dor progressiva com anorexia e não altera o fluxo ovariano. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito E

Uma paciente de 18 anos chega à emergência do hospital referindo ter sido vítima de violência sexual há 2 horas em uma festa. Relata que, no ato, houve penetração. Ela desconhece o agressor, o qual não usou preservativo. A abordagem inicial deve incluir:

- A. atendimento inicial exclusivo por médico;
- B. encaminhamento da paciente primeiramente ao instituto médico legal;
- C. encaminhamento da paciente para realizar boletim de ocorrência antes do atendimento médico;
- D. início de profilaxia para as doenças sexualmente transmissíveis e prevenção de gravidez em até 5 dias;
- E. avaliação do estado geral de saúde, orientação e proteção contra doenças de transmissão sexual, prevenção de gravidez e coleta de materiais biológicos ou outros indícios materiais que permitam a identificação do agressor. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O atendimento à vítima de violência sexual é INTEGRAL e imediato, prestado por equipe multiprofissional, e independe de boletim de ocorrência, exame de corpo de delito prévio ou encaminhamento ao IML — condicionar o cuidado a esses passos é revitimizar. Inclui avaliação clínica, profilaxia de IST e HIV (idealmente em até 72 horas), contracepção de emergência (até 5 dias, quanto antes melhor), acolhimento psicológico e coleta de material biológico com cadeia de custódia. Resposta E.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Uma paciente de 23 anos tem queixa de irregularidade menstrual de longa data. Relata que, desde a primeira menstruação, tem intervalo de 50 a 60 dias entre os ciclos e períodos de amenorreia. No último ano, estava em final de faculdade e ganhou muito peso em função de estresse e sedentarismo. Ao exame, apresenta bom estado geral, IMC 31 kg/m², presença de acne em face e dorso e escurecimento de região de dobras. Frente a esse cenário, a principal hipótese é:

- A. síndrome dos ovários policísticos; ✓**
- B. sobrepeso com aumento de gordura visceral;
- C. deficiência enzimática da suprarrenal da 21-hidroxilase;
- D. síndrome de Cushing;
- E. hipotireoidismo. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Ciclos longos e irregulares DESDE A MENARCA (disfunção ovulatória crônica), hiperandrogenismo clínico (acne em face e dorso) e obesidade com acantose nigricans (o 'escurecimento das dobras', marcador de resistência insulínica) preenchem os critérios de Rotterdam para síndrome dos ovários policísticos. O ganho de peso agrava, mas não explica irregularidade desde a adolescência (B); Cushing (D) traria estrias violáceas, fraqueza proximal e hipertensão; hipotireoidismo (E) e hiperplasia adrenal tardia (C) são diagnósticos de exclusão após dosagens. Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Uma paciente de 38 anos teve diagnóstico de câncer de mama há 18 meses, com realização de quimioterapia neoadjuvante e mastectomia à direita. Não menstrua há 12 meses. Há 6 meses queixa-se de calores e suores todas as noites, com prejuízo importante de sua qualidade de vida. Recentemente notou piora da lubrificação vaginal. Analisando o caso acima, o diagnóstico e a conduta apropriada são, respectivamente:

- A. menopausa precoce; início de terapia hormonal com estrogênio e progesterona via oral e uso de lubrificantes vaginais;
- B. menopausa precoce; início de escitalopram e hidratantes vaginais; ✓**
- C. menopausa precoce; início de estriol vaginal e laser vaginal;
- D. cessação temporária da menstruação; início de desvenlafaxina e lubrificantes vaginais;
- E. transição menopausal; início de estriol transdérmico e fisioterapia pélvica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia há 12 meses aos 38 anos após quimioterapia caracteriza menopausa PRECOCE (insuficiência ovariana antes dos 40 anos). A trave do caso é o câncer de mama: terapia hormonal sistêmica está CONTRAINDICADA (elimina A), e mesmo estrogênio vaginal (C) é evitado nesse contexto. Para os fogachos usam-se não hormonais, como os inibidores da recaptção de serotonina/noradrenalina, e para o sintoma vaginal, hidratantes e lubrificantes. As opções D e E erram já no diagnóstico. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Uma criança do sexo feminino, de 2 anos de idade, chega encaminhada pelo seu pediatra. A mãe relata corrimento vaginal ora sanguinolento, ora aquoso e uma estrutura semelhante a “cachos de uva” de aspecto gelatinoso na entrada da vagina. A principal hipótese é:

- A. má higiene;
- B. sarcoma botrioide; ✓**
- C. corpo estranho;
- D. contaminação com gel hormonal transdérmico da mãe;
- E. estímulo hormonal remanescente do intraútero.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa vaginal polipoide com aspecto de 'cachos de uva' saindo pela vagina, associada a corrimento sanguinolento, em menina de 2 anos, é o rabdomiossarcoma embrionário variante botrioide — pico de incidência abaixo dos 5 anos, exige biópsia e tratamento oncológico multimodal. Corpo estranho (C) e má higiene (A) dão corrimento fétido, mas não massa polipoide; exposição hormonal materna ou residual (D e E) produziria sangramento e muco, sem tumoração. Sangramento genital na infância sempre exige exame e nunca observação. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente de 32 anos foi à consulta ginecológica de rotina para realização de colpocitologia oncótica. O exame evidenciou agrupamento de células escamosas com núcleos aumentados, hipercrômicos e irregulares, com alta relação núcleo-citoplasmática sugestiva de lesão intraepitelial de alto grau. Como a amostra foi coletada em meio líquido, foi solicitado teste de HPV, que veio positivo para o subtipo 16. Frente a essas informações, é correto afirmar que:

- A. se trata de exame normal, com seguimento em 3 anos;
- B. pela associação com HPV-16, a lesão é considerada de baixo grau;
- C. se trata de uma lesão de alto grau com infecção por HPV de alto risco oncogênico, sendo indicada colposcopia; ✓**

- D. por se tratar de uma infecção por HPV de baixo risco oncogênico, está indicado seguimento semestral;
- E. se trata de uma infecção por HPV de alto risco oncogênico, sendo indicada a realização imediata da exérese da zona de transformação (EZT ou LEEP), sem a necessidade de colposcopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia sugestiva de lesão intraepitelial de ALTO GRAU em paciente de 32 anos, com HPV 16 (o subtipo de maior risco oncogênico), tem conduta única: colposcopia com biópsia dirigida para definir a extensão e excluir invasão antes de tratar. A associação com HPV-16 não rebaixa a lesão para baixo grau (B) nem torna o exame normal (A); 'ver e tratar' com exérese da zona de transformação (E) só se cogita APOS a colposcopia, com achado maior concordante — nunca sem colposcopia. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Uma mulher de 63 anos, portadora de carcinoma lobular invasivo de mama direita de 2,0 cm, com axila clinicamente livre, é submetida a quadrantectomia com biópsia de linfonodo sentinela. Durante o exame de congelação intraoperatória, o patologista encontra a presença de células carcinomatosas nos linfonodos sentinelas biopsiados. É indicado o esvaziamento axilar. Para tanto, é importante definir quais são os 3 níveis dos linfonodos axilares. A estrutura anatômica que define esses níveis é:

- A. a artéria axilar;
- B. o músculo peitoral maior;
- C. o músculo peitoral menor; ✓**
- D. a artéria mamária interna;
- E. o nervo intercostobraquial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os níveis de Berg dos linfonodos axilares são definidos pela relação com o MÚSCULO PEITORAL MENOR: nível I lateral a ele, nível II posterior/atrás dele (inclui os linfonodos de Rotter, entre os peitorais) e nível III medial a ele, até o ligamento costoclavicular. O peitoral maior (B) é apenas o teto da dissecação; a artéria axilar (A) delimita o limite superior da dissecação; e o nervo intercostobraquial (E) é estrutura a ser preservada para evitar hipostesia da face medial do braço. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Uma menina de 6 anos é levada pela mãe ao ginecologista por ter iniciado desenvolvimento mamário há 4 meses. Ao exame físico, apresenta mamas em estágio M2 de Tanner e genitália em estágio P1 de Tanner. De acordo com o gráfico de velocidade de crescimento, a paciente manteve um padrão de 4 cm/ano no último ano. Realizada uma radiografia de mão e de punhos pelo método de Greulich-Pyle, identifica-se que a idade óssea da criança é estimada em 6 anos e 2 meses. A dosagem hormonal de LH é 1,2 UI/L. Considerando as informações acima, o diagnóstico mais provável é:

- A. telarca precoce isolada;
- B. pubarca precoce isolada;
- C. menarca precoce isolada;
- D. puberdade precoce central; ✓**
- E. puberdade precoce periférica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Telarca antes dos 8 anos exige diferenciar telarca isolada de puberdade precoce verdadeira, e o que decide é a ATIVACAO DO EIXO: LH basal acima de aproximadamente 0,3 UI/L (ensaios ultrasensíveis) já indica gonadotrofina em nível puberal, caracterizando puberdade precoce CENTRAL, mesmo com idade óssea e velocidade de crescimento ainda pouco alteradas — que são achados tardios. Na telarca isolada (A) o LH permanece pre-puberal. Na forma periférica (E) o LH está SUPRIMIDO pelo esteroide de origem gonadal ou adrenal. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Uma mulher de 23 anos, sexualmente ativa, utilizando contracepção com pílula hormonal combinada, refere surgimento de lesões ulceradas, dolorosas em face interna de grande lábio esquerdo, há 3 dias. Precedendo o surgimento das lesões, refere que a região acometida apresentou um aumento de sensibilidade. Além disso, relata ter apresentado quadro de faringite há 1 semana. Ao exame, identifica-se a vulva trófica, sem distopias aparentes, apresentando 5 lesões ulceradas, com menos de 0,5 cm cada, coalescendo, dolorosas ao toque. Há presença de micropolilinfadenopatia inguinal bilateral, indolor. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a opção adequada de tratamento para a paciente é:

- A. aciclovir 400 mg, três vezes ao dia, por 7 a 14 dias; ✓**
- B. ceftriaxona 1g, IV ou IM, uma vez ao dia, por 8 a 10 dias;
- C. doxiciclina 100 mg, VO, duas vezes ao dia, por 10 a 15 dias;
- D. prednisona, 20 mg, VO, uma vez ao dia, até remissão da úlcera;
- E. penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Múltiplas úlceras vulvares pequenas, agrupadas e COALESCENTES, muito dolorosas, precedidas de pródromo de ardor/parestesia local e acompanhadas de adenopatia inguinal bilateral, após quadro viral, e herpes genital — o tratamento é aciclovir 400 mg três vezes ao dia por 7 a 14 dias no episódio inicial. Ceftriaxona (B) trata cancro mole (úlcera única, suja, com linfonodo que fistuliza); penicilina benzatina (E) trata cancro duro, que é úlcera ÚNICA e INDOLOR; doxiciclina (C) é para linfogranuloma; corticoide (D) não trata infecção viral. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Uma mulher de 63 anos, portadora de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica controlada, encontra-se em menopausa há 10 anos. Comparece ao ginecologista com queixas de sangramento vaginal há 3 meses. O exame físico não apresenta alterações aparentes ou sinais de sangramento ativo no momento. É realizada uma ultrassonografia transvaginal, que evidencia endométrio com 3 mm de espessura, com imagem ecogênica focal que ocupa a interface entre os folhetos endometriais e mede 5 mm no maior eixo. A causa mais provável do sangramento nesse caso é:

- A. adenomiose;
- B. pólipos endometriais; ✓**
- C. miomatose uterina;
- D. hiperplasia endometrial;
- E. adenocarcinoma do endométrio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa sempre exige investigação, mas aqui o eco transvaginal já aponta o culpado: endométrio FINO (3 mm, muito abaixo do corte de 4-5 mm que praticamente exclui câncer) com imagem ECOGENICA FOCAL entre os folhetos endometriais — a descrição clássica de polipo endometrial. Hiperplasia (D) e adenocarcinoma (E) espessam difusamente o endométrio; adenomiose (A) e miomatose (C) alteram o miométrio e raramente causam sangramento após a menopausa. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Uma mulher de 25 anos, sexualmente ativa, sem atraso menstrual, comparece ao ginecologista com uma ultrassonografia transvaginal de rotina que apresentou nódulo de aspecto misto, com áreas hiperecogênicas difusas e sombra acústica posterior no ovário direito medindo 7,0 cm. O ovário esquerdo e o útero não apresentaram alterações à ultrassonografia. Ao toque vaginal, identificou-se a presença de massa móvel, indolor, medindo em torno de 7,0 cm, palpável em região anexial direita. Considerando a principal hipótese diagnóstica do caso, é correto afirmar que:

- A. esse tipo de tumor ovariano é bilateral em 10% dos casos; ✓**
- B. usualmente o marcador tumoral CA125 é elevado nesses casos;
- C. a chance de malignidade desse tipo de tumor é usualmente alta;
- D. o principal subtipo histológico desses tumores é o cistoadenocarcinoma seroso;
- E. o tratamento de eleição para esse tipo de tumor é a histerectomia com ooforectomia bilateral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo ovariano misto com áreas HIPERECOGÊNICAS e sombra acústica posterior (gordura, pelos e calcificações) em mulher jovem descreve o teratoma cístico maduro (cisto dermoide), o tumor ovariano benigno mais comum nessa faixa. A perla cobrada: é BILATERAL em cerca de 10% dos casos, motivo pelo qual se inspeciona o ovário contralateral na cirurgia. O risco de malignidade é baixo (C), CA-125 não costuma se elevar (B), o subtipo é germinativo e não epitelial seroso (D) e o tratamento é conservador — cistectomia com preservação ovariana (E). Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Uma mulher de 33 anos comparece ao médico com queixa de leucorreia há 2 semanas, com odor desagradável, que piora após a relação sexual. Ao exame especular, verifica-se conteúdo vaginal aumentado, com coloração branco-acinzentada e algo bolhoso. O colo uterino apresenta mácula rubra de 2,0 cm de diâmetro ao redor do orifício externo, e o muco cervical está com aspecto transparente. A fita de pH vaginal registra resultado de 5,2. O teste do KOH 10% exacerbou o odor da leucorreia. Ao toque vaginal, o colo móvel apresenta-se indolor. Realizada a bacterioscopia, visualizaram-se células epiteliais recobertas por cocobacilos Gram variáveis. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o melhor tratamento para a paciente é:

- A. fluconazol, 1 comprimido de 150 mg em dose única;
- B. duchas vaginais com bicarbonato de sódio por 10 dias;
- C. fenticonazol, creme vaginal, 0,02 mg/g, uma vez ao dia, durante 7 dias;
- D. metronidazol 500 mg, por via oral, duas vezes ao dia, durante 7 dias; ✓**
- E. creme vaginal combinando clindamicina 2% e hidrocortisona 10%, por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento branco-acinzentado, homogêneo, com odor de peixe que PIORA APOS O COITO, pH acima de 4,5, teste das aminas (KOH) positivo e clue cells (células epiteliais recobertas por cocobacilos) fecham os critérios de Amsel para vaginose bacteriana — o tratamento é metronidazol 500 mg de 12 em 12 horas por 7 dias, via oral. Fluconazol e fenticonazol (A e C) tratam candidíase, que cursa com pH normal e corrimento grumoso pruriginoso; ducha vaginal (B) piora a disbiose; e corticoide tópico (E) não tem indicação. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Paciente, após gestação e parto complicados, está em acompanhamento com endocrinologista com diagnóstico de síndrome de Sheehan. A complicação obstétrica que mais provavelmente ocorreu nesse caso foi:

- A. diabetes gestacional em uso de insulina;
- B. descolamento prematuro da placenta; ✓**
- C. rotura prematura de membranas ovulares;
- D. gestação gemelar monócoriônica;
- E. restrição de crescimento intrauterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome de Sheehan e a necrose isquêmica da hipófise anterior, hipertrofiada na gestação e muito sensível à hipoperfusão — sua causa é a HEMORRAGIA GRAVE com choque no periparto. Entre as opções, o descolamento prematuro de placenta é a única complicação que cursa tipicamente com hemorragia maciça e instabilidade hemodinâmica (frequentemente com sangramento oculto e coagulopatia). Diabetes gestacional, rotura de membranas, gemelaridade e restrição de crescimento não provocam choque hipovolêmico por si. Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

A pré-eclâmpsia complicada com síndrome HELLP é caracterizada por:

- A. trombocitopenia e convulsões maternas;
- B. disfunção hepática e elevação da glicemia;
- C. hemólise, disfunção hepática e trombocitopenia; ✓**
- D. convulsões maternas, hemólise e hiperglicemia;
- E. diminuição dos reflexos profundos e hemólise.

COMENTÁRIO OSCELABS

HELLP é um acrônimo que já entrega a resposta: Hemolysis (hemólise, com esquizócitos, LDH alto e bilirrubina indireta elevada), Elevated Liver enzymes (disfunção hepática, com TGO/TGP altas) e Low Platelets (trombocitopenia abaixo de 100.000). Convulsão (A e D) define ECLÂMPSIA, não HELLP; hiperglicemia (B e E) não faz parte do quadro; e a redução de reflexos profundos (C) é sinal de intoxicação por sulfato de magnésio, não critério diagnóstico. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Uma gestante com 28 semanas tem o diagnóstico de infecção por parvovírus B19. A melhor maneira de avaliar a principal complicação fetal nesse caso é:

- A. realização do doppler da artéria cerebral média; ✓**
- B. avaliação ultrassonográfica da movimentação fetal;

- C. pesquisa de células fetais livres no sangue materno;
- D. medida menor do fundo uterino ao exame clínico;
- E. realização do teste de Coombs direto no sangue materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

O parvovirus B19 infecta os precursores eritroides fetais e causa aplasia transitória, anemia grave e hidropisia não imune — a complicação que se vigia. O rastreio não invasivo padrão-ouro de anemia fetal é a velocidade de PICO SISTÓLICO da artéria cerebral média ao Doppler: acima de 1,5 MoM indica anemia moderada a grave e transfusão intrauterina. Movimentação fetal (B) e altura uterina (D) são grosseiras e tardias; Coombs direto materno (E) investiga aloimunização, mecanismo diferente. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Uma gestante realiza ultrassonografia com 24 semanas, que identifica gestação gemelar monocorônica, diamniótica, com um feto com peso estimado no percentil 3 e o outro com peso estimado no percentil 43. Eles têm uma diferença de 28% entre os pesos. Ambos os fetos estão com volume do líquido amniótico normal e ambos com o doppler da artéria umbilical, da artéria cerebral média e do ducto venoso dentro da normalidade. O diagnóstico compatível com esse quadro é:

- A. gemelidade imperfeita;
- B. síndrome de transfusão feto-fetal;
- C. sequência de anemia/policitemia;
- D. restrição de crescimento intrauterino seletiva; ✓**
- E. sequência TRAP.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gemelar monocorionica com um feto no percentil 3, discordância de peso acima de 25% e — a chave — LÍQUIDO AMNIÓTICO NORMAL nos dois sacos com Dopplers normais: e restrição de crescimento seletiva. A síndrome de transfusão feto-fetal (B) exigiria a dupla poli-oligodramnion (sequência de bolsões discordantes), que aqui não existe; a sequência anemia-policitemia (C) se define por discordância de velocidade na artéria cerebral média; TRAP (E) tem gêmeo acárdico; e gemelidade imperfeita (A) são gêmeos unidos. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Gestante realiza ultrassonografia obstétrica, que evidencia uma medida do maior bolsão vertical do líquido amniótico de 12 cm. A condição que pode estar associada a esse quadro é:

- A. insuficiência uteroplacentária;
- B. displasia tanatofórica no feto; ✓**
- C. agenesia renal bilateral fetal;
- D. restrição de crescimento fetal;
- E. gravidez com pós-datismo. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

Maior bolsa vertical de 12 cm caracteriza POLIDRAMNIO (acima de 8 cm), que decorre de aumento de produção ou de redução da deglutição/absorção fetal. A displasia tanatofórica, displasia esquelética letal com tórax estreito e macrocrania, cursa classicamente com polidramnion por comprometimento da deglutição e do espaço torácico. Insuficiência uteroplacentária, agenesia renal, restrição de crescimento e pós-datismo (A, C, D e E) fazem exatamente o oposto: OLIGODRAMNIO, por redução do fluxo renal fetal ou ausência de diurese. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Uma mulher de 25 anos chega ao ambulatório com um exame de farmácia demonstrando gravidez. Ainda não realizou ultrassonografia e, pela data da última menstruação, estaria com aproximadamente 8 semanas de gestação. Ao toque, nota-se um amolecimento acentuado no istmo, que configuraria o sinal de:

- A. Hegar; ✓**
- B. Piskacek;
- C. Osiander;
- D. Nobile-Budin;
- E. Puzos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O amolecimento acentuado do ISTMO uterino, que dá a sensação de corpo e colo separados ao toque bimanual, e o sinal de Hegar — sinal de probabilidade de gravidez no primeiro trimestre. Piskacek (B) e a assimetria uterina por implantação cornual; Osiander (C) e a pulsação dos fundos de saco vaginais; Nobile-Budin (D) e o preenchimento dos fundos de saco pelo útero globoso; e Puzos (E) e o rechaço fetal intrauterino, já no segundo trimestre. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Uma gestante de 38 anos, secundigesta e cardiopata, chega à emergência referindo cólicas intensas, sangramento vaginal em grande quantidade e sangue vivo. A idade gestacional, estabelecida pela ultrassonografia transvaginal realizada com 6 semanas, é de 9 semanas e 3 dias. Ao exame, o útero encontra-se aumentado de volume, amolecido, com colo entreaberto e saída de material ovular identificada no exame especular. A ultrassonografia mostra a presença de restos ovulares em grande quantidade. Diante desse quadro, a conduta deve ser:

- A. esvaziamento uterino por aspiração a vácuo ou curetagem; ✓**
- B. ocitocina venosa, 20 UI em 500 ml de soro fisiológico;
- C. expectante, monitorando a pressão arterial e sangramento;
- D. misoprostol retal na dose de 800 mcg em dose única;
- E. realização de nova ultrassonografia transvaginal em 12 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colo ENTREABERTO com saída de material ovular e restos ovulares em grande quantidade ao ultrassom, com sangramento intenso, define abortamento INCOMPLETO — e sangramento abundante em cardiopata não admite espera. A conduta é o esvaziamento uterino, por aspiração a vácuo (preferencial, com menos perfuração e sinequias) ou curetagem. Conduta expectante (C) e misoprostol (D) são opções apenas em paciente estável com sangramento discreto; ocitocina isolada (B) não esvazia o útero nesse estágio; e repetir ultrassom (E) apenas atrasa. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Uma gestante de 20 semanas, moradora de área endêmica, chegou à admissão da maternidade com sinais e sintomas sugestivos de dengue. Após o exame clínico-obstétrico e laboratorial, a equipe de plantão resolveu internar e tratar a paciente, pois identificou corretamente o seguinte sinal de alarme:

- A. vômitos esporádicos;
- B. dor abdominal moderada;
- C. hipotensão postural e/ou lipotímia; ✓**

- D. diminuição progressiva do hematócrito;
E. esplenomegalia 1 cm abaixo do rebordo costal. Medicina Preventiva e Social / Medicina de Família e Comunidade / Saúde Coletiva

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os sinais de alarme do dengue definidos pelo Ministério da Saúde estão dor abdominal INTENSA e contínua, vômitos PERSISTENTES, hipotensão POSTURAL e/ou lipotímia, letargia ou irritabilidade, hepatomegalia maior que 2 cm, sangramento de mucosas, acúmulo de líquidos e AUMENTO progressivo do hematócrito com queda de plaquetas. Por isso vômitos esporádicos (A), dor abdominal moderada (B) e esplenomegalia de 1 cm (E) não qualificam, e o hematócrito que ALARMA e o que sobe, não o que cai (D). Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Alice, 30 anos, chega à unidade básica de saúde com tosse seca, chiado no peito e dispnéia aos grandes esforços, com piora à noite. Não tem história de febre, não apresenta perda de peso e a mucosa nasal está sem alterações. Piora com a fumaça de cigarro do marido. Ao exame pulmonar, apresenta tosse, murmúrio vesicular e sibilos difusos, especialmente na expiração forçada. Não apresenta outras alterações. Pesa 60 kg, tem 1,60 m de altura, seu IMC é 21,5 kg/m², a FC está em 77 bpm e a FR, em 15 irpm. O exame cardiovascular indica ritmo regular em 2 tempos, sem sopro e sem alteração de ictus. O abdômen está normotenso, depressível, sem organomegalias ou ruídos hidroaéreos presentes. O diagnóstico provável é:

A. asma; ✓

- B. rinossinusite;
C. DPOC;
D. tuberculose;
E. pneumonia adquirida na comunidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse seca, chiado e dispnéia com PIORA NOTURNA e desencadeamento por irritante (fumaça de cigarro), em mulher jovem, sem febre nem emagrecimento, com sibilos difusos a expiração forçada: e asma, cuja marca e a limitação VARIÁVEL e reversível do fluxo aéreo. DPOC (C) exige carga tabágica própria e obstrução fixa em paciente mais velho; tuberculose (D) traria febre, sudorese e perda de peso; pneumonia (E) e quadro agudo febril com consolidação; rinossinusite (B) está afastada pela mucosa nasal normal. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Carlos, 27 anos, vai à consulta médica com febre, exantema, gânglios retroauriculares aumentados, conjuntivite, artralgia e tosse. Em seu prontuário, não há registro de vacinação contra a rubéola. Ele declara não ter viajado recentemente, nem ter tido contato com pessoas confirmadas para rubéola. Contudo, sua região encontra-se no estado que registrou um surto da doença há 4 meses. Trata-se de um caso suspeito de rubéola. O melhor método para fazer a confirmação desse caso é:

A. examinar se há vínculo epidemiológico com outros casos confirmados;

B. realizar a sorologia de anticorpos IgM e IgG contra rubéola; ✓

- C. verificar a associação temporal com a vacinação;
D. considerar os critérios clínicos como suficientes, diante dos sinais e sintomas presentes;
E. observar o caso por 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Caso SUSPEITO de rubéola exige confirmação LABORATORIAL — sorologia IgM e IgG pareada — porque a clínica é inespecífica e se confunde com sarampo, dengue, parvovirose e escarlatina, e porque rubéola e agravamento de notificação compulsória IMEDIATA num país que mantém certificação de eliminação. O critério clínico isolado (D) não confirma; vínculo epidemiológico (A) exige caso confirmado por laboratório na cadeia; associação com vacinação (C) e critério de descarte; e observar 48 horas (E) atrasa a resposta de vigilância. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Letícia está na 10ª semana de gestação. Diante do aumento de casos de gripe entre familiares e conhecidos, ela foi à unidade básica de saúde para saber se precisava tomar a vacina contra influenza. Na análise em seu prontuário, verificou-se que sua última vacina havia sido no ano anterior. Em relação a esse caso, é correto afirmar que:

- A. não se recomenda a vacina nesse estágio da gestação;
 - B. não é necessário o reforço da vacina, pois ela confere imunidade por 10 anos;
 - C. deve-se evitar a vacina na gestação;
 - D. a paciente deve ser revacinada; ✓**
 - E. a vacina deve ser tomada, por segurança, após 12 semanas de gestação. Residência Médica FGV
- Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra influenza é ANUAL, porque a composição muda a cada temporada e os anticorpos caem ao longo do ano — vacina do ano anterior não protege nesta. Gestante e grupo PRIORITÁRIO, com risco aumentado de forma grave, e pode ser vacinada em QUALQUER idade gestacional, inclusive no primeiro trimestre, além de transferir anticorpos ao lactente. Logo, adiar para depois das 12 semanas (E), evitar na gestação (C) ou considerar imunidade duradoura (B) são condutas erradas. Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

Em uma atenção primária de qualidade, é papel da APS integrar verticalmente os serviços. A APS, como parte integrante da rede de atenção à saúde, estrutura-se segundo atributos e funções. Além da resolubilidade, são funções da APS:

- A. organização e responsabilização; ✓**
- B. organização e primeiro contato;
- C. primeiro contato e longitudinalidade;
- D. integralidade e coordenação;
- E. coordenação e orientação comunitária.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão separa ATRIBUTOS de FUNÇÕES. Os atributos da APS (Starfield) são os essenciais — primeiro contato/acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação — mais os derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural). Já as FUNÇÕES da APS na Rede de Atenção à Saúde, na formulação de Mendes, são três: resolubilidade, ORGANIZAÇÃO (comunicação/ordenamento dos fluxos na rede) e RESPONSABILIZAÇÃO pela população adscrita. Todas as demais alternativas misturam funções com atributos. Resposta A.

QUESTÃO 85 — Gabarito E

Milton teve o diagnóstico de monkeypox confirmado por meio de PCR positivo. Ele se enquadra no grupo de indivíduos com alto risco de desenvolver formas graves. Seu monitoramento deve acontecer:

- A. a cada 2 dias;
- B. a cada 3 dias;
- C. a cada 7 dias;
- D. a cada 15 dias;

E. diariamente. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas recomendações de vigilância da mpox, o caso confirmado que pertence a grupo de ALTO RISCO para forma grave (imunossuprimidos, pessoas vivendo com HIV com imunodeficiência avançada, gestantes, crianças) deve ser monitorado DIARIAMENTE até a resolução completa das lesões, justamente para detectar precocemente disseminação, infecção bacteriana secundária e necessidade de antiviral e internação. Intervalos de 2, 3, 7 ou 15 dias são longos demais para uma população com risco de deterioração rápida. Resposta E.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Geraldo, 37 anos, adscrito à unidade básica de saúde, chega para consulta apresentando sintomas psicóticos. Como parte de seu delírio persecutório, recusa-se a ser medicado e não aceita ser encaminhado para o CAPS. Nesse caso, a conduta correta é:

- A. encaminhar para o CAPS mesmo assim, pois a unidade não tem recurso para esse atendimento;
- B. insistir com a medicação, que é condição para um plano terapêutico adequado;
- C. fazer o acolhimento de Geraldo e convencê-lo a aderir ao tratamento para os problemas identificados;

D. fazer o acolhimento de Geraldo, avaliar o quadro clínico geral e pactuar o acompanhamento na medida de suas limitações, lançando mão da entrevista motivacional se possível; ✓

- E. chamar a ambulância para levá-lo compulsoriamente para a internação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com delírio persecutório que recusa medicação e encaminhamento, mas SEM risco iminente para si ou terceiros, não tem indicação de internação compulsória (E) nem de imposição de tratamento (B). A lógica da atenção psicossocial é vincular: acolher, avaliar o quadro clínico global (inclusive causas orgânicas), construir plano terapêutico possível dentro das limitações do momento e usar entrevista motivacional. Encaminhar a revelia (A) rompe o vínculo, e 'convencer' (C) é menos efetivo do que pactuar. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito E

Apolinário, 86 anos, perfil 3 de funcionalidade, com Alzheimer em estágio avançado, hipertenso, diabético e com imobilidade grau IV, em uso de medicação para as doenças de base, é levado à consulta médica. Sobre seu quadro clínico, é correto afirmar que:

- A. deve ser feito controle rigoroso da hipertensão e diabetes, com vistas à reabilitação;
- B. todas as medicações em uso certamente são essenciais e devem ser mantidas, independentemente de se configurar a polifarmácia;
- C. Apolinário apresenta dependência parcial para as atividades básicas da vida diária;
- D. uma equipe multiprofissional deve ser acionada para reabilitação de Apolinário;

E. Apolinário é um paciente em cuidados paliativos prolongados ou em fase final de vida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso de 86 anos, perfil 3 de funcionalidade, com Alzheimer AVANÇADO e imobilidade grau IV, tem dependência COMPLETA (não parcial, o que elimina C) e prognóstico que redefine as metas: e paciente de cuidados paliativos prolongados, caminhando para fase final de vida. Nesse contexto, controle glicêmico e pressórico rigorosos (A) aumentam risco de hipoglicemia, hipotensão e quedas; reabilitação funcional (D) não é meta realista; e a polifarmácia deve ser ativamente revista com desprescrição (B). Resposta E.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Mylena, 42 anos, fuma 50 cigarros/dia desde os 16 anos. Seu Fagerström é igual a 10. Na escala de razões para fumar, declara que fuma para controlar o peso, para mediar situações de estresse e ansiedade e porque o cigarro é uma companhia. Diz que não consegue nem imaginar tentar parar de fumar e que, por isso, nunca tentou fazê-lo. Declara não se ver sem o cigarro. Recentemente, Mylena foi diagnosticada com neoplasia de pulmão. Nesse caso, a abordagem a essa fumante deve considerar:

- A. uso de vapers para iniciar o processo de mudança;
- B. cessação do tabagismo sem uso de suporte farmacoterápico;
- C. cessação do tabagismo com uso de reposição de nicotina apenas;
- D. entrevista motivacional, com o suporte comportamental e farmacoterápico necessário; ✓**
- E. prescrição de bupropiona para cessação do tabagismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fagerstrom 10 indica dependência MUITO ELEVADA de nicotina, e a paciente está em estágio pre-contemplativo ('não consigo nem imaginar parar'), agora com câncer de pulmão. A abordagem correta combina as duas frentes: entrevista motivacional para mover o estágio de mudança, mais suporte comportamental E farmacológico — dependência grave não se trata sem fármaco (B) e raramente com reposição de nicotina isolada (C); bupropiona sozinha (E) ignora o trabalho motivacional; e cigarro eletrônico (A) não é estratégia de cessação recomendada. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Rodrigo, 48 anos, casado, autônomo, vem à unidade básica de saúde se queixando de dores de cabeça de repetição e apresentando PA = 165 x 90 mmHg. Em seu prontuário, identifica-se que, nas últimas 5 consultas, no último ano, por motivos diversos, sua pressão arterial foi, respectivamente, de 147 x 99 mmHg; 180 x 100 mmHg; 152 x 90 mmHg; 160 x 95 mmHg e 170 x 92 mmHg. Rodrigo tem história familiar de hipertensão e é sedentário. O fato que permite o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica é:

- A. ter sido admitido em unidade de pronto atendimento com pressão arterial 150 x 95 mmHg;
- B. ser sedentário;
- C. ter tido história familiar de hipertensão;
- D. ter tido aferições da pressão arterial maiores que 140 x 90 mmHg no último ano; ✓**
- E. ter 48 anos de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O diagnóstico de hipertensão arterial se faz por MEDIDAS REPETIDAS acima de 140 x 90 mmHg em consultas distintas (ou por MAPA/MRPA), e o prontuário de Rodrigo mostra cinco aferições elevadas ao longo do último ano — isso já fecha o diagnóstico, independentemente dos sintomas. Sedentarismo, história familiar e idade (B, C e E) são fatores de RISCO, não critérios diagnósticos; e uma única medida em pronto-atendimento (A) pode refletir dor, ansiedade ou efeito do jaleco branco. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Foram atendidas 5 irmãs na unidade básica de saúde. A única que tem características que permitem o diagnóstico de diabetes mellitus é:

- A. Maria Hilma, de 49 anos, que realizou teste de glicemia capilar com resultado 179 mg/dl;
- B. Maria José, que, em 01/03/2024, apresentou hemoglobina glicada (HbA1c) = 5,6% e, em 12/07/2024, apresentou hemoglobina glicada (HbA1c) = 6,1%;
- C. Maria Lina, que apresentou, em 01/03/2024, glicemia de jejum = 136 mg/dl e, em 12/07/2024, glicemia de jejum = 152 mg/dl; ✓**
- D. Maria Cláudia, que apresenta glicemia de jejum = 126 mg/dl;
- E. Maria Antônia, que apresenta hemoglobina glicada (HbA1c) = 4,5%. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O diagnóstico de diabetes exige DOIS exames alterados (ou um exame alterado com sintomas clássicos de hiperglicemia): glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, HbA1c maior ou igual a 6,5% ou glicemia 2 h pos-sobrecarga maior ou igual a 200 mg/dL. Duas glicemias de jejum de 136 e 152 mg/dL em datas distintas fecham o critério. Uma única glicemia de 126 (D) precisa de confirmação; glicemia CAPILAR (A) não serve para diagnóstico; HbA1c de 6,1% (B) e pré-diabetes; e 4,5% (E) é normal. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

José, 55 anos, hipertenso há 3 anos, em uso regular de medicação, vem para consulta de rotina apresentando PA = 130 x 80 mmHg. Após exame clínico, conclui-se que tem baixo risco cardiovascular. Nesse caso, a conduta é:

- A. manter a medicação e reforçar a importância de manter a mudança de estilo de vida, pois a PA está dentro da meta; ✓**
- B. retirar a medicação e reforçar a importância de manter a mudança de estilo de vida, pois a PA está dentro da meta;
- C. modificar a medicação para que o organismo não crie tolerância às medicações atuais, embora a PA esteja dentro da meta;
- D. reforçar a mudança de estilo de vida, pois a PA está fora da meta;
- E. modificar a conduta medicamentosa, pois a PA está fora da meta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertenso de BAIXO risco cardiovascular tem meta pressórica abaixo de 140 x 90 mmHg, e uma PA de 130 x 80 mmHg está dentro do alvo — logo, mantém-se o esquema e reforça-se a mudança de estilo de vida, que sustenta o controle e reduz risco global. Alegar que a PA está fora da meta (D e E) é erro de leitura. Retirar a medicação (B) nesse cenário é a causa mais comum de descontrole; e não existe 'tolerância' que justifique rodízio de anti-hipertensivos (C). Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Leonora, 60 anos, com diabetes mellitus diagnosticada há 5 anos, em acompanhamento contínuo na unidade básica de saúde, vem para a consulta de rotina. Após avaliação dos pés, identificamos: sensibilidade presente, deformidade ausente e úlceras ou cicatrizes de úlceras ausentes. Segundo o exame clínico do diabético, conclui-se que a categoria de risco e o melhor manejo para Leonora são, respectivamente:

- A. grau 0 - reavaliação anual; ✓**
- B. grau I - reavaliação anual;
- C. grau II - reavaliação semestral;

- D. grau III - reavaliação semestral;
- E. grau IIIa - reavaliação semestral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na estratificação do pé diabético, a categoria depende de neuropatia, deformidade, doença arterial e história de ulcera ou amputação. Leonora tem sensibilidade PRESENTE, sem deformidade e sem ulcera ou cicatriz — ou seja, nenhum fator de risco: e grau 0, cuja recomendação e reavaliação ANUAL dos pés. Graus mais altos exigem intervalos progressivamente menores (semestral, trimestral, até mensal na presença de ulcera ou amputação previa) — mas encurtar intervalo sem fator de risco apenas consome agenda. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Vanda, 92 anos, hipertensa, com diagnóstico de Alzheimer há 16 anos, acamada, estável, sem lesões por pressão, sem histórico recente de internação, tem uma filha, Joana, de 68 anos, que faz o manejo diário: banho no leito, administração de medicação, dieta enteral, mudança de decúbito. A filha está bem orientada e procura se informar sobre o quadro e as melhores condutas. Nesse caso, o plano terapêutico singular deve:

- A. dar suporte à cuidadora, acompanhá-la regularmente para avaliação de sobrecarga no cuidado e manter o acompanhamento de Vanda pela equipe da APS; ✓**
- B. agendar consultas regulares de fisioterapia e fonoaudiologia e encaminhamento ao geriatra para acompanhamento da doença de Alzheimer;
- C. agendar consultas regulares de nutricionista e encaminhamento ao CER para reabilitação da deglutição;
- D. dar suporte à cuidadora e encaminhar Vanda para o serviço de atenção secundária domiciliar para reabilitação da deglutição por fonoaudióloga;
- E. fornecer acompanhamento regular com fonoaudióloga e nutricionista e encaminhar a paciente ao serviço de cuidados paliativos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente acamada, ESTAVEL, sem lesão por pressão e sem internações recentes, com cuidadora única de 68 anos assumindo todo o cuidado diário: o plano terapêutico singular deve reconhecer que a cuidadora também é sujeito do cuidado — avaliar sistematicamente SOBRECARGA (escalas como Zarit), oferecer suporte e manter o acompanhamento longitudinal pela equipe de atenção primária, que já está funcionando bem. Encaminhamentos múltiplos a especialistas e reabilitação (B, C, D e E) fragmentam o cuidado sem responder a necessidade principal. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Com queixa de dor de cabeça, Jéssica, 37 anos, diarista, vai pela primeira vez à unidade básica de saúde. Ela reporta: “Doutor, sinto essa dor há mais de 2 meses, desde que precisamos sair da nossa casa porque não dava mais para pagar o aluguel depois que meu marido foi demitido do emprego. Na minha casa somos eu, meu marido e três filhas de 4, 6 e 14 anos”. É exemplo de crise acidental do ciclo de vida familiar da família de Jéssica:

- A. família com filho pequeno;
- B. família em estágio tardio;
- C. desemprego; ✓**
- D. família com criança em idade escolar;
- E. família com adolescente.

COMENTÁRIO OSCELABS

No ciclo de vida familiar, crises **NORMATIVAS** (evolutivas) são as transições esperadas — nascimento do primeiro filho, entrada na escola, adolescência, ninho vazio —, e por isso as alternativas que citam estágios do ciclo (A, B, D e E) descrevem justamente o oposto do que se pede. Crise **ACIDENTAL** (paranormativa) e o evento inesperado que desorganiza a família fora do calendário previsto: desemprego, perda da moradia, doença grave, morte precoce. No caso de Jessica, e o desemprego do marido. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

Mônica, 29 anos, professora, vem para a consulta na unidade básica de saúde preocupada com seu sobrepeso. Diz que anda muito estressada, que os cuidados com o filho mais novo têm tomado muito seu tempo e que o marido não ajuda e anda bebendo demais. Sua sogra Maria foi morar com eles e dá muito trabalho em virtude do quadro depressivo, que não melhora. O sogro, Mário, faleceu aos 53 anos, e isso a preocupa em relação a Mário Luís, seu marido, que também fuma e bebe demais. Eles têm ainda um filho de 12 anos, que não dá trabalho nenhum. Considere o genograma a seguir. O genograma de Mônica mostra que:

- A. existe um padrão repetitivo de comportamento e saúde entre Mário e Mário Luís; ✓**
- B. existe uma relação conflituosa entre Mônica e Maria;
- C. existe uma relação conflituosa entre Mônica e Mário Luís;
- D. Maria e Mário são divorciados;
- E. Mário Luís é o indivíduo índice do genograma. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 -

COMENTÁRIO OSCELABS

O genograma serve exatamente para tornar visíveis **PADROES QUE SE REPETEM** entre gerações. Aqui, Mário morreu aos 53 anos e Mário Luís, o filho, reproduz o mesmo comportamento de risco (tabagismo e uso abusivo de álcool) — um padrão transgeracional de comportamento e saúde, que é o achado principal e o alvo da intervenção. Relações conflituosas (B e C) são representadas por linhas específicas de relacionamento, que não foram descritas; divórcio (D) tem símbolo próprio; e o indivíduo índice do caso é Mônica, não o marido (E). Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Tatiana vem à consulta médica com queixa de dor lombar. Em sua consulta anterior, apresentou pressão arterial de 120 x 65 mmHg, FC normal, peso 59 kg, altura 1,60 m e FR normal. Ela declara ter alergia a dipirona. De acordo com seu prontuário, seu último Papanicolau foi há 3 anos. Tatiana relata se sentir sem energia e ter medo de essas dores serem alguma doença ruim. Diz que não tem conseguido mais dormir de preocupação. Em relação ao registro das informações fornecidas por Tatiana no Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP), é correto afirmar que:

- A. devem ser registradas no campo Subjetivo as informações “apresentou pressão arterial 120 x 65 mmHg, FC normal, peso 59 kg, altura 1,60 m e FR normal”;
- B. devem ser registradas no campo Objetivo as informações “apresentou pressão arterial 120 x 65 mmHg, FC normal, peso 59 kg, altura 1,60 m e FR normal”; ✓**
- C. devem ser registradas no campo Avaliação as informações “apresentou pressão arterial 120 x 65 mmHg, FC normal, peso 59 kg, altura 1,60 m e FR normal”;
- D. devem ser registradas no campo Avaliação as informações “Tatiana relata se sentir sem energia e ter medo de essas dores serem alguma doença ruim. Diz que não tem conseguido mais dormir de preocupação”;
- E. as informações “Tatiana relata se sentir sem energia e ter medo de essas dores serem alguma doença ruim. Diz que não tem conseguido mais dormir de preocupação” não são relevantes; logo, não devem ser registradas no RCOP.

COMENTÁRIO OSCELABS

No registro clínico orientado por problemas (SOAP), o campo SUBJETIVO guarda o que o paciente relata (queixas, medos, insônia por preocupação); o OBJETIVO guarda o mensurável — sinais vitais, peso, altura, exame físico e resultados de exames; a AVALIAÇÃO e a síntese diagnóstica; e o PLANO, a conduta. Logo, PA, FC, FR, peso e altura vão para o Objetivo. As queixas de Tatiana são Subjetivo (não Avaliação, como diz D) e são altamente relevantes — o sofrimento psíquico e parte do problema, nunca se descarta (E). Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Um senhor de 82 anos comparece à consulta queixando-se de uma cefaleia de início recente. HAS controlada com IECA. Exame físico sem particularidades, exceto por espessamento da artéria temporal à palpação.

Nesse contexto:

- A. PCR elevada aumenta a chance de arterite de células gigantes;
- B. VHS > 100 mm/h aumenta a chance de arterite de células gigantes; ✓**
- C. tomografia craniana é essencial para excluir diagnósticos outros, antes de se pensar em arterite de células gigantes;
- D. radiografia craniana é essencial para excluir diagnósticos outros, antes de se pensar em arterite de células gigantes;
- E. ressonância magnética craniana é essencial para excluir outros diagnósticos, antes de se pensar em arterite de células gigantes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia de início recente em idoso com artéria temporal espessada levanta arterite de células gigantes. A pergunta é sobre VALOR DIAGNÓSTICO: um VHS acima de 100 mm/h tem razão de verossimilhança positiva alta e aumenta substancialmente a probabilidade da doença, enquanto PCR apenas elevada (A) e achado inespecífico presente em qualquer inflamação. Exames de imagem cranianos (C, D e E) não são etapa obrigatória antes de considerar o diagnóstico — o padrão-ouro e a biópsia da temporal, e o corticoide não deve esperar por ela quando há risco visual. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito E

Segundo o Manual de Recomendações e Controle da Tuberculose no Brasil 2ª ed., atualizado em 29/05/2024, a transmissão e adoecimento por TB são influenciados por fatores demográficos, sociais e econômicos. Dentre os fatores que contribuem para a manutenção e propagação da doença, destacam-se: urbanização crescente e desordenada, desigualdade na distribuição de renda, moradias precárias e superlotação, insegurança alimentar e baixa escolaridade, bem como dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos. Dessa maneira, no Brasil, assim como em outros países que têm condições de vida semelhantes, alguns grupos populacionais apresentam maior vulnerabilidade para a TB. Pelo exposto acima, em comparação com a população em geral, o risco de adoecimento por tuberculose é maior no seguinte grupo:

- A. indígenas;
- B. profissionais de saúde;
- C. pessoas vivendo com o HIV;
- D. pessoas privadas de liberdade;
- E. pessoas vivendo em situação de rua. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose quantifica o risco relativo das populações vulneráveis em relação à população geral, e a MAIOR razão de incidência é a das pessoas em situação de rua — condição que soma aglomeração em abrigos, desnutrição, uso de álcool e outras drogas, baixíssima adesão e acesso precário ao serviço. Pessoas privadas de liberdade e pessoas vivendo com HIV também têm risco muito elevado, e indígenas e profissionais de saúde, risco aumentado — mas todos abaixo do observado na população em situação de rua. Resposta E.

QUESTÃO 99 — Gabarito E

De acordo com parâmetros do Ministério da Saúde, a definição utilizada na vigilância da influenza e da covid-19 para determinar casos de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) é:

- A. indivíduo com febre, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e com início dos sintomas nos últimos sete dias;
- B. indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos;
- C. em crianças, além da febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos, também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico;
- D. em idosos, critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência;
- E. indivíduo com síndrome gripal que apresenta dispneia/desconforto respiratório, ou pressão persistente no tórax, ou saturação de O₂ $\leq$ 94% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 - ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome respiratória aguda grave é, por definição, síndrome gripal QUE AGRAVA: dispneia ou desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio igual ou menor que 94% em ar ambiente ou cianose de lábios e face (em criança somam-se batimento de asa nasal, tiragem, cianose e desidratação). As alternativas A, B e C descrevem a definição de SÍNDROME GRIPAL e suas adaptações pediátricas, e a D lista sinais atípicos do idoso — todos critérios de síndrome gripal, não de gravidade. Resposta E.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Os movimentos antivacina, causados por um sistema de desinformação, trazem muitos danos para as pessoas não vacinadas, pois já está mais que provado pela ciência que vacinas são muito efetivas e salvam vidas. Uma dessas doenças preveníveis por vacinas tem como manifestação clínica típica a presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, aderentes, que se instalam nas amígdalas e invadem estruturas vizinhas. Essas placas podem se localizar na faringe, na laringe e nas fossas nasais; e, com menos frequência, também são observadas na conjuntiva, na pele, no conduto auditivo, na vulva, no pênis (pós-circuncisão) e no cordão umbilical. A doença manifesta-se clinicamente por comprometimento do estado geral do paciente, que pode se apresentar prostrado e pálido. A dor de garganta é discreta, independentemente da localização ou da quantidade de placas existentes, e a febre normalmente não é muito elevada, variando de 37,5 °C a 38,5 °C, embora temperaturas mais altas não afastem o diagnóstico. Nos casos mais graves, há intenso edema do pescoço, com grande aumento dos gânglios linfáticos dessa área (pescoço taurino) e edema periganglionar nas cadeias cervicais e submandibulares. Dependendo do tamanho e da localização da placa pseudomembranosa, pode ocorrer asfixia mecânica aguda no paciente, o que muitas vezes exige imediata traqueostomia para evitar a morte. A descrição acima é característica de:

A. vírus sincicial respiratório;

B. difteria; ✓

C. faringo-amigdalite por estreptococo;

D. sífilis;

E. sarampo. Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT0 Residência Médica FGV Conhecimento Acesso Direto ■ Tipo 1 - ADAceDirT01 Realização

COMENTÁRIO OSCELABS

Placas pseudomembranosas branco-acinzentadas, ADERENTES e que sangram ao serem removidas, invadindo estruturas vizinhas, com toxemia desproporcional a dor de garganta discreta, febre baixa e 'pescoço taurino' por adenomegalia e edema periganglionar: e difteria, doença imunoprevenível pela vacina com toxoide (DTP/dT/dTpa). A faringoamigdalite estreptocócica (C) da exsudato friável, dor intensa e febre alta; sarampo (E) e viral e exantemática; sífilis (D) não forma pseudomembrana asfíxiante; e o vírus sincicial respiratório (A) causa bronquiolite. Resposta B.