



OsceLabs

AMP — ingresso 2025

Prova comentada | Acesso direto

100 questões • comentários autorais • respostas da banca

Gabarito oficial após recursos, preservado em cópia do documento da banca. Questão 18 anulada. A edição refere-se ao ingresso em 2025, com aplicação em novembro de 2024.

Cada questão conserva o enunciado, as alternativas e as imagens do documento original. Os comentários explicam o raciocínio e as limitações das opções. As questões anuladas continuam identificadas, sem atribuir à banca uma justificativa que ela não publicou.

O gabarito oficial e a interpretação clínica são apresentados separadamente. Ressalvas destacam diferenças de diretriz, limitações do enunciado e recomendações posteriores à aplicação. Material educacional: decisões assistenciais exigem avaliação individual e consulta ao protocolo vigente.

Ao final: gabarito oficial e caderno integral, preservados como anexos. As referências de apoio podem ser abertas pelos links de cada comentário.

[Acesse esta edição no OsceLabs](#)

Aplicação: 03/11/2024 • Ano de ingresso: 2025

Questão 01 · Bronquiolite: ausência de sibilos não exclui gravidade

Gabarito oficial: A

1) Lactente de 5 meses com suspeita de bronquiolite viral aguda, com queixa de desconforto respiratório gradual, com tosse paroxística, dispneia e irritabilidade. Ao exame físico apresenta-se com taquipneia, dificuldade alimentar, ausculta com crepitações, tempo expiratório prolongado, batimento de aletas nasais e retrações intercostais.

Sobre esta doença analise as assertivas abaixo.

I – A ausência de sibilo audível não é tranquilizadora.

PORQUE

II – A obstrução completa ao fluxo de ar pode eliminar a turbulência que provoca a sibilância.

A respeito destas asserções, assinale a opção correta.

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

b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.

c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

e) As asserções I e II são proposições falsas.

Comentário OsceLabs

As duas assertivas são verdadeiras e a segunda explica a primeira, alternativa A. Sibilância depende da passagem de ar; obstrução muito importante pode reduzir tanto o fluxo que o ruído deixa de ser audível. A gravidade deve ser julgada pelo esforço respiratório, entrada de ar, frequência respiratória, oxigenação, apneias, estado geral e capacidade de alimentação. Um tórax pouco audível em lactente exausto é sinal preocupante, não evidência de melhora. O diagnóstico de bronquiolite é clínico e o tratamento se concentra em suporte, oxigênio e hidratação quando indicados; essa discussão não justifica broncodilatador ou corticoide de rotina.

Referência: Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE NG9

Questão 02 · RCP pediátrica e ritmos não chocáveis

Gabarito oficial: B

2) A primeira resposta a uma emergência pediátrica de qualquer causa é uma avaliação sistemática e rápida da situação para identificar ameaças imediatas. Nos casos em que seja identificada situação em que a criança necessitará de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) analise as afirmativas abaixo.

I – O fator precipitante mais comum para a instabilidade cardíaca em lactentes e crianças é a insuficiência respiratória.

II – No paciente em assistolia ou atividade elétrica sem pulso que não respondam à massagem cardíaca e epinefrina endovenosa, deve-se realizar desfibrilação de emergência.

III – O princípio da RCP de alta qualidade é que compressões torácicas adequadas são o componente mais importante.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

B reúne I e III. Na criança, a parada frequentemente decorre de deterioração respiratória ou choque, e compressões de boa qualidade são essenciais. Assistolia e atividade elétrica sem pulso não são ritmos desfibriláveis: a persistência após adrenalina não cria indicação de choque. Mantém-se RCP, ventilação e oxigenação adequadas, adrenalina conforme protocolo e busca de causas reversíveis; desfibrila-se se houver fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso. A importância das compressões não diminui a necessidade de ventilação na parada pediátrica, particularmente quando sua origem é asfíxica. Minimizar interrupções e avaliar resposta fazem parte do atendimento.

Referência: Part 8: Pediatric Advanced Life Support. AHA/AAP Guidelines 2025

Questão 03 · Ingestão de cáusticos

Gabarito oficial: D

3) A ingestão de substâncias cáusticas em pediatria é responsável por significativa sobrecarga nos recursos de cuidados de saúde. As sequelas são esofagite, necrose, perfuração e estenose. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- a) A ingestão de substâncias alcalinas é menos grave.
- b) A maioria dos casos de ingestão é de substâncias ácidas.
- c) No atendimento inicial pode-se indicar a lavagem gástrica ou o vômito induzido.
- d) A endoscopia digestiva alta é recomendada em todas as crianças sintomáticas.
- e) A ausência de lesões orofaríngeas exclui possibilidade de lesão esofagogástrica significativa.

Comentário OsceLabs

D é a alternativa correta: crianças sintomáticas após ingestão de cáustico precisam de avaliação especializada para endoscopia precoce, após estabilização e análise de contraindicações, como suspeita de perfuração. Ácidos e álcalis podem produzir lesões graves; não há segurança presumida por ser substância alcalina. Ausência de queimadura na boca não exclui lesão esofágica ou gástrica. Não provocar vômitos, realizar lavagem gástrica ou tentar neutralização química, pois isso pode agravar a exposição e a lesão. Avaliar via aérea, produto, concentração, volume e tempo desde a ingestão, com orientação de toxicologia e equipe endoscópica.

Referência: Paediatric Gastrointestinal Endoscopy: European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition and European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guidelines.

Questão 04 · Otite média aguda: indicação e escolha do antibiótico

Gabarito oficial: A

4) A história natural da otite média aguda (OMA) indica que a resolução natural espontânea ocorre em mais de 80% dos casos, com melhora sem antibióticos, e geralmente não ocorrem complicações. Sobre as recomendações do uso de antibióticos na OMA em crianças, analise as afirmativas abaixo.

I – Dar antibiótico para OMA que seja bilateral ou unilateral em crianças com 6 meses de idade ou mais, com sinais e sintomas graves (otalgia importante e temperatura alta) ou com sintomas há pelo menos 48 horas.

II – Dar antibiótico na OMA bilateral em crianças com menos de 24 meses de idade sem sinais de gravidade (otalgia moderada há menos de 48 horas e temperatura < 39°).

III – Caso se decida tratar a OMA não complicada com um antimicrobiano a medicação de escolha inicial é amoxicilina associada a clavulanato.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

A corresponde a I e II verdadeiras e III falsa. O referencial da AAP favorece antibiótico em OMA grave e na bilateral entre seis e 23 meses, mesmo sem gravidade. É preciso confirmar OMA por achados otoscópicos, e não apenas por febre ou hiperemia timpânica. Quando indicado, amoxicilina é a escolha inicial usual; associar clavulanato não é obrigatório em todo caso. Uso recente de amoxicilina, conjuntivite purulenta concomitante ou determinadas falhas terapêuticas podem modificar essa escolha. Observação é possível em apresentações selecionadas, desde que haja analgesia, orientação e acesso à reavaliação.

Referência: The diagnosis and management of acute otitis media.

Referência: Otitis media (acute): antimicrobial prescribing. NICE NG91

Questão 05 · Fibrose cística: pulmão, pâncreas e íleo meconial

Gabarito oficial: B

5) A fibrose cística (FC) é uma doença multissistêmica hereditária e é responsável pela maioria dos casos de insuficiência pancreática exócrina no início da vida.

Sobre esta doença na infância analise as alternativas abaixo.

I – Uma característica central da doença pulmonar é a alta prevalência de infecção das vias respiratórias por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e complexo *Burkholderia cepacia*.

II – A taxa de progressão da doença gastrointestinal é o principal determinante de morbidade e mortalidade.

III – Em 15% dos recém nascidos com FC o íleo está completamente obstruído por mecônio (íleo meconial).

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III

é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

B aceita I e III e rejeita II. Infecção e inflamação das vias aéreas, com patógenos como *S. aureus* e *Pseudomonas*, são componentes importantes da fibrose cística. O comprometimento pulmonar é determinante central do prognóstico, embora estado nutricional, fígado e demais manifestações também influenciem a evolução. Íleo meconial pode ser a primeira apresentação, em aproximadamente 10–20% dos recém-nascidos com a doença; 15% é uma estimativa didática compatível. Nem toda criança tem insuficiência pancreática. O cuidado atual inclui avaliação do genótipo e elegibilidade para moduladores de CFTR, além de suporte nutricional, tratamento respiratório e acompanhamento especializado.

Referência: Johns Hopkins Cystic Fibrosis Center: clinical presentations, meconium ileus

Questão 06 · Exacerbação de asma na infância

Gabarito oficial: D

6) A crise de asma deve ser classificada segundo sua gravidade e o tratamento instituído da maneira mais precoce possível. O tratamento deve ser sistematizado e agressivo.

Sobre o manejo desta situação assinale a alternativa correta.

- a) A radiografia de tórax tem grande valor na crise aguda.
- b) Os corticosteroides aceleram a recuperação da crise, sendo a via endovenosa mais efetiva que a oral.
- c) A cânula nasal de alto fluxo tem evidência elevada de eficácia no manejo do tratamento da crise de asma.
- d) As drogas beta-2-agonistas constituem-se no primeiro recurso terapêutico a ser administrado nas crises agudas de asma.
- e) O sulfato de magnésio tem efeito broncodilatador, com resultados evidentes quando utilizado por via inalatória na população pediátrica.

Comentário OsceLabs

D identifica o broncodilatador beta-2 de ação rápida como recurso inicial para aliviar broncoespasmo. Avaliam-se simultaneamente oxigenação e gravidade; corticoide sistêmico precoce é importante em exacerbações indicadas, mas a via intravenosa não é intrinsecamente superior à oral quando esta é viável. Radiografia não é rotina na crise típica, sendo reservada a suspeitas de complicação ou diagnóstico alternativo. Evidência sobre cânula de alto fluxo não permite apresentá-la como solução estabelecida para toda crise. Magnésio intravenoso pode ser considerado em crise grave com resposta insuficiente; isso não equivale a recomendar magnésio inalatório rotineiro.

Referência: GINA. Strategy Report 2026

Questão 07 · Síndrome de Guillain-Barré

Gabarito oficial: D

7) Adolescente de 12 anos, com antecedente de quadro de gastroenterite há 10 dias, inicia com dormência e parestesia de membros inferiores, seguida de fraqueza muscular. Exame do líquor mostra proteínas de 120mg/dl e presença de 4 células.

Em relação ao diagnóstico mais provável analise as afirmativas abaixo.

I – Os reflexos profundos estão geralmente abolidos no início do curso da doença.

II – Este quadro também pode ocorrer após a administração de vacinas.

III – A fraqueza muscular grave ou rapidamente progressiva deve ser tratada com imunoglobulina humana.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

Fraqueza progressiva após gastroenterite, alteração sensitiva e dissociação albuminocitológica sugerem Guillain-Barré; a banca considera I-III verdadeiras, D. Hiporreflexia ou arreflexia é típica, embora possa faltar muito cedo ou em variantes. Imunoglobulina intravenosa ou plasmaférese são tratamentos específicos em situações indicadas; progressão rápida exige também monitorização respiratória e autonômica, sem esperar hipoxemia tardia. Há associações raras com determinadas vacinas, mas antecedência temporal isolada não demonstra causalidade nem justifica contraindicar todas as vacinas. Infecções são desencadeantes importantes. A decisão sobre vacinação posterior deve considerar o evento, o produto e os riscos individuais.

Referência: European Academy of Neurology/Peripheral Nerve Society Guideline on diagnosis and treatment of Guillain-Barré syndrome.

Referência: Guillain-Barré Syndrome and Flu Vaccine. CDC

Questão 08 · Queimaduras pediátricas: resfriar sem gelo

Gabarito oficial: A

8) As queimaduras são a segunda causa de lesões não intencionais em pediatria.

Sobre as queimaduras na infância analise as afirmativas abaixo.

I – As escaldaduras são a principal causa de in-

ternação hospitalar para pacientes pediátricos vítimas de queimaduras.

II – As crianças com mais de 15% de superfície corporal queimada necessitam de reposição de líquidos por via intravenosa para manter uma perfusão adequada.

III – Deve-se aplicar compressas com água gelada nas lesões para diminuir a progressão da queimadura no atendimento inicial.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

A é o gabarito: escaldaduras são frequentes e queimaduras extensas podem exigir reposição intravenosa; compressas com água gelada são inadequadas. Resfriar a área com água corrente fresca, sem gelo, e preservar a temperatura do restante do corpo reduz o risco de hipotermia. Em crianças, o limiar de reposição e encaminhamento depende de extensão, profundidade, idade, ingestão e protocolo; não se deve esperar atingir 15% para reconhecer necessidade de tratamento. Usar método de estimativa apropriado à idade, como Lund-Browder. A fórmula inicial de fluidos deve ser ajustada à perfusão e à diurese, considerando manutenção pediátrica quando indicada.

Referência: American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines

Referência: Burns: acute management. Royal Children's Hospital Melbourne

Questão 09 - Divertículo de Meckel e sangramento

Gabarito oficial: C

9) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2 a 3% de todos os lactentes.

Sobre esta situação analise as afirmativas abaixo.

I – O melhor exame para confirmação diagnóstica é estudo radiográfico contrastado com bário.

II – Os sintomas geralmente surgem no primeiro ou segundo ano de vida.

III – O sangramento pode causar anemia significativa.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

C aceita II e III e rejeita o estudo contrastado com bário como melhor exame. A cintilografia com pertecnato de tecnécio pode identificar mucosa gástrica ectópica, particularmente no quadro de sangramento indolor; seu desempenho depende do contexto e a negatividade não exclui toda apresentação. Ulceração da mucosa adjacente pode causar hemorragia relevante e anemia. Manifestações também incluem obstrução e inflamação, podendo surgir além dos primeiros anos de vida. A investigação deve acompanhar a apresentação clínica: uma criança com instabilidade, peritonite ou obstrução não deve aguardar eletivamente um exame apenas para seguir a regra de prova.

Referência: Meckel's Diverticulum: presentation, diagnostic tests and treatment. Children's Hospital of Philadelphia

Questão 10 · Apendicite pediátrica e duração de antibióticos

Gabarito oficial: D

10) A apendicite aguda continua a ser o quadro cirúrgico agudo mais comum em crianças. Apresenta um espectro muito amplo de apresentação clínica e menos de 50% dos casos têm uma apresentação clássica.

Sobre o manejo da apendicite aguda na infância analise as afirmativas abaixo.

I – Quando a cirurgia ocorre dentro de 24 horas após o diagnóstico, nenhuma correlação foi demonstrada entre o momento da operação e as taxas de perfuração ou a morbidade pós-operatória.

II – Para a apendicite simples (não perfurada) uma dose pré-operatória de agente antimicrobiano de amplo espectro é suficiente.

III – Na apendicite perfurada o antibiótico deve ser mantido intravenoso por 2 a 3 dias no pós-operatório até que a criança esteja afebril, aceitando dieta e pronta para alta.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

A banca assinalou D. Na apendicite não complicada, operar dentro de 24 horas em paciente estável pode ser seguro, mas essa margem não autoriza atrasar atendimento de sepse ou peritonite. Dose pré-operatória é indicada e antibiótico pós-operatório não é rotina após controle adequado de doença simples. Na perfurada, via e duração dependem de controle do foco e evolução. A atualização WSES de 2025 favorece cursos pós-operatórios curtos, de dois a três dias, na doença complicada; não se deve prolongar automaticamente o tratamento apenas por trocar a via intravenosa pela oral. Persistência de febre, instabilidade ou suspeita de foco não controlado exige reavaliação e pode modificar essa estratégia. O intervalo da prova não deve ser aplicado sem avaliar a criança.

Referência: *Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis: 2025 Edition of the World Society of Emergency Surgery Jerusalem Guidelines.*

Questão 11 · Dor no joelho de origem no quadril

Gabarito oficial: C

11) Adolescente masculino de 16 anos, obeso, apresenta-se com dor no joelho direito há duas semanas e claudicação. Exame físico revela limitações de rotação interna, abdução e flexão do quadril direito. Nega febre ou outras alterações sistêmicas. Não apresenta dor ou limitação na mobilização de outras articulações. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Monoartrite gonocócica.
- b) Artrite idiopática juvenil.
- c) Epifisiólise femoral proximal.
- d) Doença de Osgood-Schlatter.
- e) Doença de Legg-Calvé-Perthes.

Comentário OsceLabs

Adolescente obeso, claudicação e limitação da rotação interna do quadril sugerem epifisiólise femoral proximal, alternativa C. A dor pode ser referida ao joelho; examinar apenas esse local atrasaria o diagnóstico. Suspende apoio e obter avaliação ortopédica urgente e imagens apropriadas, evitando manobras forçadas quando houver instabilidade. Osgood-Schlatter produz dor localizada na tuberosidade tibial, sem explicar a restrição do quadril. Legg-Calvé-Perthes é mais típica de crianças menores. Ausência de febre favorece o raciocínio descrito, mas suspeita de artrite séptica em outro contexto exige investigação urgente própria.

Referência: Slipped Capital Femoral Epiphysis. American Academy of Orthopaedic Surgeons

Questão 12 · Hepatite A e transmissão

Gabarito oficial: D

12) A hepatite A é a forma mais comum das apresentações de hepatite aguda e benigna.

Sobre a infecção por hepatite A na criança analise as afirmativas abaixo.

I – É responsável apenas por casos de hepatite aguda.

II – Frequentemente é uma doença em que não há icterícia, com sinais clínicos indistinguíveis de outras apresentações de gastroenterite viral, particularmente em crianças jovens.

III – Os pacientes infectados devem ser afastados da escola ou creche por 7 dias após o início da icterícia.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Diversas considerações importantes influenciam a tomada de decisão sobre o uso empírico apropriado de agentes antibacterianos em lactentes e crianças. É importante conhecer o diagnóstico diferencial para a idade em relação a possíveis patógenos. Essa informação afeta a escolha do agente antimicrobiano e a urgência de sua administração. Com base nestas considerações responda as próximas duas questões.

Comentário OsceLabs

D é a combinação aceita pela banca. Hepatite A não produz infecção crônica, e crianças pequenas frequentemente têm doença anictérica ou pouco sintomática. Isso não significa que toda evolução seja benigna: pode ocorrer hepatite grave, ainda que incomum. O enunciado usa sete dias após início da icterícia como marco de afastamento. Há variação entre orientações sanitárias: a tabela atual da UKHSA recomenda sete dias após início dos sintomas. Portanto, aplicar o prazo e o marco definidos pela autoridade local, sem confundir essas referências temporais. A transmissão fecal-oral exige higiene, investigação de contatos e avaliação de profilaxia pós-exposição. Vacinação e saneamento previnem doença; antibióticos não tratam a infecção viral.

Referência: [Clinical Overview of Hepatitis A. CDC](#)

Referência: [Managing specific infectious diseases: A to Z. UK Health Security Agency](#)

Questão 13 · Pneumococo nas infecções pediátricas

Gabarito oficial: D

13) O agente bacteriano responsável pelo maior

número de casos de bacteremia, pneumonia bacteriana, otite média e meningite bacteriana em crianças é

- a) *Neisseria meningitidis*.
- b) *Staphylococcus aureus*.
- c) *Haemophilus influenzae*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*.
- e) *Staphylococcus epidermidis*.

Comentário OsceLabs

A alternativa D corresponde ao pneumococo, agente importante de OMA, pneumonia e doença invasiva na infância. A predominância relativa varia com idade, vacinação, local e síndrome: não se deve aplicar a frase de maior número de casos indistintamente a recém-nascidos ou a todos os serviços. Meningococo é especialmente relevante na doença meningocócica; *S. aureus* pode causar pneumonia grave; Hib tornou-se menos frequente onde há ampla vacinação. Reconhecer esses padrões orienta o tratamento empírico, mas culturas e epidemiologia local devem ajustar o esquema e permitir redução do espectro quando possível.

Referência: Clinical Overview of Pneumococcal Disease. CDC

Referência: PIDS/IDSA. Pediatric community-acquired pneumonia — seção sobre pneumonia necrosante e complicações, 2011

Questão 14 • Resistência do pneumococo à penicilina

Gabarito oficial: D

14) A resistência antimicrobiana deste agente se dá principalmente por

- a) destruição do antibiótico betalactâmico.
- b) aumento da produção de betalactamase.
- c) enzimas modificadoras de aminoglicosídeos.
- d) modificação da proteína de ligação à penicilina.
- e) modificação da estrutura de betalactamase residente.

Comentário OsceLabs

O agente referido é o pneumococo da questão anterior. A resistência aos betalactâmicos decorre principalmente de alteração das proteínas ligadoras de penicilina, reduzindo sua afinidade pelo fármaco: D. Não é o mecanismo habitual de produção de betalactamase, portanto acrescentar um inibidor dessa enzima não corrige automaticamente a resistência pneumocócica. A interpretação da concentração inibitória mínima depende do local da infecção e do medicamento: meningite requer critérios distintos de infecções não meníngeas. Dose, via, foco e antibiograma orientam a escolha, sem substituir toda penicilina ou cefalosporina apenas pela possibilidade teórica de resistência.

Referência: [Clinical Overview of Pneumococcal Disease. CDC](#)

Referência: [PIDS/IDSA. Pediatric community-acquired pneumonia — seção sobre pneumonia necrosante e complicações, 2011](#)

Questão 15 • Prevenção de acidentes e sono seguro

Gabarito oficial: B

15) Os acidentes domésticos são uma importante causa de internação hospitalar e mortalidade na infância e adolescência.

Sobre os acidentes na infância analise as afirmativas abaixo.

I – O andador é completamente contraindicado em qualquer idade do bebê.

II – Permitir que se coloque o bebê para dormir no leito com os adultos somente durante o período de amamentação ao seio.

III – Não permitir ou solicitar que um adolescente seja responsabilizado pelo cuidar de outra criança.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

A banca considera I e III verdadeiras e II falsa, alternativa B. Andadores com rodas aumentam risco de quedas e acesso a perigos e não são necessários para aprender a andar. O bebê deve dormir em superfície própria, firme e plana, em decúbito dorsal; amamentar não torna seguro adormecer com ele no leito de adultos. A frase sobre adolescentes é uma orientação conservadora da prova, não uma incapacidade universal definida só pela idade: supervisão exige maturidade, treinamento, disponibilidade e adequação à criança e à situação. Não transferir responsabilidade integral de segurança a alguém sem essas condições.

Referência: Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment.

Referência: Baby Walkers: A Dangerous Choice. American Academy of Pediatrics

Questão 16 • Pesquisa com menores: consentimento e assentimento

Gabarito oficial: D

16) O Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da sua profissão. Assinale a alternativa correta sobre os princípios fundamentais e normas deontológicas que os médicos devem observar no exercício da profissão.

- a) O profissional médico pode exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia.
- b) O médico assistente pode se opor à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- c) Quando em função de chefia ou de auditoria o médico pode desrespeitar a prescrição ou tratamento de outro médico, se assim achar melhor.
- d) No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.
- e) O médico pode participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, mesmo quando pertencente à equipe de transplante.

Comentário OsceLabs

D traduz a exigência de assentimento do menor conforme sua capacidade de compreensão, além do consentimento do representante legal. A autorização familiar não elimina o dever de explicar a pesquisa de modo apropriado e respeitar o participante. O Código de Ética veda o exercício simultâneo de Medicina e Farmácia e a oposição à segunda opinião solicitada. Chefia ou auditoria não autorizam desconsiderar arbitrariamente a conduta de outro médico; exceções demandam justificativa e comunicação. A equipe de transplante deve manter independência em relação às decisões e à determinação de morte do possível doador, evitando conflito de interesses.

Referência: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, edição 2019.

Questão 17 • Meningite bacteriana na infância

Gabarito oficial: E

17) Apesar do avanço da terapia antimicrobiana, dos cuidados intensivos e das vacinas, a meningite bacteriana continua associada a elevadas taxas de letalidade, complicações e sequelas. Sobre as meningites bacterianas na infância assinale a alternativa correta.

- a) A duração do tratamento da meningite meningocócica deve ser no mínimo por 10 dias.
- b) A vancomicina pode ser utilizada como agente isolado no tratamento da meningite bacteriana.
- c) Recomenda-se o uso da dexametasona em todas as meningites bacterianas, em qualquer idade.
- d) O tratamento empírico de lactentes com menos de 60 dias de vida deve ser com penicilina cristalina e cefalosporina de segunda geração.
- e) A partir dos dois meses de vida os principais agentes são o meningococo, hemófilus e o pneumococo, sendo que a meningite meningocócica tem melhor prognóstico.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial, com ressalva de que a distribuição de agentes e o prognóstico variam com vacinação, idade e gravidade. Meningococo, pneumococo e Hib integram o diferencial após o período neonatal; doença meningocócica fulminante pode ter evolução muito grave. Vancomicina não deve ser o único agente empírico, e cefalosporina de segunda geração não é a escolha descrita para lactentes jovens. Duração do tratamento depende do patógeno: dez dias não é mínimo universal para meningococo. Dexametasona tem indicações e momento próprios, não sendo prescrita indistintamente em qualquer idade. Antibióticos não devem aguardar exames que atrasem o cuidado.

Referência: WHO. Guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care, 2025.

Referência: Canadian Paediatric Society. Management of well-appearing febrile young infants aged ≤ 90 days

Questão 18 · Questão anulada: convulsão febril

Gabarito oficial: ANULADA

18) As convulsões febris são comuns, benignas e de curta duração, na maior parte das vezes, sendo tônico-clônicas e generalizadas.

Sobre as crises convulsivas febris analise as afirmativas abaixo.

I – Medicamentos antitérmicos não cedem nem previnem crises convulsivas febris.

II – Predominam abaixo dos 5 anos de idade.

III – A crise convulsiva febril deve ser tratada como uma emergência, mas dispensa a necessidade de exames complementares ou avaliação de neurologistas.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial anulou a questão; não se atribui uma justificativa formal à banca. Antitérmicos aliviam desconforto, mas não interrompem uma convulsão em curso nem são prevenção confiável de recorrências. Crises febris simples são típicas entre seis meses e cinco anos. Numa criança recuperada, sem sinais de alarme, exames neurológicos indiscriminados não são necessários; isso não permite dispensar avaliação em toda crise com febre. Focalidade, duração prolongada, recorrência, alteração persistente ou suspeita de meningite modificam a investigação. Crise que persiste por cinco minutos demanda tratamento agudo conforme protocolo, com suporte e benzodiazepínico indicado.

Referência: [Epilepsies in children, young people and adults. NICE NG217](#)

Referência: [Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure.](#)

Questão 19 · Lúpus de início na infância

Gabarito oficial: B

19) O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica multissistêmica com aproximadamente 15 a 20% dos casos sendo diagnosticados na infância. Em comparação com os adultos, as crianças e adolescentes apresentam doença mais grave e envolvimento mais generali-

zado de órgãos. Sobre a ocorrência desta doença na infância, analise as afirmativas abaixo.

I - O acometimento cutâneo ocorre em mais da metade dos casos.

II - O comprometimento articular é grave e costuma causar deformidades importantes.

III - Se for tolerada, a hidroxicloroquina é recomendada a todos os pacientes com LES.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Comentário OsceLabs

B aceita I e III. Manifestações cutâneas são comuns, e hidroxicloroquina é recomendada para a maioria dos pacientes com LES, salvo contraindicação, com ajuste de dose e vigilância de toxicidade. A artrite lúpica é geralmente não erosiva e não costuma produzir as deformidades destrutivas apresentadas como regra na assertiva II. Deformidades podem ocorrer, inclusive artropatia de Jaccoud, sem tornar correta a generalização. Crianças podem ter comprometimento renal, hematológico e neurológico importante; ausência de artrite grave não significa doença leve. Tratamento deve acompanhar atividade, órgão afetado, crescimento e redução da exposição cumulativa a corticoides.

Referência: [EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update.](#)

Questão 20 • Cuidados paliativos pediátricos

Gabarito oficial: C

20) Os cuidados paliativos para crianças devem começar quando uma doença ou condição potencialmente fatal é diagnosticada. O controle dos sintomas é um ponto fundamental da assistência paliativa pediátrica. Sobre esta situação, assinale a alternativa correta.

- a) Os anticonvulsivantes não devem ser usados no caso de convulsões.
- b) Há associação entre a administração de opioides e tempo de sobrevida.
- c) Discussões com adolescentes ou familiares devem incluir possíveis terapias integrativas.
- d) A frequência respiratória e saturação de O₂ correlacionam-se de modo confiável com o grau de dispneia.
- e) Nutrição e hidratação artificiais são evidentes medidas de conforto, sem as quais as crianças podem sofrer de fome ou sede.

Comentário OsceLabs

C é a melhor opção: discutir intervenções integrativas pode fazer parte de um plano individualizado, avaliando benefício, evidência, preferências e possíveis interações, sem substituir tratamento eficaz. Cuidados paliativos podem coexistir com terapia dirigida à doença. Opioides corretamente titulados para sintomas não equivalem a antecipar a morte; anticonvulsivantes continuam indicados quando necessários. Saturação e frequência respiratória não medem sozinhas a experiência de dispneia. Hidratação e nutrição artificiais não oferecem conforto automaticamente: podem ter benefícios ou provocar sobrecarga e desconforto, exigindo decisão compartilhada proporcional aos objetivos do cuidado e à situação clínica.

Referência: End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions. NICE NG61

Referência: OMS. Guidelines on management of chronic pain in children, 2020

Questão 21 · Exposição gestacional ao parvovírus B19

Gabarito oficial: D

21) Uma creche na cidade de Maringá apresenta um surto do parvovirose com nove crianças doentes. A creche apresenta duas trabalhadoras gestantes assintomáticas. Sobre a parvovirose, assinale a única resposta correta.

a) A parvovirose é uma infecção de variação sazonal e distribuição mundial, com picos de incidência no final da primavera e no verão causada pelo parvovírus B19.

b) A incidência de parvovirose em mulheres em idade fértil é de 1 a 5%, sendo menor em mulheres que trabalham com crianças em idade escolar ou que têm filhos nessa faixa etária devido a imunidade natural conferida pela infecção prévia.

c) A contaminação ocorre exclusivamente por via respiratória e a transmissão vertical é rara durante a gestação, podendo se relacionar a perdas gestacionais precoces, quadros de anemia e hidropsia fetais, e óbito intrauterino.

d) O diagnóstico sorológico feito a partir da detecção de anticorpos IgG e/ou IgM. A sorologia materna deve

ser realizada diante da suspeita de exposição ao parvovírus ou em quadro clínico suspeito durante a gestação.

e) A estratégia eficaz para a prevenção da infecção por parvovírus na gestação é a vacinação, recomenda-se identificação, orientação e monitoramento das gestantes suscetíveis expostas a situações com risco aumentado de infecção.

Comentário OsceLabs

D indica investigação sorológica após exposição relevante ou sintomas durante a gestação. IgG e IgM ajudam a distinguir imunidade prévia, suscetibilidade e possível infecção recente; momento da coleta e repetição quando indicada são importantes. Transmissão não é exclusivamente respiratória, e infecção fetal pode causar anemia, hidropisia e perda gestacional. Não existe vacina de uso rotineiro para prevenir parvovírus B19. O risco ocupacional em contato com crianças não deve ser descartado por presumir imunidade natural. Infecção materna confirmada requer seguimento obstétrico especializado, com avaliação fetal e Doppler da artéria cerebral média conforme o intervalo e o risco.

Referência: Human Parvovirus B19 in Pregnancy. Society for Maternal-Fetal Medicine

Questão 22 · dTpa em cada gestação

Gabarito oficial: D

22) O Programa Nacional de Imunizações por meio da Nota Técnica Conjunta nº 70/2024 alerta sobre o aumento global dos casos de coqueluche. Só no Paraná são 535 casos confirmados e 1 óbito divulgados no boletim da Secretaria de Estado da Saúde de 25/09/2024. A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissão respiratória, de distribuição universal, imunoprevenível e de notificação compulsória. Com base nesta informação marque a única resposta correta.

- a) A vacinação da coqueluche nos últimos anos também entrou no calendário vacinal das gestantes, com a vacina triplice bacteriana acelular do adulto (dTpa, contendo toxoides contra o tétano e a difteria e componente pertussis acelular) idealmente entre 27 e 36 semanas e com intervalo de dez anos entre as doses.
- b) A vacinação de tétano, difteria e coqueluche (dTpa) apenas é recomendada na gestação a fim de diminuir as taxas de mortalidade neonatal e infantil em situações especiais como casos de surtos ou epidemias.
- c) O benefício da vacinação contra coqueluche ocorre na gestação pela passagem de anticorpos para o feto, portanto, antes da alta hospitalar, no puerpério, não é necessário checar a situação vacinal da mãe para coqueluche (dTpa).
- d) A vacina triplice bacteriana acelular é recomendada a partir de 20 semanas, também com o objetivo de oferecer imunidade passiva ao lactente contra a coqueluche.
- e) Gestantes vacinadas com esquema completo com pelo menos 3 doses de vacina com componente tetânico, não precisam receber uma dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação.

Comentário OsceLabs

D corresponde ao calendário brasileiro: uma dose de dTpa a partir da vigésima semana em cada gestação, independentemente de doses prévias, para favorecer transferência placentária de anticorpos e proteger o lactente. Não se aguarda intervalo de dez anos nem se restringe a recomendação a surtos. A janela de 27–36 semanas utilizada por outras diretrizes não torna correta a alternativa A, que erra a periodicidade. Histórico vacinal deve ser conferido e o esquema contra tétano e difteria completado quando necessário. Se a dose não foi feita na gestação, a avaliação no puerpério permanece indicada, embora não reproduza a proteção transplacentária perdida.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação, 2024

Referência: SBP. Calendário de Vacinação — atualização 2025–2026.

Questão 23 · Hemorragia pós-parto por atonia

Gabarito oficial: E

23) Uma paciente de 30 anos, G3P2, foi admitida na maternidade em trabalho de parto com 40 semanas de gestação. A gravidez transcorreu sem complicações, parto vaginal espontâneo e o recém-nascido saudável, pesando 3.700 g, com Apgar de 9 no primeiro e 10 no quinto minuto. Após ser encaminhada para o alojamento conjunto houve sangramento abundante, 3 horas após o parto. Encontrava-se hipocorada, sudorética, taquicárdica, com diminuição da pressão arterial sistêmica. O útero estava amolecido, acima da cicatriz umbilical e sem sinais de contração espontânea. A partir do enunciado apresentado, avalie as afirmativas.

I. O achado de útero amolecido e pouco contraído

sugere a atonia como fator causal. Neste caso, o choque hipovolêmico ocorre porque o miométrio é incapaz de contrair-se efetivamente, há constrição das artérias espiraladas do útero e sangramento profuso pela decidua.

II. A maioria das mulheres com hemorragia pós-parto por atonia uterina apresenta fatores de risco como segundo período do parto prolongado, parto instrumentado, sobredistensão uterina, uso de tocolíticos e anestésicos halogenados, e corioamnionite. Outros fatores de risco que também têm sido associados à hemorragia pós-parto são obesidade, alta paridade e parto rápido.

III. Na hemorragia pós-parto, o sequenciamento do atendimento deve incluir a solicitação de ajuda, a manutenção da oxigenação e da perfusão tecidual, a obtenção de acessos venosos calibrosos com coleta de amostra sanguínea e solicitação de exames laboratoriais, a reposição da volemia, a avaliação rápida da etiologia, a realização de manobra de compressão uterina, a administração de ácido tranexâmico e de uterotônicos, a avaliação da antibioticoprofilaxia e a estimativa da perda sanguínea.

IV. As estratégias para diagnosticar e estimar a perda volêmica são variadas e incluem a estimativa visual, a pesagem de compressas e a mensuração dos parâmetros clínicos, dentre os quais se destaca o índice de choque (IC), que é um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que a frequência cardíaca e pressão arterial isoladamente.

São corretas somente as alternativas

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) II e IV.
- e) III e IV.

Comentário OsceLabs

E aceita III e IV. Na atonia, a contração insuficiente deixa de comprimir adequadamente os vasos do leito placentário; a assertiva I erra ao descrever constrição como mecanismo do sangramento. Fatores de risco existem, mas grande parte dos episódios ocorre sem fatores reconhecidos, tornando inadequada a generalização de II. A resposta deve ser simultânea: ajuda, avaliação dos quatro Ts, massagem/compressão, uterotônicos, acesso e reposição, além de controle definitivo se necessário. Ácido tranexâmico deve ser administrado o mais cedo possível, dentro de três horas do nascimento; no limite temporal do enunciado, não se deve criar atraso adicional. Antibiótico depende do procedimento e indicação.

Referência: Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. WHO/FIGO/ICM 2025

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 24 • Cistite na gestação

Gabarito oficial: B

24) Gestante, 28 anos, G3P2, com 23 semanas de gestação procurou a Unidade de Saúde com queixa de dor ao urinar, sensação de ardência e aumento da frequência urinária há 2 dias. Nega febre, dor lombar ou outros sintomas sistêmicos. Não apresenta comorbidades. Exame físico: temperatura de 36,8°C, pressão arterial 120/70 mmHg, frequência cardíaca 76 bpm. Sinal clínico de Giordano negativo.

A partir do enunciado apresentado, assinale a única alternativa correta.

- a) A gravidez exerce modificações fisiológicas anatômicas e funcionais no sistema urinário, com dilatação ureteral fisiológica, diminuição na tonicidade e motilidade de sua musculatura, mais evidentes no lado esquerdo e redução do tônus vesical pelo efeito da progesterona.
- b) As infecções do trato urinário representam a forma

mais frequente de infecção bacteriana no ciclo gravídico-puerperal. A estase urinária predispõe a gestante à bacteriúria assintomática ou infecção urinária franca e à nefrolitíase.

c) A cistite aguda durante a gestação mostra apresentar-se como uma síndrome caracterizada por quadro de urgência, frequência miccional, disúria e incômodos suprapúbicos, com sintomas de acometimento do quadro geral, como febre e dor à percussão costolombar.

d) No caso de cistite sintomática não complicada, não é necessário colher cultura de urina antes do início do tratamento, a terapêutica com antibióticos pode ser feita com nitrofurantoína, amoxicilina, cefalosporinas de primeira geração ou ainda fosfomicina trometamol.

e) A urocultura deve ser solicitada na primeira consulta com objetivo de rastrear a bacteriúria assintomática, condição que deve ser tratada em gestantes, e diante de uma gestante com infecção do trato urinário. Após o tratamento, não é necessário repetir a urocultura.

Comentário OsceLabs

B relaciona a estase urinária da gestação ao risco de infecção. Dilatação fisiológica costuma ser mais acentuada à direita, contrariando A. Febre e dor à punho-percussão lombar sugerem pielonefrite, não cistite simples. Colher urocultura antes do antibiótico ajuda a confirmar o agente e ajustar o tratamento, sem adiar terapia de paciente sintomática. Amoxicilina empírica pode ser inadequada onde a resistência de *E. coli* é alta. A afirmação de que nunca se repete cultura após tratar é excessiva: controle microbiológico pode ser considerado conforme quadro e protocolo, embora as diretrizes reconheçam limitações da evidência para repetição universal.

Referência: ACOG. Urinary tract infections in pregnant individuals, 2023

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 25 • Descarga papilar patológica

Gabarito oficial: E

25) Paciente 45 anos apresenta queixa de descarga papilar sanguinolenta espontânea em mama direita de início há 2 meses. Ao exame apresenta mamas com parênquima homogêneo sem nódulos palpáveis, axilas sem linfonodomegalias, e à expressão derrame papilar sanguinolento uniductal em mama direita. Assinale a seguir, qual seria a conduta mais indicada.

- a) Solicitar ressonância magnética de mamas.
- b) Solicitar biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia.
- c) Solicitar mamografia e ultrassonografia, e se estes exames não mostrarem lesões manter acompanhamento semestral com imagem.
- d) Realizar diretamente a ressecção cirúrgica do ducto acometido após identificar o ponto de gatilho da descarga papilar no exame físico.
- e) Solicitar mamografia e ultrassonografia mamária, e se necessário ressonância magnética, para depois realizar a ressecção cirúrgica do ducto acometido.

Comentário OsceLabs

Descarga espontânea, unilateral, uniductal e sanguinolenta exige investigação, mesmo sem nódulo palpável. É a opção da banca por iniciar com mamografia e ultrassonografia e ampliar a avaliação quando necessário antes de intervir. Papiloma intraductal é causa possível, mas malignidade precisa ser excluída. Ressonância pode ajudar se a avaliação inicial for negativa e a suspeita persistir; biópsia requer alvo. Excisão ductal não deve ser apresentada como obrigatória para todas as pacientes independentemente dos achados: persistência, risco, imagem, diagnóstico tecidual e preferência orientam a decisão com mastologia. Imagem inicial negativa não encerra automaticamente uma descarga suspeita.

Referência: ACR Appropriateness Criteria® Evaluation of Nipple Discharge: 2022 Update.

Questão 26 • Endometriose: diagnóstico e tratamento individualizados

Gabarito oficial: A

26) Em relação à endometriose, assinale a alternativa correta.

- a) Há evidências de um padrão hereditário familiar poligênico para a endometriose.
- b) A laparoscopia deve ser realizada em todos os casos em que haja suspeita de endometriose na ultrassonografia transvaginal.
- c) Dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, infertilidade e aumento da secreção vaginal são os sintomas mais comuns de endometriose.
- d) A histerectomia isolada é o tratamento de escolha para as pacientes que apresentam dor pélvica crônica por endometriose e que não tenham desejo reprodutivo.
- e) Os endometriomas devem ser sempre submetidos

a ressecção cirúrgica, independentemente da intensidade dos sintomas e do tamanho, buscando-se preservar a maior quantidade possível de parênquima ovariano na cirurgia.

Comentário OsceLabs

A reconhece a contribuição hereditária poligênica, sem implicar transmissão mendeliana simples ou destino inevitável em familiares. Suspeita clínica e imagem podem fundamentar manejo; laparoscopia não é necessária em todos os casos antes de tratar. Dismenorreia, dor pélvica, dispareunia e infertilidade são manifestações típicas, enquanto aumento de secreção vaginal não é característica central. Histerectomia isolada não elimina necessariamente lesões extrauterinas nem garante resolução da dor. Endometriomas também não devem ser operados sempre: sintomas, aspecto suspeito, tamanho, planos reprodutivos e risco de redução da reserva ovariana precisam ser discutidos.

Referência: ESHRE guideline: endometriosis.

Questão 27 · Contraceptivos combinados: benefícios e elegibilidade

Gabarito oficial: A

27) Em relação aos contraceptivos orais combinados (COC) , assinale a alternativa correta.

- a) Reduzem o risco de câncer de ovário.
- b) Os COC aumentam o risco de câncer de endométrio.
- c) A hipertensão arterial é uma contra indicação absoluta ao seu uso.
- d) Estão contraindicados em tabagistas com mais de 30 anos de idade.
- e) Apresentam como benefício melhora da dismenorreia, acne e sintomas pré menstruais, entretanto levam a perda de massa óssea se utilizados por tempo prolongado.

Comentário OsceLabs

A é correta: uso de contraceptivos orais combinados associa-se a menor risco de câncer de ovário e de endométrio, contrariando B. Elegibilidade depende do conjunto de riscos. Hipertensão grave ou com doença vascular é contraindicação; hipertensão controlada também costuma tornar métodos com estrogênio desaconselháveis, mas pertence a categoria diferente de contraindicação absoluta. Para tabagismo, o marco relevante é 35 anos, com categoria dependente do consumo, não 30 anos. Melhora de acne e dismenorreia pode ocorrer; não se atribui perda óssea universal ao uso prolongado. Informar benefícios não dispensa avaliar trombose, enxaqueca com aura e outras contraindicações.

Referência: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.

Referência: Oral Contraceptives and Cancer Risk. National Cancer Institute

Questão 28 • Polidrâmnio sintomático e amniorredução

Gabarito oficial: E

28) Paciente gestante, 34 anos, G2C1, 31 semanas de idade gestacional. Em consulta de pré-natal de risco habitual queixou-se de dispneia e desconforto abdominal, especialmente na posição supina, há 1 semana. Nega febre ou sintomas gripais. Refere movimentação fetal presente.

Ao exame, apresenta PA=110/76 mmHg, altura uterina de 35cm, dinâmica uterina ausente e frequência cardíaca fetal de 146bpm.

Ultrassonografia morfológica de segundo trimestre normal. Ecocardiografia realizada com 26 semanas dentro dos limites da normalidade. TOTG 75g realizado com 28 semanas teve resultado 83-153-120mg/dL em jejum, 1 hora e 2 horas pós sobrecarga, respectivamente. Ultrassonografia obstétrica realizada há 2 dias apresenta feto único, cefálico, dorso a esquerda, batimentos cardíacos fetais presentes, placenta anterior 30mm de espessura, homogênea, índice de líquido amniótico 347mm.

A partir do enunciado apresentado, assinale a única alternativa correta.

a) Deve-se evitar o uso de indometacina nessas gestantes, sob o risco de aumento de produção do líquido amniótico.

b) Diante do diagnóstico de polidrâmnio, deve-se proceder investigação genética fetal através de amniocentese dirigida.

c) Devido ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, deve-se proceder à amniodrenagem e controle rigoroso da glicemia capilar.

d) A resolução da gestação por via alta é indicada com 37 semanas, devido ao risco aumentado de hemorragia puerperal em gestantes com polidrâmnio.

e) A amniodrenagem terapêutica é indicada com o objetivo de alívio dos sintomas causados pelo polidrâmnio, que tende a se refazer a despeito de sua etiologia.

Comentário OsceLabs

O ILA de 34,7 cm caracteriza polidrâmnio; os valores do TOTG apresentados não preenchem os limiares usuais de diabetes gestacional. A banca assinala E porque amniorredução pode aliviar desconforto materno importante, mas a indicação depende da intensidade dos sintomas e da avaliação especializada, não apenas do número do ILA. O líquido pode se reacumular. Investigar causas fetais e maternas é necessário, sem amniocentese genética obrigatória em todo caso isolado. Indometacina não deve ser usada apenas para diminuir o líquido; seu problema não é aumentar a produção. Polidrâmnio, sozinho, não impõe cesariana eletiva às 37 semanas.

Referência: SMFM. Consult Series 46: Evaluation and management of polyhydramnios, 2018; reafirmado em 2024.

Questão 29 • Gestação ectópica: diagnóstico e limites do metotrexato

Gabarito oficial: E

29) Paciente do sexo feminino, 24 anos, comparece à Unidade de Pronto-Atendimento com queixa de dor abdominal baixa há 2 dias, progressiva, associada a sangramento vaginal discreto. Nega uso de contraceptivos, e apresenta atraso menstrual de 16 dias. Como antecedente clínico refere estar em investigação de endometriose pois apresenta dismenorreia importante. Como antecedente cirúrgico refere apendicectomia há 4 anos.

A partir do enunciado apresentado, avalie as afirmativas.

I. A dosagem sérica de beta-HCG acima de 25mUI/mL, associada a ultrassonografia transvaginal com espessamento endometrial e sem saco gestacional identificado na cavidade uterina confirmam diagnóstico de gestação ectópica.

II. A salpingostomia, a salpingectomia parcial e a ordenha tubárea são alternativas cirúrgicas   salpingectomia radical, sendo a ordenha tubárea o tratamento padrão-ouro de gestações ectópicas integras em gestantes com desejo reprodutivo.

III. A visualização ultrassonográfica de saco gestacional fora da cavidade uterina com diâmetro maior do que 5cm contraindica o uso de metotrexate no tratamento da gravidez ectópica.

IV. Leucopenia, pneumonite e alopecia são possíveis efeitos colaterais ao uso do metotrexate, mesmo quando administrado em dose única intramuscular.

São corretas somente as alternativas

- a) I e II
- b) I e III
- c) II e III
- d) II e IV
- e) III e IV

Comentário OsceLabs

E corresponde a III e IV. Beta-hCG pouco acima de 25 com útero vazio não confirma ectópica: pode ser gestação inicial de localização ainda desconhecida, exigindo avaliação clínica, ultrassom e seguimento apropriado. Ordenha tubária não   padrão-ouro para preservar fertilidade. Massa de mais de 5 cm torna tratamento com metotrexato inadequado pelos critérios usuais; muitas diretrizes já adotam limiares menores para selecionar tratamento medicamentoso. Toxicidade hematológica, mucosa, pulmonar e alopecia são possíveis, embora eventos graves sejam incomuns no esquema para ectópica. A escolha exige estabilidade, ausência de ruptura, avaliação laboratorial e capacidade de seguimento.

Referência: NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage

Questão 30 • Osteoporose e diferenças entre os compartimentos ósseos

Gabarito oficial: C

30) O principal objetivo do tratamento de osteoporose é a prevenção de fraturas em mulheres com DMO baixa ou fatores de risco adicionais para fraturas. Para atingir esta meta, o foco da terapia é estabilizar ou aumentar a DMO. O tratamento inclui mudanças no estilo de vida e, com frequência, o uso de terapia farmacológica.

Considerando as informações acima, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O objetivo principal das prescrições de medicamentos para a prevenção de fraturas é tentar recuperar e equilibrar o remodelamento ósseo pela redução na reabsorção ou pela estimulação da formação óssea.

PORQUE

II. Com a intervenção terapêutica, a melhora na DMO varia de acordo com a composição do osso. Por exemplo, as terapias que previnem a

reabsorção óssea agem mais rapidamente em ossos com alto conteúdo trabecular e renovação rápida, como o colo do fêmur. Por outro lado, o impacto das terapias farmacológicas sobre as vértebras deve ser mais lento considerando que as vértebras são compostas por cerca de 50% de osso trabecular e 50% de osso cortical.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

Comentário OsceLabs

C é a resposta: a primeira assertiva descreve corretamente o objetivo de reduzir reabsorção ou estimular formação, mas a segunda inverte a comparação anatômica. Vértebras têm importante componente trabecular e remodelação relativamente rápida; colo femoral apresenta maior participação cortical. Não se deve memorizar o texto como se a resposta vertebral fosse necessariamente mais lenta que a do fêmur. O objetivo clínico é reduzir fraturas, não apenas elevar a densidade mineral. Escolha e sequência de medicamentos dependem de risco, fraturas prévias, função renal e contraindicações, com medidas de prevenção de quedas e correção de fatores nutricionais.

Referência: Ministério da Saúde. PCDT da Osteoporose — anexo atualizado em 2026

Questão 31 · Diagnóstico de rotura de membranas

Gabarito oficial: A

31) Paula está na trigésima quinta semana de gestação, sendo internada com queixa de perda de líquido vaginal há 8 horas. Sem contrações ao exame físico. G1P0. BCF 142 e apresentação cefálica. Você tem como hipótese diagnóstica rotura prematura de membranas “ovulares”. O procedimento inicial indicado para confirmar o diagnóstico é

- a) exame especular.
- b) toque vaginal bidigital.
- c) ultrassom com oligodrâmnia.
- d) cristalização arboriforme de fluido vaginal.
- e) medida do pH vaginal com papel de nitrazina.

Comentário OsceLabs

O primeiro exame é o especular, alternativa A, procurando acúmulo de líquido e sua saída pelo colo. Toques digitais desnecessários podem elevar risco de infecção e devem ser evitados quando não há trabalho de parto estabelecido. Ultrassom com pouco líquido apoia a suspeita, mas não confirma isoladamente rotura; volume normal também não a exclui. Testes de cristalização, pH ou biomarcadores podem ajudar se o exame não for conclusivo, respeitando falsos resultados por sangue, sêmen ou infecção. Após confirmar, idade gestacional, sinais infecciosos, condições maternas e bem-estar fetal orientam o manejo, que é outra etapa da decisão.

Referência: NICE NG25. Preterm labour and birth — recommendations.

Questão 32 · Hipertensão crônica e pré-eclâmpsia sobreposta

Gabarito oficial: D

32) Cláudia, uma mulher de 32 anos com histórico de hipertensão arterial controlada, apresenta-se na 24 semana de gestação para acompanhamento pré-natal. Ela relata que nos últimos dias teve aumento da pressão arterial medindo 160/100mmHg durante a consulta. Cláudia não apresenta sintomas como dor de cabeça ou edema, mas menciona episódios de tontura. Ao exame físico observa-se que o ganho de peso está dentro do esperado, mas a ausculta cardíaca apresenta um leve sopro. Exames laboratoriais mostram proteinúria leve. Sobre hipertensão arterial na gestação é correto afirmar que

- a) não ocorre aumento do risco de pré-eclâmpsia em gestantes portadoras de hipertensão crônica.
- b) a pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial diagnosticada após 34 semanas de gestação sem proteinúria.
- c) a síndrome Hellp é caracterizada pela plaquetopenia, elevação das enzimas hepáticas e diminuição do DHL.
- d) a hipertensão crônica é diagnosticada antes de 20 semanas de gestação e não desaparece 12 semanas após o parto.
- e) dentro dos fundamentos fisiopatológicos da doença hipertensiva específica da gestação ou pré-eclâmpsia não há angioespasmo ou hemoconcentração.

Comentário OsceLabs

D descreve a classificação de hipertensão crônica: presente antes da gestação ou identificada antes de 20 semanas, podendo ser reconhecida retrospectivamente pela persistência além de 12 semanas pós-parto. Ela aumenta o risco de pré-eclâmpsia sobreposta. Piora pressórica e proteinúria após 20 semanas exigem investigação, sem depender de edema ou cefaleia. Pressão sistólica de 160 mmHg já atinge faixa grave se confirmada. HELLP associa hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia; LDH tende a aumentar. Pré-eclâmpsia não começa apenas após 34 semanas e pode ocorrer sem proteinúria quando há disfunção orgânica relevante.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 33 · Imunoglobulina anti-D: indicação e dado conflitante

Gabarito oficial: C

33) Joana 31 anos gestante Rh-D negativo casada com Antônio Rh-D negativo. Em qual das situações abaixo é necessária a administração de imunoglobulina anti-Rh?

- a) Após o parto, caso o concepto seja Rh negativo.
- b) Gestantes Rh negativo sensibilizada com 28 semanas de gestação.
- c) Durante a laparotomia para o tratamento de uma gestação ectópica rota.
- d) Após o parto, caso o concepto seja Rh positivo e o Coombs indireto reagente.
- e) Aborto espontâneo com 11 semanas, caso a gestante tenha Coombs indireto reagente.

Comentário OsceLabs

O gabarito é C, pois tratamento cirúrgico de ectópica em mulher RhD-negativa não sensibilizada costuma ser indicação de profilaxia anti-D. Há, porém, uma limitação do enunciado: o parceiro também é descrito como RhD-negativo. Se ambos os genitores biológicos forem comprovadamente RhD-negativos e não houver questão de variantes, não se espera feto RhD-positivo, e a indicação não é automática. Anti-D previne sensibilização; não trata aloimunização já estabelecida. Um teste de anticorpos reagente também requer identificar o anticorpo e distinguir anti-D passivo de imune, em vez de interpretar qualquer resultado positivo da mesma maneira.

Referência: NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 34 · Pré-eclâmpsia e glomeruloendoteliose

Gabarito oficial: C

34) Sílvia, uma paciente de 22 anos em sua 28 semana de gestação, apresentou-se com dor de cabeça intensa e edema nas extremidades, sintomas que começaram há uma semana. Em sua consulta a pressão arterial foi 160/100mmHg, e o exame de urina revelou proteinúria ++. Com base nesses achados foi feito o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Entre os eventos encontrados na fisiologia da pré-eclâmpsia assinale a alternativa correta.

- a) Hiporreatividade vascular.
- b) Arterite subendotelial oclusiva.
- c) Lesão renal caracterizada pela glomeruloendoteliose.
- d) Manutenção da segunda onda de migração trofoblástica.
- e) Refratariedade do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Comentário OsceLabs

C identifica a lesão renal clássica, com edema endotelial glomerular e estreitamento das luzes capilares. A pré-eclâmpsia envolve disfunção endotelial e desequilíbrio angiogênico, associados a remodelamento placentário inadequado; não se caracteriza por hiporreatividade vascular ou manutenção normal da invasão trofoblástica. Embora a pergunta seja fisiopatológica, o caso apresenta sinais de gravidade: pressão sistólica de 160 e cefaleia intensa exigem avaliação imediata, investigação de lesão orgânica, controle pressórico e consideração de sulfato de magnésio conforme protocolo. Proteinúria não deve ser usada isoladamente para graduar risco ou decidir o momento do parto.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 35 · Doppler da artéria umbilical

Gabarito oficial: B

35) Paula, uma gestante de 30 anos, compareceu ao pré-natal na 30 semana de gestação com queixas de diminuição da movimentação fetal. No exame físico sua pressão arterial estava normal, mas o seu peso estava abaixo do esperado para a idade gestacional, com aumento total de 5 kg desde o início da gravidez. O ultrassom revelou um feto de peso esperado de 1200 g, correspondente ao percentil 5, indicando restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Na restrição de crescimento a doppler fluxometria tem papel importante tanto no diagnóstico como no prognóstico. Qual dos vasos abaixo representa a função placentária?

- a) Veia umbilical.
- b) Artéria umbilical.
- c) Artéria ilíaca fetal.
- d) Ducto venoso fetal.
- e) Artéria uterina materna.

Comentário OsceLabs

B é a resposta: o Doppler da artéria umbilical informa a resistência da circulação fetoplacentária e contribui para avaliação e seguimento de restrição de crescimento. Diástole ausente ou reversa indica maior comprometimento e modifica a vigilância e o planejamento do parto. Artérias uterinas avaliam o lado materno da perfusão placentária; ducto venoso reflete principalmente repercussão hemodinâmica fetal. Peso abaixo do percentil 10 exige diferenciar feto pequeno constitucional de restrição patológica, integrando crescimento e Doppler. Relato de redução de movimentos precisa de avaliação própria, sem aguardar apenas uma próxima estimativa de peso.

Referência: ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction.

Questão 36 • TOTG de 75 g na gestação

Gabarito oficial: D

36) Joana, uma gestante de 29 anos, compareceu

ao pré-natal na 24 semana de gestação e relatou aumento de sede e frequente necessidade de urinar. Sem histórico prévio de diabetes na família, foi realizada triagem para diabetes gestacional. Joana foi submetida ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75g. Após a ingestão da solução de glicose foram coletadas amostras de sangue em três momentos: jejum, uma hora e duas horas. Qual é a resposta correta em relação aos valores para considerar diabetes gestacional?

- a) 90/185/145 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- b) 92/180/145 com dois pontos da curva atingido ou ultrapassado.
- c) 95/184/153 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- d) 92/180/153 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- e) 92/185/153 com dois pontos da curva atingido ou ultrapassado.

Comentário OsceLabs

D apresenta os limiares usados no teste entre 24 e 28 semanas: jejum 92, uma hora 180 e duas horas 153 mg/dL. Basta um valor atingido ou ultrapassado para diagnóstico de diabetes gestacional dentro desse protocolo; não são necessários dois resultados alterados. O teste deve seguir preparo, carga e coleta adequados. Valores na faixa de diabetes manifesto exigem classificação e avaliação específicas, não simples aplicação da tabela de diabetes gestacional. O diagnóstico inicia orientação alimentar, atividade quando segura e monitorização, com medicação se as metas não forem alcançadas; ausência de história familiar não afasta a doença.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 37 · Massa anexial suspeita de malignidade

Gabarito oficial: E

37) Lúcia, uma mulher de 53 anos, procurou atendimento médico queixando-se de dor abdominal persistente, distensão abdominal e alteração nos hábitos intestinais há cerca de 3 meses. Durante o exame físico foi notada a presença de massa palpável na região abdominal e sinais de ascite. A paciente relatou também perda de peso involuntária e fadiga. Suspeitando-se de um tumor de ovário, são características de malignidade

- a) alfa-feto, BHC-G, CEA.
- b) cistos menores que 10 cm, unilocular, cápsula intacta.
- c) septos finos, cápsula intacta, cistos maiores que 10 cm.
- d) lesão complexa, septos finos, índice de resistência ao Doppler maior que 0,75.
- e) septos espessos, cistos maiores que 10 cm, lesão complexa, espessamento de parede.

Comentário OsceLabs

E reúne achados preocupantes: complexidade, parede e septos espessos, associados no caso a ascite e sintomas persistentes. Tamanho isolado não define malignidade; componentes sólidos, projeções papilares, vascularização e distribuição dos achados também importam. Cisto simples unilocular tem interpretação diferente de massa complexa. Marcadores tumorais podem auxiliar conforme hipótese e idade, mas não confirmam nem excluem câncer sozinhos. A avaliação ultrassonográfica estruturada e modelos validados de risco ajudam a indicar encaminhamento à ginecologia oncológica. Não se decide benignidade com um único índice de resistência ao Doppler.

Referência: ESGO/ISUOG/IOTA/ESGE Consensus Statement on preoperative diagnosis of ovarian tumours.

Questão 38 • Datação pelo ultrassom do primeiro trimestre

Gabarito oficial: C

38) Mariana 32 anos, G4PN3, comparece à maternidade com contrações e perda de tampão mucoso. Está em trabalho de parto com dilatação cervical de 4cm. Pela data da última menstruação a idade gestacional calculada é de 33 semanas. A paciente traz resultado de ultrassonografia realizada com 10 semanas e, com base neste exame, a estimativa é de 38 semanas de idade gestacional. Nesta situação a conduta indicada é

- a) realização de cesárea de emergência.
- b) internar a paciente e iniciar protocolo para inibição do trabalho de parto pré-termo.
- c) acompanhar a evolução normal do trabalho de parto e realizar a assistência ao parto.
- d) solicitar ultrassonografia de urgência para avaliar a idade gestacional com maior precisão.

e) realizar amniocentese para coleta de líquido amniótico e provas de maturidade fetal.

Comentário OsceLabs

C é a conduta compatível com o melhor dado disponível: ultrassonografia realizada com dez semanas tem maior precisão para datação que uma DUM com discrepância de cinco semanas. O caso deve ser acompanhado como gestação a termo, após conferir o laudo e a história. Ultrassom tardio não substitui o exame precoce para redefinir a idade apenas pelo tamanho atual do feto. Não há indicação de tocólise, amniocentese para maturidade ou cesariana emergencial somente pela divergência das datas. Avaliam-se condições maternas, apresentação, bem-estar fetal e progressão do trabalho de parto para assistência adequada.

Referência: ACOG. Methods for estimating the due date. Committee Opinion 700.

Questão 39 · Miomatose e sangramento uterino anormal

Gabarito oficial: D

39) Maria, uma mulher de 38 anos, apresenta-se ao ambulatório queixando-se de sangramento uterino anormal. Ela relata que nos últimos meses suas menstruações tornaram-se mais intensas e duram cerca de 10 dias, acompanhadas de coágulos. Além disso Maria menciona dor pélvica constante e sensação de pressão abdominal, especialmente durante a relação sexual. Ao exame físico nota-se um aumento do volume abdominal e dor à palpação na região pélvica. Trouxe ultrassonografia transvaginal realizada em outro serviço, apresentando sinais de lesões hiperecogênicas e contornos irregulares em miométrio, com útero volumoso. A principal hipótese diagnóstica é

- a) menopausa.
- b) cisto de ovário.
- c) pólio endometrial.
- d) miomatose uterina.
- e) distúrbio hormonal.

Comentário OsceLabs

D é a hipótese entre as alternativas: aumento uterino, sangramento intenso e sintomas de pressão podem decorrer de leiomiomas. A descrição ultrassonográfica é pouco específica; ecogenicidade e contorno isolados não substituem um laudo que localize e caracterize as lesões. Adenomiose, doença endometrial e outras causas também podem coexistir. Investigar anemia, possibilidade de gestação e fatores de risco endometriais conforme contexto. Tratamento depende de repercussão, localização, volume e planos reprodutivos; nem todo mioma exige cirurgia. Pólio tende a ser lesão focal endometrial e cisto ovariano não explica diretamente uma lesão do miométrio.

Referência: Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NICE NG88

Questão 40 • Vaginose bacteriana e a questão do álcool

Gabarito oficial: D

40) Flávia, 18 anos, solteira, procura emergência médica com quadro de corrimento com mau cheiro há 7 dias. Na anamnese refere ingerir bebida alcoólica diariamente e ser dependente química de cocaína. Ao exame especular apresenta conteúdo, homogêneo, amarelo-acinzentado moderado com odor fétido. O pH vaginal está aumentado. Ao toque vaginal sem alterações. O melhor tratamento, considerando o perfil da paciente é

- a) miconazol.
- b) clotrimazol.
- c) fenticonazol.
- d) clindamicina.
- e) metronidazol.

Comentário OsceLabs

O quadro é compatível com vaginose bacteriana e a banca escolhe clindamicina, D, esquema reconhecido. A justificativa tradicional de evitar metronidazol por consumo de álcool exige atualização: o CDC considera insuficiente a evidência de reação tipo dissulfiram para impor abstinência especificamente por essa interação. Assim, metronidazol continua sendo tratamento de primeira linha e a presença de álcool não torna clindamicina obrigatória por si só. Antifúngicos das outras opções não tratam vaginose. Consumo problemático de substâncias merece acolhimento e cuidado próprio, avaliando adesão, riscos e preferências sem juízo moral ou suposições sobre a paciente.

Referência: CDC. Bacterial vaginosis — STI treatment guidelines

Questão 41 • Polifarmácia e sintomas posturais

Gabarito oficial: E

41) Aristolfo, 90 anos, tem hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2. Está em uso de enalapril 10mg/dia, hidroclorotiazina 25mg/dia, anlodipino 10mg/dia, atenolol 25mg/dia, sinvastatina 20mg/dia, AAS 100mg/dia, metformina 2550mg/dia. Não tem histórico de evento cardiovascular prévio e há 3 meses vem apresentando queixa de tontura, em episódios de poucos segundos ou minutos, principalmente ao ficar muito tempo em pé. Ao exame físico, foi medida pressão arterial de 144/84 deitado e 132/72 em pé, sem outros achados relevantes. Sobre o caso exposto acima, assinale a alternativa correta.

a) Como a combinação da idade e das condições crônicas já diagnosticadas implicam em elevado risco cardiovascular, o mais indicado seria aumentar a dose do enalapril para 20mg/d e recomendar o aumento da ingestão hídrica na rotina.

- b) Considerado a elevada prevalência de labirintopatias em pacientes muito idosos como Aristolfo, pode-se proceder um teste terapêutico com flunarizina 10mg/noite, preferencialmente associado a orientação de medidas de reabilitação vestibular.
- c) O quadro clínico de Aristolfo tem provável relação com doença cerebrovascular, sendo indicado solicitar ressonância magnética de crânio e, enquanto isso, aumentar a dose da sinvastatina, do AAS e de algum dos anti-hipertensivos em uso, exceto o anlodipino.
- d) Em situações de uso continuado como esta, o benefício do uso de fármacos já bem estabelecidos costuma superar seus possíveis efeitos negativos, devendo-se evitar mudanças nas medicações de uso contínuo e priorizar a solicitação de novos exames laboratoriais para averiguar o controle das multimorbidades crônicas.
- e) Os sintomas apresentados por Aristolfo têm provável relação com a polifarmácia, sendo indicado considerar qual a melhor estratégia de desprescrição a indicar na consulta de hoje e ponderar se estaria indicado solicitar exames complementares para outras causas do diagnóstico síndrome identificado nesta consulta.

Comentário OsceLabs

E prioriza revisão medicamentosa e desprescrição individualizada. A queda diastólica de 12 mmHg pode preencher critério de hipotensão ortostática se medida no intervalo apropriado; é necessário confirmar técnica e relação com sintomas. Em pessoa de 90 anos usando quatro anti-hipertensivos, intensificar tratamento sem essa análise pode agravar quedas e hipoperfusão. AAS em prevenção primária merece revisão pelo risco hemorrágico; metas glicêmicas também dependem de funcionalidade e fragilidade. Não se suspende tudo de uma vez nem se presume doença vestibular. Rever indicações, interações e prioridades com o paciente, planejando monitorização e retirada segura quando indicada.

Referência: Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE NG56

Referência: Brazilian Guidelines of Hypertension - 2025.

Referência: Aspirin Use to Prevent Cardiovascular Disease: Preventive Medication. USPSTF 2022

Questão 42 · Dor crônica e abordagem biopsicossocial

Gabarito oficial: C

42) Sobre dor crônica, é correto afirmar que

- a) deve-se evitar a prescrição de opioides no manejo de dor crônica devido ao potencial de dependência causado por eles e perfil de riscos usualmente maiores do que os benefícios.
- b) a dor de característica nociceptiva inclui a sensação de queimação constante ou intermitente, pontadas ou choques e também alguns sintomas físicos como hiperalgesia ou alodinia.
- c) o tratamento da dor crônica deve abranger, além dos componentes nociceptivo e neuropático, também o entendimento e a forma com que o usuário lida com sua própria condição.
- d) tratamentos não-farmacológicos como exercícios de alongamento, medidas educativas, psicoemocionais, fisioterapia, musicoterapia e acupuntura não costumam ser benéficos no manejo da dor crônica.
- e) o primeiro degrau da escada analgésica propõe o uso de analgésicos simples e anti-inflamatórios não hormonais, sem considerar o uso de fármacos adjuvantes (antidepressivos, neurolépticos ou anticonvulsivantes).

Comentário OsceLabs

C reconhece que mecanismo da dor, funcionalidade, crenças, contexto e estratégias de enfrentamento integram o tratamento. Queimação e choques sugerem componente neuropático, embora não sejam diagnósticos isolados. Medidas não farmacológicas têm papel relevante e devem ser escolhidas conforme condição e objetivos. Opioides não são primeira opção para muitas dores crônicas não oncológicas, mas a proibição absoluta ignora indicações específicas e cuidados paliativos. Adjuvantes podem ser apropriados independentemente de um degrau rígido de escada analgésica. Definir metas funcionais e acompanhar benefício e efeitos adversos é mais útil que apenas aumentar medicamentos até zerar uma escala numérica.

Referência: Chronic pain (primary and secondary) in over 16s. NICE NG193

Referência: CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022

Questão 43 • Sintomas recorrentes e ciclo menstrual

Gabarito oficial: B

43) Zulmira, 36 anos, professora, casada, G2C1P1. Procurou atendimento médico por apresentar há 2 dias náuseas, diarreia em episódio único de fezes amolecidas associado a dor abdominal em baixo ventre e cefaleia de moderada intensidade. Nega comorbidades, alergias ou intolerâncias conhecidas. Recorrência mensal de sintomas desde o início deste ano. Sobre o caso clínico é possível afirmar que

a) há manifestação de sintomas psicossomáticos com

necessidade de avaliação de contexto e intervenção precoce da equipe multiprofissional, incluindo avaliação por especialista em saúde mental.

b) há indicação de prosseguir a investigação clínica voltado para a suspeita de dismenorreia, a princípio com perguntas e exame físico e, possivelmente, com indicação de exames complementares.

c) há a necessidade de investigar o método anticoncepcional em uso por ser provável que se indique mudá-lo nesta consulta, pois diversos métodos podem estar associados aos sintomas recorrentes de náusea e cefaleia.

d) a melhor conduta será a prescrição de medicamentos sintomáticos associado a orientação de hidratação oral, repouso e alimentação com restrição de leite e derivados lácteos, para o diagnóstico presumível de intolerância a lactose.

e) a melhor conduta será a prescrição de medicamentos sintomáticos associados a orientação de hidratação oral, repouso e alimentação leve, além de afastamento de suas atividades laborais por diagnóstico provável de gastroenterite de origem infecciosa.

Comentário OsceLabs

B propõe a próxima etapa adequada: perguntar sobre relação com menstruação, início e evolução da dor, sangramento, sintomas sexuais e resposta a tratamentos, além de examinar conforme indicação. Prostaglandinas podem relacionar dismenorreia a náuseas, diarreia e cefaleia. Entretanto, o padrão mensal ainda precisa ser confirmado, não presumido. Início ou mudança dos sintomas na vida adulta exige considerar causas secundárias, como endometriose e adenomiose. Diagnosticar gastroenterite, intolerância alimentar ou sofrimento psicossomático sem integrar a recorrência temporal limita a avaliação. Sinais de alarme ou suspeita de gestação demandam investigação oportuna.

Referência: ACOG. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. Committee Opinion 760.

Referência: ESHRE guideline: endometriosis.

Questão 44 · Puerpério, recuperação e planejamento reprodutivo

Gabarito oficial: E

44) Sobre o período do puerpério é possível afirmar que

- a) a fase remota do puerpério é marcada por alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais que ocorrem no período do 12º até o 42º dia pós-parto.
- b) está indicado que a escolha do método anticoncepcional ocorra durante a primeira consulta de planejamento familiar após o término de todo o período do puerpério.
- c) apenas após o término do período do puerpério é indicado realizar o procedimento de inserção de dispositivo intra-uterino, visando menor probabilidade de expulsão e melhor adaptação ao método.
- d) ao final do puerpério o corpo da mulher encontra-se recuperado do parto e preparado para uma nova gestação, com imediato retorno para o patamar usual dos riscos para a mulher e o feto em caso de nova gestação.
- e) o puerpério é o período que vai do final do terceiro estágio do trabalho de parto ao retorno do organismo feminino ao estado pré-concepcional, o que costuma levar 6 semanas mas pode levar vários meses, caso a mulher esteja amamentando.

Comentário OsceLabs

E descreve o puerpério como período de adaptação após a dequitação, geralmente referido como seis semanas, com mudanças que podem persistir por meses. Não há recuperação uniforme de todos os sistemas numa data fixa, e completar seis semanas não significa que uma nova gestação imediata tenha o mesmo risco de um intervalo adequado. Contracepção deve ser discutida antes, inclusive no pré-natal e na maternidade. DIU pode ser colocado no pós-parto imediato em situações elegíveis, com orientação sobre maior risco de expulsão. Amamentação modifica função reprodutiva, mas amenorreia isolada não garante proteção contraceptiva universal.

Referência: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 45 · Ansiedade: psicoterapia e limites das medicações

Gabarito oficial: C

45) Mônica, 35 anos, chega em consulta queixando-se de palpitações eventuais, opressão torácica, insônia inicial. Diz que nos últimos oito meses vem tendo muitas preocupações e sente-se sobrecarregada com os afazeres domésticos e trabalho fora de casa. Vem tendo frequentemente crises de choro e conta que a cabeça não para, fica pensando em várias coisas ao mesmo tempo e imaginando possíveis desfechos. Além disso, sente dores de cabeça quase diárias. Nega pensamentos de auto-agressão ou ideação suicida. Está em uso

de amitriptilina 25mg/dia prescrita por um colega, que ajudou um pouco no sono e fez a frequência das dores de cabeça reduzirem, mas os outros sintomas permanecem.

Sobre o caso exposto acima assinale a alternativa correta.

- a) No caso de Mônica, o tratamento deve ser baseado exclusivamente na medicação e não se deve compartilhar o cuidado com a equipe multidisciplinar, a fim de preservar o sigilo e não expor as dores da paciente.
- b) Trata-se de um caso de ansiedade generalizada. A prescrição de benzodiazepínicos de forma isolada diariamente traria mais benefícios do que a amitriptilina, podendo ser usados com segurança ao longo de um ano.
- c) Mônica apresenta sintomas de ansiedade. A psicoterapia e a psicoeducação associadas a mudanças de estilo de vida, como prática de atividade física e meditação, são opções de tratamento que podem trazer benefícios.
- d) Aumentar a dose da amitriptilina traria maiores benefícios do que a troca da medicação, visto que ela se encontra no grupo de fármacos de primeira linha para tratamento de ansiedade, possuindo o melhor perfil de efeitos colaterais dentre todas as classes indicadas.
- e) O indicado é introduzir algum fármaco a selecionar entre os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (ISRSN), visto que constituem a primeira linha de tratamento para ansiedade e têm efeitos imediatos, podendo ser percebidos já nas primeiras 48 horas de uso.

Comentário OsceLabs

C reconhece benefícios de psicoterapia, psicoeducação e intervenções de estilo de vida. Preocupações excessivas persistentes sugerem ansiedade generalizada, mas a avaliação inclui prejuízo funcional, depressão, causas clínicas e substâncias. ISRS e ISRSN são opções farmacológicas usuais quando indicadas; seu efeito terapêutico não é imediato em 48 horas, tornando E incorreta. Benzodiazepínico diário por um ano não é estratégia inicial segura e indiferenciada. Amitriptilina não é a primeira escolha com melhor tolerabilidade para ansiedade. Compartilhar cuidado com equipe, respeitando consentimento e sigilo, pode ampliar o tratamento; medicação não deve substituir investigação do contexto e suporte.

Referência: NICE CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults

Questão 46 · Explorar a experiência do adoecimento

Gabarito oficial: E

46) Carlitos, um homem de 72 anos, sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e diabetes tipo 2. Durante a consulta, ele expressa preocupação com a dificuldade de respirar e os altos valores de glicemia em jejum, sente muita falta de sua falecida esposa, que era o apoio familiar para ajudar na sua capacidade de gerenciar sua condição. Qual dos quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa deve ser abordado pelo médico ao iniciar o atendimento de Carlitos?

- a) Ajustar imediatamente a medicação para melhorar o controle da DPOC e do diabetes.
- b) Prescrever uma dieta rigorosa e exercícios físicos para melhorar a saúde geral de Carlitos.
- c) Encaminhar Carlitos para um especialista em pneumologia para um tratamento mais específico.
- d) Aumentar a frequência das consultas e das suas medidas de glicemia para monitorar de perto a progressão das doenças.
- e) Explorar a saúde, a doença e a experiência de adoecimento de Carlitos, entendendo suas preocupações e sentimentos.

Comentário OsceLabs

E corresponde ao componente de explorar saúde, doença e experiência da pessoa. Compreender o luto, os receios e a perda de apoio permite avaliar por que o manejo de DPOC e diabetes ficou mais difícil e quais prioridades fazem sentido para Carlitos. Essa escuta se integra à avaliação clínica de dispneia e glicemia, sem ignorar sinais de urgência. Ajustar fármacos, dieta ou encaminhar pode ser necessário depois, mas nenhuma dessas ações substitui conhecer sintomas, ideias, preocupações, expectativas e repercussões funcionais. O plano deve considerar a capacidade real de executá-lo e a rede de suporte disponível.

Referência: The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine.

Referência: Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE NG56

Questão 47 · Abertura da consulta e escuta

Gabarito oficial: B

47) Qual é a importância de permitir que a pessoa

comece a consulta contando com suas próprias palavras o motivo de ter procurado a consulta médica?

- a) Garante que o médico possa aplicar um diagnóstico rápido e preciso sem necessidade de mais informações.
- b) Expande o foco da consulta, incluindo a experiência da pessoa com a doença, levando a um resultado de consulta mais produtivo.
- c) Ajuda a identificar divergências e inconsistências que o paciente traz com objetivo de convencer o médico de sua narrativa particular sobre a doença.
- d) Facilita a identificação de termos para depois explicar jargões médicos para explicar melhor a situação ao paciente, resultando em um prontuário mais científico.
- e) Permite ao médico interromper menos seus próprios pensamentos a assim focar melhor no seu raciocínio enquanto profissional especializado na interpretação dos sintomas.

Comentário OsceLabs

B é correta: começar pela narrativa da pessoa amplia a agenda, revela contexto e mostra como o problema é vivido. Perguntas abertas e escuta atenta podem ser seguidas de esclarecimentos dirigidos e síntese para confirmar entendimento. Isso não garante diagnóstico imediato nem elimina necessidade de exame ou investigação. O objetivo não é procurar inconsistências para desacreditar a narrativa ou apenas escolher jargões mais sofisticados. Explicitar prioridades e verificar se há outras preocupações ajuda a evitar que um tema importante apareça apenas no encerramento. Organização e escuta podem coexistir numa consulta com tempo limitado.

Referência: [The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine.](#)

Referência: [Patient experience in adult NHS services. NICE CG138](#)

Questão 48 • Multimorbidade e decisões compartilhadas

Gabarito oficial: D

48) Como a abordagem centrada na pessoa pode melhorar o manejo de pacientes com multimorbidade?

- a) Garantindo que o médico tome todas suas decisões sem a necessidade de consultar outros profissionais de saúde, centrado na autonomia médica.
- b) Desenvolvendo um diagnóstico rápido e preciso sem necessidade de detalhar informações sobre o contexto do paciente, focando nos sintomas que preocupam o paciente.
- c) Focando a cada encontro no tratamento de uma doença de forma isolada, o paciente terá ao longo da longitudinalidade como melhor compreender cada doença e cada tratamento proposto.
- d) Desenvolvendo uma visão ampla que considera múltiplos fatores relacionados ao adoecer e suas relações com a experiência pessoal das doenças, e assim promovendo decisões compartilhadas.
- e) Reduzindo a necessidade de envolvimento do paciente nas decisões sobre seu tratamento, o que propicia condições para aplicar de forma melhor e mais efetiva a medicina baseada em evidências para cada diretriz pertinente.

Comentário OsceLabs

D integra doenças, experiência, contexto e preferências. Somar todas as recomendações de diretrizes isoladas pode gerar interações, carga de tratamento excessiva e metas conflitantes. É necessário negociar prioridades, considerar funcionalidade, prognóstico e apoio disponível, coordenando os profissionais envolvidos. Decisão compartilhada não equivale a abandonar evidências ou transferir toda a responsabilidade à pessoa: o médico explica benefícios, riscos e incertezas e constrói opções viáveis. Tratar uma doença por vez pode organizar temas, mas não deve fragmentar o plano nem ignorar como um tratamento interfere nas demais condições.

Referência: Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE NG56

Questão 49 · Probabilidade pré-teste e utilidade do exame

Gabarito oficial: D

49) Qual é a justificativa mais relevante para a solicitação de um exame complementar?

- a) Confirmar os diagnósticos gerando menos demanda por agendamento de consultas adicionais.
- b) Reduzir o tempo total de consulta médica, viabilizando ampliar número de consultas oferecidas.
- c) Facilitar a comunicação entre diferentes profissionais de saúde que acompanham o mesmo paciente.
- d) Redefinir a probabilidade de uma doença, modificando de forma relevante a probabilidade da doença estar presente ou ausente.

e) Focar na prevenção e aumentar a quantidade de dados disponíveis para servir como linha de base para exames futuros de monitoramento do mesmo

Comentário OsceLabs

D expressa a função diagnóstica de um exame: atualizar a probabilidade da doença a partir da avaliação clínica. Sensibilidade, especificidade e razões de verossimilhança só ganham sentido quando aplicadas ao contexto e à probabilidade pré-teste. A solicitação deve ter potencial de modificar conduta, esclarecer uma decisão ou responder a uma necessidade clínica relevante. Acumular dados sem objetivo pode gerar falsos positivos, achados incidentais e intervenções desnecessárias. Testes também podem servir a prognóstico ou monitorização, mas nenhum desses usos se justifica apenas por encurtar consulta ou reduzir retornos. Explicar o que mudaria com cada resultado ajuda a escolher.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Referência: Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

Questão 50 • Medicina baseada em evidências

Gabarito oficial: E

50) Qual é o objetivo principal da Medicina Baseada em Evidências (MBE)?

- a) Basear decisões clínicas exclusivamente em estudos randomizados e metanálises.
- b) Focar na redução de custos em saúde, priorizando intervenções mais custo-efetivas.
- c) Priorizar explicações fisiopatológicas e modelos teóricos sobre a eficácia de tratamentos.
- d) Padronizar a prática médica, eliminando variações no tratamento em prol de uma abordagem única baseada em diretrizes.
- e) Integrar a experiência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente com a melhor evidência científica atual.

Comentário OsceLabs

E reúne os componentes centrais: melhor evidência disponível, experiência clínica e valores e preferências da pessoa. Evidência não se resume a ensaio randomizado; a pergunta determina quais desenhos são mais adequados, e a qualidade metodológica precisa ser examinada. Diretrizes apoiam decisões, mas não substituem julgamento sobre aplicabilidade, comorbidades, recursos e prioridades individuais. Explicação fisiopatológica plausível não demonstra, sozinha, benefício de uma intervenção. Custos e equidade podem integrar a decisão, sem reduzir MBE exclusivamente à economia. Também é necessário reconhecer a incerteza e revisar a escolha quando novas informações mudam o balanço entre benefício e dano.

Referência: Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

Questão 51 · Prevenção quaternária

Gabarito oficial: D

51) Considerando o contexto atual da medicina, como a prevenção quaternária se alinha com o princípio hipocrático “*primum non nocere*” (primeiro, não causar dano)?

a) A prevenção quaternária é sinônimo deste princípio hipocrático, tendo assumido esta nova forma apenas para evitar a nomenclatura em latim e compatibilizar a forma da denominação dos demais níveis de prevenção.

b) Não há relação direta entre a prevenção quaternária e esse princípio hipocrático, pois a prevenção quaternária foca exclusivamente em aspectos de saúde coletiva enquanto o princípio hipocrático aborda questões éticas do cuidado individual.

c) A prevenção quaternária e o princípio hipocrático são conceitos conflitantes na prática médica moderna, pois enquanto o princípio foca em não causar dano direto, a prevenção quaternária pode levar à subdiagnóstico e subtratamento de condições potencialmente graves.

d) A prevenção quaternária é uma aplicação moderna e ampliada desse princípio histórico, buscando ativamente identificar e evitar os danos que podem ser causados pela própria medicalização, tais como exames, procedimentos e tratamentos excessivos ou desnecessários.

e) O princípio “*primum non nocere*” é considerado ultrapassado pela prevenção quaternária porque esta última prioriza uma abordagem mais intervencionista em prol da prevenção, amparada na epidemiologia clínica e na medicina baseada em evidências, o que pode implicar em primeiro expor o paciente a algum risco de dano por haver potencial benefício futuro.

Comentário OsceLabs

D relaciona a prevenção quaternária à identificação de pessoas sob risco de intervenções excessivas e à oferta de alternativas cientificamente e eticamente adequadas. Ela aplica o compromisso de evitar dano aos riscos de sobrediagnóstico, sobretratamento e medicalização. Não é apenas mudança de nome de um princípio ético nem uma estratégia de omitir cuidado necessário. A decisão compara benefícios, danos e incertezas no contexto da pessoa, com informação e acompanhamento. Evitar um exame sem indicação pode proteger, mas deixar de investigar um sinal de alarme sob esse rótulo não é prevenção quaternária.

Referência: Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization.

Referência: Evidence based medicine: what it is and what it isn't.

Questão 52 • TARV, supressão viral e prognóstico

Gabarito oficial: C

52) No contexto do prognóstico e manejo de pacientes HIV positivos, qual afirmação reflete melhor o conhecimento atual sobre o tratamento antirretroviral (TARV) e seus efeitos?

- a) A expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV em TARV é menor que a da população geral, principalmente devido aos efeitos colaterais a longo prazo dos medicamentos e ao envelhecimento precoce causado pelo vírus.
- b) A falha terapêutica deve ser considerada após qualquer aumento na carga viral, mesmo que pequeno, pois isso indica o desenvolvimento rápido de resistência viral e necessidade imediata de troca do esquema antirretroviral.
- c) Com adesão ótima ao tratamento, o controle da viremia pode ser completo, permitindo recuperação imunológica e controle do risco de adoecimento, além de reduzir significativamente o risco de transmissão do vírus.
- d) O diagnóstico precoce tem impacto moderado no prognóstico a longo prazo, sendo mais importante a escolha adequada do esquema antirretroviral inicial e o monitoramento periódico da carga viral e da contagem de CD4.
- e) Esquemas de resgate têm, geralmente, posologias mais simples e menos efeitos adversos que os esquemas iniciais, devido ao desenvolvimento de novas drogas com melhor perfil de tolerabilidade e eficácia contra cepas resistentes.

Comentário OsceLabs

C reconhece os benefícios da terapia antirretroviral efetiva: supressão da viremia, recuperação imune e redução de adoecimento. Supressão viral sustentada também impede transmissão sexual do HIV, princípio indetectável igual a intransmissível; isso não deve ser extrapolado automaticamente para todas as vias de exposição. Diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais. Uma pequena elevação isolada da carga viral pode ser um blip e não determina troca imediata por resistência: confirmar, avaliar adesão, interações e tendência. Esquemas de resgate não são necessariamente mais simples que os iniciais. O seguimento também aborda comorbidades, vacinação, saúde mental e barreiras de acesso.

Referência: Treating HIV. Centers for Disease Control and Prevention

Referência: NIH Guidelines: Virologic Failure

Questão 53 · Tuberculose pediátrica sem confirmação bacteriológica

Gabarito oficial: E

53) Em relação ao diagnóstico de tuberculose em crianças, qual é a afirmação correta?

- a) O lavado gástrico tem sensibilidade superior a 80% e é considerado o padrão-ouro para diagnóstico em lactentes.
- b) A confirmação bacteriológica é facilmente obtida na maioria dos casos pediátricos devido à alta carga bacilar.
- c) A baciloscopia de escarro é o método mais sensível e específico, sendo facilmente realizada em todas as faixas etárias pediátricas.
- d) A cultura do lavado gástrico fornece resultados rápidos, sendo recomendada como primeira escolha diagnóstica em crianças menores de 5 anos.
- e) O sistema de escore é uma ferramenta útil no diagnóstico ao considerar, na ausência de confirmação bacteriológica, o conjunto de aspectos clínicos, epidemiológicos e radiológicos.

Comentário OsceLabs

E destaca o uso do sistema de pontuação brasileiro para apoiar diagnóstico de tuberculose pulmonar na infância quando falta confirmação bacteriológica. Crianças frequentemente têm doença paucibacilar e dificuldade de produzir escarro; resultado negativo não exclui a hipótese. História de contato, sintomas, evolução, imagem e testes de infecção devem ser integrados. Lavado gástrico não tem sensibilidade universal acima de 80%, e cultura não fornece resposta imediata. Métodos moleculares e amostras apropriadas devem ser utilizados quando disponíveis, sem transformar um escore em substituto de toda investigação ou esperar positividade para tratar uma criança com forte indicação clínica.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, 2ª ed., 2019.

Questão 54 · Índices, indicadores, coeficientes e taxas

Gabarito oficial: C

54) As medidas da saúde coletiva servem para o monitoramento de informações de duas categorias: as medidas da saúde e as medidas da vida. Elas servem para avaliar, planejar e gerir os sucessos alcançados.

Correlacione as colunas abaixo e indique a sequência certa.

() Índice

() Indicadores

() Coeficientes

() Taxas

1. Medidas auxiliares nos cálculos de estimativas e projeções de fenômenos nos quais não se têm registros confiáveis.

2. Índices ajuizados pela sociedade e especialmente selecionados pelo observador para au-

xiliar a tomada de decisão.

3. Termo genérico mais abrangente e apropriado para referir-se a todos os descritores da vida e da saúde.

4. Medidas que descrevem os fenômenos observados e que são aplicados para medidas secundárias.

a) 1, 2, 3, 4.

b) 2, 3, 4, 1.

c) 3, 2, 4, 1.

d) 4, 1, 2, 3.

e) 3, 4, 1, 2.

Comentário OsceLabs

O gabarito C associa índice a 3, indicador a 2, coeficiente a 4 e taxa a 1. Essa é a terminologia didática adotada pela questão; as palavras não são empregadas de modo completamente uniforme em toda a literatura epidemiológica. Para interpretar um indicador real, é mais importante identificar definição operacional, numerador, denominador, unidade, população e período. Em uso epidemiológico estrito, uma taxa costuma incorporar tempo e estimar velocidade de ocorrência; não deve ser definida universalmente apenas como auxílio para estimativas sem registros confiáveis. A nomenclatura da prova deve ser reconhecida sem substituir a especificação matemática de cada medida.

Referência: Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos. OPAS, 2018

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 55 • Ensaio clínico e perdas de seguimento

Gabarito oficial: E

55) Nos ensaios clínicos o investigador introduz uma determinada intervenção e observa o efeito dessa nova variável nos desfechos clínicos, podendo essa intervenção ser uma medicação, cirurgia, programa educativo ou fisioterapêutico. É correto afirmar que

- a) o delineamento parte de um grupo de indivíduos com uma determinada doença e outros sem a doença.
- b) um resultado com razão de chances (odds ratio) significativamente diferente de 0 afasta a hipótese nula.
- c) é possível testar a hipótese se o risco de se ter ou não a doença é diferente entre indivíduos expostos e não expostos a um determinado fator.
- d) serve para descrever as características gerais de determinada doença com relação às pessoas, distribuição geográfica e tempo de ocorrência.
- e) é comum que o seguimento de alguns pacientes seja perdido no decorrer do estudo não sendo possível computar seus desfechos na análise final.

Comentário OsceLabs

A banca escolheu E, reconhecendo perdas de seguimento. A frase final exige cuidado: desfechos ausentes limitam a informação, mas não autorizam excluir participantes automaticamente da análise. Devem-se explicar as perdas, buscar dados e usar métodos adequados, com análises de sensibilidade; intenção de tratar não elimina por si só o problema de dados faltantes. A seleção por doença presente ou ausente descreve caso-controle, e a hipótese nula de uma razão de odds é 1, não zero. Comparar riscos entre grupos pode ocorrer em ensaio; seu elemento distintivo é a intervenção atribuída pelo investigador, e não apenas observar exposição.

Referência: [CONSORT 2025 Statement: Updated Guideline for Reporting Randomized Trials](#).

Referência: [Cochrane Handbook](#). Defining the criteria for including studies and grouping for synthesis

Questão 56 • Coorte: da exposição ao desfecho

Gabarito oficial: A

56) O estudo longitudinal que parte do fator de risco para avaliar sua implicação num determinado agravo é o

- a) de coorte.
- b) transversal.
- c) caso-controle.
- d) ensaio clínico.
- e) relato de caso.

Comentário OsceLabs

A é correta. Estudos de coorte comparam grupos definidos por exposição e acompanham a ocorrência de desfechos, prospectivamente ou por registros retrospectivos. Esse desenho permite estimar incidência e associações, desde que população, tempo em risco e seguimento estejam adequadamente definidos. Caso-controle parte do desfecho para investigar exposições anteriores; transversal observa exposição e desfecho num recorte temporal. No ensaio clínico, o investigador atribui uma intervenção, geralmente com randomização quando o desenho a prevê. Uma coorte observacional não elimina confundimento apenas por estabelecer ordem temporal; perdas, aferição e fatores associados precisam ser considerados.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 57 • Níveis de prevenção e objetivo da intervenção

Gabarito oficial: B

57) Associe corretamente o nível de prevenção da coluna da direita com a ação sanitária respectiva na coluna da esquerda.

() identificar paciente em risco de intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científicos e eticamente aceitáveis.

() Indicar antibiótico em caso de amigdalite estreptocócica, do grupo A da

(I) Primária

(II) Secundária

(III) Terciária

(IV) Quaternária

classificação de Lancefield.

() Recomendar reabilitação respiratória para pacientes portadores de DPOC.

() Efetuar educação sexual escolar, para reduzir gravidez indesejada na adolescência.

Escolha a alternativa com a sequência de combinação correta.

a) I, II, III e IV.

b) IV, II, III e I.

c) III, IV, II e I.

d) II, III, IV e I.

e) I, IV, III e II.

Comentário OsceLabs

A sequência oficial é IV, II, III, I, alternativa B. Evitar intervenção invasiva desnecessária é prevenção quaternária; tratar precocemente amigdalite estreptocócica é classificado como secundária no esquema da questão; reabilitar quem já tem DPOC é terciária; educação sexual antes do evento indesejado é primária. A classificação depende de qual desfecho se quer prevenir: o tratamento da faringite também pode ser descrito como prevenção primária da febre reumática. Explicitar a doença ou complicação de referência evita contradições aparentes. Não é o nome do procedimento sozinho que determina o nível de prevenção.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Referência: Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization.

Questão 58 • Determinantes sociais e ação intersetorial

Gabarito oficial: D

58) Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), as intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover a equidade devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgreen e Whitehead (1991) e, para que sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos. Assinale a alternativa que descreve corretamente estes três pilares.

- a) Universalidade, integralidade e equidade.
- b) Universalidade, participação social e descentralização.
- c) Intersectorialidade, abordagem epidemiológica e custo-efetividade.
- d) Participação social, evidências científicas e interação entre os diversos setores de políticas públicas.
- e) Intervenções sobre estilos de vida, sobre as condições de vida e de trabalho e sobre a macroestrutura econômica, social e cultural.

Comentário OsceLabs

D reúne os três pilares descritos: participação social, fundamentação em evidências e articulação entre setores. Enfrentar determinantes sociais exige combinar conhecimento sobre desigualdades, legitimidade das decisões e ação sobre políticas de renda, trabalho, educação, habitação e ambiente. Os princípios do SUS são relevantes, mas não substituem a tríade específica solicitada. Intervir apenas no comportamento individual pode responsabilizar a pessoa por condições que restringem suas escolhas. Monitorar efeitos sobre grupos sociais distintos permite avaliar equidade, pois melhorar uma média populacional não garante reduzir desigualdades.

Referência: O Brasil e a Agenda Internacional dos DSS: pilares de intervenção da CNDSS. Fiocruz

Questão 59 • O que conta como gasto em ações e serviços de saúde

Gabarito oficial: D

59) A respeito do financiamento e da alocação de recursos no sistema de saúde no Brasil, é correto afirmar que

a) desde a Constituição Federal de 1988 a participação federal nos gastos com ações e serviços públicos de saúde vem sendo crescente em seu percentual perante o montante total de gastos públicos no SUS.

b) a maior parte dos gastos em saúde no Brasil ocorre no setor público, visando viabilizar a efetivação dos princípios constitucionais do SUS conforme especificado na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/1990).

c) a Emenda Constitucional 29/2000 dispôs percentuais mínimos da receita que cada ente da federação deve destinar para ações e serviços públicos de saúde, sendo 15% para os municípios, 12% para os esta-

dos (e Distrito Federal) e 10% para a União.

d) a Lei Complementar 141/2012 definiu com maior clareza e precisão quais despesas podem ser incluídas como ações e serviços de saúde, excluindo diversas ações e serviços referentes a programas de políticas públicas que atuam sobre os determinantes sociais de saúde.

e) o financiamento do SUS foi inserido, em sua criação, no Orçamento da Seguridade Social (OSS), acrescido de recursos dos tesouros federal, estaduais e municipais, e depois teve seus recursos ampliados em 1994 por meio da Desvinculação dos Recursos da União (DRU), indicando a prioridade da saúde no orçamento.

Comentário OsceLabs

D corresponde ao papel da Lei Complementar 141/2012: estabelecer critérios de apuração e definir despesas que podem compor o mínimo constitucional de ações e serviços públicos de saúde. Nem toda política que melhora um determinante de saúde pode ser contabilizada nesse piso. A alternativa C atribui à União um mínimo de 10% que não corresponde à regra descrita; fórmulas federais também sofreram mudanças constitucionais ao longo do tempo. Não se presume crescimento contínuo da participação federal nem maioria pública no gasto total brasileiro. Cumprir o piso contábil não demonstra, isoladamente, suficiência ou qualidade da alocação.

Referência: Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Texto atualizado

Questão 60 • Critérios para notificação compulsória

Gabarito oficial: A

60) Para selecionar quais doenças devem ser de notificação obrigatória, é avaliada a situação epidemiológica de cada doença e dos conhecimentos relacionados a sua prevenção e controle. Esta avaliação pode ser embasada por diversos critérios técnicos já estabelecidos. Assinale qual das assertivas abaixo indica o uso da definição correta de um determinado critério técnico para justificar a inclusão de um determinado agravo na lista de notificação compulsória vigente no Brasil.

- a) A poliomielite encontra-se na lista devido ao critério de transcendência, que destaca sua relevância em potencial de morbimortalidade.
- b) A rubéola está na lista devido ao critério de vulnerabilidade, expresso principalmente pela relevância social e econômica desta infecção.
- c) A leishmaniose está na lista para atender aos compromissos do Brasil com o que está estipulado no regulamento sanitário internacional.
- d) O exantema súbito está na lista devido ao critério de seu elevado potencial de disseminação, podendo colocar em risco outros indivíduos ou as coletividades.
- e) A peste está incorporada na lista devido ao critério de magnitude, exemplificada principalmente pela severidade desta doença (taxa de internamentos e letalidade).

Comentário OsceLabs

A usa transcendência para representar relevância clínica e social, incluindo gravidade e potencial de sequelas, compatível com poliomielite. Magnitude se refere à frequência ou dimensão do problema, não é sinônimo de letalidade; vulnerabilidade indica possibilidade de prevenção e controle por medidas disponíveis. Compromissos internacionais, potencial de disseminação e eventos inusitados também podem motivar vigilância, sem tornar correta cada associação oferecida. Critérios ajudam a entender a lista, mas não substituem consultar a norma vigente para agravo, prazo e fluxo. Uma doença rara pode continuar de notificação obrigatória por seu risco e pela necessidade de manter eliminação ou erradicação.

Referência: Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde — acervo oficial.

Referência: Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 14/2025 — notificação de agravos do trabalho.

Questão 61 • MAPA e diagnóstico de hipertensão

Gabarito oficial: E

61) A paciente A.S.S., 54 anos, encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido a uma lesão cutânea suspeita de neoplasia. Nega medicações de uso contínuo ou comorbidades. Durante as consultas, foram registradas pressões arteriais sistêmicas de 142/91 mmHg, 153/92 mmHg e 130/85 mmHg, respectivamente. Considerando os valores pressóricos obtidos, assinale a alternativa que melhor representa o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

a) Definir hipertensão em geral baseia-se na média de três ou mais aferições da pressão na posição sentada durante cada uma de três ou mais consultas ambulatoriais.

b) As medições da pressão arterial em casa e da pres-

são ambulatorial média de 24 horas geralmente são equivalentes as pressões arteriais verificadas no consultório.

c) Cerca de 40% dos pacientes com hipertensão de estágio 1 baseada nas pressões arteriais no consultório têm leituras ambulatoriais médias > 135/85 mmHg, o que é chamado de "hipertensão do jaleco branco".

d) As pressões arteriais noturnas costumam ser 10 a 20% mais baixas do que as pressões arteriais diurnas, e uma "queda" atenuada da pressão arterial noturna pode estar associada a uma diminuição do risco de doença cardiovascular.

e) Como os registros da pressão arterial ambulatorial produzem múltiplas leituras durante o dia e a noite, eles fornecem uma avaliação mais abrangente sobre a carga vascular da hipertensão do que um número limitado de leituras no consultório.

Comentário OsceLabs

E destaca a vantagem da MAPA: múltiplas medidas, inclusive durante o sono, caracterizam melhor o padrão pressórico do que poucas aferições no consultório. Valores limítrofes ou variáveis devem ser confirmados com técnica adequada e medidas fora do consultório quando indicadas. Hipertensão do avental branco significa elevação no consultório com medidas externas normais, não elevadas como descrito em C. Atenuação da queda noturna pode associar-se a maior risco cardiovascular, não menor. Limiares variam conforme método e período; pressão residencial, média de 24 horas e consultório não são intercambiáveis. Uma medida isolada normal não encerra a investigação.

Referência: [Brazilian Guidelines of Hypertension - 2025](#).

Questão 62 • Diabetes confirmado por exames concordantes

Gabarito oficial: D

62) Carlos, 58 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta de rotina. Ele relata que nos últimos meses tem sentido aumento da sede e da fome, acompanhado de perda de peso inexplicada, apesar de uma dieta aparentemente normal. Relata também aumento na frequência de micções, principalmente à noite. Ele nega antecedentes de diabetes e hipertensão, mas menciona que seu pai foi diagnosticado com diabetes tipo 2 aos 60 anos. Carlos não faz uso regular de medicamentos.

No exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m², pressão arterial de 145/90 mmHg e glicemia capilar casual de 210 mg/dL. O médico decide solicitar exames laboratoriais para avaliar a situação:

Glicemia de jejum: 135 mg/dL

Hemoglobina glicada (HbA1c): 7,3%

Glicemia 2 horas após sobrecarga oral de glicose (TOTG): 220 mg/dL

Com base no caso clínico, qual das seguintes opções é a maneira correta de definir o diagnóstico e manejar inicialmente o caso de Carlos?

a) Confirmar o diagnóstico de pré-diabetes com base na glicemia de jejum e no TOTG, e iniciar tratamento com sulfonilureia.

b) Realizar uma nova dosagem de glicemia capilar casual para confirmar o diagnóstico de diabetes e, se elevada, iniciar insulina imediatamente.

c) Solicitar nova glicemia de jejum para confirmar o diagnóstico de diabetes e iniciar dieta restritiva, sem necessidade de tratamento medicamentoso.

d) Confirmar o diagnóstico de diabetes com base na glicemia de jejum e na hemoglobina glicada, e iniciar metformina, além de orientações para mudança de estilo de vida.

e) Solicitar um novo TOTG para confirmar o diagnóstico de diabetes, iniciar metformina, e encaminhar para avaliação com endocrinologista antes de qualquer orientação de estilo de vida.

Comentário OsceLabs

D é a opção adequada: glicemia de jejum de 135 mg/dL e HbA1c de 7,3% estão na faixa de diabetes; o TOTG de duas horas também é diagnóstico. Não se trata de pré-diabetes nem há necessidade de repetir todos os testes concordantes antes de orientar. Metformina pode ser inicial se não houver contraindicação, juntamente com alimentação, atividade e educação. É necessário avaliar função renal, complicações e risco cardiovascular para individualizar a terapia. Poliúria e perda de peso pedem atenção à intensidade do catabolismo e à possibilidade de deficiência importante de insulina; glicemia capilar de 210 isoladamente não obriga insulinização imediata.

Referência: Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da terapia antidiabética no DM2, diretriz online.

Referência: 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2026.

Questão 63 · Cetoacidose com hipocalemia: prioridade antes da insulina

Gabarito oficial: A

63) Paciente de 28 anos encaminhado ao Pronto Socorro por queixa de dor abdominal intensa e agitação e ansiedade. Diabético insulino-dependente desde os 18 anos de idade. Taquipneia e hálito semelhante a odor de fruta. Laboratoriais coletados à admissão mostram parcial de urina com presença de cetonúria, gasometria arterial coletada em ar ambiente com pH 7,08, HCO₃ 11mmol/L, PCO₂ 18mmHg e PaO₂ 90mmHg, glicemia 260mg/dL. Potássio sérico 3,0mEq/L e sódio sérico 132mEq/L. Assinale a alternativa correta com relação a condução do caso.

- a) A introdução de insulina de ação longa deve ser iniciada tão logo paciente esteja se alimentando.
- b) Deve ser realizada reposição de potássio apenas caso calemia reduzir a valores inferiores a 3,0 mEq/L.
- c) Deve ser prontamente iniciado antibioticoterapia, pois a taquipneia se deve a provável quadro de broncopneumonia.
- d) Devido a intensidade da acidose, a administração de bicarbonato parenteral é indicada e melhora desfechos nestes casos.
- e) Primeira medida a ser tomada é a pronta administração de insulina humana regular em bomba infusora contínua, além de expansão volêmica.

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial é A, mas sua redação não resume o manejo correto. Há cetoacidose com potássio de 3,0 mEq/L: repor potássio e líquidos, com monitorização, antes de iniciar insulina intravenosa; o consenso de 2024 recomenda adiar insulina até potássio acima de 3,5 mEq/L. Insulina pode agravar hipocalemia e precipitar arritmia. Bicarbonato não é rotineiro para pH 7,08 e antibiótico depende de infecção suspeita, não da taquipneia isolada. Insulina basal não deve depender exclusivamente de voltar a comer: pode ser mantida ou iniciada conforme protocolo e deve haver sobreposição apropriada antes de suspender a infusão intravenosa.

Referência: [Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report.](#)

Questão 64 • Anemia hemolítica autoimune

Gabarito oficial: D

64) Paciente feminina, 35 anos, deu entrada no pronto atendimento com queixa de astenia intensa nas últimas 2 semanas, com piora progressiva. Refere que percebeu mudança na coloração de sua pele, com a percepção de estar amarelada, escurecimento da urina e alguns episódios de vômitos escurecidos associados a dor abdominal inespecífica. Passou por exames laboratoriais de rotina há 1 mês, com resultados sem alterações. Realizados exames na admissão: Hb 5,0 (VN 13 a 16), VCM 100 (VN 79 a 95), HCM 40 (VN 25 a 30), Leucócitos 5.200 (VN 3.500 a 9.000), Plaquetas 260.000 (VN 150.000 a 450.000), Reticulócitos 3,5% (VN 0,8 a 2,3%), Haptoglobina 5 (VN 30 a 190), LDH 1000 (VN 135 a 225), Bilirrubina total 4,0 (VN 0,3 a 1,3), Bilirrubina direta 0,4 (VN 0,1 a 0,4), Bilirrubina indireta 3,6 (VN 0,2 a 0,9), Coombs direto positivo. Assinale a alternativa correta.

- a) Seria esperada a elevação da haptoglobina para ser considerada a hipótese de anemia hemolítica.
- b) Deve-se seguir investigação com endoscopia digestiva alta, devido a principal suspeita diagnóstica ser de hemorragia digestiva.
- c) Trata-se de provável anemia carencial, necessitando de exames complementares com perfil de ferro para dar início ao tratamento.
- d) Considerando o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune, está indicado prosseguir investigação com triagem para outras doenças autoimunes.
- e) Considerando o padrão de aumento das bilirrubinas, a principal suspeita diagnóstica é de colestase,

devendo-se iniciar investigação com ultrassom de abdome.

Comentário OsceLabs

Hemoglobina de 5 g/dL, bilirrubina indireta e LDH elevadas, haptoglobina reduzida e teste direto da antiglobulina positivo sustentam anemia hemolítica autoimune, D. Investigar causas associadas inclui doenças autoimunes, linfoproliferativas, infecções e medicamentos. O percentual de reticulócitos precisa ser interpretado em relação à intensidade da anemia; 3,5% não garante resposta medular suficiente. Colestase não explica o predomínio indireto. A gravidade exige avaliação imediata, tipagem e suporte transfusional quando indicado, com hematologia; investigação etiológica não deve atrasar estabilização. Vômitos escuros também merecem avaliação clínica, sem apagar a forte evidência de hemólise.

Referência: [Diagnosis and treatment of autoimmune hemolytic anemia in adults: Recommendations from the First International Consensus Meeting.](#)

Questão 65 • Sofrimento refratário no processo de morte

Gabarito oficial: E

65) Paciente masculino, 88 anos, admitido na enfermaria de clínica médica devido a sintomas de dispneia, inapetência e rebaixamento do nível de consciência. Portador de câncer de cabeça de pâncreas em estágio avançado, com metástases disseminadas. Em casa já vinha se mantendo totalmente dependente para as atividades de vida diária (PPS: 20). Ao exame apresenta respiração de Cheyne-Stokes e livedo reticular.

Sobre a abordagem deste caso e os conceitos dos cuidados paliativos, assinale a alternativa correta.

- a) Deve-se evitar ao máximo o emprego de opióides em pacientes em final de vida, prevenindo assim efeitos indesejados como a adição
- b) Estão indicados neste caso o uso de oxigênio suplementar e passagem de sonda nasointestinal para o conforto do paciente e para garantir aporte nutricional adequado
- c) Uma das ferramentas para a comunicação de más notícias é o protocolo p-SPIKES, que preconiza que a notícia seja dada pelo médico de forma breve e direta para minimizar o sofrimento, reservando o apoio emocional para a equipe de psicologia.
- d) O melhor momento para solicitar acompanhamento dos cuidados paliativos é quando a equipe assistente julgar que não há mais nenhum tratamento modificador de doença a ser instituído e o paciente já apresentar sinais de processo ativo de morte
- e) A sedação paliativa pode ser utilizada como último recurso em casos de sofrimento refratário a outras medidas, podendo ser utilizadas medicações como midazolam ou propofol em infusão contínua, e não estando indicadas a intubação e a ventilação mecânica

Comentário OsceLabs

E admite sedação paliativa proporcional para sofrimento refratário após avaliação e tentativa de medidas apropriadas. Não é resposta automática a qualquer dispneia nem tem como objetivo abreviar a vida. Requer decisão compartilhada, consentimento possível, documentação e monitorização; midazolam é frequentemente utilizado, enquanto propofol exige contexto e equipe adequados. No caso de morte iminente e objetivos de conforto, intubação pode impor ônus sem benefício; isso não constitui proibição universal de suporte ventilatório para toda pessoa em cuidados paliativos. Opioides podem tratar dor e dispneia, e sonda ou oxigênio não oferecem conforto automaticamente. Acolhimento emocional é responsabilidade de toda a equipe.

Referência: Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study.

Referência: Care of dying adults in the last days of life. NICE NG31

Questão 66 • Suspeita de sepse: tratar enquanto se organiza a transferência

Gabarito oficial: B

66) Homem, 65 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, é trazido a unidade básica de saúde por familiares devido a confusão mental e febre há 24 horas. Ao exame, o paciente está desorientado, com temperatura de 39°C, pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 28 ipm. A saturação de oxigênio está em 88% em ar ambiente. Extremidades frias e cianóticas. Ausculta pulmonar evidencia estertores finos em base direita. Sondagem vesical prontamente instituída, sem débito urinário exteriorizado. Por tratar-se de unidade básica de saúde, não há condições de realização imediata de exames laboratoriais, sendo então inserido paciente em central de leitos para encaminhamento para serviço de atenção terciária.

Com base no quadro clínico do paciente, qual é a conduta inicial mais adequada no manejo do

caso?

- a) Para evitar acidose hiperclorêmica, preferir cristalóide balanceado a NaCl 0,9%.
- b) Infusão de cristalóides e antibioticoterapia precoces, independente de culturas.
- c) Manejo inicial da hipotensão com aminas vasoativas, devido a risco de piora da congestão.
- d) Administrar corticoides como primeira linha de tratamento para melhorar a hemodinâmica.
- e) Iniciar antibiótico após investigação detalhada do foco com exames complementares.

Comentário OsceLabs

B é a melhor conduta. Febre, hipotensão importante, alteração da consciência, hipoxemia e anúria sugerem infecção com disfunção orgânica e exigem atendimento imediato. Oferecer oxigênio conforme necessidade, obter acesso venoso, iniciar ressuscitação com cristalóide e administrar antimicrobiano apropriado sem esperar exames indisponíveis. Colher culturas antes do antibiótico quando isso não causar atraso relevante. A reposição deve ser acompanhada de reavaliação de perfusão e tolerância, especialmente se houver congestão; hipotensão persistente pode exigir vasopressor em ambiente adequado. A opção A contém uma medida útil, mas não contempla o tratamento antimicrobiano urgente. Não se deve adiar suporte e antibiótico até confirmação laboratorial, nem manter esse quadro grave em observação ambulatorial. Acionar transporte e referência simultaneamente.

Referência: [Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026](#)

Questão 67 • Leptospirose grave e comprometimento pulmonar

Gabarito oficial: E

67) Paciente do sexo masculino, 25 anos, interna com quadro de febre, mialgia, náuseas e vômitos com início há 6 dias. Há 1 dia evoluiu com icterícia e oligúria. Refere que há duas semanas teve contato com água de enchente. À admissão, apresentou os seguintes resultados de exames laboratoriais: creatinina 8 mg/dl, ureia 290 mg/dl, potássio 3,3 mEq/L, bilirrubina total 7 mg/dl, CPK 6000 U/L, sendo necessário início de hemodiálise. Considerando o diagnóstico provável de leptospirose, assinale a alternativa correta.

- a) A transmissão da doença se dá exclusivamente em centros urbanos, aonde a população de ratos é maior.
- b) É uma doença infecciosa causada por espiroquetas do gênero *Leptospira* e a maioria dos casos tem apresentação grave.
- c) O tratamento com antibiótico deve ser iniciado após diagnóstico com isolamento do microorganismo via PCR ou elevação de anticorpos.
- d) Como o paciente apresentou injúria renal grave com necessidade de hemodiálise, a maior probabilidade é de cronificação com necessidade de terapia de substituição renal permanente.
- e) Caso haja suspeita radiológica de hemorragia alveolar está indicada intervenção agressiva com ventilação mecânica e uso de estratégias ventilatórias considerando a possibilidade de baixa complacência pulmonar.

Comentário OsceLabs

A exposição a enchente, seguida de febre, icterícia, lesão renal e elevação de CPK, torna leptospirose uma hipótese prioritária. E aborda a complicação pulmonar potencialmente fatal: hemorragia alveolar pode causar insuficiência respiratória e exigir suporte ventilatório intensivo. A necessidade de intubação depende da condição clínica e das trocas gasosas, não apenas de uma imagem alterada. A maioria das infecções não evolui para a forma grave, a transmissão não se restringe a áreas urbanas e tratamento não deve aguardar confirmação por PCR quando a suspeita clínica é forte. A hipocalemia pode ocorrer apesar da lesão renal, por disfunção tubular. Diálise pode ser temporária; sua indicação durante a fase aguda não determina dependência definitiva. Acompanhamento renal e respiratório precisa ser próximo.

Referência: Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico. Ministério da Saúde

Questão 68 • Exacerbação grave de asma no adulto

Gabarito oficial: A

68) Maria Luiza, 28 anos, histórico de asma desde a infância, comparece ao pronto-socorro com dispneia há 2 dias, piorando progressivamente. Relata uso de salbutamol inalatório nas últimas 24 horas, com alívio parcial. Refere também tosse seca e chiado no peito, além de acordar várias vezes à noite por falta de ar. No exame físico, apresenta-se em leve esforço respiratório, com frequência respiratória de 26 ipm, saturação de oxigênio de 89-91% em ar ambiente, frequência cardíaca de 110 bpm e sibilos difusos à ausculta pulmonar. O Peak Flow (fluxo expiratório máximo) está em 40% do valor previsto. Relata que costuma usar corticosteroide inalatório em baixas doses, mas esqueceu de utilizar nas últimas semanas.

Com base no caso apresentado, qual das seguin-

tes opções está correta em relação ao diagnóstico e tratamento da paciente?

- a) O uso de corticosteroide sistêmico está indicado neste caso devido à gravidade da exacerbação.
- b) A realização de gasometria arterial é obrigatória para o diagnóstico da gravidade da crise asmática.
- c) Deve ser iniciada antibioticoterapia, devido a suspeita de crise desencadeada por broncoinfecção.
- d) A paciente apresenta uma crise asmática leve e pode ser tratada com salbutamol isolado por via inalatória.
- e) O uso de oxigênio suplementar é desnecessário, devendo ser priorizados broncodilatadores inalatórios, evitando psicod dependência.

Comentário OsceLabs

A é correta: há indicação de corticoide sistêmico. Pico de fluxo de 40% do previsto e saturação de 89–91% indicam exacerbação importante, exigindo oxigênio titulado, broncodilatador inalatório repetido e avaliação frequente da resposta. Antibiótico não é tratamento rotineiro da exacerbação sem evidência de infecção bacteriana. Gasometria pode ajudar em deterioração ou resposta insuficiente, mas não é obrigatória para reconhecer inicialmente a gravidade. Uso repetido de resgate e esquecimento do corticoide inalatório também revelam risco futuro. Após estabilização, revisar técnica, adesão, fatores desencadeantes e tratamento que contenha corticoide inalatório, com plano de ação e seguimento. A escolha da via do corticoide sistêmico considera tolerância e possibilidade de administração oral.

Referência: GINA. Strategy Report 2026

Questão 69 • Síndrome nefrótica: reconhecer e investigar a causa

Gabarito oficial: C

69) Mulher, 22 anos, previamente hígida, procura consulta por conta de “inchaço”. Percebeu a alteração nas últimas semanas. Nega diarreia, perda ponderal, dispepsia ou mesmo estar realizando dieta. Ao exame físico, percebe-se edema mole, perceptível em face, MMII e um pouco em dorso. Ausculta torácica mostra MV reduzido em bases. Tireoide impalpável. Sem turgidez jugular. Abdome sem vísceras palpáveis. FC 70bpm, FR 16mrpm, T 36,5°, PA 110x80mmHg. Nega abuso de álcool ou uso de tabaco. História familiar sem relato de comorbidades relevantes. Exames complementares evidenciam TSH 7,1 mUI/L (normal 0,4-4,0), T4 livre 1,2 ng/dL (normal 0,8-1,8), ureia e creatinina normais, albumina sérica 2,1 g/dL (normal 3,5-5,5), RNI 0,9 (TAP normal), Bilirrubinas normais. Parcial de urina com densidade 1015, PH 6,0, proteínas +++. Colesterol total, LDL e triglicerídeos elevados. Ultrassonografia de abdome apenas evidencia pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Baseado no caso e a provável causa da síndrome edemigênica, assinale a alternativa correta.

- a) É essencial ecocardiografia para confirmação da mais provável causa da síndrome edemigênica.
- b) Apesar da ultrassonografia não sugerir, essencial triar hepatites como potencial causa do quadro.
- c) Para detecção da etiologia primária da causa, deverá ser indicada biópsia do órgão acometido.
- d) Deve ser dosado T3 e T4 total para iniciar adequado tratamento da causa da síndrome edemigênica.
- e) Os exames e dados clínicos disponíveis permitem confirmação diagnóstica da causa do edema generalizado.

Comentário OsceLabs

C é a melhor resposta. Edema importante, hipoalbuminemia, proteinúria e hiperlipidemia compõem um quadro sugestivo de síndrome nefrótica. É necessário quantificar a perda urinária de proteína e investigar causas glomerulares e secundárias. Em adultos, biópsia renal frequentemente contribui para a definição etiológica e terapêutica, mas não é obrigatória de maneira indistinta em toda situação: diagnóstico clínico, sorologias, risco do procedimento e hipóteses específicas orientam a decisão. Creatinina normal não exclui doença glomerular relevante. TSH discretamente elevado com T4 livre normal não explica, por si, esse conjunto de alterações. Investigar hepatites pode ser pertinente como busca de causa secundária de glomerulopatia, e não como confirmação automática de insuficiência hepática como origem do edema.

Referência: KDIGO 2021. Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases

Questão 70 • Cirrose descompensada: procurar precipitantes

Gabarito oficial: C

70) Paciente do sexo masculino, 58 anos, com histórico de cirrose hepática por hepatite C e etilismo crônico, é admitido no pronto-socorro com quadro de confusão mental, sonolência e distensão abdominal progressiva há 3 dias. Refere redução da diurese. Ao exame físico apresenta-se desorientado (Glasgow 13), com abdome globoso, presença

de ascite volumosa, edema de membros inferiores e sinais de flapping (asterixis). A pressão arterial é de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. Os exames laboratoriais mostram:

- Bilirrubina total: 5,4 mg/dL
- Albumina: 2,0 g/dL
- INR: 2,1
- Creatinina: 2,0 mg/dL (nível basal 1,2 mg/dL)

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta com relação a manejo e evolução do paciente.

- a) Indicada restrição proteica para minimizar presença de derivados de amônia na circulação.
- b) Deve ser dosado nível sérico de amônia para nortear tratamento da encefalopatia.
- c) Deve ser iniciada lactulose oral, paracentese diagnóstica e expansão volêmica cautelosa.
- d) Iniciar hemodiálise imediatamente para controle dos sintomas da encefalopatia hepática.
- e) O paciente tem um bom prognóstico a curto prazo, esperando-se melhora da encefalopatia com restrição hídrica.

Comentário OsceLabs

C contempla lactulose para encefalopatia e investigação de fatores precipitantes. Em paciente com ascite, alteração da consciência e piora renal, paracentese diagnóstica é prioritária para excluir peritonite bacteriana espontânea, inclusive sem dor ou febre exuberantes. Avaliar sangramento, infecção, constipação, medicamentos e alterações hidroeletrólíticas. Lactulose deve ser administrada por via segura e ajustada para evacuações macias, evitando diarreia e desidratação. A gravidade e a resposta da encefalopatia são avaliadas clinicamente; dosagem de amônia não deve ser usada isoladamente para titular o tratamento. Restrição proteica rotineira prejudica nutrição e massa muscular. Lesão renal exige avaliação de volume e de causas reversíveis; creatinina de 2 mg/dL, isoladamente, não determina hemodiálise.

Referência: British Society of Gastroenterology. Management of ascites in cirrhosis

Referência: Hepatic encephalopathy: diagnosis and management. Hepatitis C Online, University of Washington

Questão 71 · Osteoartrite das mãos e exames inespecíficos

Gabarito oficial: E

71) Sra. Mittzi, professora aposentada, 76 anos, tem queixas de dores nas mãos, em fisgadas, por vezes pulsáteis como se quisessem “mais espaço”, segundo ela. Aponta que tanto as interfalangeanas proximais quanto as distais a incomodam muito. Já consultou anteriormente outros médicos, mas como viu seu nome na lista do convênio e o reconheceu como ex-aluno(a), sentiu-se confiante em finalmente ter um tratamento eficaz. Trouxe exames revelando fator reumatoide positivo, VHS de 11mm, FAN 1/80 nuclear pontilhado fino, antiestreptolisina O 800 e Waaler Rose negativo. É muito provável que se trate de

- a) concomitância de artrite reumatoide seropositiva e lúpus eritematoso.
- b) artrite psoriática sero negativa necessitando confirmação com biopsia de pele.
- c) amiloidose necessitando a avaliação de provável lesão de órgãos alvo como o rim.
- d) lúpus eritematoso sistêmico tardio, embora mais benigno que o juvenil, se associa a maior risco cardiovascular.
- e) osteoartrite de mãos, ainda sem deformidades degenerativas (nódulos de Heberden) mas merecendo avaliação e atenção redobradas com acolhimento.

Comentário OsceLabs

É a alternativa compatível com dor e alterações interfalângicas distais e proximais em pessoa idosa, sem um padrão inflamatório sistêmico convincente: osteoartrite das mãos. Fator reumatoide positivo e FAN de baixo título não estabelecem artrite reumatoide ou lúpus isoladamente; a probabilidade pré-teste e os achados clínicos importam. ASLO elevado sugere exposição estreptocócica prévia e não prova que a dor articular seja decorrente de febre reumática. O tratamento deve considerar educação, exercícios, proteção articular e analgesia individualizada; anti-inflamatório tópico pode ser útil. Evitar transformar um resultado laboratorial inespecífico em indicação de imunossupressão. Persistência de sinovite, rigidez prolongada ou manifestações sistêmicas justificaria reavaliar a hipótese.

Referência: 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee.

Questão 72 • Endocardite e critérios diagnósticos

Gabarito oficial: B

72) A Endocardite Infecciosa (EI) quando não tratada tem alta mortalidade e sua incidência apresenta aumento progressivo nas últimas décadas. Analise as assertivas relacionadas à EI:

I. A lesão típica da EI é a vegetação, que consiste em uma massa de plaquetas, fibrina, microrganismos e escassas células inflamatórias.

II. Entre as causas predisponentes da EI observa-se aumento dos casos associados às doenças valvares reumáticas, ao uso de drogas injetáveis e às doenças degenerativas das valvas.

III. Dispositivos eletrônicos implantáveis podem ser sítio da EI, sendo mais frequentes em marca-passos implantáveis do que em dispositivos de ressincronização e desfibriladores implantáveis.

IV. Entre os critérios maiores para o diagnóstico da EI (Critérios de Duke modificados) destacam-se os achados ecocardiográficos que incluem: presença de vegetação, ou abscesso, ou nova deiscência parcial em valva protética, ou uma nova regurgitação valvar.

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas.

a) I e II apenas.

b) I e IV apenas.

c) II e III apenas.

d) III e IV apenas.

e) I, II e IV apenas.

Comentário OsceLabs

B reúne I e IV. Vegetações podem conter fibrina, plaquetas e microrganismos, e achados de imagem compatíveis fazem parte dos critérios maiores de endocardite. A avaliação atual não se limita ao ecocardiograma: tomografia cardíaca e métodos de medicina nuclear têm papel em situações selecionadas, sobretudo com próteses ou dispositivos. Não é correto descrever aumento universal da cardiopatia reumática como explicação epidemiológica da endocardite em todas as regiões. O risco de infecção relacionado a dispositivos varia com tipo, complexidade, revisões e características do paciente; não se presume que marcapasso simples tenha necessariamente risco maior que sistemas mais complexos. Hemoculturas, contexto clínico e investigação de complicações devem ser integrados aos critérios, que auxiliam, mas não substituem, o julgamento clínico.

Referência: 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis.

Questão 73 • Dislipidemia: limites da fórmula de Friedewald

Gabarito oficial: D

73) As lipoproteínas são complexos de lipídeos e proteínas, que são essenciais ao transporte e absorção do colesterol, triglicerídeos e vitaminas lipossolúveis. A principal consequência dos distúrbios das lipoproteínas é a doença cardiovascular aterosclerótica. Avalie as seguintes afirmativas sobre os distúrbios das lipoproteínas e assinale qual é a correta.

- a) A rosuvastatina reduz o LDL-colesterol por inibir a absorção do colesterol.
- b) A hipercolesterolemia familiar cursa com xantomas tendinosos e pancreatite.
- c) O uso regular do álcool e exercícios físicos rotineiros contribuem na redução dos triglicerídeos.
- d) A fórmula de Friedewald para cálculo do LDL-colesterol não deve ser usada se o nível dos triglicerídeos for superior a 400 mg/dL.
- e) Evolocumabe e Inclisiran são inibidores de PCSK9, com uso subcutâneo a cada duas semanas, promovendo substancial redução do LDL-colesterol.

Comentário OsceLabs

D é correta: a fórmula clássica de Friedewald não deve ser empregada quando triglicerídeos estão acima de 400 mg/dL. Mesmo abaixo desse valor, sua precisão cai em determinadas faixas; métodos e equações alternativos podem ser necessários. Estatinas inibem a HMG-CoA redutase, enquanto ezetimiba reduz absorção intestinal de colesterol. Hipercolesterolemia familiar se associa principalmente a LDL elevado e doença aterosclerótica precoce; pancreatite é uma preocupação típica da hipertrigliceridemia importante. Álcool pode elevar triglicerídeos e não deve ser recomendado como tratamento lipídico. Inclisirana reduz síntese de PCSK9 por interferência de RNA e utiliza intervalos de meses; não deve ser confundida com anticorpos anti-PCSK9 administrados em intervalos menores.

Referência: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2025.

Questão 74 • Insuficiência cardíaca: um erro de redação na sequência oficial

Gabarito oficial: B

74) Vários medicamentos participam da farmacoterapia da Insuficiência Cardíaca. Analise as seguintes alternativas sobre drogas utilizadas no tratamento da Insuficiência Cardíaca e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

- ☐ Eplerenona é um antagonista da aldosterona
- ☐ Neprilisina é um inibidor neutro da endopeptidase
- ☐ Ivabradina acelera a frequência cardíaca e melhora a contratilidade cardíaca.
- ☐ Dapaglifozina reduz a mortalidade cardiovascular mas aumenta a taxa de diabetes.
- ☐ A combinação de hidralazina e nitratos tem

efeito vasodilatador, com melhora da sobrevida superior aos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.

A sequência correta é:

- a) V, F, F, V, V.
- b) V, V, F, F, F.
- c) F, V, F, F, V.
- d) F, F, V, V, F.
- e) V, F, V, F, V.

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial é B, sequência V, V, F, F, F. A primeira afirmação está correta: eplerenona antagoniza o receptor mineralocorticoide. A segunda exige ressalva: o enunciado chama a neprilisina de um inibidor de endopeptidase, invertendo os conceitos. Neprilisina é a própria endopeptidase; sacubitril, por meio de seu metabólito ativo, é seu inibidor. Portanto, a marcação oficial da segunda frase como verdadeira não valida sua redação literal. As demais são falsas: ivabradina reduz frequência cardíaca; inibidores de SGLT2 não aumentam a incidência de diabetes como afirma a questão; e hidralazina com nitrato não apresenta superioridade universal sobre a inibição do sistema renina-angiotensina. Preservamos B para correção da prova, com a distinção conceitual necessária para estudo seguro.

Referência: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure.

Referência: Entresto: prescribing information, mechanism of action. Novartis, FDA-approved labeling

Questão 75 · Hipotireoidismo grave não é sinônimo de coma mixedematoso

Gabarito oficial: D

75) Mávio, engenheiro civil, 58 anos, tem queixas de cansaço progressivo com piora há 7 dias após quadro gripal. Há 1 ano fazia a vistoria das obras subindo pelas escadas até o último andar das construções. Nos últimos 2 meses notou que a visita e fiscalização é feita somente nos espaços com acesso pelo elevador. Aumentou para dois travesseiros altos para dormir e notou inchaço nas pernas. Ao exame apresenta edema de face (principalmente periorbitário), rarefação capilar. Frequência cardíaca: 52 bpm. Pressão arterial: 100x80mmHg. Ao exame de tórax notou-se murmúrio vesicular presente apenas nos dois terços superiores, sem ruídos adventícios. O abdome, globoso tinha sinal do Piparote duvidoso, era indolor a palpação superficial e profunda. Os membros inferiores tinham pulsos pediosos, débeis mas presentes, e edema de duas cruzes em quatro, sem cacifo. Os exames laboratoriais revelavam anemia normocrômica normocítica, ureia e creatinina normais, fosfatase alcalina diminuída para os valores de referência; Colesterol total de 314 mg/dL, Colesterol HDL de 28 mg/dL Triglicérides de 245 mg/dL, TSH superior a 150 µUI/ml (valor de referência: 0,34 a 5,50 µUI/mL) e T4 livre inferior a 0,40 ng/dl (valor de referência: 0,54 até 1,48 ng/dL). No ecocardiograma transtorácico foi encontrado derrame pericárdio leve, sem sinais de restrição diastólica, com fração de ejeção de 65%. As dosagens do TSH e de T4 livre foram repetidas e seus valores confirmados. Assinale a melhor conduta neste caso.

a) Deve-se, neste caso, suspeitar e investigar causas secundárias, pois o quadro acima pode ser reflexo da síndrome do eutireoideo doente, simulando uma doença primária tireoidiana.

b) Sugere-se que a administração de iodeto de potássio (Lugol), 2 gotas de 6/6h por 10 dias, preceda o início do metimazol, principalmente em indivíduos fumantes ou portadores de oftalmopatia.

c) Visto tratar-se de paciente com alto risco cardiovascular a primeira atitude sugerida é instituir terapia hipolipemiante e, muito provavelmente, doses mais altas de estatina trarão benefício, caso não haja intolerância ao fármaco.

d) Caso este paciente esteja em ambiente de atendimento emergencial a conduta será a administração de Levotiroxina EV na dose de ataque de 200 a 400 mcg,

suporte de oxigênio nasal e a prescrição de 50 mg de Hidrocortisona EV a cada 6 h.

e) Muito provavelmente este paciente, ao ser submetido ao exame de ressonância magnética da hipófise, será encontrada imagem compatível com tumor produtor de TSH, cuja remoção, em geral, solucionará o quadro acima apresentado.

Comentário OsceLabs

A banca assinala D, que descreve levotiroxina intravenosa em dose de ataque e hidrocortisona, esquema empregado na suspeita de coma mixedematoso. Entretanto, TSH muito alto, T4 livre baixo, bradicardia e edema não bastam, isoladamente, para caracterizar essa emergência. Alteração do estado mental, hipotermia, hipoventilação, instabilidade e outras disfunções devem ser avaliadas; o caso não documenta claramente esses elementos. No hipotireoidismo grave clinicamente estável, reposição oral costuma ser apropriada, com dose ajustada a idade, cardiopatia e contexto. Se houver descompensação compatível com coma mixedematoso, tratar em ambiente intensivo e administrar corticoide antes ou junto do hormônio até avaliar insuficiência adrenal. Antitireoidianos não tratam esse quadro; TSHoma não explicaria T4 livre tão baixo. A resposta oficial requer essa ressalva clínica. Tratar a dislipidemia isoladamente não corrige a causa endócrina e exige cautela com miopatia no hipotireoidismo não tratado.

Referência: Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement.

Questão 76 • Nódulo tireoidiano: risco depende do conjunto de achados

Gabarito oficial: A

76) Antônio, 55 anos, bancária aposentada, mãe de 3 filhos, notou ganho de peso progressivo após a menopausa. Ao consultar seu médico procurando emagrecer, foi percebido na palpação de pescoço a presença de um nódulo indolor, elástico e móvel, com aproximadamente 2 cm. A palpação de região cervical pareceu normal, sem linfonodomegalias. O resultado da ecografia mostrou nódulo com características espongiiformes. Ela, naturalmente está muito ansiosa com a possibilidade deste nódulo ser maligno. Das afirmativas abaixo, assinale a que contém a informação correta.

- a) Nódulos palpáveis da tireoide são encontrados em cerca de 5% dos adultos e vários estudos revelam a presença de nódulos da tireoide em até 50% das glândulas de indivíduos com > 50 anos de idade, principalmente em mulheres.
- b) A maioria dos pacientes com nódulos da tireoide possui provas de função tireoidiana comprometidas com hipotireoidismo, geralmente causada por tireoidite de Hashimoto.
- c) Se o TSH estiver suprimido, será indicada uma cintilografia com radionucleotídeos para determinar se o nódulo identificado é quente, já que as lesões com maior captação podem revelar focos de carcinoma anaplásico na punção com agulha fina (PAF) de tireoide.
- d) Mesmo se a leitura da lâmina da PAF resulte em Bethesda 2, é adequado programar nova em 3 meses, pois a idade da paciente e o tamanho do nódulo a classifica como alto risco.
- e) No caso de ser diagnosticado um carcinoma de tireoide bem diferenciado existe a possibilidade de vigilância ativa (seguir com ecografias), somente lobectomia ou tireoidectomia total e ainda o uso do tetratoma (inibidor do receptor de IgF-1) visto ser um quadro indolente.

Comentário OsceLabs

A é a melhor alternativa: nódulos são muito mais frequentes na ultrassonografia do que na palpação, especialmente com o avanço da idade. As porcentagens apresentadas são estimativas populacionais, não probabilidades individuais fixas. Padrão espongiforme costuma indicar baixo risco; decisão de punção depende de tamanho, classificação ultrassonográfica, sintomas e contexto. TSH reduzido pode indicar cintilografia para avaliar autonomia; um nódulo hiperfuncionante não sugere automaticamente carcinoma anaplásico. Citologia benigna não exige repetição universal em três meses: seguimento é guiado pelo risco e pela evolução. Teprotumumabe se relaciona ao tratamento da doença ocular tireoidiana, não ao tratamento rotineiro de nódulos ou câncer de tireoide. Evitar intervenções apenas pela presença de um nódulo incidental.

Referência: 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines for thyroid nodule management.

Questão 77 • Pré-diabetes: estilo de vida e seleção de tratamento

Gabarito oficial: E

77) Cátia, 62 anos, viúva, sem filhos, frequenta salão de beleza semanalmente. Em conversas frequentes, entre amigas, surgiu a notícia que muitas estão com pre-diabetes. A notícia a tem amedrontado e tirado seu sono. Nos últimos exames os valores estavam diferentes da referência e houve a confirmação do médico de que deveriam ser monitorados. Muito ansiosa, quer uma segunda opinião e afirma: “Não sou mulher de ficar esperando o pior acontecer”, embora confesse que a única pessoa com diabetes na família foi sua avó, diagnosticada aos 88 anos quando estava em tra-

tamento para linfoma. Tem feito Yoga 3 x na semana e musculação aos sábados. Gosta muito de fazer lanches com amigas, 2 a 3 x na semana e eventualmente toma 1 a 2 taças de vinho. Neste atendimento está assintomática, IMC é de 32 kg/m², pressão arterial 120x 82 mmHg, cintura abdominal de 88 cm. Traz glicemia de jejum = 101 mg/dL, curva glicêmica com o maior valor aos 60 minutos (167 mg/dL) e HA1C 5,9. Colesterol de 217 mg/dL, colesterol HDL de 65 mg/dL e triglicerídeos de 48 mg/dL. Você pondera sobre sua conduta e baseado nas recomendações do FDA /ADA decide manter a atividade física, encaminhar para a nutricionista, programar acompanhamento e

- a) prescrever inibidor do SGLT-2.
- b) recomendar Orlistate antes das refeições.
- c) iniciar tratamento com o receptor análogo do GLP-1.
- d) indicar a colocação de free style libre ou monitorar com glicemias capilares.
- e) não prescrever medicamentos para tentar retardar o aparecimento do diabetes, visto que a eficácia e segurança ainda são controversas.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial e acerta ao priorizar mudanças de estilo de vida. Hemoglobina glicada de 5,9% e glicemia de jejum de 101 mg/dL se enquadram em pré-diabetes pelos critérios da ADA. Alimentação adequada, atividade física e redução de peso quando indicada têm benefício comprovado. A expressão de que o uso de medicamentos é controverso precisa de nuance: metformina reduz progressão para diabetes em grupos selecionados de maior risco, especialmente adultos mais jovens, IMC elevado, glicemia ou HbA1c mais altas e antecedente de diabetes gestacional. Não é prescrição obrigatória para todos, e esse homem de 62 anos não reúne automaticamente o perfil de maior benefício. Tratamento farmacológico da obesidade é uma decisão própria. Monitorização contínua de glicose não é requisito rotineiro para esse diagnóstico.

Referência: 2. [Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2026.](#)

Referência: 3. [Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2026.](#)

Questão 78 · Fibrilação atrial estável e controle da frequência

Gabarito oficial: B

78) Um paciente de 68 anos, hipertenso e com histórico de insuficiência cardíaca controlada, chega à emergência com palpitações, falta de ar e sensação de cansaço. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, irregular, e pressão arterial de 140/90 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) mostra ausência de ondas P e presença de ritmo irregular, compatível com fibrilação atrial (FA). O ecocardiograma revela fração de ejeção preservada (60%).

Considerando o diagnóstico de fibrilação atrial, qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

- a) Realizar cardioversão elétrica de emergência, independentemente da duração da fibrilação atrial.
- b) Administrar um beta-bloqueador para controle da frequência cardíaca, considerando a função ventricular preservada.
- c) Iniciar imediatamente anticoagulação oral, sem necessidade de avaliar o risco tromboembólico.
- d) Realizar controle do ritmo com antiarrítmicos orais, como amiodarona, visando reverter a fibrilação atrial.
- e) Prescrever digitalis para controle da frequência, uma vez que o paciente apresenta insuficiência cardíaca.

Comentário OsceLabs

B é a melhor opção: em paciente hemodinamicamente estável, betabloqueador pode controlar a resposta ventricular, considerando função cardíaca, congestão e contraindicações. Frequência de 130 bpm, isoladamente, não define necessidade de cardioversão elétrica emergencial. Esta se impõe quando a arritmia causa instabilidade. Também é necessário avaliar prevenção de AVC: idade de 65–74 anos, hipertensão e insuficiência cardíaca contribuem para risco tromboembólico elevado, geralmente favorecendo anticoagulação se não houver contraindicação. Isso não dispensa avaliação de sangramento e decisão individual. Controle de ritmo pode ser apropriado em estratégia planejada, com atenção ao tempo de início da fibrilação, anticoagulação e eventual investigação de trombo. Fração de ejeção preservada não elimina risco embólico.

Referência: 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

Questão 79 • Insuficiência cardíaca congestiva descompensada

Gabarito oficial: B

79) Uma mulher de 60 anos, com histórico de hipertensão e infarto agudo do miocárdio há 3 anos, é admitida na emergência com dispneia progressiva nos últimos dias, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 100/70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, estertores pulmonares bilaterais e turgência

jugular. O ecocardiograma revela fração de ejeção de 30%. A gasometria arterial mostra uma hipoxemia leve. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) é confirmado.

Qual a conduta inicial mais apropriada para este caso?

- a) Iniciar dobutamina intravenosa imediatamente para melhorar a contratilidade cardíaca.
- b) Iniciar furosemida intravenosa e ajustar os diuréticos de acordo com a resposta clínica.
- c) Iniciar inibidor do receptor da Angiotensina-Neprilissina em dose alta imediatamente para melhorar a função cardíaca e reduzir o volume.
- d) Administrar beta-bloqueador intravenoso de alta dose para controlar a frequência cardíaca.
- e) Realizar cardioversão elétrica imediata devido à presença de disfunção ventricular grave.

Comentário OsceLabs

B é correta: diurético de alça intravenoso é tratamento central da congestão na descompensação descrita. Monitorar resposta diurética, sintomas, pressão, creatinina e eletrólitos, ajustando a dose à exposição prévia e à resposta. Pressão de 100/70 mmHg, isoladamente, não demonstra choque cardiogênico; é preciso procurar hipoperfusão. Inotrópico não é tratamento rotineiro de todo paciente com fração de ejeção baixa. Iniciar doses altas de betabloqueador intravenoso ou de vasodilatadores durante a descompensação pode agravar o quadro. Terapias que modificam prognóstico devem ser mantidas ou introduzidas de maneira individualizada quando houver estabilidade e tolerância. Cardioversão é intervenção sobre arritmias específicas, não tratamento da baixa fração de ejeção por si só.

Referência: 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure.

Questão 80 • Angina vasoespástica

Gabarito oficial: D

80) Um paciente de 50 anos apresenta episódios recorrentes de dor torácica, principalmente em repouso e durante a noite. O eletrocardiograma (ECG) realizado durante a dor mostra elevação transitória do segmento ST. Após administração de nitrato sublingual, os sintomas cessam rapidamente. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Angina Estável.
- b) Angina Instável.
- c) Pericardite Aguda.
- d) Angina de Prinzmetal.
- e) Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST).

Comentário OsceLabs

D corresponde à hipótese de angina vasoespástica: episódios em repouso, frequentemente noturnos, com alteração transitória do segmento ST e alívio com nitrato. Espasmo coronariano transitório pode ocorrer com ou sem aterosclerose associada. Bloqueadores dos canais de cálcio têm papel preventivo e nitratos aliviam episódios, conforme avaliação especializada. Alívio com nitrato, isoladamente, não confirma a etiologia. Dor atual com supradesnívelamento de ST exige avaliação imediata para síndrome coronariana aguda e outras emergências; a suspeita de vasoespasmo não autoriza atrasar esse atendimento. Angina estável por esforço, pericardite e outras causas devem ser diferenciadas pelo padrão clínico, eletrocardiograma, biomarcadores e investigação indicada.

Referência: 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes.

Questão 81 • Classificação CEAP: alterações cutâneas

Gabarito oficial: D

81) Para avaliar o grau de Doença Venosa Crônica, é usada a classificação CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia). Sobre essa classificação, marque a alternativa correta.

- a) CEAP 5 – Lipodermatoesclerose e atrofia branca.
- b) CEAP 2 – Varizes e edema de membros inferiores.
- c) CEAP 5 – Úlcera venosa ativa e edema de pernas.
- d) CEAP 4 – Eczema venoso, lipodermatoesclerose e pigmentação.
- e) CEAP 3 – Edema, varizes e lipodermatoesclerose.

Comentário OsceLabs

D é correta: C4 corresponde a alterações da pele e do tecido subcutâneo relacionadas à doença venosa crônica. A classificação detalha C4a para pigmentação ou eczema, C4b para lipodermatoesclerose ou atrofia branca e C4c para corona phlebectatica. C2 descreve varizes, C3 edema, C5 úlcera venosa cicatrizada e C6 úlcera ativa. A classificação clínica organiza a apresentação, mas não substitui investigação de etiologia, anatomia e fisiopatologia, que compõem as demais letras de CEAP. Avaliar diagnósticos diferenciais de edema e lesões cutâneas e a condição arterial antes de indicar determinadas formas de compressão.

Referência: The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards.

Questão 82 · Trombofilia não determina anticoagulação vitalícia em todos

Gabarito oficial: A

82) Com relação ao tratamento da Trombose Venosa Profunda, assinale a afirmativa verdadeira.

- a) Em pacientes portadores de trombofilias (estado de hipercoagulabilidade) que desenvolvem uma TVP, é necessária anticoagulação por toda a vida, na ausência de contraindicações.
- b) Em pacientes tratados com varfarina (Antagonistas da Vit. K), a Relação normalizada Internacional (RNI) deve ficar entre 3,0 e 4,0.
- c) Gestantes com qualquer trombose devem receber

tratamento com anticoagulação oral até 30 dias após o parto.

d) Apenas casos de trombooses de vasos abdominais, ilíacos e femorais devem ser tratados com anticoagulação plena.

e) O uso de trombolíticos é contra indicado em casos de Phlegmasia alba ou cerúlea dolens.

Comentário OsceLabs

A é o gabarito oficial, mas sua afirmação de anticoagulação definitiva para toda trombofilia é excessiva. A duração depende de evento provocado ou não provocado, recorrência, tipo de trombofilia, risco de sangramento e preferências. Uma alteração hereditária de menor risco, isoladamente, não obriga tratamento por toda a vida após qualquer episódio. Quando se usa antagonista da vitamina K para TEV, o alvo usual de INR é 2-3. Na gestação, heparina de baixo peso molecular é a opção habitual; tratamento se estende pelo puerpério conforme indicação, não se prescrevendo anticoagulante oral indiscriminadamente durante a gravidez. Trombólise é reservada a situações selecionadas, como ameaça ao membro, e não é universalmente proibida. Para a prova, registrar A; para a prática, individualizar duração e fármaco. A indicação de anticoagulação também não se restringe aos territórios venosos listados na alternativa D.

Referência: American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism.

Referência: American Society of Hematology 2023 guidelines for management of venous thromboembolism: thrombophilia testing.

Questão 83 · Trauma de face com hemorragia importante

Gabarito oficial: E

83) No pronto socorro , o manejo da hemorragia potencialmente fatal no quadro do trauma facial contuso é extremamente importante no atendimento do trauma maxilofacial. Assinale a alternativa correta.

- a) O tamponamento nasal anteroposterior é a primeira e principal medida.
- b) A proteção das vias aéreas respiratórias com o controle da coluna cervical pode ser realizados após o diagnóstico da fratura.
- c) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia for da base do crânio, procede-se a redução e fixação formal da fratura.
- d) Se após o atendimento inicial o paciente estiver estável hemodinamicamente, procede-se às pesquisas de trauma completo e a embolização angiográfica.
- e) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia tiver origem na face média, realiza-se a redução e/ou fixação urgente da fratura na mesa de angiografia.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial e contempla controle especializado de sangramento em fratura instável do terço médio da face. A prioridade prática é garantir via aérea com proteção cervical, controlar hemorragia e ressuscitar simultaneamente. Redução e estabilização da fratura, tamponamento e outras medidas podem ser necessários; sangramento arterial persistente pode demandar angiografia com embolização. Isso não significa encaminhar todo paciente instável à sala de radiologia antes de controlar ameaças imediatas à vida. A sequência depende de recursos, resposta inicial e equipes de trauma, cirurgia de face e radiologia intervencionista. Fixação definitiva e exames complementares não devem atrasar controle de via aérea ou hemorragia. A alternativa deve ser entendida nesse contexto de atendimento integrado.

Referência: AO Surgery Reference: Le Fort III fracture, emergency closed treatment

Referência: European guideline on major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition

Questão 84 · Cicatriz hipertrófica, queloide e redução de tensão

Gabarito oficial: D

84) Mulher de 43 anos, afro-americana, é atendida no ambulatório de cirurgia. Foi submetida há um ano a colecistectomia laparotomia com incisão subcostal direita (incisão de Kocher). O exame da cicatriz revela: um crescimento tecidual além das bordas da ferida original, sem ter havido regressão no período pós-operatório, com pigmentação escura.

O desenvolvimento exuberante da cicatriz poderia ter sido reduzido se fosse empregada qual estratégia pós-operatória?

- a) Uso de curativo glicerinado por 30 dias.
- b) A sutura da pele ter sido realizada com fio absorvível.
- c) Ter sido utilizada uma incisão mediana supraumbilical.
- d) O uso de bandagem pós-cirúrgica na ferida por três meses.
- e) Ter-se solicitado que a paciente utilizasse roupas frouxas e sem pressão.

Comentário OsceLabs

D é a alternativa aceita pela banca: reduzir tensão mecânica sobre a cicatriz com estratégias de suporte pode contribuir para um melhor resultado. Fita de papel, silicone e terapia compressiva têm indicações e evidências distintas; não se deve tratar qualquer curativo por três meses como prevenção garantida. Queloide ultrapassa os limites da ferida original e tende a persistir; cicatriz hipertrófica permanece dentro desses limites e pode regredir. Predisposição individual e localização influenciam o risco, mas não permitem previsões determinísticas com base apenas na cor da pele. Planejamento da incisão, fechamento sem tensão excessiva, cuidado com infecção e seguimento ajudam a prevenir ou tratar alterações. Lesão estabelecida pode requerer terapias específicas, como corticosteroide intralesional, conforme avaliação.

Referência: [Diagnosis and Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars-Japan Scar Workshop Consensus Document 2018.](#)

Questão 85 · Jejum pré-operatório: líquidos claros até duas horas

Gabarito oficial: D

85) A sua paciente, mulher de 52 anos, a ser submetida a esplenectomia laparotômica com anestesia geral, pergunta-lhe sobre a recomendação pré-operatória.

Qual deve ser a orientação correta?

- a) Pode-se ingerir alimentos sólidos até seis horas antes da cirurgia.
- b) Deve-se fazer jejum por 12 horas antes da hora de início da cirurgia.
- c) A administração de estimulantes gastrointestinais é usada como rotina pré-operatória nesta cirurgia.
- d) Líquidos claros, com ou sem suplementação de carboidratos são permitidos até duas horas antes da cirurgia.
- e) Não há necessidade de jejum pré-operatório pois na cirurgia laparotômica não utiliza-se pneumoperitônio rotineiro.

Comentário OsceLabs

D é correta para adultos saudáveis em procedimentos eletivos: líquidos claros podem ser ingeridos até duas horas antes da anestesia, respeitando orientação do serviço. Leite e bebidas com partículas não são líquidos claros. Refeição leve costuma exigir seis horas; refeições gordurosas ou com carne podem exigir oito horas ou mais. Portanto, não se resume todo alimento sólido à mesma regra. Jejum universal de 12 horas aumenta desconforto sem benefício demonstrado para todos. Obstrução gastrointestinal, gastroparesia, situações de urgência e outros fatores de risco exigem plano individualizado. Pró-cinéticos e outros fármacos para reduzir risco de aspiração não substituem avaliação e não são recomendados rotineiramente para todo paciente de baixo risco.

Referência: Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration.

Questão 86 · Dor persistente em fossa ilíaca direita com ultrassom normal

Gabarito oficial: E

86) Homem de 25 anos é atendido no pronto socorro com dor abdominal de intensidade 8/10, com início há 24 horas e localização em quadrante inferior direito. Tem PA 120x80 mmHg, temperatura de 37,2°C. e pulso de 87bpm. O hemograma é normal e o ultrassom de abdome total não revela alterações detectáveis pelo método rotineiro. Qual deve ser a conduta a ser instituída?

- a) Solicitar um Rx de abdome em pé para avaliar pneumoperitônio.
- b) Iniciar esquema de antibióticoprofilaxia com ceftriaxona 2g/EV.
- c) Repetir o ultrassom abdominal em 12h ambulatorialmente.
- d) Iniciar dieta líquida e hidratação oral com líquidos claros.
- e) Solicitar tomografia computadorizada abdominal.

Comentário OsceLabs

E é a melhor resposta. Ultrassom e hemograma sem alterações não excluem apendicite, especialmente quando a dor é persistente e clinicamente sugestiva. Reavaliar exame físico, sinais vitais e diagnósticos diferenciais; em adulto estável com dúvida relevante após ultrassom, tomografia pode esclarecer a causa. Se houver deterioração ou peritonite franca, investigação por imagem não deve atrasar abordagem urgente. A intensidade e a persistência da dor descritas tornam inadequado encerrar a avaliação apenas pelos exames iniciais. Antibiótico profilático sem diagnóstico não substitui investigação. Observação pode integrar uma estratégia estruturada em casos selecionados, mas exige reavaliação e condições de segurança, não simples espera ambulatorial sem plano.

Referência: Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis: 2025 Edition of the World Society of Emergency Surgery Jerusalem Guidelines.

Questão 87 · Peritonite: antibiótico e controle do foco sem atraso evitável

Gabarito oficial: A

87) Homem de 63 anos está em atendimento no pronto socorro há duas horas. Apresenta-se com sinais francos de irritação peritoneal, distensão abdominal moderada, PA de 110x75mmHg, pulso de 99bpm e temperatura de 37,4°C. Foram solicitados exames sanguíneos que estarão prontos em 60 minutos. A TC abdominal poderá ser realizada em duas horas.

Neste preparo para a cirurgia de emergência deve-se

- a) administrar antibioticoterapia.
- b) manter a hidratação atual para não sobrecarregar o volume intravascular.
- c) a punção venosa central é mandatória no acesso intravascular e o seu uso.
- d) o uso rotineiro de sonda nasogástrica diminui a incidência de aspiração e controle hidroeletrolítico.
- e) a sondagem vesical é contraindicada no paciente homem, idoso, pois a hiperplasia prostática é comum.

Comentário OsceLabs

A é a melhor conduta diante de peritonite com necessidade de abordagem urgente. Acesso venoso, ressuscitação conforme perfusão e antibiótico empírico apropriado devem ser iniciados prontamente, enquanto se organiza controle do foco. Não é necessário esperar uma hora por exames ou duas horas por tomografia quando o diagnóstico clínico já determina intervenção e o atraso pode ser prejudicial. Acesso central não é pré-requisito para iniciar cristalóide e antimicrobiano por acesso periférico adequado. Sonda nasogástrica pode ser útil em vômitos, distensão ou obstrução, conforme o caso; não define sozinha a qualidade do atendimento. Idade não contraindica cateterização urinária quando indicada para monitorar perfusão e diurese. Estabilização e avaliação cirúrgica devem ocorrer em paralelo.

Referência: Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026

Referência: Intra-abdominal infections survival guide: a position statement by the Global Alliance For Infections In Surgery.

Questão 88 • Dor visceral e dor parietal

Gabarito oficial: D

88) Mulher de 52 anos dá entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal, de intensidade 6-7/10, mal localizada, em queimação, de início há sete horas. Tem náuseas, vomitou duas vezes e não tem diarreia. Apresenta temperatura de 37°C., PA de 120x80 mmHg, pulso de 81bpm e oximetria

de 95. A ausculta cardiopulmonar é normal. O exame do abdome apresenta ruídos intestinais um pouco exacerbados sem contratura da parede abdominal.

Podemos deduzir que o quadro clínico álgico é decorrente

- a) de uma gastrite aguda.
- b) de dor somatoparietal por processo inflamatório.
- c) de abdome agudo com perfuração de viscera oca.
- d) de dor visceral transmitida por aferentes sensitivos simpáticos.
- e) deve-se solicitar um ultrassonografia de abdome total para conclusão diagnóstica final.

Comentário OsceLabs

D descreve a dor visceral como mal localizada, frequentemente referida à linha média e relacionada a distensão, tração, isquemia ou inflamação de vísceras. A informação dolorosa visceral abdominal acompanha, em grande parte, vias aferentes relacionadas ao sistema simpático. Quando o peritônio parietal é comprometido, a dor tende a se tornar mais precisa e pode haver defesa ou rigidez. Esses padrões ajudam o raciocínio, mas não identificam uma doença isoladamente. Dor vaga não significa necessariamente gastrite, e ausência de localização inicial não exclui urgência cirúrgica. Ultrassom é útil em cenários específicos, mas não esclarece obrigatoriamente toda dor abdominal; escolha de exames deve seguir hipótese, gravidade e reavaliação clínica.

Referência: Clinical Methods: Abdominal Pain. Original clinical examination textbook chapter

Questão 89 • Queimaduras: via aérea, perfusão e analgesia

Gabarito oficial: A

89) Paciente masculino, 30 anos, é vítima de queimadura durante acendimento de churrasqueira. Dá entrada no pronto socorro em ventilação ambiente, com queimaduras de espessura parcial superficial e profunda em face, mãos e antebraços bilateral e tórax anterior. Ao exame: encontra-se lúcido, orientado, rouco e com fácies de dor. Dados vitais com FC: 110 bpm, PA: 130x80 mmHg, Sat. O2: 97%, FR: 20 mpm. Tórax com MV+ bilateral, com sibilos finos em ambos os lados. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.

I) A saturação adequada associada a ausculta pulmonar com poucas alterações significativas descartam a necessidade do estabelecimento de uma via aérea definitiva.

II) Em função do aumento da permeabilidade vascular e extravasamento para terceiro espaço, a hidratação inicial deve ser constante, porém parcimoniosa, pois quanto maior o tempo até o início da reanimação de pacientes queimados, melhores serão os resultados.

III) Deve-se avaliar atentamente os membros superiores deste paciente, pois quando queimaduras de espessura parcial profunda ou de espessura total abrangem a circunferência de uma extremidade, a circulação periférica do membro pode ficar comprometida.

IV) A analgesia deve ser realizada com agentes narcóticos intramusculares ou subcutâneos até a resposta clínica do paciente.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a III.
- b) apenas a I e II.
- c) apenas as III e IV.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

Comentário OsceLabs

A corresponde apenas à afirmação III: queimadura profunda circunferencial pode comprometer perfusão distal e exigir escarotomia após avaliação. Rouquidão, queimadura de face e exposição à fumaça exigem atenção à via aérea; oximetria aparentemente normal não exclui intoxicação por monóxido de carbono nem evolução de edema. Não se deve retardar reposição indicada sob a premissa de que isso melhora sistematicamente a evolução. Em queimaduras extensas, analgesia intravenosa titulada permite efeito mais previsível; absorção intramuscular ou subcutânea pode ser errática no choque. Avaliar perfusão, temperatura, extensão e profundidade da queimadura, com referência a centro especializado conforme critérios. Escarotomia trata constrição pelo tecido queimado e não deve ser confundida com fasciotomia para síndrome compartimental profunda.

Referência: American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines

Referência: Burns: acute management. Royal Children's Hospital Melbourne

Questão 90 • Nutrição perioperatória: ressalva sobre pancreatite necrosante

Gabarito oficial: E

90) Durante o manejo nutricional no período perioperatório, a escolha entre nutrição enteral e parenteral é crucial para a recuperação e a minimização de complicações dos pacientes cirúrgicos. Em relação a este tema, análise as assertivas abaixo.

I) A nutrição enteral deve ser iniciada precocemente, idealmente nas primeiras 24-48 horas após a cirurgia, em pacientes que não apresentem contraindicações, como íleo paralítico ou obstrução intestinal significativa, pois promove a manutenção da integridade da mucosa intestinal e reduz a translocação bacteriana.

II) A nutrição parenteral é indicada principalmente em pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal por um período prolongado, como aqueles com fistulas de alto débito, pancreatite necrotizante ou síndromes de intestino curto, e deve ser monitorada rigorosamente devido ao risco elevado de complicações metabólicas e infecciosas.

III) As vias de administração da nutrição enteral incluem sonda nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia e jejunostomia, sendo a escolha da via baseada na duração prevista da terapia e na condição clínica do paciente. A nutrição por gastrostomia ou jejunostomia é recomendada para terapias nutricionais de longo prazo.

IV) Entre as complicações da nutrição enteral estão a aspiração, diarreia e distensão abdominal, enquanto a nutrição parenteral está associada a complicações como infecção do cateter, hiperglicemia, disfunção hepática e desequilíbrios eletrolíticos.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e III.
- c) apenas as I e IV.
- d) apenas as II, III e IV.
- e) todas estão corretas.

Comentário OsceLabs

E é o gabarito oficial, aceitando todas as afirmações. Contudo, a indicação de nutrição parenteral apenas por haver pancreatite necrosante precisa ser corrigida para a prática atual: via oral ou enteral é preferida quando viável, e necrose não implica automaticamente incapacidade de usar o tubo digestivo. Nutrição parenteral é considerada quando a via enteral é contraindicada, não tolerada ou insuficiente apesar de medidas apropriadas. Alimentação deve ser retomada precocemente conforme tolerância e contexto cirúrgico. Acesso enteral prolongado pode justificar gastrostomia ou jejunostomia em casos selecionados. Nutrição parenteral exige vigilância de infecção de cateter, glicemia, eletrólitos e complicações metabólicas, incluindo síndrome de realimentação em pessoas sob risco. A resposta E preserva a correção oficial, sem validar a generalização da afirmação II.

Referência: ESPEN. Clinical nutrition in surgery — update 2025

Referência: American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis.

Questão 91 • Decisão compartilhada e autonomia

Gabarito oficial: D

91) A vulnerabilidade da doença e da lesão, o impacto potencial das intervenções e a inerente disparidade de poder da relação médico-paciente impõem a atenção plena aos princípios morais de alguém na prática da medicina. Em relação a este tema, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I) O modelo de relação médico paciente denominado “paternalista” é o modelo atualmente mais adequado e utilizado nas situações clínicas e terapêuticas quando o consentimento do doente é necessário,

PORTANTO

II) a explicação das opções de tratamento, seus potenciais benefícios e a exploração dos valores, preferências e objetivos do paciente devem ser levados em consideração pelo médico em conjunto com o doente.

Assinale a alternativa correta.

a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.

b) As duas assertivas são proposições verdadeiras,

mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.

c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.

d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.

e) As duas assertivas são proposições falsas.

Comentário OsceLabs

D é correta: a afirmação I, que privilegia uma relação paternalista, é falsa; a II, sobre participação do paciente nas decisões, é verdadeira. Autonomia requer informação compreensível sobre benefícios, riscos e alternativas, verificação de entendimento e consideração dos valores da pessoa. Decidir em conjunto não transfere toda responsabilidade técnica ao paciente nem impede recomendações claras do profissional. Pessoas podem preferir diferentes graus de participação, e essa preferência também merece respeito. Situações de emergência, incapacidade decisória e representação exigem regras próprias. Consentimento é um processo de comunicação, não apenas uma assinatura. A participação informada favorece cuidado coerente com objetivos e circunstâncias individuais.

Referência: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, edição 2019.

Referência: Patient experience in adult NHS services. NICE CG138

Questão 92 · Infecção superficial da ferida operatória

Gabarito oficial: C

92) Paciente masculino, 27 anos, encontra-se no 8º dia de pós-operatório de apendicectomia convencional por apendicite aguda com abscesso localizado. Retorna no pronto socorro com queixa de dor no local da incisão. Ao exame físico o paciente encontra-se hidratado, eupneico e com o abdome plano, flácido e doloroso a palpação na fossa ilíaca direita, ao redor da incisão. Sem sinais de peritonismo. A ferida operatória mostra-se com edema localizado, sem hiperemia e com saída de secreção purulenta a expressão. FC: 88 bpm. PA: 110 x 80 mmHg. FR: 14 mpm. T: 36,3°C. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) A ferida operatória deve ser aberta, drenada, desbridada e realizada nova sutura com fio absorvível com pontos separados.
- b) Os patógenos mais comumente associados a esta complicação são os Bacilos-gram-positivos e a cobertura antimicrobiana deve ser voltada a está flora.
- c) Nesta complicação está indicado uso de antibióticos quando há sinais de infecção sistêmica, como febre, taquicardia e leucocitose ou quando a celulite está presente.
- d) Este paciente deve ser tratado com antibioticoterapia via oral por sete a dez dias e, na ausência de resposta clínica, deve ser realizada a abertura e drenagem da ferida operatória.
- e) O tratamento deve ser realizado com anti-inflamatórios via oral e com antibioticoterapia endovenosa com cobertura para bacilos gram-negativos e anaeróbios.

Comentário OsceLabs

C é a melhor conduta: secreção purulenta em ferida operatória requer abertura e drenagem apropriadas, avaliação da extensão e cuidados locais. Não se deve ressuturar imediatamente uma ferida infectada ou adiar drenagem por vários dias esperando resposta ao antibiótico. Antimicrobiano sistêmico é indicado quando há resposta sistêmica, celulite importante, fatores de risco ou comprometimento mais profundo, e não automaticamente para toda infecção superficial bem drenada. Após cirurgia intestinal, quando necessário, o esquema deve considerar bacilos gram-negativos e anaeróbios, além do contexto microbiológico. Procurar deiscência fascial ou infecção de órgão/espaco se dor, evolução ou sinais gerais levantarem essa possibilidade. Ausência de febre não dispensa avaliação da ferida.

Referência: IDSA Practice Guidelines for Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update

Questão 93 · Hérnia inguinal: indicação e classificação anatômica

Gabarito oficial: D

93) Paciente masculino, 52 anos, vem a consulta eletiva com queixa de dor e aumento de volume na região inguinal a direita, com cerca de 2 anos de evolução e piora progressiva do quadro, relacionada aos esforços físicos. Nega comorbidades ou uso de medicações de uso contínuo. Tabagista e etilista. Trabalha na construção civil. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.

I) No exame físico a ponta de um dedo deve ser colocada no anel inguinal externo mediante invaginação do saco escrotal e, ao se notar protuberância, tem-se o diagnóstico.

II) Uma protuberância que se move de lateral para medial no canal inguinal sugere uma hérnia inguinal indireta.

III) A distinção entre hérnia inguinal direta e indireta é importante para indicação cirúrgica e para o planejamento técnico do procedimento.

IV) O tratamento cirúrgico está indicado para este paciente, podendo ser realizado de maneira con-

vencional ou laparoscópica.
Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e IV.
- c) apenas as I e III.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

Comentário OsceLabs

D reúne I, II e IV. Hérnia inguinal sintomática costuma ter indicação de reparo, após avaliação de riscos e preferências, e existem abordagens abertas e laparoendoscópicas. Abaulamento relacionado a esforço ou tosse é um achado típico, mas exame deve considerar hérnia femoral e outros diagnósticos. Distinguir clinicamente hérnia direta de indireta pode ser impreciso e não é, por si, condição necessária para indicar tratamento; por isso a afirmação III não foi aceita. A hérnia indireta passa lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, enquanto a direta ocorre medialmente. Técnica depende de características da hérnia e do paciente, experiência e recursos. Dor persistente, irredução ou sinais de obstrução mudam a urgência da avaliação.

Referência: Midline incisional hernia guidelines: the European Hernia Society.

Questão 94 · Pólipos gástricos e erradicação de *Helicobacter pylori*

Gabarito oficial: E

94) O câncer gástrico ocupa o décimo quarto lugar em incidência de câncer e é a décima terceira maior causa de morte por neoplasia nos EUA. Em relação aos fatores de risco desta doença, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I) Ingesta frequente de alimentos ricos em sal e nitrato, infecção por *H. pylori* e pólipos gástricos de glândulas fundicas são os principais fatores de risco para esta doença,

PORTANTO

II) para prevenir sua ocorrência deve-se manter hábitos alimentares adequados, erradicar o *H. pylori* em todos os paciente diagnosticados e realizar a ressecção de pólipos gástricos em todas endoscopias digestivas altas.

Assinale a alternativa correta.

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

Comentário OsceLabs

E é correta porque as duas afirmações são falsas em sua formulação abrangente. Pólipos gástricos têm histologias e riscos distintos: pólipos de glândulas fúndicas esporádicos, pequenos e típicos costumam ter baixo risco, enquanto adenomas, displasia e contextos sindrômicos exigem outras condutas. Não há indicação de ressecar indiscriminadamente todo pólipos encontrado em qualquer endoscopia. Erradicar *H. pylori* reduz riscos e trata uma causa importante de gastrite, mas não elimina automaticamente risco neoplásico já associado a atrofia ou metaplasia. Confirmar erradicação e decidir vigilância conforme histologia, extensão e fatores de risco. O tipo de lesão e o contexto clínico orientam biópsia, ressecção e acompanhamento.

Referência: British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma.

Referência: ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection.

Questão 95 • Sinal de Murphy e investigação biliar

Gabarito oficial: D

95) Mulher, 48 anos, sem comorbidades, vem a consulta ambulatorial com queixa de dor em abdome superior, mais em epigástrio e hipocôndrio direito, com cerca de 3 meses de evolução. Relaciona o sintoma com ingestão de alimentos gordurosos. Realizou ultrassonografia de abdome que demonstrou esteatose hepática moderada, colelitíase e colesterose. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) Aumentos dos níveis séricos de fosfatase alcalina, bilirrubina e transaminase só ocorrem quando há obstrução da árvore biliar.
- b) Esta paciente pode ser tratada através da realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- c) A tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso é o exame de eleição para o diagnóstico das principais complicações desta doença.
- d) A cessação voluntária da respiração durante a ins-

piração, quando o examinador exerce constante pressão sob a margem costal direita, conhecida como sinal de Murphy, sugere colecistite aguda.

e) Esta paciente pode ser tratada de maneira expectante com medidas de modificação de hábito de vida, com restrição de alimentos hiperlipídicos, atividade física e terapia oral com sal biliar.

Comentário OsceLabs

D descreve corretamente o sinal de Murphy: interrupção da inspiração por dor durante palpação na topografia da vesícula. Ele favorece suspeita de colecistite aguda, mas não deve ser interpretado isoladamente. História de cólicas por meses não prova, por si, inflamação aguda atual. Ultrassom é exame inicial usual para suspeita de litíase vesicular; colecistectomia pode ser indicada em doença sintomática após avaliação. CPRE não é o procedimento de rotina para cálculos restritos à vesícula, sendo reservada a indicações como coledocolitíase. Alterações de enzimas e bilirrubina devem ser contextualizadas e não atribuem automaticamente todo quadro à mesma causa. Ácidos biliares não substituem rotineiramente tratamento cirúrgico da litíase sintomática.

Referência: [WSES 2020 guidelines: acute calculus cholecystitis](#)

Referência: [ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis.](#)

Questão 96 • Trauma torácico penetrante: exames não precedem ameaças imediatas

Gabarito oficial: C

96) Homem, 25 anos, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax direito, subescapular, na altura do 6º espaço intercostal posterior, dá entrada no pronto socorro trazido pelo time de atendimento pré-hospitalar. Encontra-se lúcido, respondendo a comandos, com queixa de dor no local do ferimento. Ao exame apresenta os seguintes dados vitais: P: 118 bpm, PA: 100x80 mmHg, T: 35,2°C, FR: 22 mpm, Saturação de O₂: 94%. A inspeção observa-se ferimento com cerca de 5 cm de comprimento, com extravasamento de ar em pequena quantidade a inspiração. Ausculta torácica com MV+, diminuído à direita, com palpação de enfise-ma subcutâneo ao redor da ferida. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) A hipotermia deve ser tratada com aquecimento passivo através do uso de cobertores e uso de soluções intravenosas aquecidas.
- b) O manejo inicial deste paciente envolve a realização de um curativo de três pontas e reposição com solução cristalóide 30 ml/kg.
- c) Gasometria arterial, TAP, tipagem e dosagem de plaquetas são exames laboratoriais a serem solicitados inicialmente para este paciente.
- d) A conduta inicial é a realização de um raio x de tórax na sala de trauma, exame com sensibilidade superior a tomografia computadorizada.
- e) A resposta hemodinâmica positiva inicial após infusão de soluções cristalóides, verificada através da melhora dos dados vitais, descarta a necessidade de drenagem do tórax.

Comentário OsceLabs

C é a alternativa aceita: gasometria, hemograma, coagulograma e avaliação transfusional podem integrar a investigação do trauma. Entretanto, ferida torácica com entrada de ar e suspeita de pneumotórax aberto exige tratamento imediato; não se espera resultado laboratorial para proteger a ventilação. Curativo apropriado, idealmente valvulado quando disponível, e drenagem torácica conforme indicação fazem parte da abordagem, com vigilância de pneumotórax hipertensivo. Reposição fixa de 30 mL/kg não é regra universal do trauma hemorrágico. Aquecer fluidos constitui medida ativa de prevenção de hipotermia, e resposta à infusão não exclui necessidade de drenagem. Exames ajudam a conduzir o atendimento, sem substituir reavaliação respiratória e circulatória contínua.

Referência: WSES-AAST. Thoracic trauma guidelines, 2025.

Referência: European guideline on major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition

Questão 97 · Politrauma com rebaixamento da consciência e choque

Gabarito oficial: E

97) Paciente masculino, 20 anos, vítima de atropelamento por automóvel, é trazido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Dá entrada em intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência no local. Apresenta ferimento corto contuso extenso em couro cabeludo, cerca de 10 cm de comprimento, escoriações difusas em tórax e abdome, pelve estável e fratura exposta em perna direita, com ferimento com 3 cm de comprimento. Dados vitais: FC 128 bpm, PA: 90 x 70 mmHg, Saturação O2 94%, Temperatura 35,3°C. Em relação a este caso clínico, avalie as seguintes assertões e a relação proposta entre elas.

I) O ferimento extenso craniano e o rebaixamento do nível de consciência, com necessidade de IOT na cena, indica para sangramento intracraniano com aumento de pressão, PORTANTO

II) este paciente deve receber 2000 ml de solução cristaloide, com preferência pelo Ringer Lactato, pois o uso desta solução diminui a incidência de edema cerebral e aumento da pressão de perfusão cerebral.

Assinale a alternativa correta.

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

Comentário OsceLabs

E é correta: ambas as afirmações são falsas. Alteração da consciência após trauma sugere lesão cerebral, mas não confirma isoladamente hemorragia intracraniana ou hipertensão intracraniana; hipóxia, choque e outras causas também precisam ser avaliadas. Hemorragia de couro cabeludo e fratura exposta podem contribuir para perda sanguínea e exigem controle, além da busca de outras fontes. Administrar dois litros de Ringer lactato não é uma regra obrigatória e não constitui tratamento para reduzir edema cerebral. Ressuscitação deve considerar hemorragia, necessidade de hemocomponentes e prevenção de hipotermia; soluções relativamente hipotônicas merecem cautela no traumatismo cranioencefálico. Evitar hipóxia e hipotensão é fundamental para reduzir lesão cerebral secundária, enquanto se providenciam imagem e avaliação especializada após estabilização.

Referência: [European guideline on major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition](#)

Referência: [Best Practices Guidelines: The Management of Traumatic Brain Injury. American College of Surgeons 2024](#)

Questão 98 • Câncer de próstata: a resposta oficial usa simplificações antigas

Gabarito oficial: A

98) O câncer de próstata é o câncer mais comum diagnosticado em homens e o terceiro câncer mais comum diagnosticado nos EUA. É um adenocarcinoma e surge das estruturas glandulares dentro do parênquima prostático. Em relação a este tema, analise as assertivas abaixo.

I) A triagem de rotina não é recomendada rotineiramente em homens com idade entre 40 e 54 anos e em homens com mais de 70 anos ou menos de 40 anos.

II) O câncer de próstata é diagnosticado histologicamente pelo sistema de classificação de Gleason, que avalia o nível de anormalidade nos padrões da arquitetura glandular da próstata em comparação ao normal.

III) O exame digital da próstata é opcional na primeira consulta de rastreamento, pois a ecografia de próstata via abdominal pode identificar nódulos suspeitos.

IV) Pacientes que têm um nível de PSA total elevado ou achados anormais no exame de toque retal ou ambos devem ser submetidos à biopsia guiada por ultrassonografia transretal da próstata.

V) A tomografia computadorizada da pelve com contraste endovenoso visa avaliar a próstata em casos duvidosos de PSA aumentado.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I, II e IV.
- b) apenas a I, IV e V.
- c) apenas as II, III e IV.
- d) apenas as III, IV e V.
- e) todas estão corretas.

Comentário OsceLabs

A é o gabarito oficial, reunindo I, II e IV. Para estudo atual, a idade de início da avaliação deve ser individualizada por risco e decisão compartilhada; não existe uma única idade universal adequada a todos. PSA alterado não determina automaticamente biópsia transretal imediata: repetir dosagem em situações apropriadas, estimar risco e considerar ressonância pode evitar procedimentos desnecessários. Diretrizes atuais favorecem a via transperineal em muitos cenários por menor risco infeccioso. O sistema de Gleason e os grupos de grau descrevem agressividade histológica do tumor diagnosticado, mas não substituem avaliação clínica e estadiamento. Ultrassom abdominal e tomografia não são substitutos universais da investigação inicial apropriada. Preservar A na correção não significa adotar cada generalização do enunciado como protocolo contemporâneo.

Referência: [Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline Part I: Prostate Cancer Screening.](#)

Referência: [EAU Guidelines on Prostate Cancer, 2026. Diagnostic evaluation](#)

Questão 99 • Hemorragia varicosa: ressuscitação antes da endoscopia

Gabarito oficial: C

99) Paciente de 74 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro com história de vômitos com sangue e fezes enegrecidas há 2 dias. Apresenta como comorbidades hipotireoidismo, diabetes insulínica, hipertensão arterial e dislipidemia. Familiares referem história de gordura no fígado há vários anos, com diagnóstico recente de cirrose hepática. À admissão, paciente encontra-

-se sonolenta, confusa, pouco colaborativa, com presença de sangue em grande quantidade em orofaringe, abertura ocular ao estímulo doloroso e localizando a dor. Abdome globoso, indolor à palpação, com exame físico prejudicado em virtude de obesidade abdominal severa. Dados vitais: FC 98 bpm, PA 88x53 mmHg, Saturando 97% em ar ambiente. Exames laboratoriais da admissão: Hemoglobina 8,8 g/dl, Hematócrito 24%, 48.000 plaquetas, RNI de 2,38, BT de 2,7mg/dL (BD 2,2 mg/dL), TGO 33, TGP 47, Albumina sérica de 2,2 g/dL (VR 3,5 - 4,5). Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo classificando-as em verdadeiro (V) ou falso (F) e assinale a sequência correta.

- () A paciente deve ter uma via aérea definitiva assegurada de forma precoce.**
- () A endoscopia digestiva alta deve ser realizada na primeira hora da admissão, em caráter de urgência, como tratamento inicial.**
- () O TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) é de grande valia no manejo do sangramento digestivo, tendo limitação em casos de trombose da veia porta.**
- () Na forte suspeita de hemorragia digestiva varicosa, os vasoconstrictores esplâncnicos devem ser instituídos precocemente, antes mesmo do tratamento endoscópico.**
- () Os distúrbios de coagulação devem ser prontamente corrigidos, com a reposição de plasma fresco congelado na dose de 10 ml/kg e reposição de plaquetas visando manutenção acima de 100.000.**

- a) F – F – V – V – F.
- b) F – V – F – V – V.
- c) V – F – V – V – F.
- d) V – V – V – F – V.
- e) F – V – F – F – F.

Comentário OsceLabs

C corresponde a V, F, V, V, F. Rebaixamento da consciência com sangue na orofaringe pode exigir proteção precoce da via aérea. Endoscopia deve ser realizada após ressuscitação, em geral dentro de 12 horas, e não obrigatoriamente na primeira hora antes da estabilização. Fármaco vasoativo e antibiótico devem ser iniciados precocemente quando há suspeita de sangramento varicoso. Trombose portal pode tornar TIPS tecnicamente mais complexo, mas não é contraindicação absoluta em todo contexto; equipes experientes podem considerar recanalização e estratégias específicas. Não se recomenda corrigir rotineiramente INR com plasma nem impor plaquetas acima de 100 mil como alvo universal: testes convencionais não representam adequadamente a hemostasia da cirrose, e transfusão excessiva pode agravar a hipertensão portal. Individualizar diante de sangramento persistente e condições associadas.

Referência: Baveno VII - [Renewing consensus in portal hypertension](#).

Questão 100 · Traumatismo craniano grave: proteger a via aérea antes da tomografia

Gabarito oficial: B

100) Paciente masculino, 28 anos, é admitido no pronto socorro trazido pelo SIATE vítima de queda de telhado, mais ou menos 3 metros, enquanto trabalhava, com trauma craniano direto. Ao exame inicial não apresentava sangramento externo significativo e foi evidenciada uma resposta neurológica com abertura ocular a dor, resposta verbal com palavras incompreensíveis e postura de flexão anormal, além de anisocoria à direita. Encontrava-se com os seguintes dados vitais: FC 108 bpm, PA: 115x80 mmHg, Sat. O2: 93% em ar ambiente, FR: 20 mpm. Tendo em vista este exame físico, assinale a assertiva que contenha a conduta inicial mais apropriada.

a) Instalação de oxigenioterapia em máscara e realização imediata de tomografia computadorizada de crânio.

b) Estabelecimento de uma via aérea definitiva através da realização de intubação orotraqueal assistida

por drogas.

c) Infusão endovenosa de dexametasona 10 ml, avaliação neurocirúrgica e realização de tomografia computadorizada de crânio.

d) Colocação de máscara laríngea para otimizar ventilação e oxigenação e posterior realização de tomografia computadorizada de crânio.

e) Início de protocolo de hemotransfusão maciça e realização de tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste endovenoso.

Comentário OsceLabs

B é correta: o rebaixamento importante da consciência, com resposta motora em flexão anormal e anisocoria, exige atenção imediata à via aérea e avaliação neurocirúrgica. A descrição permite pontuação de Glasgow na faixa que indica incapacidade provável de protegê-la; a distinção entre sons e palavras na resposta verbal não muda essa prioridade neste caso. Intubação com medicamentos, por equipe capacitada e com proteção cervical, deve ser acompanhada de prevenção de hipóxia e hipotensão. Tomografia é urgente depois de controlar ameaças imediatas à vida. Corticoide não é tratamento do traumatismo cranioencefálico grave e pode ser prejudicial. Máscara laríngea pode ser recurso de resgate, mas não substitui automaticamente via aérea definitiva nesse contexto. Protocolo de transfusão maciça depende de hemorragia e estado circulatório, não apenas do diagnóstico de trauma craniano.

Referência: Best Practices Guidelines: The Management of Traumatic Brain Injury. American College of Surgeons 2024

Referência: University of Glasgow. Glasgow Coma Scale — assessment

Documentos originais

Gabarito oficial

Gabarito oficial após recursos, preservado em cópia do documento da banca. Questão 18 anulada. A edição refere-se ao ingresso em 2025, com aplicação em novembro de 2024.

A seguir, reproduções integrais do gabarito e do caderno utilizados. A numeração de páginas desses documentos é a da banca; os comentários não alteram os arquivos oficiais.

[Fonte do gabarito](#)

[Fonte do caderno](#)

GABARITOS

Gabarito Prova Geral

01	A	21	D	41	E	61	E	81	D
02	B	22	D	42	C	62	D	82	A
03	D	23	E	43	B	63	A	83	E
04	A	24	B	44	E	64	D	84	D
05	B	25	E	45	C	65	E	85	D
06	D	26	A	46	E	66	B	86	E
07	D	27	A	47	B	67	E	87	A
08	A	28	E	48	D	68	A	88	D
09	C	29	E	49	D	69	C	89	A
10	D	30	C	50	E	70	C	90	E
11	C	31	A	51	D	71	E	91	D
12	D	32	D	52	C	72	B	92	C
13	D	33	C	53	E	73	D	93	D
14	D	34	C	54	C	74	B	94	E
15	B	35	B	55	E	75	D	95	D
16	D	36	D	56	A	76	A	96	C
17	E	37	E	57	B	77	E	97	E
18	X	38	C	58	D	78	B	98	A
19	B	39	D	59	D	79	B	99	C
20	C	40	D	60	A	80	D	100	B

Gabarito Prova Específica Cirurgia Geral

01	D	11	E	21	B	31	E	41	C
02	D	12	E	22	C	32	C	42	A
03	E	13	D	23	C	33	C	43	C
04	D	14	C	24	A	34	B	44	C
05	A	15	A	25	A	35	C	45	C
06	A	16	E	26	D	36	A	46	C
07	C	17	D	27	X	37	E	47	E
08	B	18	C	28	C	38	C	48	B
09	C	19	A	29	E	39	D	49	A
10	C	20	D	30	C	40	B	50	D

SS

21

Gabarito Prova Específica Clínica Médica

01	C	11	B	21	E	31	D	41	B
02	A	12	C	22	A	32	E	42	A
03	C	13	A	23	E	33	A	43	B
04	C	14	B	24	C	34	B	44	E
05	A	15	A	25	B	35	B	45	B
06	E	16	B	26	D	36	B	46	C
07	D	17	D	27	B	37	A	47	D
08	D	18	C	28	B	38	B	48	C
09	A	19	D	29	A	39	E	49	B
10	E	20	B	30	C	40	D	50	D

Gabarito Prova Específica Pediatria

01	A	11	C	21	A	31	D	41	A
02	B	12	D	22	C	32	E	42	D
03	D	13	D	23	E	33	A	43	E
04	A	14	D	24	C	34	E	44	B
05	B	15	B	25	A	35	C	45	D
06	D	16	D	26	E	36	C	46	A
07	D	17	E	27	D	37	B	47	D
08	A	18	X	28	C	38	X	48	E
09	C	19	B	29	C	39	A	49	E
10	D	20	C	30	C	40	D	50	A

Gabarito Prova Específica Medicina Paliativa

01	A	11	E	21	D	31	D	41	E
02	B	12	D	22	D	32	A	42	C
03	D	13	A	23	E	33	E	43	B
04	A	14	D	24	B	34	D	44	E
05	B	15	E	25	E	35	D	45	C
06	D	16	B	26	A	36	E	46	E
07	D	17	E	27	A	37	A	47	B
08	A	18	A	28	E	38	D	48	D

Handwritten signature

Handwritten initials

09	C	19	C	29	E	39	A	49	D
10	D	20	C	30	C	40	E	50	E

Gabarito Prova Específica Mastologia

01	D	11	D	21	D	31	A		
02	A	12	C	22	D	32	D		
03	E	13	D	23	E	33	C		
04	D	14	E	24	B	34	C		
05	D	15	D	25	E	35	B		
06	E	16	C	26	A	36	D		
07	A	17	E	27	A	37	E		
08	D	18	A	28	E	38	C		
09	A	19	C	29	E	39	D		
10	E	20	B	30	C	40	D		

Gabarito Prova Específica Endoscopia

01	D	11	D	21	E	31	E		
02	A	12	C	22	D	32	B		
03	E	13	D	23	A	33	D		
04	D	14	E	24	D	34	B		
05	D	15	D	25	E	35	D		
06	E	16	C	26	B	36	A		
07	A	17	E	27	E	37	E		
08	D	18	A	28	A	38	B		
09	A	19	C	29	C	39	B		
10	E	20	B	30	C	40	D		

SS
R.

PROVA GERAL

Prova: 03/Novembro/2024

Nome Legível: _____

Assinatura do candidato: _____

INSTRUÇÕES

1 - Confira se os dados impressos acima, que identificam esta prova, estão corretos. Assine em seguida.

2 - O caderno de prova deverá conter 100 (cem) questões de múltipla escolha, com 5 (cinco) alternativas, das quais 1(uma) só é correta.

3 - A duração da prova será de 4:00 horas (quatro horas). Ao final, haverá mais 15 (quinze) minutos para a marcação no cartão-resposta.

4 - A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo, portanto, permitidas perguntas aos Fiscais.

5 - A prova é INDIVIDUAL, sendo vetada a comunicação entre os candidatos durante sua realização.

6 - Será eliminado o candidato que utilizar material de consulta ou qualquer sistema de comunicação.

7 - Em cada questão, há somente uma resposta correta. Cuidado quando transcrever para o cartão-resposta, não poderá haver rasuras.

8 - O caderno de prova deve ser entregue para o Fiscal, juntamente com o cartão-resposta.

9 - Ao receber seu cartão-resposta, aja da seguinte forma:

a) o cartão resposta deverá ser entregue com assinatura conforme os dados afixados na carteira;

b) assine no local indicado;

c) pinte, preenchendo por inteiro, com caneta esferográfica ponta média, tinta preta, o campo correspondente à alternativa que considera correta em cada questão.

d) não o amasse, nem dobre.

MODELO DO CARTÃO-RESPOSTA

01 A B C D E	21 A B C D E	41 A B C D E	61 A B C D E	81 A B C D E
02 A B C D E	22 A B C D E	42 A B C D E	62 A B C D E	82 A B C D E
03 A B C D E	23 A B C D E	43 A B C D E	63 A B C D E	83 A B C D E
04 A B C D E	24 A B C D E	44 A B C D E	64 A B C D E	84 A B C D E
05 A B C D E	25 A B C D E	45 A B C D E	65 A B C D E	85 A B C D E
06 A B C D E	26 A B C D E	46 A B C D E	66 A B C D E	86 A B C D E
07 A B C D E	27 A B C D E	47 A B C D E	67 A B C D E	87 A B C D E
08 A B C D E	28 A B C D E	48 A B C D E	68 A B C D E	88 A B C D E
09 A B C D E	29 A B C D E	49 A B C D E	69 A B C D E	89 A B C D E
10 A B C D E	30 A B C D E	50 A B C D E	70 A B C D E	90 A B C D E
11 A B C D E	31 A B C D E	51 A B C D E	71 A B C D E	91 A B C D E
12 A B C D E	32 A B C D E	52 A B C D E	72 A B C D E	92 A B C D E
13 A B C D E	33 A B C D E	53 A B C D E	73 A B C D E	93 A B C D E
14 A B C D E	34 A B C D E	54 A B C D E	74 A B C D E	94 A B C D E
15 A B C D E	35 A B C D E	55 A B C D E	75 A B C D E	95 A B C D E
16 A B C D E	36 A B C D E	56 A B C D E	76 A B C D E	96 A B C D E
17 A B C D E	37 A B C D E	57 A B C D E	77 A B C D E	97 A B C D E
18 A B C D E	38 A B C D E	58 A B C D E	78 A B C D E	98 A B C D E
19 A B C D E	39 A B C D E	59 A B C D E	79 A B C D E	99 A B C D E
20 A B C D E	40 A B C D E	60 A B C D E	80 A B C D E	100 A B C D E

ESPECIALIDADES:

ANESTESIOLOGIA

CIRURGIA CARDÍACA

CIRURGIA CARDÍACA (CAPACITAÇÃO)

CIRURGIA CARDIOVASCULAR

CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ESPECIALIZAÇÃO)

CIRURGIA CARDIOVASCULAR (SIGRESIDÊNCIA)

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA GERAL (CAPACITAÇÃO)

CLÍNICA MÉDICA

CLÍNICA MÉDICA (SIGRESIDÊNCIA)

DERMATOLOGIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (CAPACITAÇÃO)

INFECTOLOGIA

MEDICINA DE EMERGÊNCIA

MEDICINA DE EMERGÊNCIA (SIGRESIDÊNCIA)

MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MEDICINA INTENSIVA

NEUROCIRURGIA

NEUROLOGIA

OFTALMOLOGIA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

PATOLOGIA

PEDIATRIA

PSIQUIATRIA

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

RADIOTERAPIA

1) Lactente de 5 meses com suspeita de bronquite viral aguda, com queixa de desconforto respiratório gradual, com tosse paroxística, dispnéia e irritabilidade. Ao exame físico apresenta-se com taquipnéia, dificuldade alimentar, ausculta com crepitações, tempo expiratório prolongado, batimento de aletas nasais e retrações intercostais. Sobre esta doença analise as assertivas abaixo.

I – A ausência de sibilo audível não é tranquilizadora.

PORQUE

II – A obstrução completa ao fluxo de ar pode eliminar a turbulência que provoca a sibilância.

A respeito destas asserções, assinale a opção correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

2) A primeira resposta a uma emergência pediátrica de qualquer causa é uma avaliação sistemática e rápida da situação para identificar ameaças imediatas. Nos casos em que seja identificada situação em que a criança necessitará de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) analise as afirmativas abaixo.

I – O fator precipitante mais comum para a instabilidade cardíaca em lactentes e crianças é a insuficiência respiratória.

II – No paciente em assistolia ou atividade elétrica sem pulso que não respondam à massagem cardíaca e epinefrina endovenosa, deve-se realizar desfibrilação de emergência.

III – O princípio da RCP de alta qualidade é que compressões torácicas adequadas são o componente mais importante.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

3) A ingestão de substâncias cáusticas em pediatria é responsável por significativa sobrecarga nos recursos de cuidados de saúde. As sequelas são esofagite, necrose, perfuração e estenose. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- a) A ingestão de substâncias alcalinas é menos grave.
- b) A maioria dos casos de ingestão é de substâncias ácidas.
- c) No atendimento inicial pode-se indicar a lavagem gástrica ou o vômito induzido.
- d) A endoscopia digestiva alta é recomendada em todas as crianças sintomáticas.
- e) A ausência de lesões orofaríngeas exclui possibilidade de lesão esofagogástrica significativa.

4) A história natural da otite média aguda (OMA) indica que a resolução natural espontânea ocorre em mais de 80% dos casos, com melhora sem antibióticos, e geralmente não ocorrem complicações. Sobre as recomendações do uso de antibióticos na OMA em crianças, analise as afirmativas abaixo.

I – Dar antibiótico para OMA que seja bilateral ou unilateral em crianças com 6 meses de idade ou mais, com sinais e sintomas graves (otalgia importante e temperatura alta) ou com sintomas há pelo menos 48 horas.

II – Dar antibiótico na OMA bilateral em crianças com menos de 24 meses de idade sem sinais de gravidade (otalgia moderada há menos de 48 horas e temperatura < 39°).

III – Caso se decida tratar a OMA não complicada com um antimicrobiano a medicação de escolha inicial é amoxicilina associada a clavulanato. Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

5) A fibrose cística (FC) é uma doença multissistêmica hereditária e é responsável pela maioria dos casos de insuficiência pancreática exócrina no início da vida.

Sobre esta doença na infância analise as alternativas abaixo.

I – Uma característica central da doença pulmonar é a alta prevalência de infecção das vias respiratórias por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e complexo *Burkholderia cepacia*.

II – A taxa de progressão da doença gastrointestinal é o principal determinante de morbidade e mortalidade.

III – Em 15% dos recém nascidos com FC o íleo está completamente obstruído por mecônio (íleo meconial).

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III

é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

6) A crise de asma deve ser classificada segundo sua gravidade e o tratamento instituído da maneira mais precoce possível. O tratamento deve ser sistematizado e agressivo.

Sobre o manejo desta situação assinale a alternativa correta.

a) A radiografia de tórax tem grande valor na crise aguda.

b) Os corticosteroides aceleram a recuperação da crise, sendo a via endovenosa mais efetiva que a oral.

c) A cânula nasal de alto fluxo tem evidência elevada de eficácia no manejo do tratamento da crise de asma.

d) As drogas beta-2-agonistas constituem-se no primeiro recurso terapêutico a ser administrado nas crises agudas de asma.

e) O sulfato de magnésio tem efeito broncodilatador, com resultados evidentes quando utilizado por via inalatória na população pediátrica.

7) Adolescente de 12 anos, com antecedente de quadro de gastroenterite há 10 dias, inicia com dormência e parestesia de membros inferiores, seguida de fraqueza muscular. Exame do líquor mostra proteínas de 120mg/dl e presença de 4 células.

Em relação ao diagnóstico mais provável analise as afirmativas abaixo.

I – Os reflexos profundos estão geralmente abolidos no início do curso da doença.

II – Este quadro também pode ocorrer após a administração de vacinas.

III – A fraqueza muscular grave ou rapidamente progressiva deve ser tratada com imunoglobulina humana.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

8) As queimaduras são a segunda causa de lesões não intencionais em pediatria.

Sobre as queimaduras na infância analise as afirmativas abaixo.

I – As escaldaduras são a principal causa de in-

ternação hospitalar para pacientes pediátricos vítimas de queimaduras.

II – As crianças com mais de 15% de superfície corporal queimada necessitam de reposição de líquidos por via intravenosa para manter uma perfusão adequada.

III – Deve-se aplicar compressas com água gelada nas lesões para diminuir a progressão da queimadura no atendimento inicial.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

9) O divertículo de Meckel é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, ocorrendo em 2 a 3% de todos os lactentes.

Sobre esta situação analise as afirmativas abaixo.

I – O melhor exame para confirmação diagnóstica é estudo radiográfico contrastado com bário.

II – Os sintomas geralmente surgem no primeiro ou segundo ano de vida.

III – O sangramento pode causar anemia significativa.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.

b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.

c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.

d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.

e) As afirmativas I, II e III são falsas.

10) A apendicite aguda continua a ser o quadro cirúrgico agudo mais comum em crianças. Apresenta um espectro muito amplo de apresentação clínica e menos de 50% dos casos têm uma apresentação clássica.

Sobre o manejo da apendicite aguda na infância analise as afirmativas abaixo.

I – Quando a cirurgia ocorre dentro de 24 horas após o diagnóstico, nenhuma correlação foi demonstrada entre o momento da operação e as taxas de perfuração ou a morbidade pós-operatória.

II – Para a apendicite simples (não perfurada) uma dose pré-operatória de agente antimicrobiano de amplo espectro é suficiente.

III – Na apendicite perfurada o antibiótico deve ser mantido intravenoso por 2 a 3 dias no pós-operatório até que a criança esteja afebril, aceitando dieta e pronta para alta.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

11) Adolescente masculino de 16 anos, obeso, apresenta-se com dor no joelho direito há duas semanas e claudicação. Exame físico revela limitações de rotação interna, abdução e flexão do quadril direito. Nega febre ou outras alterações sistêmicas. Não apresenta dor ou limitação na mobilização de outras articulações. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Monoartrite gonocócica.
- b) Artrite idiopática juvenil.
- c) Epifisiólise femoral proximal.
- d) Doença de Osgood-Schlatter.
- e) Doença de Legg-Calvé-Perthes.

12) A hepatite A é a forma mais comum das apresentações de hepatite aguda e benigna. Sobre a infecção por hepatite A na criança analise as afirmativas abaixo.

I – É responsável apenas por casos de hepatite aguda.

II – Frequentemente é uma doença em que não há icterícia, com sinais clínicos indistinguíveis de outras apresentações de gastroenterite viral, particularmente em crianças jovens.

III – Os pacientes infectados devem ser afastados da escola ou creche por 7 dias após o início da icterícia.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

Diversas considerações importantes influenciam a tomada de decisão sobre o uso empírico apropriado de agentes antibacterianos em lactentes e crianças. É importante conhecer o diagnóstico diferencial para a idade em relação a possíveis patógenos. Essa informação afeta a escolha do agente antimicrobiano e a urgência de sua administração. Com base nestas considerações responda as próximas duas questões.

13) O agente bacteriano responsável pelo maior

número de casos de bacteremia, pneumonia bacteriana, otite média e meningite bacteriana em crianças é

- a) *Neisseria meningitidis*.
- b) *Staphylococcus aureus*.
- c) *Haemophilus influenzae*.
- d) *Streptococcus pneumoniae*.
- e) *Staphylococcus epidermidis*.

14) A resistência antimicrobiana deste agente se dá principalmente por

- a) destruição do antibiótico betalactâmico.
- b) aumento da produção de betalactamase.
- c) enzimas modificadoras de aminoglicosídeos.
- d) modificação da proteína de ligação à penicilina.
- e) modificação da estrutura de betalactamase residente.

15) Os acidentes domésticos são uma importante causa de internação hospitalar e mortalidade na infância e adolescência.

Sobre os acidentes na infância analise as afirmativas abaixo.

I – O andador é completamente contraindicado em qualquer idade do bebê.

II – Permitir que se coloque o bebê para dormir no leito com os adultos somente durante o período de amamentação ao seio.

III – Não permitir ou solicitar que um adolescente seja responsabilizado pelo cuidar de outra criança.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

16) O Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício da sua profissão. Assinale a alternativa correta sobre os princípios fundamentais e normas deontológicas que os médicos devem observar no exercício da profissão.

- a) O profissional médico pode exercer simultaneamente a Medicina e a Farmácia.
- b) O médico assistente pode se opor à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- c) Quando em função de chefia ou de auditoria o médico pode desrespeitar a prescrição ou tratamento de outro médico, se assim achar melhor.

- d) No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão.
- e) O médico pode participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspender meios artificiais para prolongar a vida do possível doador, mesmo quando pertencente à equipe de transplante.

17) Apesar do avanço da terapia antimicrobiana, dos cuidados intensivos e das vacinas, a meningite bacteriana continua associada a elevadas taxas de letalidade, complicações e sequelas. Sobre as meningites bacterianas na infância assinale a alternativa correta.

- a) A duração do tratamento da meningite meningocócica deve ser no mínimo por 10 dias.
- b) A vancomicina pode ser utilizada como agente isolado no tratamento da meningite bacteriana.
- c) Recomenda-se o uso da dexametasona em todas as meningites bacterianas, em qualquer idade.
- d) O tratamento empírico de lactentes com menos de 60 dias de vida deve ser com penicilina cristalina e cefalosporina de segunda geração.
- e) A partir dos dois meses de vida os principais agentes são o meningococo, hemófilus e o pneumococo, sendo que a meningite meningocócica tem melhor prognóstico.

18) As convulsões febris são comuns, benignas e de curta duração, na maior parte das vezes, sendo tônico-clônicas e generalizadas.

Sobre as crises convulsivas febris analise as afirmativas abaixo.

I – Medicamentos antitérmicos não cedem nem previnem crises convulsivas febris.

II – Predominam abaixo dos 5 anos de idade.

III – A crise convulsiva febril deve ser tratada como uma emergência, mas dispensa a necessidade de exames complementares ou avaliação de neurologistas.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

19) O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica multissistêmica com aproximadamente 15 a 20% dos casos sendo diagnosticados na infância. Em comparação com os adultos, as crianças e adolescentes apresentam doença mais grave e envolvimento mais generali-

zado de órgãos. Sobre a ocorrência desta doença na infância, analise as afirmativas abaixo.

I - O acometimento cutâneo ocorre em mais da metade dos casos.

II - O comprometimento articular é grave e costuma causar deformidades importantes.

III - Se for tolerada, a hidroxicloroquina é recomendada a todos os pacientes com LES.

Sobre esta situação selecione a opção correta.

- a) As afirmativas I e II são verdadeiras. A afirmativa III é falsa.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras. A afirmativa II é falsa.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras. A afirmativa I é falsa.
- d) As afirmativas I, II e III são verdadeiras.
- e) As afirmativas I, II e III são falsas.

20) Os cuidados paliativos para crianças devem começar quando uma doença ou condição potencialmente fatal é diagnosticada. O controle dos sintomas é um ponto fundamental da assistência paliativa pediátrica. Sobre esta situação, assinale a alternativa correta.

- a) Os anticonvulsivantes não devem ser usados no caso de convulsões.
- b) Há associação entre a administração de opioides e tempo de sobrevivência.
- c) Discussões com adolescentes ou familiares devem incluir possíveis terapias integrativas.
- d) A frequência respiratória e saturação de O₂ correlacionam-se de modo confiável com o grau de dispneia.
- e) Nutrição e hidratação artificiais são evidentes medidas de conforto, sem as quais as crianças podem sofrer de fome ou sede.

21) Uma creche na cidade de Maringá apresenta um surto do parvovirose com nove crianças doentes. A creche apresenta duas trabalhadoras gestantes assintomáticas. Sobre a parvovirose, assinale a única resposta correta.

- a) A parvovirose é uma infecção de variação sazonal e distribuição mundial, com picos de incidência no final da primavera e no verão causada pelo parvovírus B19.
- b) A incidência de parvovirose em mulheres em idade fértil é de 1 a 5%, sendo menor em mulheres que trabalham com crianças em idade escolar ou que têm filhos nessa faixa etária devido a imunidade natural conferida pela infecção prévia.
- c) A contaminação ocorre exclusivamente por via respiratória e a transmissão vertical é rara durante a gestação, podendo se relacionar a perdas gestacionais precoces, quadros de anemia e hidropsia fetais, e óbito intrauterino.
- d) O diagnóstico sorológico feito a partir da detecção de anticorpos IgG e/ou IgM. A sorologia materna deve

ser realizada diante da suspeita de exposição ao parvovírus ou em quadro clínico suspeito durante a gestação.

e) A estratégia eficaz para a prevenção da infecção por parvovírus na gestação é a vacinação, recomenda-se identificação, orientação e monitoramento das gestantes suscetíveis expostas a situações com risco aumentado de infecção.

22) O Programa Nacional de Imunizações por meio da Nota Técnica Conjunta nº 70/2024 alerta sobre o aumento global dos casos de coqueluche. Só no Paraná são 535 casos confirmados e 1 óbito divulgados no boletim da Secretaria de Estado da Saúde de 25/09/2024. A coqueluche é uma doença infecciosa aguda, de alta transmissão respiratória, de distribuição universal, imunoprevenível e de notificação compulsória. Com base nesta informação marque a única resposta correta.

- a) A vacinação da coqueluche nos últimos anos também entrou no calendário vacinal das gestantes, com a vacina triplice bacteriana acelular do adulto (dTpa, contendo toxoides contra o tétano e a difteria e componente pertussis acelular) idealmente entre 27 e 36 semanas e com intervalo de dez anos entre as doses.
- b) A vacinação de tétano, difteria e coqueluche (dTpa) apenas é recomendada na gestação a fim de diminuir as taxas de mortalidade neonatal e infantil em situações especiais como casos de surtos ou epidemias.
- c) O benefício da vacinação contra coqueluche ocorre na gestação pela passagem de anticorpos para o feto, portanto, antes da alta hospitalar, no puerpério, não é necessário checar a situação vacinal da mãe para coqueluche (dTpa).
- d) A vacina triplice bacteriana acelular é recomendada a partir de 20 semanas, também com o objetivo de oferecer imunidade passiva ao lactente contra a coqueluche.
- e) Gestantes vacinadas com esquema completo com pelo menos 3 doses de vacina com componente tetânico, não precisam receber uma dose de dTpa a partir de 20 semanas de gestação.

23) Uma paciente de 30 anos, G3P2, foi admitida na maternidade em trabalho de parto com 40 semanas de gestação. A gravidez transcorreu sem complicações, parto vaginal espontâneo e o recém-nascido saudável, pesando 3.700 g, com Apgar de 9 no primeiro e 10 no quinto minuto. Após ser encaminhada para o alojamento conjunto houve sangramento abundante, 3 horas após o parto. Encontrava-se hipocorada, sudorética, taquicárdica, com diminuição da pressão arterial sistêmica. O útero estava amolecido, acima da cicatriz umbilical e sem sinais de contração espontânea. A partir do enunciado apresentado, avalie as afirmativas.

I. O achado de útero amolecido e pouco contraído

sugere a atonia como fator causal. Neste caso, o choque hipovolêmico ocorre porque o miométrio é incapaz de contrair-se efetivamente, há constrição das artérias espiraladas do útero e sangramento profuso pela decidua.

II. A maioria das mulheres com hemorragia pós-parto por atonia uterina apresenta fatores de risco como segundo período do parto prolongado, parto instrumentado, sobredistensão uterina, uso de tocolíticos e anestésicos halogenados, e corioamnionite. Outros fatores de risco que também têm sido associados à hemorragia pós-parto são obesidade, alta paridade e parto rápido.

III. Na hemorragia pós-parto, o sequenciamento do atendimento deve incluir a solicitação de ajuda, a manutenção da oxigenação e da perfusão tecidual, a obtenção de acessos venosos calibrosos com coleta de amostra sanguínea e solicitação de exames laboratoriais, a reposição da volemia, a avaliação rápida da etiologia, a realização de manobra de compressão uterina, a administração de ácido tranexâmico e de uterotônicos, a avaliação da antibioticoprofilaxia e a estimativa da perda sanguínea.

IV. As estratégias para diagnosticar e estimar a perda volêmica são variadas e incluem a estimativa visual, a pesagem de compressas e a mensuração dos parâmetros clínicos, dentre os quais se destaca o índice de choque (IC), que é um marcador de instabilidade hemodinâmica mais precoce do que a frequência cardíaca e pressão arterial isoladamente.

São corretas somente as alternativas

- a) I e II.
- b) I e III.
- c) II e III.
- d) II e IV.
- e) III e IV.

24) Gestante, 28 anos, G3P2, com 23 semanas de gestação procurou a Unidade de Saúde com queixa de dor ao urinar, sensação de ardência e aumento da frequência urinária há 2 dias. Nega febre, dor lombar ou outros sintomas sistêmicos. Não apresenta comorbidades. Exame físico: temperatura de 36,8°C, pressão arterial 120/70 mmHg, frequência cardíaca 76 bpm. Sinal clínico de Gior-dano negativo.

A partir do enunciado apresentado, assinale a única alternativa correta.

- a) A gravidez exerce modificações fisiológicas anatômicas e funcionais no sistema urinário, com dilatação ureteral fisiológica, diminuição na tonicidade e motilidade de sua musculatura, mais evidentes no lado esquerdo e redução do tônus vesical pelo efeito da progesterona.
- b) As infecções do trato urinário representam a forma

mais frequente de infecção bacteriana no ciclo gravídico-puerperal. A estase urinária predispõe a gestante à bacteriúria assintomática ou infecção urinária franca e à nefrolitíase.

c) A cistite aguda durante a gestação mostra apresentar-se como uma síndrome caracterizada por quadro de urgência, frequência miccional, disúria e incômodos suprapúbicos, com sintomas de acometimento do quadro geral, como febre e dor à percussão costolombar.

d) No caso de cistite sintomática não complicada, não é necessário colher cultura de urina antes do início do tratamento, a terapêutica com antibióticos pode ser feita com nitrofurantoína, amoxicilina, cefalosporinas de primeira geração ou ainda fosfomicina trometamol.

e) A urocultura deve ser solicitada na primeira consulta com objetivo de rastrear a bacteriúria assintomática, condição que deve ser tratada em gestantes, e diante de uma gestante com infecção do trato urinário. Após o tratamento, não é necessário repetir a urocultura.

25) Paciente 45 anos apresenta queixa de descarga papilar sangüinolenta espontânea em mama direita de início há 2 meses. Ao exame apresenta mamas com parênquima homogêneo sem nódulos palpáveis, axilas sem linfonodomegalias, e à expressão derrame papilar sangüinolento uniductal em mama direita. Assinale a seguir, qual seria a conduta mais indicada.

a) Solicitar ressonância magnética de mamas.

b) Solicitar biópsia por agulha grossa guiada por ultrassonografia.

c) Solicitar mamografia e ultrassonografia, e se estes exames não mostrarem lesões manter acompanhamento semestral com imagem.

d) Realizar diretamente a ressecção cirúrgica do ducto acometido após identificar o ponto de gatilho da descarga papilar no exame físico.

e) Solicitar mamografia e ultrassonografia mamária, e se necessário ressonância magnética, para depois realizar a ressecção cirúrgica do ducto acometido.

26) Em relação à endometriose, assinale a alternativa correta.

a) Há evidências de um padrão hereditário familiar poligênico para a endometriose.

b) A laparoscopia deve ser realizada em todos os casos em que haja suspeita de endometriose na ultrassonografia transvaginal.

c) Dor pélvica crônica, dismenorréia, dispareunia, infertilidade e aumento da secreção vaginal são os sintomas mais comuns de endometriose.

d) A histerectomia isolada é o tratamento de escolha para as pacientes que apresentam dor pélvica crônica por endometriose e que não tenham desejo reprodutivo.

e) Os endometriomas devem ser sempre submetidos

a ressecção cirúrgica, independentemente da intensidade dos sintomas e do tamanho, buscando-se preservar a maior quantidade possível de parênquima ovariano na cirurgia.

27) Em relação aos contraceptivos orais combinados (COC), assinale a alternativa correta.

a) Reduzem o risco de câncer de ovário.

b) Os COC aumentam o risco de câncer de endométrio.

c) A hipertensão arterial é uma contra indicação absoluta ao seu uso.

d) Estão contraindicados em tabagistas com mais de 30 anos de idade.

e) Apresentam como benefício melhora da dismenorreia, acne e sintomas pré menstruais, entretanto levam a perda de massa óssea se utilizados por tempo prolongado.

28) Paciente gestante, 34 anos, G2C1, 31 semanas de idade gestacional. Em consulta de pré-natal de risco habitual queixou-se de dispnéia e desconforto abdominal, especialmente na posição supina, há 1 semana. Nega febre ou sintomas gripais. Refere movimentação fetal presente.

Ao exame, apresenta PA=110/76 mmHg, altura uterina de 35cm, dinâmica uterina ausente e frequência cardíaca fetal de 146bpm.

Ultrassonografia morfológica de segundo trimestre normal. Ecocardiografia realizada com 26 semanas dentro dos limites da normalidade. TOTG 75g realizado com 28 semanas teve resultado 83-153-120mg/dL em jejum, 1 hora e 2 horas pós sobrecarga, respectivamente. Ultrassonografia obstétrica realizada há 2 dias apresenta feto único, cefálico, dorso a esquerda, batimentos cardíacos fetais presentes, placenta anterior 30mm de espessura, homogênea, índice de líquido amniótico 347mm.

A partir do enunciado apresentado, assinale a única alternativa correta.

a) Deve-se evitar o uso de indometacina nessas gestantes, sob o risco de aumento de produção do líquido amniótico.

b) Diante do diagnóstico de polidrâmnio, deve-se proceder investigação genética fetal através de amniocentese dirigida.

c) Devido ao diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, deve-se proceder à amniodrenagem e controle rigoroso da glicemia capilar.

d) A resolução da gestação por via alta é indicada com 37 semanas, devido ao risco aumentado de hemorragia puerperal em gestantes com polidrâmnio.

e) A amniodrenagem terapêutica é indicada com o objetivo de alívio dos sintomas causados pelo polidrâmnio, que tende a se refazer a despeito de sua etiologia.

29) Paciente do sexo feminino, 24 anos, comparece à Unidade de Pronto-Atendimento com queixa de dor abdominal baixa há 2 dias, progressiva, associada a sangramento vaginal discreto. Nega uso de contraceptivos, e apresenta atraso menstrual de 16 dias. Como antecedente clínico refere estar em investigação de endometriose pois apresenta dismenorreia importante. Como antecedente cirúrgico refere apendicectomia há 4 anos.

A partir do enunciado apresentado, avalie as afirmativas.

I. A dosagem sérica de beta-HCG acima de 25mUI/mL, associada a ultrassonografia transvaginal com espessamento endometrial e sem saco gestacional identificado na cavidade uterina confirmam diagnóstico de gestação ectópica.

II. A salpingostomia, a salpingectomia parcial e a ordenha tubárea são alternativas cirúrgicas à salpingectomia radical, sendo a ordenha tubárea o tratamento padrão-ouro de gestações ectópicas íntegras em gestantes com desejo reprodutivo.

III. A visualização ultrassonográfica de saco gestacional fora da cavidade uterina com diâmetro maior do que 5cm contraindica o uso de metotrexate no tratamento da gravidez ectópica.

IV. Leucopenia, pneumonite e alopecia e são possíveis efeitos colaterais ao uso do metotrexate, mesmo quando administrado em dose única intramuscular.

São corretas somente as alternativas

- a) I e II
- b) I e III
- c) II e III
- d) II e IV
- e) III e IV

30) O principal objetivo do tratamento de osteoporose é a prevenção de fraturas em mulheres com DMO baixa ou fatores de risco adicionais para fraturas. Para atingir esta meta, o foco da terapia é estabilizar ou aumentar a DMO. O tratamento inclui mudanças no estilo de vida e, com frequência, o uso de terapia farmacológica.

Considerando as informações acima, avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas.

I. O objetivo principal das prescrições de medicamentos para a prevenção de fraturas é tentar recuperar e equilibrar o remodelamento ósseo pela redução na reabsorção ou pela estimulação da formação óssea.

PORQUE

II. Com a intervenção terapêutica, a melhora na DMO varia de acordo com a composição do osso. Por exemplo, as terapias que previnem a

reabsorção óssea agem mais rapidamente em ossos com alto conteúdo trabecular e renovação rápida, como o colo do fêmur. Por outro lado, o impacto das terapias farmacológicas sobre as vértebras deve ser mais lento considerando que as vértebras são compostas por cerca de 50% de osso trabecular e 50% de osso cortical.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

- a) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.
- b) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.
- c) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.
- d) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.
- e) As asserções I e II são proposições falsas.

31) Paula está na trigésima quinta semana de gestação, sendo internada com queixa de perda de líquido vaginal há 8 horas. Sem contrações ao exame físico. G1P0. BCF 142 e apresentação cefálica. Você tem como hipótese diagnóstica rotura prematura de membranas "ovulares". O procedimento inicial indicado para confirmar o diagnóstico é

- a) exame especular.
- b) toque vaginal bidigital.
- c) ultrassom com oligodrâmnia.
- d) cristalização arboriforme de fluido vaginal.
- e) medida do pH vaginal com papel de nitrazina.

32) Cláudia, uma mulher de 32 anos com histórico de hipertensão arterial controlada, apresenta-se na 24 semana de gestação para acompanhamento pré-natal. Ela relata que nos últimos dias teve aumento da pressão arterial medindo 160/100mmHg durante a consulta. Cláudia não apresenta sintomas como dor de cabeça ou edema, mas menciona episódios de tontura. Ao exame físico observa-se que o ganho de peso está dentro do esperado, mas a ausculta cardíaca apresenta um leve soporo. Exames laboratoriais mostram proteinúria leve. Sobre hipertensão arterial na gestação é correto afirmar que

- a) não ocorre aumento do risco de pré-eclâmpsia em gestantes portadoras de hipertensão crônica.
- b) a pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial diagnosticada após 34 semanas de gestação sem proteinúria.
- c) a síndrome Hellp é caracterizada pela plaquetopenia, elevação das enzimas hepáticas e diminuição do DHL.
- d) a hipertensão crônica é diagnosticada antes de 20 semanas de gestação e não desaparece 12 semanas após o parto.

e) dentro dos fundamentos fisiopatológicos da doença hipertensiva específica da gestação ou pré-eclâmpsia não há angioespasmo ou hemoconcentração.

33) Joana 31 anos gestante Rh-D negativo casada com Antônio Rh-D negativo. Em qual das situações abaixo é necessária a administração de imunoglobulina anti-Rh?

- a) Após o parto, caso o concepto seja Rh negativo.
- b) Gestantes Rh negativo sensibilizada com 28 semanas de gestação.
- c) Durante a laparotomia para o tratamento de uma gestação ectópica rota.
- d) Após o parto, caso o concepto seja Rh positivo e o Coombs indireto reagente.
- e) Aborto espontâneo com 11 semanas, caso a gestante tenha Coombs indireto reagente.

34) Sílvia, uma paciente de 22 anos em sua 28 semana de gestação, apresentou-se com dor de cabeça intensa e edema nas extremidades, sintomas que começaram há uma semana. Em sua consulta a pressão arterial foi 160/100mmHg, e o exame de urina revelou proteinúria ++. Com base nesses achados foi feito o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Entre os eventos encontrados na fisiologia da pré-eclâmpsia assinala a alternativa correta.

- a) Hiporreatividade vascular.
- b) Arterite subendotelial oclusiva.
- c) Lesão renal caracterizada pela glomeruloendoteliose.
- d) Manutenção da segunda onda de migração trofoblástica.
- e) Refratariedade do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

35) Paula, uma gestante de 30 anos, compareceu ao pré-natal na 30 semana de gestação com queixas de diminuição da movimentação fetal. No exame físico sua pressão arterial estava normal, mas o seu peso estava abaixo do esperado para a idade gestacional, com aumento total de 5 kg desde o início da gravidez. O ultrassom revelou um feto de peso esperado de 1200 g, correspondente ao percentil 5, indicando restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Na restrição de crescimento a doppler fluxometria tem papel importante tanto no diagnóstico como no prognóstico. Qual dos vasos abaixo representa a função placentária?

- a) Veia umbilical.
- b) Artéria umbilical.
- c) Artéria ilíaca fetal.
- d) Ducto venoso fetal.
- e) Artéria uterina materna.

36) Joana, uma gestante de 29 anos, compareceu

ao pré-natal na 24 semana de gestação e relatou aumento de sede e frequente necessidade de urinar. Sem histórico prévio de diabetes na família, foi realizada triagem para diabetes gestacional. Joana foi submetida ao teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75g. Após a ingestão da solução de glicose foram coletadas amostras de sangue em três momentos: jejum, uma hora e duas horas. Qual é a resposta correta em relação aos valores para considerar diabetes gestacional?

- a) 90/185/145 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- b) 92/180/145 com dois pontos da curva atingido ou ultrapassado.
- c) 95/184/153 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- d) 92/180/153 com um ponto da curva atingido ou ultrapassado.
- e) 92/185/153 com dois pontos da curva atingido ou ultrapassado.

37) Lúcia, uma mulher de 53 anos, procurou atendimento médico queixando-se de dor abdominal persistente, distensão abdominal e alteração nos hábitos intestinais há cerca de 3 meses. Durante o exame físico foi notada a presença de massa palpável na região abdominal e sinais de ascite. A paciente relatou também perda de peso involuntária e fadiga. Suspeitando-se de um tumor de ovário, são características de malignidade

- a) alfa-feto, BHC-G, CEA.
- b) cistos menores que 10 cm, unilocular, cápsula intacta.
- c) septos finos, cápsula intacta, cistos maiores que 10 cm.
- d) lesão complexa, septos finos, índice de resistência ao Doppler maior que 0,75.
- e) septos espessos, cistos maiores que 10 cm, lesão complexa, espessamento de parede.

38) Mariana 32 anos, G4PN3, comparece à maternidade com contrações e perda de tampão mucoso. Está em trabalho de parto com dilatação cervical de 4cm. Pela data da última menstruação a idade gestacional calculada é de 33 semanas. A paciente traz resultado de ultrassonografia realizada com 10 semanas e, com base neste exame, a estimativa é de 38 semanas de idade gestacional. Nesta situação a conduta indicada é

- a) realização de cesárea de emergência.
- b) internar a paciente e iniciar protocolo para inibição do trabalho de parto pré-termo.
- c) acompanhar a evolução normal do trabalho de parto e realizar a assistência ao parto.
- d) solicitar ultrassonografia de urgência para avaliar a idade gestacional com maior precisão.

e) realizar amniocentese para coleta de líquido amniótico e provas de maturidade fetal.

39) Maria, uma mulher de 38 anos, apresenta-se ao ambulatório queixando-se de sangramento uterino anormal. Ela relata que nos últimos meses suas menstruações tornaram-se mais intensas e duram cerca de 10 dias, acompanhadas de coágulos. Além disso Maria menciona dor pélvica constante e sensação de pressão abdominal, especialmente durante a relação sexual. Ao exame físico nota-se um aumento do volume abdominal e dor à palpação na região pélvica. Trouxe ultrassonografia transvaginal realizada em outro serviço, apresentando sinais de lesões hiperecogênicas e contornos irregulares em miométrio, com útero volumoso. A principal hipótese diagnóstica é

- a) menopausa.
- b) cisto de ovário.
- c) pólio endometrial.
- d) miomatose uterina.
- e) distúrbio hormonal.

40) Flávia, 18 anos, solteira, procura emergência médica com quadro de corrimento com mau cheiro há 7 dias. Na anamnese refere ingerir bebida alcoólica diariamente e ser dependente química de cocaína. Ao exame especular apresenta conteúdo, homogêneo, amarelo-acinzentado moderado com odor fétido. O pH vaginal está aumentado. Ao toque vaginal sem alterações. O melhor tratamento, considerando o perfil da paciente é

- a) miconazol.
- b) clotrimazol.
- c) fenticonazol.
- d) clindamicina.
- e) metronidazol.

41) Aristolfo, 90 anos, tem hipertensão arterial e diabetes melitus tipo 2. Está em uso de enalapril 10mg/dia, hidroclorotiazina 25mg/dia, anlodipino 10mg/dia, atenolol 25mg/dia, sinvastatina 20mg/dia, AAS 100mg/dia, metformina 2550mg/dia. Não tem histórico de evento cardiovascular prévio e há 3 meses vem apresentando queixa de tontura, em episódios de poucos segundos ou minutos, principalmente ao ficar muito tempo em pé. Ao exame físico, foi medida pressão arterial de 144/84 deitado e 132/72 em pé, sem outros achados relevantes. Sobre o caso exposto acima, assinale a alternativa correta.

- a) Como a combinação da idade e das condições crônicas já diagnosticadas implicam em elevado risco cardiovascular, o mais indicado seria aumentar a dose do enalapril para 20mg/d e recomendar o aumento da ingestão hídrica na rotina.

b) Considerado a elevada prevalência de labirintopatias em pacientes muito idosos como Aristolfo, pode-se proceder um teste terapêutico com flunarizina 10mg/noite, preferencialmente associado a orientação de medidas de reabilitação vestibular.

c) O quadro clínico de Aristolfo tem provável relação com doença cerebrovascular, sendo indicado solicitar ressonância magnética de crânio e, enquanto isso, aumentar a dose da sinvastatina, do AAS e de algum dos anti-hipertensivos em uso, exceto o anlodipino.

d) Em situações de uso continuado como esta, o benefício do uso de fármacos já bem estabelecidos costuma superar seus possíveis efeitos negativos, devendo-se evitar mudanças nas medicações de uso contínuo e priorizar a solicitação de novos exames laboratoriais para averiguar o controle das multimorbidades crônicas.

e) Os sintomas apresentados por Aristolfo têm provável relação com a polifarmácia, sendo indicado considerar qual a melhor estratégia de desprescrição a indicar na consulta de hoje e ponderar se estaria indicado solicitar exames complementares para outras causas do diagnóstico síndrome identificado nesta consulta.

42) Sobre dor crônica, é correto afirmar que

a) deve-se evitar a prescrição de opioides no manejo de dor crônica devido ao potencial de dependência causado por eles e perfil de riscos usualmente maiores do que os benefícios.

b) a dor de característica nociceptiva inclui a sensação de queimação constante ou intermitente, pontadas ou choques e também alguns sintomas físicos como hiperalgesia ou alodinia.

c) o tratamento da dor crônica deve abranger, além dos componentes nociceptivo e neuropático, também o entendimento e a forma com que o usuário lida com sua própria condição.

d) tratamentos não-farmacológicos como exercícios de alongamento, medidas educativas, psicoemocionais, fisioterapia, musicoterapia e acupuntura não costumam ser benéficos no manejo da dor crônica.

e) o primeiro degrau da escada analgésica propõe o uso de analgésicos simples e anti-inflamatórios não hormonais, sem considerar o uso de fármacos adjuvantes (antidepressivos, neurolépticos ou anticonvulsivantes).

43) Zulmira, 36 anos, professora, casada, G2C1P1. Procurou atendimento médico por apresentar há 2 dias náuseas, diarreia em episódio único de fezes amolecidas associado a dor abdominal em baixo ventre e cefaleia de moderada intensidade. Nega comorbidades, alergias ou intolerâncias conhecidas. Recorrência mensal de sintomas desde o início deste ano. Sobre o caso clínico é possível afirmar que

- a) há manifestação de sintomas psicossomáticos com

necessidade de avaliação de contexto e intervenção precoce da equipe multiprofissional, incluindo avaliação por especialista em saúde mental.

b) há indicação de prosseguir a investigação clínica voltado para a suspeita de dismenorreia, a princípio com perguntas e exame físico e, possivelmente, com indicação de exames complementares.

c) há a necessidade de investigar o método anticoncepcional em uso por ser provável que se indique mudá-lo nesta consulta, pois diversos métodos podem estar associados aos sintomas recorrentes de náusea e cefaleia.

d) a melhor conduta será a prescrição de medicamentos sintomáticos associado a orientação de hidratação oral, repouso e alimentação com restrição de leite e derivados lácteos, para o diagnóstico presumível de intolerância a lactose.

e) a melhor conduta será a prescrição de medicamentos sintomáticos associados a orientação de hidratação oral, repouso e alimentação leve, além de afastamento de suas atividades laborais por diagnóstico provável de gastroenterite de origem infecciosa.

44) Sobre o período do puerpério é possível afirmar que

a) a fase remota do puerpério é marcada por alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais que ocorrem no período do 12º até o 42º dia pós-parto.

b) está indicado que a escolha do método anticoncepcional ocorra durante a primeira consulta de planejamento familiar após o término de todo o período do puerpério.

c) apenas após o término do período do puerpério é indicado realizar o procedimento de inserção de dispositivo intra-uterino, visando menor probabilidade de expulsão e melhor adaptação ao método.

d) ao final do puerpério o corpo da mulher encontra-se recuperado do parto e preparado para uma nova gestação, com imediato retorno para o patamar usual dos riscos para a mulher e o feto em caso de nova gestação.

e) o puerpério é o período que vai do final do terceiro estágio do trabalho de parto ao retorno do organismo feminino ao estado pré-concepcional, o que costuma levar 6 semanas mas pode levar vários meses, caso a mulher esteja amamentando.

45) Mônica, 35 anos, chega em consulta queixando-se de palpitações eventuais, opressão torácica, insônia inicial. Diz que nos últimos oito meses vem tendo muitas preocupações e sente-se sobrecarregada com os afazeres domésticos e trabalho fora de casa. Vem tendo frequentemente crises de choro e conta que a cabeça não para, fica pensando em várias coisas ao mesmo tempo e imaginando possíveis desfechos. Além disso, sente dores de cabeça quase diárias. Nega pensamentos de auto-agressão ou ideação suicida. Está em uso

de amitriptilina 25mg/dia prescrita por um colega, que ajudou um pouco no sono e fez a frequência das dores de cabeça reduzirem, mas os outros sintomas permanecem.

Sobre o caso exposto acima assinale a alternativa correta.

a) No caso de Mônica, o tratamento deve ser baseado exclusivamente na medicação e não se deve compartilhar o cuidado com a equipe multidisciplinar, a fim de preservar o sigilo e não expor as dores da paciente.

b) Trata-se de um caso de ansiedade generalizada. A prescrição de benzodiazepínicos de forma isolada diariamente traria mais benefícios do que a amitriptilina, podendo ser usados com segurança ao longo de um ano.

c) Mônica apresenta sintomas de ansiedade. A psicoterapia e a psicoeducação associadas a mudanças de estilo de vida, como prática de atividade física e meditação, são opções de tratamento que podem trazer benefícios.

d) Aumentar a dose da amitriptilina traria maiores benefícios do que a troca da medicação, visto que ela se encontra no grupo de fármacos de primeira linha para tratamento de ansiedade, possuindo o melhor perfil de efeitos colaterais dentre todas as classes indicadas.

e) O indicado é introduzir algum fármaco a selecionar entre os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina (ISRSN), visto que constituem a primeira linha de tratamento para ansiedade e têm efeitos imediatos, podendo ser percebidos já nas primeiras 48 horas de uso.

46) Carlitos, um homem de 72 anos, sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e diabetes tipo 2. Durante a consulta, ele expressa preocupação com a dificuldade de respirar e os altos valores de glicemia em jejum, sente muita falta de sua falecida esposa, que era o apoio familiar para ajudar na sua capacidade de gerenciar sua condição. Qual dos quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa deve ser abordado pelo médico ao iniciar o atendimento de Carlitos?

a) Ajustar imediatamente a medicação para melhorar o controle da DPOC e do diabetes.

b) Prescrever uma dieta rigorosa e exercícios físicos para melhorar a saúde geral de Carlitos.

c) Encaminhar Carlitos para um especialista em pneumologia para um tratamento mais específico.

d) Aumentar a frequência das consultas e das suas medidas de glicemia para monitorar de perto a progressão das doenças.

e) Explorar a saúde, a doença e a experiência de adoecimento de Carlitos, entendendo suas preocupações e sentimentos.

47) Qual é a importância de permitir que a pessoa

comece a consulta contando com suas próprias palavras o motivo de ter procurado a consulta médica?

- a) Garante que o médico possa aplicar um diagnóstico rápido e preciso sem necessidade de mais informações.
- b) Expande o foco da consulta, incluindo a experiência da pessoa com a doença, levando a um resultado de consulta mais produtivo.
- c) Ajuda a identificar divergências e inconsistências que o paciente traz com objetivo de convencer o médico de sua narrativa particular sobre a doença.
- d) Facilita a identificação de termos para depois explicar jargões médicos para explicar melhor a situação ao paciente, resultando em um prontuário mais científico.
- e) Permite ao médico interromper menos seus próprios pensamentos a assim focar melhor no seu raciocínio enquanto profissional especializado na interpretação dos sintomas.

48) Como a abordagem centrada na pessoa pode melhorar o manejo de pacientes com multimorbidade?

- a) Garantindo que o médico tome todas suas decisões sem a necessidade de consultar outros profissionais de saúde, centrado na autonomia médica.
- b) Desenvolvendo um diagnóstico rápido e preciso sem necessidade de detalhar informações sobre o contexto do paciente, focando nos sintomas que preocupam o paciente.
- c) Focando a cada encontro no tratamento de uma doença de forma isolada, o paciente terá ao longo da longitudinalidade como melhor compreender cada doença e cada tratamento proposto.
- d) Desenvolvendo uma visão ampla que considera múltiplos fatores relacionados ao adoecer e suas relações com a experiência pessoal das doenças, e assim promovendo decisões compartilhadas.
- e) Reduzindo a necessidade de envolvimento do paciente nas decisões sobre seu tratamento, o que propicia condições para aplicar de forma melhor e mais efetiva a medicina baseada em evidências para cada diretriz pertinente.

49) Qual é a justificativa mais relevante para a solicitação de um exame complementar?

- a) Confirmar os diagnósticos gerando menos demanda por agendamento de consultas adicionais.
- b) Reduzir o tempo total de consulta médica, viabilizando ampliar número de consultas oferecidas.
- c) Facilitar a comunicação entre diferentes profissionais de saúde que acompanham o mesmo paciente.
- d) Redefinir a probabilidade de uma doença, modificando de forma relevante a probabilidade da doença estar presente ou ausente.

e) Focar na prevenção e aumentar a quantidade de dados disponíveis para servir como linha de base para exames futuros de monitoramento do mesmo

50) Qual é o objetivo principal da Medicina Baseada em Evidências (MBE)?

- a) Basear decisões clínicas exclusivamente em estudos randomizados e metanálises.
- b) Focar na redução de custos em saúde, priorizando intervenções mais custo-efetivas.
- c) Priorizar explicações fisiopatológicas e modelos teóricos sobre a eficácia de tratamentos.
- d) Padronizar a prática médica, eliminando variações no tratamento em prol de uma abordagem única baseada em diretrizes.
- e) Integrar a experiência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente com a melhor evidência científica atual.

51) Considerando o contexto atual da medicina, como a prevenção quaternária se alinha com o princípio hipocrático "primum non nocere" (primeiro, não causar dano)?

- a) A prevenção quaternária é sinônimo deste princípio hipocrático, tendo assumido esta nova forma apenas para evitar a nomenclatura em latim e compatibilizar a forma da denominação dos demais níveis de prevenção.
- b) Não há relação direta entre a prevenção quaternária e esse princípio hipocrático, pois a prevenção quaternária foca exclusivamente em aspectos de saúde coletiva enquanto o princípio hipocrático aborda questões éticas do cuidado individual.
- c) A prevenção quaternária e o princípio hipocrático são conceitos conflitantes na prática médica moderna, pois enquanto o princípio foca em não causar dano direto, a prevenção quaternária pode levar à subdiagnóstico e subtratamento de condições potencialmente graves.
- d) A prevenção quaternária é uma aplicação moderna e ampliada desse princípio histórico, buscando ativamente identificar e evitar os danos que podem ser causados pela própria medicalização, tais como exames, procedimentos e tratamentos excessivos ou desnecessários.
- e) O princípio "primum non nocere" é considerado ultrapassado pela prevenção quaternária porque esta última prioriza uma abordagem mais intervencionista em prol da prevenção, amparada na epidemiologia clínica e na medicina baseada em evidências, o que pode implicar em primeiro expor o paciente a algum risco de dano por haver potencial benefício futuro.

52) No contexto do prognóstico e manejo de pacientes HIV positivos, qual afirmação reflete melhor o conhecimento atual sobre o tratamento antirretroviral (TARV) e seus efeitos?

a) A expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV em TARV é menor que a da população geral, principalmente devido aos efeitos colaterais a longo prazo dos medicamentos e ao envelhecimento precoce causado pelo vírus.

b) A falha terapêutica deve ser considerada após qualquer aumento na carga viral, mesmo que pequeno, pois isso indica o desenvolvimento rápido de resistência viral e necessidade imediata de troca do esquema antirretroviral.

c) Com adesão ótima ao tratamento, o controle da viremia pode ser completo, permitindo recuperação imunológica e controle do risco de adoecimento, além de reduzir significativamente o risco de transmissão do vírus.

d) O diagnóstico precoce tem impacto moderado no prognóstico a longo prazo, sendo mais importante a escolha adequada do esquema antirretroviral inicial e o monitoramento periódico da carga viral e da contagem de CD4.

e) Esquemas de resgate têm, geralmente, posologias mais simples e menos efeitos adversos que os esquemas iniciais, devido ao desenvolvimento de novas drogas com melhor perfil de tolerabilidade e eficácia contra cepas resistentes.

53) Em relação ao diagnóstico de tuberculose em crianças, qual é a afirmação correta?

a) O lavado gástrico tem sensibilidade superior a 80% e é considerado o padrão-ouro para diagnóstico em lactentes.

b) A confirmação bacteriológica é facilmente obtida na maioria dos casos pediátricos devido à alta carga bacilar.

c) A baciloscopia de escarro é o método mais sensível e específico, sendo facilmente realizada em todas as faixas etárias pediátricas.

d) A cultura do lavado gástrico fornece resultados rápidos, sendo recomendada como primeira escolha diagnóstica em crianças menores de 5 anos.

e) O sistema de escore é uma ferramenta útil no diagnóstico ao considerar, na ausência de confirmação bacteriológica, o conjunto de aspectos clínicos, epidemiológicos e radiológicos.

54) As medidas da saúde coletiva servem para o monitoramento de informações de duas categorias: as medidas da saúde e as medidas da vida. Elas servem para avaliar, planejar e gerir os sucessos alcançados.

Correlacione as colunas abaixo e indique a sequência certa.

- () Índice
- () Indicadores
- () Coeficientes
- () Taxas

1. Medidas auxiliares nos cálculos de estimativas e projeções de fenômenos nos quais não se têm registros confiáveis.

2. Índices ajuizados pela sociedade e especialmente selecionados pelo observador para au-

xiliar a tomada de decisão.

3. Termo genérico mais abrangente e apropriado para referir-se a todos os descritores da vida e da saúde.

4. Medidas que descrevem os fenômenos observados e que são aplicados para medidas secundárias.

a) 1, 2, 3, 4.

b) 2, 3, 4, 1.

c) 3, 2, 4, 1.

d) 4, 1, 2, 3.

e) 3, 4, 1, 2.

55) Nos ensaios clínicos o investigador introduz uma determinada intervenção e observa o efeito dessa nova variável nos desfechos clínicos, podendo essa intervenção ser uma medicação, cirurgia, programa educativo ou fisioterapêutico. É correto afirmar que

a) o delineamento parte de um grupo de indivíduos com uma determinada doença e outros sem a doença.

b) um resultado com razão de chances (odds ratio) significativamente diferente de 0 afasta a hipótese nula.

c) é possível testar a hipótese se o risco de se ter ou não a doença é diferente entre indivíduos expostos e não expostos a um determinado fator.

d) serve para descrever as características gerais de determinada doença com relação às pessoas, distribuição geográfica e tempo de ocorrência.

e) é comum que o seguimento de alguns pacientes seja perdido no decorrer do estudo não sendo possível computar seus desfechos na análise final.

56) O estudo longitudinal que parte do fator de risco para avaliar sua implicação num determinado agravo é o

a) de coorte.

b) transversal.

c) caso-controle.

d) ensaio clínico.

e) relato de caso.

57) Associe corretamente o nível de prevenção da coluna da direita com a ação sanitária respectiva na coluna da esquerda.

() identificar paciente em risco de intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científicos e eticamente aceitáveis.
() Indicar antibiótico em caso de amigdalite estreptocócica, do grupo A da

- (I) Primária
- (II) Secundária
- (III) Terciária
- (IV) Quaternária

classificação de Lancefield.

() Recomendar reabilitação respiratória para pacientes portadores de DPOC.

() Efetuar educação sexual escolar, para reduzir gravidez indesejada na adolescência.

Escolha a alternativa com a sequência de combinação correta.

- a) I, II, III e IV.
- b) IV, II, III e I.
- c) III, IV, II e I.
- d) II, III, IV e I.
- e) I, IV, III e II.

58) Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008), as intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover a equidade devem contemplar os diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgreen e Whitehead (1991) e, para que sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos. Assinale a alternativa que descreve corretamente estes três pilares.

- a) Universalidade, integralidade e equidade.
- b) Universalidade, participação social e descentralização.
- c) Intersetorialidade, abordagem epidemiológica e custo-efetividade.
- d) Participação social, evidências científicas e interação entre os diversos setores de políticas públicas.
- e) Intervenções sobre estilos de vida, sobre as condições de vida e de trabalho e sobre a macroestrutura econômica, social e cultural.

59) A respeito do financiamento e da alocação de recursos no sistema de saúde no Brasil, é correto afirmar que

- a) desde a Constituição Federal de 1988 a participação federal nos gastos com ações e serviços públicos de saúde vem sendo crescente em seu percentual perante o montante total de gastos públicos no SUS.
- b) a maior parte dos gastos em saúde no Brasil ocorre no setor público, visando viabilizar a efetivação dos princípios constitucionais do SUS conforme especificado na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/1990 e 8142/1990).
- c) a Emenda Constitucional 29/2000 dispôs percentuais mínimos da receita que cada ente da federação deve destinar para ações e serviços públicos de saúde, sendo 15% para os municípios, 12% para os esta-

dos (e Distrito Federal) e 10% para a União.

d) a Lei Complementar 141/2012 definiu com maior clareza e precisão quais despesas podem ser incluídas como ações e serviços de saúde, excluindo diversas ações e serviços referentes a programas de políticas públicas que atuam sobre os determinantes sociais de saúde.

e) o financiamento do SUS foi inserido, em sua criação, no Orçamento da Seguridade Social (OSS), acrescido de recursos dos tesouros federal, estaduais e municipais, e depois teve seus recursos ampliados em 1994 por meio da Desvinculação dos Recursos da União (DRU), indicando a prioridade da saúde no orçamento.

60) Para selecionar quais doenças devem ser de notificação obrigatória, é avaliada a situação epidemiológica de cada doença e dos conhecimentos relacionados a sua prevenção e controle. Esta avaliação pode ser embasada por diversos critérios técnicos já estabelecidos. Assinale qual das assertivas abaixo indica o uso da definição correta de um determinado critério técnico para justificar a inclusão de um determinado agravo na lista de notificação compulsória vigente no Brasil.

- a) A poliomielite encontra-se na lista devido ao critério de transcendência, que destaca sua relevância em potencial de morbimortalidade.
- b) A rubéola está na lista devido ao critério de vulnerabilidade, expresso principalmente pela relevância social e econômica desta infecção.
- c) A leishmaniose está na lista para atender aos compromissos do Brasil com o que está estipulado no regulamento sanitário internacional.
- d) O exantema súbito está na lista devido ao critério de seu elevado potencial de disseminação, podendo colocar em risco outros indivíduos ou as coletividades.
- e) A peste está incorporada na lista devido ao critério de magnitude, exemplificada principalmente pela severidade desta doença (taxa de internamentos e letalidade).

61) A paciente A.S.S., 54 anos, encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido a uma lesão cutânea suspeita de neoplasia. Nega medicações de uso contínuo ou comorbidades. Durante as consultas, foram registradas pressões arteriais sistêmicas de 142/91 mmHg, 153/92 mmHg e 130/85 mmHg, respectivamente. Considerando os valores pressóricos obtidos, assinale a alternativa que melhor representa o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

- a) Definir hipertensão em geral baseia-se na média de três ou mais aferições da pressão na posição sentada durante cada uma de três ou mais consultas ambulatoriais.
- b) As medições da pressão arterial em casa e da pres-

são ambulatorial média de 24 horas geralmente são equivalentes às pressões arteriais verificadas no consultório.

c) Cerca de 40% dos pacientes com hipertensão de estágio 1 baseada nas pressões arteriais no consultório têm leituras ambulatoriais médias > 135/85 mmHg, o que é chamado de "hipertensão do jaleco branco".

d) As pressões arteriais noturnas costumam ser 10 a 20% mais baixas do que as pressões arteriais diurnas, e uma "queda" atenuada da pressão arterial noturna pode estar associada a uma diminuição do risco de doença cardiovascular.

e) Como os registros da pressão arterial ambulatorial produzem múltiplas leituras durante o dia e a noite, eles fornecem uma avaliação mais abrangente sobre a carga vascular da hipertensão do que um número limitado de leituras no consultório.

62) Carlos, 58 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta de rotina. Ele relata que nos últimos meses tem sentido aumento da sede e da fome, acompanhado de perda de peso inexplicada, apesar de uma dieta aparentemente normal. Relata também aumento na frequência de micções, principalmente à noite. Ele nega antecedentes de diabetes e hipertensão, mas menciona que seu pai foi diagnosticado com diabetes tipo 2 aos 60 anos. Carlos não faz uso regular de medicamentos.

No exame físico, apresenta IMC de 28 kg/m², pressão arterial de 145/90 mmHg e glicemia capilar casual de 210 mg/dL. O médico decide solicitar exames laboratoriais para avaliar a situação:

Glicemia de jejum: 135 mg/dL

Hemoglobina glicada (HbA1c): 7,3%

Glicemia 2 horas após sobrecarga oral de glicose (TOTG): 220 mg/dL

Com base no caso clínico, qual das seguintes opções é a maneira correta de definir o diagnóstico e manejar inicialmente o caso de Carlos?

a) Confirmar o diagnóstico de pré-diabetes com base na glicemia de jejum e no TOTG, e iniciar tratamento com sulfonilureia.

b) Realizar uma nova dosagem de glicemia capilar casual para confirmar o diagnóstico de diabetes e, se elevada, iniciar insulina imediatamente.

c) Solicitar nova glicemia de jejum para confirmar o diagnóstico de diabetes e iniciar dieta restritiva, sem necessidade de tratamento medicamentoso.

d) Confirmar o diagnóstico de diabetes com base na glicemia de jejum e na hemoglobina glicada, e iniciar metformina, além de orientações para mudança de estilo de vida.

e) Solicitar um novo TOTG para confirmar o diagnóstico de diabetes, iniciar metformina, e encaminhar para avaliação com endocrinologista antes de qualquer orientação de estilo de vida.

63) Paciente de 28 anos encaminhado ao Pronto Socorro por queixa de dor abdominal intensa e agitação e ansiedade. Diabético insulino-dependente desde os 18 anos de idade. Taquipneia e hálito semelhante a odor de fruta. Laboratoriais coletados à admissão mostram parcial de urina com presença de cetonúria, gasometria arterial coletada em ar ambiente com pH 7,08, HCO₃ 11mmol/L, PCO₂ 18mmHg e PaO₂ 90mmHg, glicemia 260mg/dL. Potássio sérico 3,0mEq/L e sódio sérico 132mEq/L. Assinale a alternativa correta com relação à condução do caso.

a) A introdução de insulina de ação longa deve ser iniciada tão logo paciente esteja se alimentando.

b) Deve ser realizada reposição de potássio apenas caso calemia reduzir a valores inferiores a 3,0 mEq/L.

c) Deve ser prontamente iniciado antibioticoterapia, pois a taquipneia se deve a provável quadro de broncopneumonia.

d) Devido a intensidade da acidose, a administração de bicarbonato parenteral é indicada e melhora desfechos nestes casos.

e) Primeira medida a ser tomada é a pronta administração de insulina humana regular em bomba infusora contínua, além de expansão volêmica.

64) Paciente feminina, 35 anos, deu entrada no pronto atendimento com queixa de astenia intensa nas últimas 2 semanas, com piora progressiva. Refere que percebeu mudança na coloração de sua pele, com a percepção de estar amarelada, escurecimento da urina e alguns episódios de vômitos escurecidos associados a dor abdominal inespecífica. Passou por exames laboratoriais de rotina há 1 mês, com resultados sem alterações. Realizados exames na admissão: Hb 5,0 (VN 13 a 16), VCM 100 (VN 79 a 95), HCM 40 (VN 25 a 30), Leucócitos 5.200 (VN 3.500 a 9.000), Plaquetas 260.000 (VN 150.000 a 450.000), Reticulócitos 3,5% (VN 0,8 a 2,3%), Haptoglobina 5 (VN 30 a 190), LDH 1000 (VN 135 a 225), Bilirrubina total 4,0 (VN 0,3 a 1,3), Bilirrubina direta 0,4 (VN 0,1 a 0,4), Bilirrubina indireta 3,6 (VN 0,2 a 0,9), Coombs direto positivo. Assinale a alternativa correta.

a) Seria esperada a elevação da haptoglobina para ser considerada a hipótese de anemia hemolítica.

b) Deve-se seguir investigação com endoscopia digestiva alta, devido a principal suspeita diagnóstica ser de hemorragia digestiva.

c) Trata-se de provável anemia carencial, necessitando de exames complementares com perfil de ferro para dar início ao tratamento.

d) Considerando o diagnóstico de anemia hemolítica autoimune, está indicado prosseguir investigação com triagem para outras doenças autoimunes.

e) Considerando o padrão de aumento das bilirrubinas, a principal suspeita diagnóstica é de colestase.

devendo-se iniciar investigação com ultrassom de abdome.

65) Paciente masculino, 88 anos, admitido na enfermaria de clínica médica devido a sintomas de dispneia, inapetência e rebaixamento do nível de consciência. Portador de câncer de cabeça de pâncreas em estágio avançado, com metástases disseminadas. Em casa já vinha se mantendo totalmente dependente para as atividades de vida diária (PPS: 20). Ao exame apresenta respiração de Cheyne-Stokes e livedo reticular.

Sobre a abordagem deste caso e os conceitos dos cuidados paliativos, assinale a alternativa correta.

- a) Deve-se evitar ao máximo o emprego de opióides em pacientes em final de vida, prevenindo assim efeitos indesejados como a adição
- b) Estão indicados neste caso o uso de oxigênio suplementar e passagem de sonda nasointestinal para o conforto do paciente e para garantir aporte nutricional adequado
- c) Uma das ferramentas para a comunicação de más notícias é o protocolo p-SPIKES, que preconiza que a notícia seja dada pelo médico de forma breve e direta para minimizar o sofrimento, reservando o apoio emocional para a equipe de psicologia.
- d) O melhor momento para solicitar acompanhamento dos cuidados paliativos é quando a equipe assistente julgar que não há mais nenhum tratamento modificador de doença a ser instituído e o paciente já apresentar sinais de processo ativo de morte
- e) A sedação paliativa pode ser utilizada como último recurso em casos de sofrimento refratário a outras medidas, podendo ser utilizadas medicações como midazolam ou propofol em infusão contínua, e não estando indicadas a intubação e a ventilação mecânica

66) Homem, 65 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica, é trazido a unidade básica de saúde por familiares devido a confusão mental e febre há 24 horas. Ao exame, o paciente está desorientado, com temperatura de 39°C, pressão arterial de 80/50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 28 ipm. A saturação de oxigênio está em 88% em ar ambiente. Extremidades frias e cianóticas. Ausculta pulmonar evidencia estertores finos em base direita. Sondagem vesical prontamente instituída, sem débito urinário exteriorizado. Por tratar-se de unidade básica de saúde, não há condições de realização imediata de exames laboratoriais, sendo então inserido paciente em central de leitos para encaminhamento para serviço de atenção terciária.

Com base no quadro clínico do paciente, qual é a conduta inicial mais adequada no manejo do

caso?

- a) Para evitar acidose hiperclorêmica, preferir cristaloide balanceado a NaCl 0,9%.
- b) Infusão de cristaloides e antibioticoterapia precoces, independente de culturas.
- c) Manejo inicial da hipotensão com aminas vasoativas, devido a risco de piora da congestão.
- d) Administrar corticoides como primeira linha de tratamento para melhorar a hemodinâmica.
- e) Iniciar antibiótico após investigação detalhada do foco com exames complementares.

67) Paciente do sexo masculino, 25 anos, interna com quadro de febre, mialgia, náuseas e vômitos com início há 6 dias. Há 1 dia evoluiu com icterícia e oligúria. Refere que há duas semanas teve contato com água de enchente. À admissão, apresentou os seguintes resultados de exames laboratoriais: creatinina 8 mg/dl, ureia 290 mg/dl, potássio 3,3 mEq/L, bilirrubina total 7 mg/dl, CPK 6000 U/L, sendo necessário início de hemodiálise. Considerando o diagnóstico provável de leptospirose, assinale a alternativa correta.

- a) A transmissão da doença se dá exclusivamente em centros urbanos, aonde a população de ratos é maior.
- b) É uma doença infecciosa causada por espiroquetas do gênero *Leptospira* e a maioria dos casos tem apresentação grave.
- c) O tratamento com antibiótico deve ser iniciado após diagnóstico com isolamento do microorganismo via PCR ou elevação de anticorpos.
- d) Como o paciente apresentou injúria renal grave com necessidade de hemodiálise, a maior probabilidade é de cronificação com necessidade de terapia de substituição renal permanente.
- e) Caso haja suspeita radiológica de hemorragia alveolar está indicada intervenção agressiva com ventilação mecânica e uso de estratégias ventilatórias considerando a possibilidade de baixa complacência pulmonar.

68) Maria Luiza, 28 anos, histórico de asma desde a infância, comparece ao pronto-socorro com dispneia há 2 dias, piorando progressivamente. Relata uso de salbutamol inalatório nas últimas 24 horas, com alívio parcial. Refere também tosse seca e chiado no peito, além de acordar várias vezes à noite por falta de ar. No exame físico, apresenta-se em leve esforço respiratório, com frequência respiratória de 26 ipm, saturação de oxigênio de 89-91% em ar ambiente, frequência cardíaca de 110 bpm e sibilos difusos à ausculta pulmonar. O Peak Flow (fluxo expiratório máximo) está em 40% do valor previsto. Relata que costuma usar corticosteróide inalatório em baixas doses, mas esqueceu de utilizar nas últimas semanas.

Com base no caso apresentado, qual das seguin-

tes opções está correta em relação ao diagnóstico e tratamento da paciente?

- a) O uso de corticosteroide sistêmico está indicado neste caso devido à gravidade da exacerbação.
- b) A realização de gasometria arterial é obrigatória para o diagnóstico da gravidade da crise asmática.
- c) Deve ser iniciada antibioticoterapia, devido a suspeita de crise desencadeada por broncoinfecção.
- d) A paciente apresenta uma crise asmática leve e pode ser tratada com salbutamol isolado por via inalatória.
- e) O uso de oxigênio suplementar é desnecessário, devendo ser priorizados broncodilatadores inalatórios, evitando psicodpendência.

69) Mulher, 22 anos, previamente hígida, procura consulta por conta de "inchaço". Percebeu a alteração nas últimas semanas. Nega diarreia, perda ponderal, dispepsia ou mesmo estar realizando dieta. Ao exame físico, percebe-se edema mole, perceptível em face, MMII e um pouco em dorso. Ausculta torácica mostra MV reduzido em bases. Tireoide impalpável. Sem turgidez jugular. Abdome sem vísceras palpáveis. FC 70bpm, FR 16mrpm, T 36,5°, PA 110x80mmHg. Nega abuso de álcool ou uso de tabaco. História familiar sem relato de comorbidades relevantes. Exames complementares evidenciam TSH 7,1 mUI/L (normal 0,4-4,0), T4 livre 1,2 ng/dL (normal 0,8-1,8), ureia e creatinina normais, albumina sérica 2,1 g/dL (normal 3,5-5,5), RNI 0,9 (TAP normal), Bilirrubinas normais. Parcial de urina com densidade 1015, PH 6,0, proteínas +++. Colesterol total, LDL e triglicerídeos elevados. Ultrassonografia de abdome apenas evidencia pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal.

Baseado no caso e a provável causa da síndrome edemigênica, assinale a alternativa correta.

- a) É essencial ecocardiografia para confirmação da mais provável causa da síndrome edemigênica.
- b) Apesar da ultrassonografia não sugerir, essencial triar hepatites como potencial causa do quadro.
- c) Para detecção da etiologia primária da causa, deverá ser indicada biópsia do órgão acometido.
- d) Deve ser dosado T3 e T4 total para iniciar adequado tratamento da causa da síndrome edemigênica.
- e) Os exames e dados clínicos disponíveis permitem confirmação diagnóstica da causa do edema generalizado.

70) Paciente do sexo masculino, 58 anos, com histórico de cirrose hepática por hepatite C e etilismo crônico, é admitido no pronto-socorro com quadro de confusão mental, sonolência e distensão abdominal progressiva há 3 dias. Refere redução da diurese. Ao exame físico apresenta-se desorientado (Glasgow 13), com abdome globoso, presença

de ascite volumosa, edema de membros inferiores e sinais de flapping (asterixis). A pressão arterial é de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de 97% em ar ambiente. Os exames laboratoriais mostram:

- Bilirrubina total: 5,4 mg/dL
- Albumina: 2,0 g/dL
- INR: 2,1
- Creatinina: 2,0 mg/dL (nível basal 1,2 mg/dL)

Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta com relação a manejo e evolução do paciente.

- a) Indicada restrição proteica para minimizar presença de derivados de amônia na circulação.
- b) Deve ser dosado nível sérico de amônia para nortear tratamento da encefalopatia.
- c) Deve ser iniciada lactulose oral, paracentese diagnóstica e expansão volêmica cautelosa.
- d) Iniciar hemodiálise imediatamente para controle dos sintomas da encefalopatia hepática.
- e) O paciente tem um bom prognóstico a curto prazo, esperando-se melhora da encefalopatia com restrição hídrica.

71) Sra. Mittzi, professora aposentada, 76 anos, tem queixas de dores nas mãos, em físgadas, por vezes pulsáteis como se quisessem "mais espaço", segundo ela. Aponta que tanto as interfalangeanas proximais quanto as distais a incomodam muito. Já consultou anteriormente outros médicos, mas como viu seu nome na lista do convênio e o reconheceu como ex-aluno(a), sentiu-se confiante em finalmente ter um tratamento eficaz. Trouxe exames revelando fator reumatoide positivo, VHS de 11mm, FAN 1/80 nuclear pontilhado fino, antiestreptolisina O 800 e Waaler Rose negativo. É muito provável que se trate de

- a) concomitância de artrite reumatoide seropositiva e lúpus eritematoso.
- b) artrite psoriática sero negativa necessitando confirmação com biópsia de pele.
- c) amiloidose necessitando a avaliação de provável lesão de órgãos alvo como o rim.
- d) lúpus eritematoso sistêmico tardio, embora mais benigno que o juvenil, se associa a maior risco cardiovascular.
- e) osteoartrite de mãos, ainda sem deformidades degenerativas (nódulos de Heberden) mas merecendo avaliação e atenção redobradas com acolhimento.

72) A Endocardite Infecciosa (EI) quando não tratada tem alta mortalidade e sua incidência apresenta aumento progressivo nas últimas décadas. Analise as assertivas relacionadas à EI:

- I. A lesão típica da EI é a vegetação, que consiste em uma massa de plaquetas, fibrina, microrganismos

mos e escassas células inflamatórias.

II. Entre as causas predisponentes da EI observa-se aumento dos casos associados às doenças valvares reumáticas, ao uso de drogas injetáveis e às doenças degenerativas das valvas.

III. Dispositivos eletrônicos implantáveis podem ser sítio da EI, sendo mais frequentes em marca-passos implantáveis do que em dispositivos de ressincronização e desfibriladores implantáveis.

IV. Entre os critérios maiores para o diagnóstico da EI (Critérios de Duke modificados) destacam-se os achados ecocardiográficos que incluem: presença de vegetação, ou abscesso, ou nova deiscência parcial em valva protética, ou uma nova regurgitação valvar.

Escolha entre as alternativas abaixo, as assertivas corretas.

- a) I e II apenas.
- b) I e IV apenas.
- c) II e III apenas.
- d) III e IV apenas.
- e) I, II e IV apenas.

73) As lipoproteínas são complexos de lipídeos e proteínas, que são essenciais ao transporte e absorção do colesterol, triglicerídeos e vitaminas lipossolúveis. A principal consequência dos distúrbios das lipoproteínas é a doença cardiovascular aterosclerótica. Avalie as seguintes afirmativas sobre os distúrbios das lipoproteínas e assinale qual é a correta.

- a) A rosuvastatina reduz o LDL-colesterol por inibir a absorção do colesterol.
- b) A hipercolesterolemia familiar cursa com xantomas tendinosos e pancreatite.
- c) O uso regular do álcool e exercícios físicos rotineiros contribuem na redução dos triglicerídeos.
- d) A fórmula de Friedewald para cálculo do LDL-colesterol não deve ser usada se o nível dos triglicerídeos for superior a 400 mg/dL.
- e) Evolocumabe e Inclisiran são inibidores de PCSK9, com uso subcutâneo a cada duas semanas, promovendo substancial redução do LDL-colesterol.

74) Vários medicamentos participam da farmacoterapia da Insuficiência Cardíaca. Analise as seguintes alternativas sobre drogas utilizadas no tratamento da Insuficiência Cardíaca e assinale como verdadeira (V) ou falsa (F).

- () Eplerenona é um antagonista da aldosterona
- () Neprilisina é um inibidor neutro da endopeptidase
- () Ivabradina acelera a frequência cardíaca e melhora a contratilidade cardíaca.
- () Dapagliflozina reduz a mortalidade cardiovascular mas aumenta a taxa de diabetes.
- () A combinação de hidralazina e nitratos tem

efeito vasodilatador, com melhora da sobrevida superior aos Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina.

A sequência correta é:

- a) V, F, F, V, V.
- b) V, V, F, F, F.
- c) F, V, F, F, V.
- d) F, F, V, V, F.
- e) V, F, V, F, V.

75) Mávio, engenheiro civil, 58 anos, tem queixas de cansaço progressivo com piora há 7 dias após quadro gripal. Há 1 ano fazia a vistoria das obras subindo pelas escadas até o último andar das construções. Nos últimos 2 meses notou que a visita e fiscalização é feita somente nos espaços com acesso pelo elevador. Aumentou para dois travesseiros altos para dormir e notou inchaço nas pernas. Ao exame apresenta edema de face (principalmente periorbitário), rarefação capilar. Frequência cardíaca: 52 bpm. Pressão arterial: 100x80mmHg. Ao exame de tórax notou-se murmúrio vesicular presente apenas nos dois terços superiores, sem ruídos adventícios. O abdome, globoso tinha sinal do Piparote duvidoso, era indolor a palpação superficial e profunda. Os membros inferiores tinham pulsos pediosos, débeis mas presentes, e edema de duas cruces em quatro, sem cacifo. Os exames laboratoriais revelavam anemia normocrômica normocítica, ureia e creatinina normais, fosfatase alcalina diminuída para os valores de referência; Colesterol total de 314 mg/dL, Colesterol HDL de 28 mg/dL Triglicerídeos de 245 mg/dL, TSH superior a 150 µUI/ml (valor de referência: 0,34 a 5,50 µUI/mL) e T4 livre inferior a 0,40 ng/dl (valor de referência: 0,54 até 1,48 ng/dL). No ecocardiograma transtorácico foi encontrado derrame pericárdio leve, sem sinais de restrição diastólica, com fração de ejeção de 65%. As dosagens do TSH e de T4 livre foram repetidas e seus valores confirmados. Assinale a melhor conduta neste caso.

- a) Deve-se, neste caso, suspeitar e investigar causas secundárias, pois o quadro acima pode ser reflexo da síndrome do eutireoideo doente, simulando uma doença primária tireoidiana.
- b) Sugere-se que a administração de iodeto de potássio (Lugol), 2 gotas de 6/6h por 10 dias, preceda o início do metimazol, principalmente em indivíduos fumantes ou portadores de oftalmopatia.
- c) Visto tratar-se de paciente com alto risco cardiovascular a primeira atitude sugerida é instituir terapia hipolipemiante e, muito provavelmente, doses mais altas de estatina trarão benefício, caso não haja intolerância ao fármaco.
- d) Caso este paciente esteja em ambiente de atendimento emergencial a conduta será a administração de Levotiroxina EV na dose de ataque de 200 a 400 mcg,

suporte de oxigênio nasal e a prescrição de 50 mg de Hidrocortisona EV a cada 6 h.

e) Muito provavelmente este paciente, ao ser submetido ao exame de ressonância magnética da hipófise, será encontrada imagem compatível com tumor produtor de TSH, cuja remoção, em geral, solucionará o quadro acima apresentado.

76) Antônio, 55 anos, bancária aposentada, mãe de 3 filhos, notou ganho de peso progressivo após a menopausa. Ao consultar seu médico procurando emagrecer, foi percebido na palpação de pescoço a presença de um nódulo indolor, elástico e móvel, com aproximadamente 2 cm. A palpação de região cervical pareceu normal, sem linfonodomegalias. O resultado da ecografia mostrou nódulo com características espongiiformes. Ela, naturalmente está muito ansiosa com a possibilidade deste nódulo ser maligno. Das afirmativas abaixo, assinale a que contém a informação correta.

a) Nódulos palpáveis da tireoide são encontrados em cerca de 5% dos adultos e vários estudos revelam a presença de nódulos da tireoide em até 50% das glândulas de indivíduos com > 50 anos de idade, principalmente em mulheres.

b) A maioria dos pacientes com nódulos da tireoide possui provas de função tireoidiana comprometidas com hipotireoidismo, geralmente causada por tireoidite de Hashimoto.

c) Se o TSH estiver suprimido, será indicada uma cintilografia com radionucleotídeos para determinar se o nódulo identificado é quente, já que as lesões com maior captação podem revelar focos de carcinoma anaplásico na punção com agulha fina (PAF) de tireoide.

d) Mesmo se a leitura da lâmina da PAF resulte em Bethesda 2, é adequado programar nova em 3 meses, pois a idade da paciente e o tamanho do nódulo a classifica como alto risco.

e) No caso de ser diagnosticado um carcinoma de tireoide bem diferenciado existe a possibilidade de vigilância ativa (seguir com ecografias), somente lobectomia ou tireoidectomia total e ainda o uso do teprotumumabe (inibidor do receptor de IgF-1) visto ser um quadro indolente.

77) Cátia, 62 anos, viúva, sem filhos, frequenta salão de beleza semanalmente. Em conversas frequentes, entre amigas, surgiu a notícia que muitas estão com pre-diabetes. A notícia a tem amedrontado e tirado seu sono. Nos últimos exames os valores estavam diferentes da referência e houve a confirmação do médico de que deveriam ser monitorados. Muito ansiosa, quer uma segunda opinião e afirma: "Não sou mulher de ficar esperando o pior acontecer", embora confesse que a única pessoa com diabetes na família foi sua avó, diagnosticada aos 88 anos quando estava em tra-

tamento para linfoma. Tem feito Yoga 3 x na semana e musculação aos sábados. Gosta muito de fazer lanches com amigas, 2 a 3 x na semana e eventualmente toma 1 a 2 taças de vinho. Neste atendimento está assintomática, IMC é de 32 kg/m², pressão arterial 120x 82 mmHg, cintura abdominal de 88 cm. Traz glicemia de jejum = 101 mg/dl, curva glicêmica com o maior valor aos 60 minutos (167 mg/dL) e HA1C 5,9. Colesterol de 217 mg/dL, colesterol HDL de 65 mg/dL e triglicerídeos de 48 mg/dL. Você pondera sobre sua conduta e baseado nas recomendações do FDA/ADA decide manter a atividade física, encaminhar para a nutricionista, programar acompanhamento e

a) prescrever inibidor do SGLT-2.

b) recomendar Orlistate antes das refeições.

c) iniciar tratamento com o receptor análogo do GLP-1.

d) indicar a colocação de free style libre ou monitorar com glicemias capilares.

e) não prescrever medicamentos para tentar retardar o aparecimento do diabetes, visto que a eficácia e segurança ainda são controversas.

78) Um paciente de 68 anos, hipertenso e com histórico de insuficiência cardíaca controlada, chega à emergência com palpitações, falta de ar e sensação de cansaço. Ao exame, apresenta frequência cardíaca de 130 bpm, irregular, e pressão arterial de 140/90 mmHg. O eletrocardiograma (ECG) mostra ausência de ondas P e presença de ritmo irregular, compatível com fibrilação atrial (FA). O ecocardiograma revela fração de ejeção preservada (60%).

Considerando o diagnóstico de fibrilação atrial, qual a conduta inicial mais apropriada para este paciente?

a) Realizar cardioversão elétrica de emergência, independentemente da duração da fibrilação atrial.

b) Administrar um beta-bloqueador para controle da frequência cardíaca, considerando a função ventricular preservada.

c) Iniciar imediatamente anticoagulação oral, sem necessidade de avaliar o risco tromboembólico.

d) Realizar controle do ritmo com antiarrítmicos orais, como amiodarona, visando reverter a fibrilação atrial.

e) Prescrever digitalis para controle da frequência, uma vez que o paciente apresenta insuficiência cardíaca.

79) Uma mulher de 60 anos, com histórico de hipertensão e infarto agudo do miocárdio há 3 anos, é admitida na emergência com dispnéia progressiva nos últimos dias, ortopneia e edema de membros inferiores. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 100/70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, estertores pulmonares bilaterais e turgência

jugular. O ecocardiograma revela fração de ejeção de 30%. A gasometria arterial mostra uma hipoxemia leve. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) é confirmado.

Qual a conduta inicial mais apropriada para este caso?

- a) Iniciar dobutamina intravenosa imediatamente para melhorar a contratilidade cardíaca.
- b) Iniciar furosemida intravenosa e ajustar os diuréticos de acordo com a resposta clínica.
- c) Iniciar inibidor do receptor da Angiotensina-Nepriilsina em dose alta imediatamente para melhorar a função cardíaca e reduzir o volume.
- d) Administrar beta-bloqueador intravenoso de alta dose para controlar a frequência cardíaca.
- e) Realizar cardioversão elétrica imediata devido à presença de disfunção ventricular grave.

80) Um paciente de 50 anos apresenta episódios recorrentes de dor torácica, principalmente em repouso e durante a noite. O eletrocardiograma (ECG) realizado durante a dor mostra elevação transitória do segmento ST. Após administração de nitrato sublingual, os sintomas cessam rapidamente. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável?

- a) Angina Estável.
- b) Angina Instável.
- c) Pericardite Aguda.
- d) Angina de Prinzmetal.
- e) Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST (IAMCSST).

81) Para avaliar o grau de Doença Venosa Crônica, é usada a classificação CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia). Sobre essa classificação, marque a alternativa correta.

- a) CEAP 5 – Lipodermatoesclerose e atrofia branca.
- b) CEAP 2 – Varizes e edema de membros inferiores.
- c) CEAP 5 – Úlcera venosa ativa e edema de pernas.
- d) CEAP 4 – Eczema venoso, lipodermatoesclerose e pigmentação.
- e) CEAP 3 – Edema, varizes e lipodermatoesclerose.

82) Com relação ao tratamento da Trombose Venosa Profunda, assinale a afirmativa verdadeira.

- a) Em pacientes portadores de trombofilias (estado de hipercoagulabilidade) que desenvolvem uma TVP, é necessária anticoagulação por toda a vida, na ausência de contraindicações.
- b) Em pacientes tratados com varfarina (Antagonistas da Vit. K), a Relação Normalizada Internacional (RNI) deve ficar entre 3,0 e 4,0.
- c) Gestantes com qualquer trombose devem receber

tratamento com anticoagulação oral até 30 dias após o parto.

d) Apenas casos de trombozes de vasos abdominais, ilíacos e femorais devem ser tratados com anticoagulação plena.

e) O uso de trombolíticos é contra indicado em casos de Phlegmasia alba ou cerúlea dolens.

83) No pronto socorro, o manejo da hemorragia potencialmente fatal no quadro do trauma facial contuso é extremamente importante no atendimento do trauma maxilofacial. Assinale a alternativa correta.

- a) O tamponamento nasal anteroposterior é a primeira e principal medida.
- b) A proteção das vias aéreas respiratórias com o controle da coluna cervical pode ser realizados após o diagnóstico da fratura.
- c) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia for da base do crânio, procede-se a redução e fixação formal da fratura.
- d) Se após o atendimento inicial o paciente estiver estável hemodinamicamente, procede-se às pesquisas de trauma completo e a embolização angiográfica.
- e) Se após o atendimento inicial o paciente estiver instável hemodinamicamente, e a hemorragia tiver origem na face média, realiza-se a redução e/ou fixação urgente da fratura na mesa de angiografia.

84) Mulher de 43 anos, afro-americana, é atendida no ambulatório de cirurgia. Foi submetida há um ano a colecistectomia laparotomia com incisão subcostal direita (incisão de Kocher). O exame da cicatriz revela: um crescimento tecidual além das bordas da ferida original, sem ter havido regressão no período pós-operatório, com pigmentação escura.

O desenvolvimento exuberante da cicatriz poderia ter sido reduzido se fosse empregada qual estratégia pós-operatória?

- a) Uso de curativo glicerinado por 30 dias.
- b) A sutura da pele ter sido realizada com fio absorvível.
- c) Ter sido utilizada uma incisão mediana supraumbilical.
- d) O uso de bandagem pós-cirúrgica na ferida por três meses.
- e) Ter-se solicitado que a paciente utilizasse roupas frouxas e sem pressão.

85) A sua paciente, mulher de 52 anos, a ser submetida a esplenectomia laparotômica com anestesia geral, pergunta-lhe sobre a recomendação pré-operatória.

Qual deve ser a orientação correta?

- a) Pode-se ingerir alimentos sólidos até seis horas antes da cirurgia.
- b) Deve-se fazer jejum por 12 horas antes da hora de início da cirurgia.
- c) A administração de estimulantes gastrointestinais é usada como rotina pré-operatória nesta cirurgia.
- d) Líquidos claros, com ou sem suplementação de carboidratos são permitidos até duas horas antes da cirurgia.
- e) Não há necessidade de jejum pré-operatório pois na cirurgia laparotômica não utiliza-se pneumoperitônio rotineiro.

86) Homem de 25 anos é atendido no pronto socorro com dor abdominal de intensidade 8/10, com início há 24 horas e localização em quadrante inferior direito. Tem PA 120x80 mmHg, temperatura de 37,2°C. e pulso de 87bpm. O hemograma é normal e o ultrassom de abdome total não revela alterações detectáveis pelo método rotineiro. Qual deve ser a conduta a ser instituída?

- a) Solicitar um Rx de abdome em pé para avaliar pneumoperitônio.
- b) Iniciar esquema de antibióticoprofilaxia com ceftriaxona 2g/EV.
- c) Repetir o ultrassom abdominal em 12h ambulatorialmente.
- d) Iniciar dieta líquida e hidratação oral com líquidos claros.
- e) Solicitar tomografia computadorizada abdominal.

87) Homem de 63 anos está em atendimento no pronto socorro há duas horas. Apresenta-se com sinais francos de irritação peritoneal, distensão abdominal moderada, PA de 110x75mmHg, pulso de 99bpm e temperatura de 37,4°C. Foram solicitados exames sanguíneos que estarão prontos em 60 minutos. A TC abdominal poderá ser realizada em duas horas.

Neste preparo para a cirurgia de emergência deve-se

- a) administrar antibioticoterapia.
- b) manter a hidratação atual para não sobrecarregar o volume intravascular.
- c) a punção venosa central é mandatória no acesso intravascular e o seu uso.
- d) o uso rotineiro de sonda nasogástrica diminui a incidência de aspiração e controle hidroeletrólito.
- e) a sondagem vesical é contraindicada no paciente homem, idoso, pois a hiperplasia prostática é comum.

88) Mulher de 52 anos dá entrada no pronto socorro com queixa de dor abdominal, de intensidade 6-7/10, mal localizada, em queimação, de início há sete horas. Tem náuseas, vomitou duas vezes e não tem diarreia. Apresenta temperatura de 37°C., PA de 120x80 mmHg, pulso de 81bpm e oximetria

de 95. A ausculta cardiopulmonar é normal. O exame do abdome apresenta ruídos intestinais um pouco exacerbados sem contratura da parede abdominal.

Podemos deduzir que o quadro clínico álgico é decorrente

- a) de uma gastrite aguda.
- b) de dor somatoparietal por processo inflamatório.
- c) de abdome agudo com perfuração de víscera oca.
- d) de dor visceral transmitida por aferentes sensitivos simpáticos.
- e) deve-se solicitar um ultrassonografia de abdome total para conclusão diagnóstica final.

89) Paciente masculino, 30 anos, é vítima de queimadura durante acendimento de churrasqueira. Dá entrada no pronto socorro em ventilação ambiente, com queimaduras de espessura parcial superficial e profunda em face, mãos e antebraços bilateral e tórax anterior. Ao exame: encontra-se lúcido, orientado, rouco e com fácies de dor. Dados vitais com FC: 110 bpm, PA: 130x80 mmHg, Sat. O2: 97%, FR: 20 mpm. Tórax com MV+ bilateral, com sibilos finos em ambos os lados. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.

I) A saturação adequada associada a ausculta pulmonar com poucas alterações significativas descartam a necessidade do estabelecimento de uma via aérea definitiva.

II) Em função do aumento da permeabilidade vascular e extravasamento para terceiro espaço, a hidratação inicial deve ser constante, porém parcimoniosa, pois quanto maior o tempo até o início da reanimação de pacientes queimados, melhores serão os resultados.

III) Deve-se avaliar atentamente os membros superiores deste paciente, pois quando queimaduras de espessura parcial profunda ou de espessura total abrangem a circunferência de uma extremidade, a circulação periférica do membro pode ficar comprometida.

IV) A analgesia deve ser realizada com agentes narcóticos intramusculares ou subcutâneos até a resposta clínica do paciente.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a III.
- b) apenas a I e II.
- c) apenas as III e IV.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

90) Durante o manejo nutricional no período perioperatório, a escolha entre nutrição enteral e parenteral é crucial para a recuperação e a minimização de complicações dos pacientes cirúrgicos. Em relação a este tema, analise as assertivas abaixo.

I) A nutrição enteral deve ser iniciada precocemente, idealmente nas primeiras 24-48 horas após a cirurgia, em pacientes que não apresentem contraindicações, como íleo paralítico ou obstrução intestinal significativa, pois promove a manutenção da integridade da mucosa intestinal e reduz a translocação bacteriana.

II) A nutrição parenteral é indicada principalmente em pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal por um período prolongado, como aqueles com fistulas de alto débito, pancreatite necrotizante ou síndromes de intestino curto, e deve ser monitorada rigorosamente devido ao risco elevado de complicações metabólicas e infecciosas.

III) As vias de administração da nutrição enteral incluem sonda nasogástrica, nasoenteral, gastrostomia e jejunostomia, sendo a escolha da via baseada na duração prevista da terapia e na condição clínica do paciente. A nutrição por gastrostomia ou jejunostomia é recomendada para terapias nutricionais de longo prazo.

IV) Entre as complicações da nutrição enteral estão a aspiração, diarreia e distensão abdominal, enquanto a nutrição parenteral está associada a complicações como infecção do cateter, hiperglicemia, disfunção hepática e desequilíbrios eletrolíticos.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e III.
- c) apenas as I e IV.
- d) apenas as II, III e IV.
- e) todas estão corretas.

91) A vulnerabilidade da doença e da lesão, o impacto potencial das intervenções e a inerente disparidade de poder da relação médico-paciente impõem a atenção plena aos princípios morais de alguém na prática da medicina. Em relação a este tema, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I) O modelo de relação médico-paciente denominado "paternalista" é o modelo atualmente mais adequado e utilizado nas situações clínicas e terapêuticas quando o consentimento do doente é necessário.

PORTANTO

II) a explicação das opções de tratamento, seus potenciais benefícios e a exploração dos valores, preferências e objetivos do paciente devem ser levados em consideração pelo médico em conjunto com o doente.

Assinale a alternativa correta.

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras,

mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.

- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

92) Paciente masculino, 27 anos, encontra-se no 8º dia de pós-operatório de apendicectomia convencional por apendicite aguda com abscesso localizado. Retorna no pronto socorro com queixa de dor no local da incisão. Ao exame físico o paciente encontra-se hidratado, eupneico e com o abdome plano, flácido e doloroso a palpação na fossa ilíaca direita, ao redor da incisão. Sem sinais de peritonismo. A ferida operatória mostra-se com edema localizado, sem hiperemia e com saída de secreção purulenta a expressão. FC: 88 bpm. PA: 110 x 80 mmHg. FR: 14 mpm. T: 36,3°C. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) A ferida operatória deve ser aberta, drenada, desbridada e realizada nova sutura com fio absorvível com pontos separados.
- b) Os patógenos mais comumente associados a esta complicação são os Bacilos-gram-positivos e a cobertura antimicrobiana deve ser voltada a esta flora.
- c) Nesta complicação está indicado uso de antibióticos quando há sinais de infecção sistêmica, como febre, taquicardia e leucocitose ou quando a celulite está presente.
- d) Este paciente deve ser tratado com antibioticoterapia via oral por sete a dez dias e, na ausência de resposta clínica, deve ser realizada a abertura e drenagem da ferida operatória.
- e) O tratamento deve ser realizado com anti-inflamatórios via oral e com antibioticoterapia endovenosa com cobertura para bacilos gram-negativos e anaeróbios.

93) Paciente masculino, 52 anos, vem a consulta eletiva com queixa de dor e aumento de volume na região inguinal a direita, com cerca de 2 anos de evolução e piora progressiva do quadro, relacionada aos esforços físicos. Nega comorbidades ou uso de medicações de uso contínuo. Tabagista e etilista. Trabalha na construção civil. Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo.

I) No exame físico a ponta de um dedo deve ser colocada no anel inguinal externo mediante invaginação do saco escrotal e, ao se notar protuberância, tem-se o diagnóstico.

II) Uma protuberância que se move de lateral para medial no canal inguinal sugere uma hérnia inguinal indireta.

III) A distinção entre hérnia inguinal direta e indireta é importante para indicação cirúrgica e para o planejamento técnico do procedimento.

IV) O tratamento cirúrgico está indicado para este paciente, podendo ser realizado de maneira con-

**vencional ou laparoscópica.
Estão corretas as assertivas**

- a) apenas a I.
- b) apenas a II e IV.
- c) apenas as I e III.
- d) apenas as I, II e IV.
- e) todas estão corretas.

94) O câncer gástrico ocupa o décimo quarto lugar em incidência de câncer e é a décima terceira maior causa de morte por neoplasia nos EUA. Em relação aos fatores de risco desta doença, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I) Ingesta frequente de alimentos ricos em sal e nitrato, infecção por *H. pylori* e pólipos gástricos de glândulas fundicas são os principais fatores de risco para esta doença,

PORTANTO

II) para prevenir sua ocorrência deve-se manter hábitos alimentares adequados, erradicar o *H. pylori* em todos os paciente diagnosticados e realizar a ressecção de pólipos gástricos em todas endoscopias digestivas altas.

Assinale a alternativa correta.

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

95) Mulher, 48 anos, sem comorbidades, vem a consulta ambulatorial com queixa de dor em abdome superior, mais em epigástrico e hipocôndrio direito, com cerca de 3 meses de evolução. Relaciona o sintoma com ingestão de alimentos gordurosos. Realizou ultrassonografia de abdome que demonstrou esteatose hepática moderada, colelitíase e colesterolose. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) Aumentos dos níveis séricos de fosfatase alcalina, bilirrubina e transaminase só ocorrem quando há obstrução da árvore biliar.
- b) Esta paciente pode ser tratada através da realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- c) A tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso é o exame de eleição para o diagnóstico das principais complicações desta doença.
- d) A cessação voluntária da respiração durante a ins-

piração, quando o examinador exerce constante pressão sob a margem costal direita, conhecida como sinal de Murphy, sugere colecistite aguda.

e) Esta paciente pode ser tratada de maneira expectante com medidas de modificação de hábito de vida, com restrição de alimentos hiperlipídicos, atividade física e terapia oral com sal biliar.

96) Homem, 25 anos, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax direito, subescapular, na altura do 6º espaço intercostal posterior, dá entrada no pronto socorro trazido pelo time de atendimento pré-hospitalar. Encontra-se lúcido, respondendo a comandos, com queixa de dor no local do ferimento. Ao exame apresenta os seguintes dados vitais: P: 118 bpm, PA: 100x80 mmHg, T: 35,2°C, FR: 22 mpn, Saturação de O₂: 94%. A inspeção observa-se ferimento com cerca de 5 cm de comprimento, com extravasamento de ar em pequena quantidade a inspiração. Ausculta torácica com MV+, diminuído à direita, com palpação de enfise-ma subcutâneo ao redor da ferida. Em relação a este caso clínico, assinale a assertiva correta.

- a) A hipotermia deve ser tratada com aquecimento passivo através do uso de cobertores e uso de soluções intravenosas aquecidas.
- b) O manejo inicial deste paciente envolve a realização de um curativo de três pontas e reposição com solução cristalóide 30 ml/kg.
- c) Gasometria arterial, TAP, tipagem e dosagem de plaquetas são exames laboratoriais a serem solicitados inicialmente para este paciente.
- d) A conduta inicial é a realização de um raio x de tórax na sala de trauma, exame com sensibilidade superior a tomografia computadorizada.
- e) A resposta hemodinâmica positiva inicial após infusão de soluções cristalóides, verificada através da melhora dos dados vitais, descarta a necessidade de drenagem do tórax.

97) Paciente masculino, 20 anos, vítima de atropelamento por automóvel, é trazido pelo serviço de atendimento pré-hospitalar. Dá entrada em intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência no local. Apresenta ferimento corto contuso extenso em couro cabeludo, cerca de 10 cm de comprimento, escoriações difusas em tórax e abdome, pelve estável e fratura exposta em perna direita, com ferimento com 3 cm de comprimento. Dados vitais: FC 128 bpm, PA: 90 x 70 mmHg, Saturação O₂ 94%, Temperatura 35,3°C. Em relação a este caso clínico, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I) O ferimento extenso craniano e o rebaixamento do nível de consciência, com necessidade de IOT na cena, indica para sangramento intracraniano com aumento de pressão,
PORTANTO

II) este paciente deve receber 2000 ml de solução cristaloide, com preferência pelo Ringer Lactato, pois o uso desta solução diminui a incidência de edema cerebral e aumento da pressão de perfusão cerebral.

Assinale a alternativa correta.

- a) As duas assertivas são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- b) As duas assertivas são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- c) A primeira assertiva é uma proposição verdadeira, e a segunda é falsa.
- d) A primeira assertiva é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.
- e) As duas assertivas são proposições falsas.

98) O câncer de próstata é o câncer mais comum diagnosticado em homens e o terceiro câncer mais comum diagnosticado nos EUA. É um adenocarcinoma e surge das estruturas glandulares dentro do parênquima prostático. Em relação a este tema, analise as assertivas abaixo.

I) A triagem de rotina não é recomendada rotineiramente em homens com idade entre 40 e 54 anos e em homens com mais de 70 anos ou menos de 40 anos.

II) O câncer de próstata é diagnosticado histologicamente pelo sistema de classificação de Gleason, que avalia o nível de anormalidade nos padrões da arquitetura glandular da próstata em comparação ao normal.

III) O exame digital da próstata é opcional na primeira consulta de rastreamento, pois a ecografia de próstata via abdominal pode identificar nódulos suspeitos.

IV) Pacientes que têm um nível de PSA total elevado ou achados anormais no exame de toque retal ou ambos devem ser submetidos à biópsia guiada por ultrassonografia transretal da próstata.

V) A tomografia computadorizada da pelve com contraste endovenoso visa avaliar a próstata em casos duvidosos de PSA aumentado.

Estão corretas as assertivas

- a) apenas a I, II e IV.
- b) apenas a I, IV e V.
- c) apenas as II, III e IV.
- d) apenas as III, IV e V.
- e) todas estão corretas.

99) Paciente de 74 anos, sexo feminino, admitida no pronto socorro com história de vômitos com sangue e fezes enegrecidas há 2 dias. Apresenta como comorbidades hipotireoidismo, diabetes insulino dependente, hipertensão arterial e dislipidemia. Familiares referem história de gordura no fígado há vários anos, com diagnóstico recente de cirrose hepática. À admissão, paciente encontra-

-se sonolenta, confusa, pouco colaborativa, com presença de sangue em grande quantidade em orofaringe, abertura ocular ao estímulo doloroso e localizando a dor. Abdome globoso, indolor à palpação, com exame físico prejudicado em virtude de obesidade abdominal severa. Dados vitais: FC 98 bpm, PA 88x53 mmHg, Saturando 97% em ar ambiente. Exames laboratoriais da admissão: Hemoglobina 8,8 g/dl, Hematócrito 24%, 48.000 plaquetas, RNI de 2,38, BT de 2,7mg/dL (BD 2,2 mg/dL), TGO 33, TGP 47, Albumina sérica de 2,2 g/dL (VR 3,5 - 4,5). Em relação a este caso clínico, analise as assertivas abaixo classificando-as em verdadeiro (V) ou falso (F) e assinale a sequência correta.

() A paciente deve ter uma via aérea definitiva assegurada de forma precoce.

() A endoscopia digestiva alta deve ser realizada na primeira hora da admissão, em caráter de urgência, como tratamento inicial.

() O TIPS (transjugular intrahepatic portosystemic shunt) é de grande valia no manejo do sangramento digestivo, tendo limitação em casos de trombose da veia porta.

() Na forte suspeita de hemorragia digestiva varicosa, os vasoconstrictores esplâncnicos devem ser instituídos precocemente, antes mesmo do tratamento endoscópico.

() Os distúrbios de coagulação devem ser prontamente corrigidos, com a reposição de plasma fresco congelado na dose de 10 ml/kg e reposição de plaquetas visando manutenção acima de 100.000.

- a) F - F - V - V - F.
- b) F - V - F - V - V.
- c) V - F - V - V - F.
- d) V - V - V - F - V.
- e) F - V - F - F - F.

100) Paciente masculino, 28 anos, é admitido no pronto socorro trazido pelo SIATE vítima de queda de telhado, mais ou menos 3 metros, enquanto trabalhava, com trauma craniano direto. Ao exame inicial não apresentava sangramento externo significativo e foi evidenciada uma resposta neurológica com abertura ocular a dor, resposta verbal com palavras incompreensíveis e postura de flexão anormal, além de anisocoria à direita. Encontrava-se com os seguintes dados vitais: FC 108 bpm, PA: 115x80 mmHg, Sat. O2: 93% em ar ambiente, FR: 20 mpm. Tendo em vista este exame físico, assinale a assertiva que contenha a conduta inicial mais apropriada.

- a) Instalação de oxigenioterapia em máscara e realização imediata de tomografia computadorizada de crânio.
- b) Estabelecimento de uma via aérea definitiva através da realização de intubação orotraqueal assistida

por drogas.

c) Infusão endovenosa de dexametasona 10 ml, avaliação neurocirúrgica e realização de tomografia computadorizada de crânio.

d) Colocação de máscara laríngea para otimizar ventilação e oxigenação e posterior realização de tomografia computadorizada de crânio.

e) Início de protocolo de hemotransfusão maciça e realização de tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste endovenoso.