



OsceLabs

AMP — ingresso 2026

Prova comentada | Acesso direto

100 questões • comentários autorais • respostas da banca

Gabarito oficial retificado nº 02, de 07/11/2025. Questões 13, 14, 57 e 88 anuladas. A edição refere-se ao ingresso em 2026, com aplicação em novembro de 2025.

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: 02/11/2025 • Ano de ingresso: 2026

Questão 01 · Conjuntivite unilateral e linfonodo pré-auricular

Gabarito oficial: E

1) Menina de 4 anos apresenta há três dias conjuntivite unilateral à esquerda, com edema e hiperemia, mas indolor e sem secreção. Também apresenta linfadenopatia pré-auricular ipsilateral. Nega febre ou sintomas respiratórios. Não fez viagem recente, tem gato e cachorro em casa; nega casos semelhantes na família.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Glaucoma.
- B) Conjuntivite por adenovírus.
- C) Conjuntivite por Epstein-Barr.
- D) Ceratoconjuntivite por esporotricose.
- E) Síndrome oculoglandular de Parinaud.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial. A associação de inflamação conjuntival unilateral com adenopatia regional ipsilateral caracteriza a síndrome oculoglandular de Parinaud. O contato com gatos torna *Bartonella henselae* uma hipótese etiológica importante, mas não confirma o agente. A síndrome é uma apresentação clínica e pode ter outras causas, inclusive esporotricose: por isso, D não é impossível biologicamente, porém atribui uma etiologia específica sem confirmação no caso. Glaucoma (A) não explica a adenopatia; adenovírus (B) costuma produzir conjuntivite contagiosa, frequentemente com evolução bilateral e sintomas associados; Epstein-Barr (C) seria mais sugestivo diante de síndrome mononucleósica. A avaliação deve incluir acuidade visual, exame ocular e investigação dirigida à exposição. Dor, fotofobia ou redução visual exigem avaliação oftalmológica urgente. Não se deve transformar o contato com gato, isoladamente, em indicação automática de antibiótico ou em diagnóstico definitivo de bartonelose.

Referência: CDC. About Cat Scratch Disease. Atualização 23/03/2026.

Referência: Nagy KI, Pribelszki E, Sira Á, Fullajtár B, Rácz T, Major T.. *Francisella tularensis* Infection Causing Parinaud Oculoglandular Syndrome. 2024.

Questão 02 · Hérnia diafragmática: o pulmão determina o risco

Gabarito oficial: D

2) A hérnia diafragmática congênita é a protrusão do conteúdo abdominal para dentro do tórax através de anomalia do diafragma. Sobre isso analise as afirmativas abaixo.

I – Em 90% dos casos ocorre na porção posterolateral do diafragma, chamada de hérnia de Bochdalek, sendo a maioria do lado esquerdo.

II – As hérnias anteriores são chamadas de H. de Morgagni e são bem menos comuns.

III – A principal causa de morbimortalidade é a hipoplasia pulmonar.

Assinale a alternativa correta.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.

B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Comentário OsceLabs

D reúne as três afirmações consideradas corretas. O defeito posterolateral de Bochdalek é a apresentação predominante, geralmente à esquerda; o defeito anterior de Morgagni é menos frequente. A hipoplasia pulmonar, associada à hipertensão pulmonar e à disfunção cardíaca, explica grande parte da morbimortalidade. A porcentagem aproximada da afirmativa I varia entre séries, mas sua descrição anatômica é adequada. A, B e C rejeitam uma afirmação verdadeira, enquanto E rejeita todas. O problema neonatal não se resolve simplesmente reposicionando as vísceras: o manejo inicial procura estabilizar oxigenação, ventilação e circulação, com proteção pulmonar. Em recém-nascido sintomático, evita-se ventilação com bolsa e máscara, que pode distender o tubo digestivo intratorácico; a equipe procede à intubação e à descompressão gástrica. A correção cirúrgica costuma ocorrer após estabilização fisiológica, e não como resposta imediata e isolada à insuficiência respiratória.

Referência: Canadian CDH Collaborative. Diagnosis and management of congenital diaphragmatic hernia: a 2023 update. 2024.

Referência: Children's Hospital of Philadelphia. Mild congenital diaphragmatic hernia can hide until after birth. 2024.

Questão 03 · Albumina no edema nefrótico exige avaliação da volemia

Gabarito oficial: A

3) A indicação de albumina humana no edema nefrótico grave deve ser individualizada, não sendo possível recomendar o seu uso sistemático.

I – A infusão de albumina em pacientes hipervolêmicos deve ser feita com cautela.

PORQUE

II – Pode exacerbar a volemia, causando insuficiência cardíaca, edema pulmonar e piora da hipertensão arterial, sobretudo quando em infusão rápida.

A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.

B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.

C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.

D) A afirmativa I está incorreta e a II correta.

E) Ambas estão incorretas.

Comentário OsceLabs

A está correta: a segunda afirmação explica a primeira. A albumina expande o compartimento intravascular; em criança já hipervolêmica, especialmente se infundida rapidamente, pode precipitar hipertensão, congestão e edema pulmonar. O edema periférico não demonstra, por si só, que o paciente esteja intravascularmente depletado. A indicação precisa considerar perfusão, pressão arterial, diurese, função renal e sinais respiratórios. Em situações selecionadas de edema grave e refratário ou hipovolemia, albumina e diurético podem integrar um plano monitorado, sem uso sistemático para corrigir apenas o número da albuminemia. B nega uma relação causal existente; C e D tornam falsa uma das afirmações verdadeiras; E nega ambas. A medida de segurança central é reconhecer o estado circulatório antes de tratar o edema e reavaliá-lo durante a infusão.

Referência: IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-sensitive nephrotic syndrome.

Questão 04 · Invaginação intestinal: ultrassom e redução precoce

Gabarito oficial: D

4) Sobre a intussuscepção intestinal na infância, analise as afirmativas abaixo

I – A forma mais comum é a íleo-cólica.

II – O ultrassom é o padrão ouro para diagnóstico.

III – O ápice da intussuscepção pode se exteriorizar pelo ânus, em casos negligenciados.

Assinale a alternativa correta.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.

B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Comentário OsceLabs

D corresponde à sequência de afirmações verdadeiras. A invaginação ileocólica é a forma mais comum e o ultrassom é o exame inicial preferido, com elevada acurácia quando realizado por profissional experiente. O segmento invaginado pode, raramente, alcançar o reto e exteriorizar-se em quadros avançados. A, B e C excluem indevidamente uma dessas possibilidades; E nega todas. A apresentação clássica de dor em cólica, massa abdominal e fezes em geleia de groselha nem sempre está completa: letargia, palidez e crises de choro também são sinais relevantes. Antes da redução, corrigem-se repercussões circulatórias e se avaliam perfuração e peritonite. Em paciente estável e sem contraindicações, redução por enema pneumático ou hidrostático pode evitar cirurgia; instabilidade, perfuração ou falha da redução exigem abordagem cirúrgica. Exteriorização anal representa doença avançada e não deve ser tratada como simples prolapso retal.

Referência: Royal Children's Hospital. Intussusception. Clinical Practice Guideline.

Questão 05 · Cetoacidose pediátrica: potássio antes da insulina

Gabarito oficial: B

5) A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no diabetes tipo 1. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- A) O bicarbonato de sódio pode ser utilizado nas CAD graves com $\text{pH} < 7,0$.
- B) A avaliação dos níveis de potássio sempre deve ser feita antes da insulinização.
- C) A administração da insulina EV pode ser suspensa imediatamente ao se aplicar a primeira dose SC.
- D) A gravidade da CAD pode ser classificada em leve, moderada ou grave, sendo baseada na glicemia.
- E) O edema cerebral, complicação mais temida da CAD, deve ser tratado com furosemida e dexametasona.

Comentário OsceLabs

B é a alternativa correta. A insulina desloca potássio para dentro das células e pode agravar uma deficiência corporal importante, mesmo quando o valor inicial parece normal. É necessário medir e acompanhar o potássio, repondo-o antes da insulina se houver hipocalcemia significativa, conforme protocolo pediátrico e diurese. A usa um limiar isolado de pH para bicarbonato: em crianças, ele não é tratamento rotineiro da acidose e fica reservado a circunstâncias excepcionais, como hipercalemia ameaçadora ou comprometimento circulatório grave sob avaliação intensiva. C ignora a sobreposição necessária entre insulina intravenosa e subcutânea. D está errada porque a gravidade depende principalmente da acidose e do estado clínico, não apenas da glicemia. E propõe tratamento inadequado para lesão cerebral: diante de suspeita, trata-se imediatamente com solução salina hipertônica ou manitol e suporte especializado, sem esperar a tomografia; furosemida e dexametasona não são o esquema recomendado.

Referência: Royal Children's Hospital. Diabetic ketoacidosis. Atualização julho de 2025.

Questão 06 · Baixa estatura: dosagem isolada de GH não rastreia a causa

Gabarito oficial: E

6) Na avaliação de uma criança com baixa estatura o principal indicador de uma baixa estatura patológica é a velocidade de crescimento baixa.

I – Em caso de baixa estatura com baixa velocidade de crescimento o principal exame a colher é a dosagem de GH.

PORQUE

II – A principal causa endocrinológica de baixa estatura é a deficiência de GH.

A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.

B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.

C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.

D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.

E) Ambas estão incorretas.

Comentário OsceLabs

E é o gabarito oficial. A secreção de GH é pulsátil; uma dosagem aleatória pode ser baixa em uma criança saudável e não confirma deficiência. A investigação começa pela curva de crescimento, velocidade, estatura-alvo familiar, estágio puberal, história nutricional e sinais de doença sistêmica. Idade óssea, função tireoidiana, rastreio de doença celíaca e outros exames são selecionados pelo contexto; IGF-1 e testes de estímulo pertencem a uma avaliação endócrina dirigida. Também não é adequado assumir que deficiência de GH explique a maioria dos casos ou dispensar a pesquisa de hipotireoidismo e outras causas. A e B aceitam as duas afirmações; C e D, que têm redação praticamente equivalente no original, aceitam a primeira, cujo erro é inequívoco. A queda da velocidade de crescimento merece investigação mesmo antes de a altura ficar abaixo do limite estatístico de baixa estatura.

Referência: [Pediatric Endocrine Society. Short stature.](#)

Questão 07 · Rbdomioma, máculas em folha e crises epilépticas

Gabarito oficial: C

7) Paciente de dois anos vem a consulta por estar apresentando espasmos de membros, com piora recente. Tem antecedentes de rbdomioma cardíaco ao nascimento e recentemente perda de algumas habilidades. Ao exame lesões cutâneas hipocrômicas em formato de folha. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Neurofibromatose.
- B) Nevo hipocrômico.
- C) Esclerose tuberosa.
- D) Hanseníase sistêmica.
- E) Síndrome de Lennox-Gastaut.

Comentário OsceLabs

C é a melhor resposta. Rbdomioma cardíaco, máculas hipomelanóticas em folha e epilepsia com perda de habilidades formam uma combinação muito sugestiva do complexo da esclerose tuberosa. Trata-se de doença com hamartomas em diferentes órgãos, que requer avaliação neurológica, renal, cardíaca, oftalmológica e do desenvolvimento. A não explica esse conjunto: neurofibromatose apresenta outro padrão de manifestações cutâneas e tumores. B descreve uma lesão pigmentária isolada, sem explicar o quadro multissistêmico. Hanseníase (D) não se ajusta aos achados congênitos. Lennox-Gastaut (E) é uma síndrome epiléptica, não a explicação unificadora do rbdomioma e das máculas. Os espasmos e a regressão demandam avaliação rápida com EEG e neurologia pediátrica; o reconhecimento do diagnóstico permite tratar as crises e rastrear complicações antes que causem perda funcional adicional.

Referência: TSC Alliance. International Tuberous Sclerosis Complex Consensus: diagnostic criteria.

Questão 08 · Comunicação interatrial e desdobramento fixo de B2

Gabarito oficial: C

8) A comunicação interatrial (CIA) é a cardiopatia congênita mais comum e geralmente os pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos. Na maioria dos pacientes com CIA o achado característico na ausculta é

- A) segunda bulha única e alta.
- B) sopro sistólico de regurgitação.
- C) desdobramento amplo e fixo da segunda bulha.
- D) sopro sistólico de ejeção em borda esternal esquerda.
- E) estalido protossistólico com segunda bulha hipofonética.

Comentário OsceLabs

C é a alternativa clássica: o aumento persistente do fluxo para o ventrículo direito produz desdobramento amplo e pouco variável da segunda bulha com a respiração. Pode coexistir sopro sistólico ejetivo por hiperfluxo pulmonar, como em D, mas ele é menos específico do que o desdobramento fixo. A descreve uma bulha única e hiperfonética, que sugere outra situação hemodinâmica. B atribui sopro regurgitativo ao defeito; o sopro habitual decorre do fluxo pulmonar, não de regurgitação valvar. E também não caracteriza CIA. Há uma imprecisão na introdução: CIA não deve ser chamada genericamente de cardiopatia congênita mais comum sem especificar população e critérios de inclusão. O achado auscultatório orienta a hipótese, e o ecocardiograma define anatomia, repercussão sobre câmaras direitas e eventual indicação de fechamento.

Referência: Stanford Medicine 25. Cardiac Second Heart Sounds.

Questão 09 · Analgesia não deve atrasar na suspeita de apendicite

Gabarito oficial: D

9) Nas crianças a apendicite aguda tem uma apresentação clínica muito variada e menos de 50% dos casos têm uma apresentação clássica. Na avaliação de uma criança com suspeita de apendicite aguda, analise as afirmativas abaixo.

I – A dor abdominal localizada é o achado diagnóstico mais confiável no diagnóstico de apendicite aguda.

II – O uso criterioso da analgesia com morfina para aliviar a dor abdominal não altera a precisão diagnóstica.

III – Nos casos de apêndice localizado inteiramente na pelve a dor pode ser mínima no exame abdominal.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.

B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Comentário OsceLabs

D é o gabarito: localização da dor, uso seguro de analgesia e variação anatômica do apêndice são aspectos relevantes. A dor localizada em fossa ilíaca direita aumenta a suspeita, mas nenhum achado isolado confirma ou exclui apendicite em toda criança; a expressão “mais confiável” deve ser lida dentro desse contexto. Analgesia titulada, inclusive opioide quando necessário, não precisa ser negada para preservar o exame diagnóstico. Um apêndice pélvico pode provocar poucos sinais abdominais e mais sintomas urinários ou retais. A, B e C rejeitam uma afirmação aceita pela banca; E rejeita todas. A avaliação combina evolução clínica, exame seriado, marcadores e imagem apropriada, geralmente ultrassom inicial em pediatria. Crianças pequenas podem se apresentar tardiamente ou sem o padrão clássico, exigindo atenção à piora do estado geral e aos sinais peritoneais.

Referência: [Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis: 2025 Edition of the World Society of Emergency Surgery Jerusalem Guidelines.](#)

Questão 10 · Bronquiolite e o alcance real do benefício do alto fluxo

Gabarito oficial: E

10) A bronquiolite viral aguda é caracterizada por inflamação aguda, edema e necrose de células epiteliais das pequenas vias aéreas, promovendo impactação de muco intraluminal. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- A) A infecção pelo vírus sincicial respiratório confere imunidade duradoura.
- B) A presença de febre elevada é um achado comum na fase pulmonar da doença.
- C) É fundamental a realização de imagem radiográfica e de exames laboratoriais para o correto diagnóstico.
- D) As técnicas de fisioterapia respiratória possuem elevada efetividade no manuseio dos pacientes portadores da doença.
- E) A administração de oxigênio por cânula nasal de

alto fluxo parece estar associada à menor possibilidade de necessitar de suporte ventilatório invasivo.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial, mas merece precisão: estudos de alto fluxo mostram redução da necessidade de escalada de tratamento em alguns cenários; isso não significa demonstração consistente de redução de intubação ou mortalidade para toda criança com bronquiolite. O alto fluxo deve ser utilizado conforme gravidade, resposta ao oxigênio convencional e protocolo, com vigilância para não atrasar suporte superior. A está errada porque reinfecções por VSR são possíveis. Febre alta persistente (B) exige considerar diagnósticos associados ou alternativos. Radiografia e exames laboratoriais (C) não são obrigatórios em apresentação típica. Fisioterapia respiratória de rotina (D) não traz o benefício descrito. O tratamento continua centrado em oxigenação quando indicada, hidratação, manejo cuidadoso de secreções e avaliação do esforço respiratório. A formulação cautelosa da banca não deve ser convertida em promessa de evitar ventilação invasiva.

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

Referência: A Randomized Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Infants with Bronchiolitis.

Questão 11 · Queimadura com estridor: proteger a via aérea cedo

Gabarito oficial: A

11) Paciente do sexo masculino, de 11 anos, chegou à emergência hospitalar levado por familiares com queimadura por explosão de gasolina há 3 horas. O paciente chegou agitado, apresentando dificuldade respiratória e estridor, saturando a 90% em ar ambiente. No primeiro atendimento foram retiradas as roupas do adolescente, puncionado o acesso venoso, analgesia com opioide e estimada a superfície corporal queimada (SCQ), por meio da fórmula de Lund–Browder, em 44% (queimadura em face, tronco e abdome anterior, períneo e coxas). Assinale a alternativa que apresenta as próximas condutas nesse caso.

- A) Proceder à intubação e iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland.
- B) Realizar uma broncoscopia para identificar e diagnosticar a lesão inalatória.
- C) Iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland e passar uma sonda vesical de demora.
- D) Passar uma sonda vesical e mensurar a diurese para decidir qual é a necessidade de ressuscitação.
- E) Ofertar oxigênio por máscara não reinalante, realizar expansão com soro fisiológico 0,9% e iniciar antibioticoterapia.

Comentário OsceLabs

A é a melhor opção. Estridor, dificuldade respiratória, queimadura de face e hipoxemia após explosão indicam risco de obstrução progressiva da via aérea. A intubação por equipe experiente deve ocorrer antes de o edema dificultá-la, com oxigênio em alta concentração e avaliação de intoxicação por fumaça. A grande superfície queimada também requer reposição intravenosa e monitorização da diurese. Parkland é uma estimativa inicial citada pela banca, ajustada à resposta; em pediatria, consideram-se ainda necessidades de manutenção e glicose conforme idade e protocolo. Broncoscopia (B) pode ser útil depois da estabilização, mas não antecede a proteção da via aérea. C e D deixam a ameaça respiratória sem solução. E oferece oxigênio, porém omite a intubação necessária e acrescenta antibiótico profilático sem indicação automática. O tempo da reposição é contado desde a queimadura, não desde a chegada ao hospital.

Referência: American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines

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

Questão 12 · Déficit neurológico focal súbito exige neuroimagem urgente

Gabarito oficial: C

12) Na admissão hospitalar de uma criança com déficit motor súbito, afasia e flutuação do nível de consciência a conduta mais adequada após estabilização clínica seria

- A) realizar uma dose de heparina de baixo peso molecular.
- B) administrar dose de ácido acetilsalicílico de 5mg/kg e encaminhar o paciente para internamento.
- C) realizar tomografia computadorizada de crânio para descartar acidente vascular cerebral hemorrágico.
- D) solicitar internamento imediato, obter dois acessos periféricos calibrosos e manter o paciente em leito de enfermaria com monitoração.
- E) realizar hidratação venosa com soro fisiológico 20mL/kg, encaminhar o paciente para neurocirurgia e implementar medida de pressão intracraniana.

Comentário OsceLabs

C é a melhor alternativa disponível: após estabilização e verificação da glicemia, deve-se obter neuroimagem urgente para diferenciar hemorragia de isquemia e outras causas. A tomografia sem contraste é rápida e identifica hemorragia; uma TC normal, entretanto, não exclui AVC isquêmico precoce. A ressonância com difusão pode ser preferida quando disponível imediatamente e sem atrasar a decisão, particularmente em pediatria. A e B iniciam antitrombóticos antes de esclarecer o mecanismo e excluir sangramento. D reduz uma emergência neurológica a observação em enfermaria. E prescreve expansão e monitorização invasiva sem indicação demonstrada. O atendimento deve acionar equipe com experiência em AVC pediátrico e selecionar investigação vascular e eventual reperfusão conforme idade, imagem, tempo e protocolo especializado. Não se deve extrapolar automaticamente todos os critérios de tratamento dos adultos às crianças.

Referência: Queensland Paediatric Emergency Care. Paediatric stroke: clinical guideline.

Questão 13 · Questão anulada: marcos do desenvolvimento não formam um relógio único

Gabarito oficial: ANULADA

13) Em qual etapa do desenvolvimento um bebê apresenta-se mais sereno, pacífico, sem cólicas, sorrindo com mais frequência, iniciando um interesse maior pelo rosto humano, fixando mais o olhar, postura simétrica, mãos abertas, reflexo plantar já praticamente ausente e o reflexo de Moro começa a desaparecer?

- A) 0 a 2 meses.
- B) 2 a 4 meses.
- C) 4 a 6 meses.
- D) 6 a 9 meses.
- E) 9 a 12 meses.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada no gabarito retificado; nenhuma letra deve ser contabilizada como resposta final. Sorriso social, interesse por rostos, controle postural e integração dos reflexos surgem em intervalos sobrepostos, com variabilidade individual. Além disso, “reflexo plantar” pode designar respostas diferentes: preensão plantar e resposta cutâneo-plantar não têm a mesma evolução. Essa imprecisão dificulta atribuir toda a descrição a uma única faixa A-E. Não foi localizado parecer da banca que permita afirmar o motivo oficial da anulação. Para estudo, o correto é acompanhar marcos por domínio, idade corrigida quando pertinente e trajetória de aquisição, usando a caderneta da criança. A perda de habilidades, assimetrias persistentes ou ausência de marcos esperados merece avaliação, e não deve ser normalizada apenas porque um item isolado cabe em alguma das faixas oferecidas.

Referência: Ministério da Saúde. Caderneta da criança, menino, 7ª edição revisada, 2025

Referência: CDC. Milestones by 2 months — abertura das mãos

Questão 14 · Questão anulada: declaração de óbito por causa externa

Gabarito oficial: **ANULADA**

14) No atendimento de um trauma que levou à morte de uma criança ou adolescente, ou no caso em que a vítima chegou morta ao serviço de saúde

I – é vedado ao médico oferecer Atestado de Óbito em qualquer situação de morte por causa violenta ou suspeita, seja por acidente ou violência

EXCETO

II – se não houver Instituto Médico Legal no município e região do falecimento, sem necessidade de comunicação à autoridade local.

A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.

B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.

C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.

D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.

E) Ambas estão incorretas.

Comentário OsceLabs

O gabarito retificado anula a questão. Não há letra final válida. Morte violenta ou suspeita exige encaminhamento ao fluxo médico-legal e comunicação às autoridades competentes. Onde não há serviço médico-legal disponível, a solução não é o preenchimento informal da declaração pelo médico assistente: devem ser observadas as regras para designação do profissional pela autoridade competente. Assim, a dispensa de comunicação presente na segunda afirmação não é aceitável. A frase inicial também é excessivamente ampla ao dizer “vedado ao médico” sem distinguir o médico assistente do profissional que exerce a função pericial. C e D têm redações equivalentes, outro problema estrutural visível, mas não se atribui a isso o motivo oficial da anulação sem parecer. O estudo deve separar atestar a constatação da morte, definir a causa e emitir a Declaração de Óbito no fluxo legal adequado.

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

Referência: Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. 2022.

Questão 15 · Intoxicação por organofosforado: interromper a exposição

Gabarito oficial: D

15) Na faixa etária pediátrica, sobretudo antes dos seis anos de idade, as intoxicações não intencionais são frequentes, em virtude da curiosidade da criança em explorar o ambiente. Sobre as intoxicações nesta faixa etária, assinale a alternativa correta.

- A) O uso do carvão ativado melhora o prognóstico destes pacientes.
- B) A lavagem gástrica está indicada de rotina, especialmente dentro das duas primeiras horas da ingestão.
- C) A naloxona é o antídoto de escolha para as intoxicações por benzodiazepínicos e opioides.
- D) A descontaminação cutânea é indispensável nas intoxicações por organofosforados com exposição cutânea.
- E) A alcalinização da urina tem por objetivo alterar o pH para dificultar a passagem do tóxico através das membranas biológicas e deve ser feita em bôlus dentro da primeira hora do atendimento.

Comentário OsceLabs

D é correta. Na exposição cutânea a organofosforados, retirar roupas contaminadas e lavar pele e cabelos com proteção da equipe reduz absorção continuada e contaminação secundária. O cuidado ocorre junto à estabilização respiratória e circulatória e ao tratamento específico da síndrome colinérgica quando presente. Carvão ativado (A) tem indicações selecionadas, não benefício universal de prognóstico. Lavagem gástrica (B) não é rotina e pode causar aspiração e outras complicações. Naloxona (C) reverte opioides, não benzodiazepínicos; flumazenil também não é antídoto de uso indiscriminado, pelo risco de convulsão em intoxicações mistas ou dependência. Alcalinização urinária (E) é reservada a tóxicos específicos, como salicilato, com infusão e controle de eletrólitos e pH, não um bôlus genérico na primeira hora. O centro de informação toxicológica pode ajudar a individualizar descontaminação, antídotos e observação.

Referência: Royal Children's Hospital. Poisoning — acute guidelines for initial management.

Questão 16 · Amamentação responsiva e aumento gradual do teor de gordura

Gabarito oficial: E

16) É consenso que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança no início da vida e é inigualável. A OMS, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o aleitamento materno (AM) de forma exclusiva nos primeiros seis meses. Assinale a alternativa correta sobre o AM.

- A) O tempo de permanência na mama em cada mamada deve ser pré-estabelecido.
- B) Após os dois anos o AM deve ser desestimulado pelo risco de acarretar carências nutricionais.
- C) Recomenda-se que após o sexto mês a alimentação seja complementada com novos alimentos e fórmula láctea.
- D) Há indícios de que a presença do pai em casa pode aumentar a chance de manutenção do AM por dois

anos ou mais.

- E) É importante que a criança fique o tempo suficiente na mama para ter acesso ao leite posterior, por conter mais calorias e saciar a criança.

Comentário OsceLabs

E é a resposta da banca. Ao longo da mamada, o teor de gordura do leite tende a aumentar; permitir que a criança mame de forma responsiva evita interrupções arbitrárias. “Leite anterior” e “posterior” não são dois produtos separados por um tempo fixo, e a orientação não deve criar cronômetros nem obrigar o bebê a permanecer na mama. A erra ao prefixar duração. B contraria a recomendação de continuar o aleitamento por dois anos ou mais. C acrescenta fórmula como necessidade universal após seis meses, quando se introduz alimentação complementar adequada e se mantém o leite materno. D exige ressalva: apoio do pai e de outras pessoas pode favorecer a amamentação; não é correto ensiná-lo como fator sem benefício. A alternativa é menos diretamente normativa e a simples presença em casa não garante apoio efetivo. A saúde da dupla, pega, transferência de leite e crescimento orientam a avaliação.

Referência: OMS. Infant and young child feeding.

Referência: Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno 23. 2015.

Questão 17 · Dermatite seborreica do lactente

Gabarito oficial: A

17) Lactente com um mês de vida apresenta placas eritematodescamativas arredondadas, com crostas amareladas aderidas a uma base eritematosa em região retroauricular, pescoço, períneo e couro cabeludo. Bom estado geral, sem sinais de desconforto ou presença de febre. Qual o agente etiológico mais provável do caso?

- A) Malassezia.
- B) Autoimunidade.
- C) *Staphylococcus aureus*.
- D) *Streptococcus* do grupo A.
- E) *Staphylococcus epidermidis*.

Comentário OsceLabs

A é a melhor resposta. Crostas amareladas e descamação em couro cabeludo, região retroauricular e dobras, em lactente bem e sem febre, sugerem dermatite seborreica. Leveduras do gênero *Malassezia* participam de sua fisiopatologia, em interação com sebo, barreira cutânea e resposta inflamatória; não se trata simplesmente de uma infecção contagiosa adquirida. Autoimunidade (B) não é a explicação habitual. *S. aureus* e estreptococo do grupo A (C e D) seriam mais compatíveis com infecção bacteriana em contexto apropriado, como exsudação, bolhas, dor ou piora sistêmica. *S. epidermidis* (E) não é o agente que melhor explica o quadro. Casos leves costumam responder a cuidados suaves para remoção de escamas; lesões persistentes, extensas, com falha de crescimento ou infecções recorrentes exigem reavaliação do diagnóstico.

Referência: American Academy of Dermatology. Seborrheic dermatitis: causes.

Questão 18 · Oftalmia gonocócica: resposta oficial contém uma opção ultrapassada

Gabarito oficial: C

18) Recém nascido apresenta no terceiro dia de vida quadro de conjuntivite, com secreção purulenta espessa e abundante bilateralmente e com sinais de quemose de pálpebras. Baseado no agente etiológico mais provável, qual seria a melhor conduta para o caso?

- A) Colírio de tobramicina.
- B) Azitromicina por via oral.
- C) Antibioticoterapia sistêmica com penicilina ou ceftriaxona.
- D) Associação de colírio de eritromicina com penicilina cristalina.
- E) Irrigação ocular com solução de soro fisiológico a cada duas horas.

Comentário OsceLabs

C é o gabarito oficial por propor antibiótico sistêmico, mas suas duas opções não são equivalentes atualmente. Conjuntivite muito purulenta, com quemose, no terceiro dia de vida sugere *Neisseria gonorrhoeae* e ameaça a integridade da córnea. O CDC recomenda ceftriaxona sistêmica; penicilina não deve ser apresentada como alternativa empírica equivalente devido à resistência. Ceftriaxona exige cautela em neonatos com hiperbilirrubinemia e não deve ser usada em conflito com cálcio intravenoso; cefotaxima é uma alternativa prevista em situações específicas. Devem-se coletar amostras, avaliar disseminação e coinfeção por clamídia e abordar a mãe e os parceiros. A e E, isoladamente, são insuficientes. B corresponde a tratamento dirigido a clamídia, que costuma ter início mais tardio. D também se apoia em penicilina e terapia tópica inadequadas para substituir o esquema sistêmico recomendado. O atendimento deve ser imediato.

Referência: CDC. Gonococcal infections among neonates. STI Treatment Guidelines.

Questão 19 · RCP pediátrica: compressões de 100 a 120 por minuto

Gabarito oficial: E

19) A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) envolve um conjunto de medidas que visam evitar ou reverter uma parada cardiorrespiratória (PCR) por meio de suporte ventilatório e circulatório. Sobre esta situação, analise as afirmativas abaixo.

I – O prognóstico da RCP nas crianças é melhor que nos adultos.

II – As arritmias ventriculares ocorrem na maioria dos casos das vítimas pediátricas em PCR extra-hospitalar.

III – As compressões torácicas devem ser realizadas com profundidade de 1/3 do tórax, numa frequência não superior a 100 por minuto.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.

B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Comentário OsceLabs

E é a sequência oficial: as três afirmações estão incorretas na forma apresentada. O prognóstico da parada não pode ser ordenado simplesmente por crianças versus adultos; depende de causa, local, reconhecimento, ritmo e qualidade do atendimento. Em pediatria predominam causas respiratórias ou circulatórias e ritmos não chocáveis, não arritmias ventriculares na maioria das paradas extrahospitalares. A profundidade aproximada de um terço do diâmetro anteroposterior está correta, mas a frequência deve ser de 100 a 120 compressões por minuto, tornando III falsa. A, B, C e D preservam alguma afirmação incorreta. A técnica inclui retorno completo do tórax, redução de interrupções, ventilação adequada e desfibrilação quando houver ritmo chocável. Não se deve confundir o limite superior recomendado de 120 com o limite de 100 proposto pela prova.

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

Questão 20 · Alergia alimentar: retardar alergênicos não previne sensibilização

Gabarito oficial: D

20) A alergia alimentar é uma doença de aparen-

te prevalência mundial, caracterizada por reação adversa imunológica reprodutível a determinado alimento. Sobre a alergia alimentar, assinale a alternativa correta.

- A) A alergia ao ovo e leite é para toda a vida.
- B) É mais comum em países em desenvolvimento.
- C) A dosagem de IgE específica no soro é o padrão ouro para o diagnóstico.
- D) A introdução tardia dos alimentos alergênicos pode aumentar o risco de alergia.
- E) A síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (FPIES) é uma forma grave de alergia alimentar mediada por IgE.

Comentário OsceLabs

D é a alternativa correta. O adiamento desnecessário de alimentos alergênicos não protege contra alergia e pode aumentar o risco em determinados grupos; a introdução deve ocorrer em forma segura, apropriada à idade e integrada à alimentação complementar. Lactentes com eczema grave ou alergia já conhecida podem precisar de avaliação antes da introdução de alguns alimentos. A é falsa porque alergias a leite e ovo frequentemente podem remitir. B não representa o padrão epidemiológico descrito. IgE específica (C) demonstra sensibilização, que não equivale a alergia clínica: história e, quando indicado e seguro, teste de provocação oral supervisionado são fundamentais. FPIES (E) é uma alergia predominantemente não mediada por IgE, apesar de poder ser grave. A orientação deve evitar restrições alimentares baseadas apenas em painéis laboratoriais positivos sem correlação clínica.

Referência: EAACI guideline: Preventing the development of food allergy in infants and young children (2020 update).

Referência: EAACI guidelines on the diagnosis of IgE-mediated food allergy. 2023.

Questão 21 · Pré-eclâmpsia sem gravidade: confirmar e vigiar

Gabarito oficial: E

21) Gestante de 29 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, comparece à consulta de rotina assintomática. Seus exames revelam pressão arterial de 150 × 95 mmHg em duas aferições com 4 horas de intervalo e proteinúria positiva em teste de fita urinária. Apresenta crescimento fetal adequado e sem queixas no momento.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente.

- A) Hipertensão gestacional: iniciar metildopa e agendar nova avaliação em 7 dias.
- B) Pré-eclâmpsia incipiente: repetir aferições da PA em 48 horas e seguir com pré-natal habitual.
- C) Hipertensão crônica: confirmar proteinúria com exames laboratoriais e aguardar evolução do quadro.
- D) Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica: iniciar sulfato de magnésio, anti-hipertensivo e indicar interrupção da gestação.
- E) Pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração clínica: iniciar anti-hipertensivo, solicitar exames materno-fetais e manter vigilância ambulatorial.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial. Hipertensão após 20 semanas associada a proteinúria sugere pré-eclâmpsia, sem sinais de gravidade descritos. A fita positiva deve ser complementada por avaliação quantitativa quando disponível, além de hemograma, plaquetas, creatinina, transaminases e avaliação fetal. Tratamento anti-hipertensivo e seguimento ambulatorial podem ser apropriados após avaliação obstétrica completa, desde que haja estabilidade, capacidade de monitorização e acesso rápido ao serviço. Não é autorização para manter qualquer paciente em casa sem essa triagem. A ignora a proteinúria; B subestima o risco; C não corresponde ao início após 20 semanas; D antecipa magnésio e interrupção sem critérios de gravidade apresentados. Cefaleia persistente, sintomas visuais, dor epigástrica, dispneia, elevação importante da pressão ou alterações laboratoriais mudam a conduta. A vigilância busca reconhecer deterioração materna ou fetal em tempo de indicar internação e parto.

Referência: NICE NG133. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management.

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

Questão 22 · Diabetes gestacional: um valor alterado já basta

Gabarito oficial: A

22) Gestante de 36 anos, G3P1A1, com 27 semanas de gestação, apresenta teste oral de tolerância à glicose com 75g de glicose com os seguintes resultados: glicemia de jejum de 94 mg/dL, glicemia em 1 hora de 182 mg/dL, e em 2 horas de 154 mg/dL. Está assintomática, com ganho ponderal adequado e ultrassonografia mostrando feto em percentil 50 para idade gestacional.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente:

- A) Diabetes gestacional: instituir plano alimentar, atividade física e controle glicêmico domiciliar.
- B) Intolerância à glicose gestacional: repetir TOTG em 2 semanas e manter dieta fracionada.
- C) Diabetes gestacional: iniciar insulina basal e orientar restrição de carboidratos complexos.
- D) Diabetes pré-gestacional: solicitar hemoglobina glicada e indicar avaliação oftalmológica urgente.
- E) Hiperglicemia gestacional transitória: observar evolução sem necessidade de intervenção imediata.

Comentário OsceLabs

A é correta. No TOTG de 75 g, os limites usuais para diabetes gestacional são jejum de 92 mg/dL, uma hora de 180 mg/dL e duas horas de 153 mg/dL; basta atingir um deles. A paciente supera os três limites, sem valores que caracterizem diabetes manifesto prévio. O manejo inicial inclui alimentação individualizada, atividade física segura e monitorização glicêmica, com reavaliação para medicação se as metas não forem alcançadas. B e E minimizam uma hiperglicemia com critérios diagnósticos claros. C inicia insulina automaticamente sem demonstrar falha das medidas iniciais ou hiperglicemia intensa. D classifica como diabetes pré-gestacional sem evidências suficientes. Crescimento fetal normal e ausência de sintomas não excluem a doença nem dispensam tratamento. A orientação alimentar preserva nutrição materna e fetal, evitando restrições excessivas de carboidratos ou perda ponderal deliberada na gestação.

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

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

Questão 23 · Bacteriúria por estreptococo B deixa indicação para o parto**Gabarito oficial: B**

23) Uma gestante de 26 anos, G1P0, assintomática, realiza urocultura de rotina com 15 semanas de gestação, que detecta bacteriúria assintomática por *Streptococcus agalactiae* (10^5 UFC/mL). A gestante não apresenta comorbidades e tem boa evolução pré-natal.

Assinale a alternativa que considera a conduta atual e a implicação dessa infecção para o momento do parto.

- A) Tratar a bacteriúria e repetir urocultura mensalmente até o final da gestação.
- B) Tratar a bacteriúria e indicar antibioticoprofilaxia intraparto independente cultura vaginal posterior.
- C) Tratar somente se houver sintomas urinários e considerar profilaxia intraparto se cultura vaginal for positiva.
- D) Não tratar a bacteriúria, pois a triagem para *S. agalactiae* deve ser feita apenas via cultura vaginal no 3º trimestre.
- E) Iniciar antibioticoterapia e solicitar cultura vaginal com 35 semanas para decidir sobre profilaxia intraparto.

Comentário OsceLabs

B é correta. Bacteriúria assintomática por *S. agalactiae* com 100 mil UFC/mL deve ser tratada durante a gestação. A identificação do agente na urina também indica profilaxia intraparto, mesmo se uma cultura vaginal posterior for negativa, pois sinaliza colonização relevante. A trata a infecção, mas omite essa consequência para o parto; culturas mensais não substituem a profilaxia. C e D deixam sem tratamento uma bacteriúria com contagem significativa. E condiciona indevidamente a profilaxia a nova cultura. A escolha do antibiótico depende do antibiograma, das alergias e da segurança gestacional. A profilaxia intraparto não é necessária na cesariana realizada antes do trabalho de parto e com membranas íntegras, situação específica que não muda a indicação de tratar a bacteriúria encontrada agora. O antecedente deve ficar claramente registrado no pré-natal e ser comunicado à maternidade.

Referência: ACOG. Prevention of group B streptococcal early-onset disease in newborns, 2020.

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

Questão 24 · IgM positiva não data sozinha a toxoplasmose

Gabarito oficial: E

24) Gestante de 22 anos, G1P0, com 10 semanas de gestação, traz sorologia com IgG e IgM reagentes para *Toxoplasma gondii*. Ela está assintomática e sem alterações no exame físico. Não há exames prévios disponíveis.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico mais provável e a conduta inicial, respectivamente, para essa paciente.

- A) Infecção antiga: manter pré-natal habitual e repetir sorologia no terceiro trimestre.
- B) Sorologia falsa-positiva: solicitar PCR para toxoplasma no sangue materno e repetir IgM em 2 semanas.
- C) Infecção recente: indicar esquema triplo com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico por 6 semanas.
- D) Infecção recente: iniciar espiramicina imediatamente e encaminhar para ultrassonografia morfológica precoce.
- E) Infecção de data indeterminada: solicitar teste de avides da IgG e iniciar espiramicina enquanto aguarda resultado.

Comentário OsceLabs

E é a resposta adequada. IgG e IgM reagentes sem exames anteriores não demonstram, isoladamente, infecção recente: a IgM pode persistir por longo período e também produzir resultados falso-positivos. Na décima semana, a avides da IgG ajuda a distinguir infecção anterior à gestação de possível aquisição recente. Alta avides no início da gravidez favorece infecção antiga; baixa avides não confirma sozinha a data. O protocolo brasileiro prevê iniciar espiramicina enquanto a investigação está em andamento nessa situação. A e B concluem antiguidade ou falso-positivo sem base. C propõe pirimetamina no primeiro trimestre, quando se deve evitar esse fármaco. D assume infecção recente como estabelecida e não resolve a datação sorológica. O seguimento pode exigir laboratório de referência, avaliação fetal e, em momento apropriado, investigação no líquido amniótico, conforme resultados e protocolo.

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

Questão 25 · dTpa em todas as gestações a partir de 20 semanas

Gabarito oficial: D

25) Com base nas recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde para gestantes, assinale a alternativa correta.

A) A vacina contra hepatite B é contraindicada durante a gestação, devendo ser adiada para o puerpério.

B) A vacina influenza é indicada apenas para gestantes com comorbidades ou em surtos sazonais regionais.

C) A vacina contra COVID-19 está atualmente restrita ao terceiro trimestre, por risco teórico de malformações no período embrionário.

D) A vacina dTpa (tríplice acelular do adulto) deve ser aplicada em todas as gestações a partir de 20 semanas, independentemente do intervalo vacinal prévio.

E) A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) deve ser administrada preferencialmente no segundo trimestre, para reduzir o risco de síndrome da rubéola congênita.

Comentário OsceLabs

D é correta: o PNI recomenda uma dose de dTpa em cada gestação a partir da vigésima semana, independentemente de doses anteriores, para favorecer transferência de anticorpos e proteção do recém-nascido contra coqueluche. A hepatite B (A) não é contraindicada; deve-se completar o esquema conforme histórico. Influenza (B) é indicada na gestação, e não apenas em comorbidades ou surtos. A vacinação contra COVID-19 (C) não fica restrita ao terceiro trimestre. A tríplice viral (E), por conter vírus vivos atenuados, não é vacina de rotina durante a gestação; quando indicada, sua atualização é feita fora desse período. O calendário deve ser conferido no atendimento, pois pode receber novas recomendações, sem que isso altere a correção da alternativa D. O comentário responde às opções apresentadas e não substitui a avaliação completa de todas as vacinas previstas para gestantes.

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

Referência: Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2026 — criança

Questão 26 · Tocólise: finalidade curta e contraindicações individualizadas

Gabarito oficial: E

26) Sobre a predição e o manejo do parto prematuro, assinale a alternativa correta.

- A) A terbutalina é o tocolítico preferencial no Brasil, devido ao menor risco de efeitos adversos cardiovasculares maternos.
- B) A corticoterapia antenatal está indicada de forma rotineira entre 24 e 34 semanas, com dexametasona semanal até o parto.
- C) O uso de cerclagem cervical está indicado em toda gestante com colo uterino <25 mm, independentemente de história obstétrica.
- D) O atosiban é um inibidor da fosfodiesterase utilizado como primeira escolha para tocolise em casos de contrações com dilatação <2 cm.
- E) A nifedipina pode ser usada como tocolítico em partos prematuros iminentes, mas está contraindicada na presença de cardiopatia materna.

Comentário OsceLabs

E é o gabarito oficial, com uma ressalva: nifedipina pode ser usada na tocolise, porém “cardiopatia materna” é uma categoria ampla demais para funcionar como contraindicação absoluta de todas as doenças cardíacas. Hipotensão e condições nas quais a redução da resistência vascular comprometa a circulação exigem cautela ou contraindicam seu uso, conforme avaliação clínica. A erra ao favorecer terbutalina por segurança cardiovascular; betamiméticos têm efeitos adversos relevantes. B transforma corticoide antenatal em dose semanal rotineira, o que não é recomendado. C generaliza cerclagem para todo colo curto sem considerar história, idade gestacional e outros critérios. Atosibana (D) antagoniza receptores de ocitocina, não inibe fosfodiesterase. A tocolise busca, em geral, ganhar tempo para corticoide e transferência, quando benéfico, e não prolongar a gestação diante de infecção, hemorragia importante ou outra indicação de parto imediato.

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

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

Questão 27 · Indução com colo desfavorável requer preparo cervical

Gabarito oficial: A

27) Gestante de 40 semanas e 3 dias, G2P1, comparece ao pronto atendimento por redução da movimentação fetal nas últimas 12 horas. Ao exame: feto único em apresentação cefálica, BCF 140 bpm, movimentos fetais lentos à palpação. Toque vaginal: colo posterior, 1 cm de dilatação, 20% de apagamento, consistência firme e altura -2. Ultrassonografia obstétrica com líquido amniótico reduzido (ILA de 4,5 cm) e doppler normal. Considerando o caso clínico e os critérios obstétricos para indução do parto, assinale a alternativa correta.

- A) A indução está indicada e pode ser iniciada com misoprostol vaginal para preparo cervical.
- B) A cesariana deve ser indicada de imediato devido à oligo-hidrâmnio e idade gestacional.
- C) A presença de colo desfavorável impede qualquer tentativa de indução, mesmo com métodos mecânicos.
- D) A indução está contraindicada devido ao colo desfavorável e à ausência de sofrimento fetal agudo.
- E) A conduta inicial deve ser repor volume com hidratação venosa e repetir a cardiotocografia após 12 horas.

Comentário OsceLabs

A é a melhor alternativa. Gestação a termo, redução de movimentos e oligo-hidrâmnio justificam avaliação imediata do bem-estar fetal e planejamento do parto. O colo desfavorável demanda amadurecimento, não impede indução. Misoprostol pode ser utilizado se não houver contraindicações, especialmente cicatriz uterina de cesárea prévia; o enunciado informa paridade, mas não a via do parto anterior, que deve ser esclarecida antes da escolha real do método. B indica cesariana automaticamente, sem sofrimento fetal ou outra contraindicação ao parto vaginal demonstrada. C e D confundem colo desfavorável com impossibilidade de induzir. E posterga avaliação e conduta por 12 horas diante de sinais que merecem atenção imediata. Monitorização fetal, avaliação de ruptura de membranas e preferência da gestante integram o plano; se houver comprometimento fetal, a urgência e a via de parto podem mudar.

Referência: NICE NG207. Inducing labour

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

Questão 28 · Hemorragia pós-parto por atonia: intervenções simultâneas

Gabarito oficial: E

28) Mulher de 27 anos, G2P2, evolui com sangramento vaginal intenso 30 minutos após parto vaginal espontâneo, com perda estimada de 900 mL. Apresenta-se pálida, sudorética, PA 90 × 60 mmHg, FC 116 bpm. Ao exame: útero flácido e acima da cicatriz umbilical, placenta entregue íntegra e sem

lacerações visíveis.

Assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada para essa paciente neste momento.

- A) Solicitar exames laboratoriais e coagulograma antes de iniciar qualquer intervenção, para excluir coagulopatia de base.
- B) Iniciar ácido tranexâmico e misoprostol retal, realizar sondagem vesical e preparar material para revisão uterina manual.
- C) Administrar ocitocina intravenosa, sem manipulação uterina, e avaliar necessidade de transfusão conforme hemoglobina.
- D) Iniciar taponamento uterino com balão de Bakri, associar misoprostol retal e sulfato de magnésio para prevenção de disfunção endotelial.
- E) Realizar avaliação clínica para identificar a causa da hemorragia, iniciar massagem uterina, monitorização, acesso venoso calibroso, soro aquecido, ácido tranexâmico e ocitocina EV.

Comentário OsceLabs

E reúne as medidas iniciais adequadas. O útero flácido sugere atonia, mas a equipe deve revisar os quatro grupos de causas: tônus, trauma, tecido e coagulação. Massagem uterina, ocitocina, ácido tranexâmico precoce, acesso venoso, fluidos aquecidos e monitorização são iniciados em conjunto, com chamada de ajuda e preparação de hemocomponentes conforme repercussão. Não se espera a hemoglobina cair para reconhecer choque hemorrágico. A atrasa o controle para aguardar exames. B omite ocitocina e prioriza uma revisão sem evidência de retenção. C exclui massagem e condiciona transfusão ao número da hemoglobina. D usa balão antes do manejo inicial e acrescenta magnésio sem indicação. O tranexâmico deve ser administrado o mais cedo possível, dentro de três horas do nascimento; se o sangramento persistir, a escalada para tamponamento ou cirurgia não pode ser adiada.

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

Questão 29 · Humanização inclui autonomia, analgesia e segurança

Gabarito oficial: C

29) Sobre o conceito de parto humanizado, segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, assinale a alternativa correta.

- A) O conceito de humanização está vinculado exclusivamente ao parto vaginal, não se aplicando a cesarianas eletivas.
- B) O protagonismo da mulher implica autonomia parcial nas decisões, desde que autorizadas pela equipe médica.
- C) O respeito às escolhas da gestante inclui direito à posição de parto desejada, desde que não haja contraindicações clínicas.
- D) O parto humanizado restringe o uso de métodos farmacológicos para analgesia, priorizando o estímulo à dor fisiológica.
- E) O parto humanizado pressupõe baixo risco obstétrico e está limitado ao ambiente domiciliar com equipe de parteiras treinadas.

Comentário OsceLabs

C expressa o cuidado respeitoso: a mulher participa das decisões, inclusive sobre a posição de parto, consideradas suas preferências e eventuais contraindicações clínicas. A humanização também se aplica à cesariana, refutando A, e não depende de autorização paternalista para que a autonomia exista, como sugere B. D é falsa porque alívio farmacológico da dor pode fazer parte de um parto humanizado; respeitar a experiência da mulher não significa impor dor. E restringe indevidamente o conceito ao domicílio e a gestantes de baixo risco. Comunicação clara, consentimento, acompanhante, privacidade e ausência de práticas abusivas pertencem ao atendimento em qualquer ambiente e nível de risco. Quando a segurança exige limitar uma escolha, a equipe explica as razões, oferece alternativas e envolve a gestante tanto quanto a situação permitir.

Referência: OMS. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.

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

Questão 30 • Mastite: manter amamentação sem estimular sobreprodução

Gabarito oficial: A

30) Puérpera de 5 dias, primigesta, procura atendimento com queixa de dor intensa na mama direita, associada a área endurecida, quente e avermelhada no quadrante superior externo. Refere febre de 38,5 °C e calafrios nas últimas 24 horas. Relata dificuldade para amamentar, mas sem interrupção do aleitamento. Ao exame: região dolorosa e eritematosa de 6 cm, sem flutuação. Mamas com sinais de ingurgitamento bilateral leve.

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

A) O diagnóstico é mastite puerperal; o aleitamento deve ser mantido e está indicado uso de antibiótico por via oral.

B) O diagnóstico mais provável é abscesso mamário;

a conduta é drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa.

C) A suspeita de ducto lactífero obstruído é mais provável, sendo suficiente orientar compressas frias e repouso mamário.

D) O quadro é compatível com mastite puerperal; deve-se suspender o aleitamento na mama acometida até completa resolução.

E) Trata-se de ingurgitamento mamário complicado; a conduta inclui analgesia e esvaziamento manual com bomba elétrica.

Comentário OsceLabs

A é a melhor opção diante de inflamação focal importante, febre e calafrios persistentes, compatíveis com mastite bacteriana. Mantém-se amamentação fisiológica, conforme conforto e transferência de leite, e seleciona-se antibiótico oral quando o quadro indica infecção bacteriana, considerando alergias e epidemiologia. Nem toda mastite inflamatória exige antibiótico; a avaliação da evolução clínica diferencia os casos. B presume abscesso sem flutuação ou coleção demonstrada; ultrassom é útil se houver massa persistente, piora ou resposta inadequada. C subestima sinais sistêmicos. D interrompe aleitamento sem necessidade habitual. E favorece esvaziamento com bomba, que pode estimular produção excessiva e agravar edema. Frio local, analgesia e ajuste de pega podem ajudar; evitam-se massagem profunda e tentativas repetidas de “esvaziar completamente” a mama. Ausência de melhora exige reavaliação e eventual cultura ou imagem.

Referência: Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022.

Questão 31 · Mola completa: vilosidades difusamente hidrópicas sem feto

Gabarito oficial: D

31) Atraso menstrual de 12 semanas com queixa de sangramento vaginal, dores em hipogástrio e vômitos. Exame de Beta-hCG 278.000 UI/L e ultrassom com útero volumoso e cistos tecaluteínicos bilaterais de 8 cm. Foi submetida a procedimento cirúrgico e o anátomo patológico revelou hidropsia vilosa difusa e hiperplasia trofoblástica difusa com ausência de tecido fetal. O diagnóstico desta paciente é

- A) mola invasora.
- B) aborto hidrópico.
- C) mola hidatiforme parcial.
- D) mola hidatiforme completa.
- E) Coriocarcinoma Gestacional.

Comentário OsceLabs

D é a resposta correta. hCG muito elevado, útero aumentado, cistos tecaluteínicos e histologia com edema viloso e hiperplasia trofoblástica difusos, sem tecido fetal, caracterizam mola hidatiforme completa. A mola parcial (C) tende a ter alterações focais e pode conter tecido fetal. Aborto hidrópico (B) não apresenta o padrão trofoblástico difuso característico. Mola invasora (A) exige evidência de invasão, não demonstrada no enunciado. Coriocarcinoma (E) não apresenta vilosidades coriônicas. Após esvaziamento, o acompanhamento seriado do hCG é indispensável para detectar persistência ou neoplasia trofoblástica gestacional; o plano de contracepção deve permitir interpretar essa curva. Cistos tecaluteínicos costumam regredir com a queda do estímulo hormonal e não determinam, isoladamente, cirurgia ovariana.

Referência: NCI. Gestational Trophoblastic Disease Treatment (PDQ), Health Professional Version.

Questão 32 · Endometrite puerperal após cesárea e bolsa rota prolongada

Gabarito oficial: E

32) Puérpera com 24 horas de pós-parto cesáreo por rotura prematura de membranas de 29 horas e distócia de progressão foi diagnosticada com infecção puerperal. Quais os sinais e sintomas clínicos que mais levaram a este diagnóstico?

- A) Temperatura 38,0°C, calafrio, dor abdominal e loquiação escassa.
- B) Dor abdominal moderada, tremores, útero doloroso e hipoinvoluído.
- C) Temperatura 37,9°C, dor abdominal, taquicardia, tremores e calafrio.
- D) Taquicardia, taquipneia, dor abdominal e lóquios abundantes e inodoro.
- E) Temperatura 38,9°C, taquicardia, útero doloroso, pastoso e hipoinvoluído.

Comentário OsceLabs

E reúne o conjunto mais sugestivo: febre elevada, taquicardia e útero doloroso, amolecido e com involução inadequada. Cesárea e ruptura prolongada de membranas aumentam o risco de infecção puerperal, frequentemente polimicrobiana. Lóquios fétidos podem ocorrer, mas sua ausência não exclui endometrite. A e B contêm achados possíveis, porém menos completos; C tem temperatura abaixo do critério habitual de febre; D não reúne os sinais uterinos e febris mais característicos. O diagnóstico é clínico, associado à avaliação de gravidade e de outros focos, como ferida operatória e trato urinário. Em quadro compatível, indica-se antibiótico com cobertura apropriada e suporte, sem esperar todas as culturas. Persistência da febre apesar de tratamento exige pesquisar retenção de produtos, abscesso, tromboflebite pélvica séptica ou outro diagnóstico.

Referência: OMS. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections

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

Questão 33 · DIU de levonorgestrel e estrogênio para sintomas vasomotores

Gabarito oficial: D

33) Mulher 51 anos, utilizando DIU-LNG 52 mg há 4 anos, apresenta sintomas vasomotores intensos, alteração do sono e irritabilidade. Sem comorbidades. G1P1 e DUM: 50 anos. Exames físico e complementares sem alterações. Qual seria o melhor tratamento para esta paciente?

A) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg, oral, contínuo.

B) Manter DIU-LNG e iniciar testosterona 2mg, gel transdérmico, contínuo.

C) Manter DIU-LNG e iniciar acetato de noretisterona 35 mcg, oral, contínua.

D) Manter DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg/dose,

gel transdérmico, contínuo.

E) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 1mg com di-drogesterona 10mg, oral, cíclico.

Comentário OsceLabs

D é a melhor opção oferecida. O estrogênio sistêmico é eficaz para sintomas vasomotores, e o DIU-LNG de 52 mg pode fornecer proteção endometrial durante seu período validado para essa finalidade. Como foi inserido há quatro anos, é necessário planejar a troca para proteção endometrial ao completar cinco anos, conforme a diretriz utilizada; a duração contraceptiva ampliada não deve ser automaticamente aplicada à terapia hormonal. A remove o progestagênio e deixa estrogênio isolado em mulher com útero. Testosterona (B) não é tratamento dos fogachos. C não oferece o componente estrogênico necessário. E é um esquema possível em contexto individualizado, mas exige retirada desnecessária de um método ainda útil. Antes de iniciar, avaliam-se contraindicações, riscos, preferência e formulação disponível. A amenorreia sob DIU não confirma sozinha menopausa e não elimina automaticamente a necessidade contraceptiva.

Referência: FSRH. Guideline Intrauterine Contraception, March 2023, versão atualizada.

Referência: NICE NG23. Menopause: identification and management

Questão 34 · Urgência, noctúria e perda por urgência: bexiga hiperativa

Gabarito oficial: C

34) Paciente 57 anos, com urgência miccional frequente e eventuais episódios de incontinência urinária de urgência iniciados 3 anos após a menopausa. Acorda 2 vezes a noite para urinar e houve muita piora da qualidade de vida laboral e afetiva. Nega doenças neurológicas prévias e cirurgias ginecológicas e urológicas prévias. G2C2, menopausa aos 51 anos sem terapia hormonal. Bom estado geral, IMC: 29,4 Kg/m². Exame ginecológico: vagina lisa, pálida e sem conteúdo. Toque bidual: força contrátil do assoalho pélvico normal. Urocultura negativa. O diagnóstico mais provável desta paciente é

- A) divertículo uretral.
- B) incontinência urinária mista.
- C) síndrome da bexiga hiperativa.
- D) incontinência urinária contínua.
- E) incontinência urinária de esforço.

Comentário OsceLabs

C é a resposta correta. A síndrome da bexiga hiperativa é definida pela urgência, geralmente acompanhada de frequência e noctúria, com ou sem incontinência por urgência, na ausência de infecção ou outra causa evidente. A atrofia vaginal sugere síndrome geniturinária da menopausa concomitante, que pode agravar sintomas. B exigiria também perdas aos esforços, ausentes no caso; E descreve perda por tosse, exercício ou aumento da pressão abdominal. D seria perda contínua, fazendo pensar em fístula ou outra alteração, e A requeria achados que sugerissem divertículo uretral. A avaliação inicial inclui história, exame, urina e revisão de líquidos e medicamentos; exames invasivos não são obrigatórios em todos os casos. Medidas comportamentais e treino vesical podem ser associados ao tratamento da atrofia e, conforme impacto e preferências, à terapia específica da bexiga hiperativa.

Referência: The AUA/SUFU guideline on the diagnosis and treatment of idiopathic overactive bladder.

Referência: AUA/SUFU/AUGS. Genitourinary Syndrome of Menopause Guideline, 2025.

Questão 35 · Autonomia é a base do consentimento informado

Gabarito oficial: C

35) A seguinte frase definidora “alguém que, em seus pensamentos, trabalhos e ações, é capaz de seguir estas normas que ele escolheu como próprias, sem constrangimentos ou coerção externas por outros” contém a essência do que os profissionais de saúde devem considerar como consentimento informado. A frase está definindo que tipo de pessoa?

- A) Otimista.
- B) Mediadora.
- C) Autônoma.
- D) Performática.
- E) Individualista.

Comentário OsceLabs

C é correta. A definição descreve uma pessoa autônoma, capaz de orientar decisões pelos próprios valores, livre de coerção. Consentimento informado exige informação compreensível, capacidade decisória para aquela escolha, voluntariedade e oportunidade de esclarecer dúvidas. Não se resume a assinar um formulário nem exige concordar com a preferência do profissional. Otimismo (A), mediação (B), desempenho (D) e individualismo (E) não definem essa capacidade ética. Autonomia também pode ser apoiada: adequar linguagem, oferecer recursos de comunicação e envolver pessoas escolhidas pelo paciente pode melhorar a decisão sem substituí-la. Em situações de capacidade comprometida, devem-se preservar participação, valores conhecidos e representação apropriada. O dever médico inclui explicar benefícios, riscos, alternativas e consequências de recusa de forma proporcional à importância da decisão.

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

Referência: Patient experience in adult NHS services. NICE CG138

Questão 36 · Câncer de mama aos 40 anos: indicação de avaliação germinativa

Gabarito oficial: B

36) Paciente 40 anos, refere ter sentido nódulo em mama direita há 1 mês, com crescimento rápido. Não tem história familiar de câncer de mama. Ao exame físico, apresenta mamas de grande volume, com nódulo de aproximadamente 3 cm em quadrante súpero-externo de mama esquerda, de consistência firme, bordos irregulares e aderido a planos profundos. Apresenta mamografia e ultrassom de mamas BIRADS 4, e foi submetida a biópsia com diagnóstico de carcinoma mamário invasor triplo-negativo, Estádio Clínico T2N0M0. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

- A) A quimioterapia neste caso deve ser realizada após o tratamento cirúrgico.
- B) O teste genético para câncer de mama hereditário deve ser solicitado devido à idade jovem.
- C) A reconstrução mamária deve ser tardia, pelos riscos de recidiva do tumor triplo-negativo.
- D) O tratamento inicial indicado é mastectomia esquerda com preservação de pele e complexo aréolo-papilar e linfonodo sentinela
- E) A radioterapia é sempre indicada como tratamento adjuvante, independente da cirurgia ser conservadora ou mastectomia, por tratar-se de tumor triplo negativo.

Comentário OsceLabs

B é correta. A idade de 40 anos já justifica oferecer teste germinativo de BRCA1/2 conforme a diretriz ASCO-SSO de 2024; o fenótipo triplo-negativo reforça a relevância clínica, mesmo sem história familiar. O aconselhamento esclarece implicações para tratamento, risco futuro e familiares. A é excessivamente rígida: no triplo-negativo T2N0, tratamento sistêmico neoadjuvante pode ser indicado. C proíbe reconstrução imediata por uma regra que não existe de forma universal. D fixa uma mastectomia e técnica de preservação sem planejamento multidisciplinar. E torna radioterapia obrigatória após toda cirurgia, ignorando estágio e procedimento. O original diverge entre mama direita na queixa e esquerda no exame; a lateralidade precisa ser confirmada antes de qualquer intervenção, embora não altere a indicação genética. Variantes de significado incerto não devem ser tratadas como mutações patogênicas.

Referência: Germline Testing in Patients With Breast Cancer: ASCO-Society of Surgical Oncology Guideline.

Referência: NCI. BRCA gene changes: cancer risk and genetic testing

Questão 37 · Sangramento pós-menopausa com endométrio de 8 mm

Gabarito oficial: E

37) Paciente 60 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica em uso de enalapril, e dislipidemia em uso de rosuvastatina 20 mg, G2C2, menopausa aos 50 anos, fez uso de terapia hormonal por 5 anos, IMC = 30 kg/m² . Iniciou com sangramento vaginal há 3 dias. Ultrassom mostra endométrio de 8 mm. Qual seria a sua conduta?

- A) Histerectomia vaginal.
- B) Histerectomia por via laparoscópica.
- C) Repetir ultrassom transvaginal em 3 meses.
- D) Repetir ultrassom transvaginal em 6 meses.
- E) Biópsia de endométrio em consultório com cureta de Novak.

Comentário OsceLabs

E é a conduta inicial adequada entre as alternativas: obter amostra endometrial para excluir hiperplasia ou câncer. Sangramento pós-menopausa associado a espessamento de 8 mm exige investigação, especialmente com obesidade e outros fatores de risco. A e B propõem histerectomia antes de diagnóstico histológico e planejamento. C e D adiam a avaliação por meses. A cureta de Novak é um instrumento possível; outros métodos de amostragem ambulatorial também podem ser utilizados. Se a amostra for insuficiente, houver suspeita de lesão focal ou o sangramento persistir apesar de resultado benigno, considera-se histeroscopia com biópsia dirigida. A atualização do ACOG de 2026 ampliou a recomendação de associar ultrassom e amostragem endometrial já na avaliação inicial da maioria das pacientes com sangramento pós-menopausa; um endométrio fino não deve ser tratado como autorização geral para dispensar investigação. Terapia hormonal utilizada no passado não explica automaticamente um novo episódio anos após sua interrupção.

Referência: ACOG. Updated Guidance Regarding The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Individuals With Postmenopausal Bleeding. Clinical Practice Update, 2026.

Questão 38 · Carcinoma cervical IA1 e preservação da fertilidade

Gabarito oficial: E

38) Paciente de 30 anos, nuligesta, com desejo de engravidar, sem comorbidades, apresentou citologia oncótica cérvico-vaginal com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau. Foi submetida a colposcopia, que evidenciou epitélio acetobranco denso, margens irregulares, vasos atípicos grosseiros e teste de Schiller iodo-negativo. A biópsia de colo uterino confirmou lesão intraepitelial de alto grau. Realizada conização, o laudo anatomicopatológico demonstrou carcinoma escamoso invasor do tipo usual, com invasão estromal focal de até 2,5 mm de profundidade, extensão horizontal de 5 mm, ausência de invasão linfovascular e margens ectocervical e endocervical livres. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A) Histerectomia total.
- B) Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica.
- C) Histerectomia total com salpingo-ooforectomia.
- D) Histerectomia total com pesquisa de linfonodo sentinela.
- E) Orientar a paciente a manter seguimento clínico e citopatológico.

Comentário OsceLabs

E é a melhor resposta: conização com margens livres pode ser tratamento definitivo de carcinoma escamoso estágio IA1, sem invasão linfovascular, em paciente que deseja preservar fertilidade. A profundidade de 2,5 mm está dentro do limite de até 3 mm para IA1; a extensão horizontal de 5 mm não muda essa classificação no sistema FIGO atual. É necessário confirmar qualidade da peça, margens e ausência de critérios que exijam tratamento adicional, mantendo seguimento oncológico estruturado. A, B e C removem o útero sem necessidade demonstrada nesse cenário; B também acrescenta radicalidade e linfadenectomia desproporcionais. D inclui pesquisa nodal sem indicação habitual em IA1 sem invasão linfovascular. “Seguimento clínico e citopatológico” deve ser entendido como acompanhamento especializado conforme protocolo, e não simples retorno ao rastreamento de rotina.

Referência: NCI. Cervical Cancer Treatment (PDQ), Health Professional Version.

Referência: ASCCP. Risk-based management consensus guidelines, 2019.

Questão 39 • Corrimento sugestivo de tricomoníase: confirmar por método adequado

Gabarito oficial: E

39) Paciente 35 anos, refere leucorreia amarelo-esverdeada com início há 1 semana, associada a ardência vaginal e dispareunia. Ao exame especular, apresenta leucorreia profusa amarelo-esverdeada associada a hiperemia de ectocérvice e paredes vaginais. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A) Colposcopia.
- B) Metronidazol 2 g via oral, dose única.
- C) Tratamento com fluconazol 150 mg dose única.
- D) Tratamento com metronidazol gel vaginal por sete dias.

E) Bacterioscopia a fresco ou por Gram para diagnóstico.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial por priorizar esclarecimento etiológico. O quadro sugere tricomoníase, mas sintomas e aspecto do corrimento não são suficientemente específicos. O exame a fresco pode mostrar tricomonas móveis, desde que a leitura seja imediata, porém tem sensibilidade limitada; teste molecular é preferível quando disponível. A coloração de Gram não é o método mais sensível para diagnosticar *Trichomonas* e não deve ser apresentada como equivalente ao teste molecular. B usa metronidazol em dose única, enquanto o CDC prefere, para mulheres, 500 mg por via oral duas vezes ao dia por sete dias. C trata candidíase, que não é a hipótese principal; D tem baixa eficácia para tricomoníase, pois gel vaginal não alcança todos os sítios. Confirmada a infecção, tratam-se parceiros e orienta-se prevenção de reinfecção, além de avaliação de outras IST conforme contexto.

Referência: CDC. Trichomoniasis. STI Treatment Guidelines.

Questão 40 • SOP na adolescência: o gabarito excede os dados apresentados

Gabarito oficial: D

40) Paciente de 17 anos, nuligesta, sem atividade sexual, IMC = 26 kg/m², sedentária, refere ciclos menstruais irregulares, com intervalos de aproximadamente 60 dias e duração de 8 dias, associados a acne e oleosidade cutânea. Exames laboratoriais (testosterona total e livre, SDHEA, TSH, T4 livre e prolactina) apresentaram-se dentro da normalidade. Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero de 90 cm³, ovário direito de 2,3 cm³, ovário esquerdo de 3,4 cm³, endométrio de 8 mm e anexos sem alterações.

Com base nos critérios de Roterdã para diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), assinale a alternativa correta.

A) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo o tratamento mais indicado o uso de anticoncepcionais orais combinados.

B) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, e a melhor opção terapêutica é o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

C) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo recomendado o uso de progestagênios na segunda fase do ciclo menstrual, por 10 a 14 dias.

D) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento indicado inclui mudanças no estilo de vida, estímulo à atividade física, adequação da dieta e uso de anticoncepcionais orais combinados.

E) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento mais adequado consiste em mudanças no estilo de vida, uso de anticoncepcionais orais combinados e espironolactona

Comentário OsceLabs

D é a resposta oficial, mas o diagnóstico não está suficientemente demonstrado pelas recomendações atuais para adolescentes. Nessa faixa etária, é necessário documentar irregularidade menstrual persistente de acordo com o tempo desde a menarca e hiperandrogenismo clínico significativo ou bioquímico, após excluir outras causas. Acne e oleosidade comuns, com andrógenos normais e sem descrição de acne grave ou hirsutismo, não bastam; também falta a idade da menarca. Ultrassom não deve ser usado para confirmar SOP em adolescentes, e os ovários descritos não são aumentados. A e E negam o diagnóstico, mas também fixam tratamentos sem avaliação completa; B e C assumem SOP e propõem esquemas incompletos para os sintomas. Mudanças de hábitos e anticoncepcional combinado podem ajudar ciclos e acne quando apropriados, porém benefício terapêutico não confirma o diagnóstico. Deve-se reconhecer a possibilidade de risco para SOP e reavaliar, evitando rotular definitivamente a adolescente.

Referência: [International evidence-based guideline for PCOS, 2023](#)

Questão 41 · Dor radial no punho e tenossinovite de De Quervain**Gabarito oficial: B**

41) Sra. Mildred, 55 anos, queixa-se que há quase 3 semanas notou dor na mão D quando tenta descascar alimentos. Percebeu que a dor surge principalmente ao apertar o polegar contra os dedos da mão D quando apóia a faca. De história relevante comenta que aposentou-se recentemente e tem dedicado grande parte de seu tempo livre navegando na internet e atualizando-se sobre as notícias diárias nas redes sociais. Descobriu que ao dar “likes” as redes oferecem cada vez mais conteúdo sobre o assunto e confessa que já ficou mais de duas horas seguidas fazendo scrolling (palavra que agora domina após a filha alertá-la sobre posições viciosas que podem causar problemas). Ao exame físico apresenta edema discreto e sensibilidade dolorosa na região do processo estilóide do rádio a D. A manobra de Phalen e o sinal de Tinel são negativas, mas refere agudização da dor quando coloca o polegar na palma da mão e fecha os dedos sobre ele. Qual destes diagnósticos é o mais provável frente ao conjunto de informações acima?

- A) Trata-se de provável fasceíte palmar.
- B) Trata-se de tenossinovite de Quervain.
- C) Trata-se de artrite gotosa da primeira articulação metacarpofalangeana.
- D) Trata-se de artrite de pequenas articulações, muito provavelmente artrite reumatoide.
- E) Trata-se de síndrome do túnel do carpo com provável artrose de punho concomitante.

Comentário OsceLabs

B é o diagnóstico mais provável. Dor sobre o estiloide radial, piora com movimentos do polegar e sobrecarga repetitiva sugerem comprometimento do primeiro compartimento extensor, que contém abductor longo e extensor curto do polegar. A manobra descrita lembra o teste de Eichhoff; não se deve confundir automaticamente sua execução com o teste de Finkelstein. A fascíte palmar (A) não explica essa localização. Gota (C) costuma apresentar inflamação articular aguda mais evidente, e artrite reumatoide (D) exigiria outro padrão, frequentemente sinovite de múltiplas articulações. Síndrome do túnel do carpo (E) produz sintomas no território do nervo mediano, não apenas dor localizada nos tendões radiais; Phalen e Tinel negativos ajudam, mas não excluem sozinhos essa síndrome. O manejo considera redução de sobrecarga, órtese apropriada e, conforme evolução, infiltração ou avaliação especializada.

Referência: AAOS. De Quervain's Tenosynovitis.

Questão 42 · Fratura por fragilidade indica tratamento mesmo sem T-score de -2,5

Gabarito oficial: E

42) Sr. Clodoaldo, 65 anos, conseguiu finalmente reduzir a massa gordurosa em 5 kg, com dieta, prática de Pilates e uso de GLP1ar. Vem a consulta relatando que iniciou com dor em coluna lombar há 2 dias, após empurrar armário na limpeza da casa. Você solicita a ressonância magnética de coluna lombossacra e identifica a presença de fratura de L4. Os exames laboratoriais que realizou há 1 mês não sugerem presença de doença secundária e a densitometria óssea que realizou há 6 meses mostrou escore T em coluna lombar (L1 - L4) de -1,5 e de fêmur total de -0,5: Qual proposta abaixo se correlaciona ao melhor tratamento neste momento?

A) Iniciar bisfosfonados orais como o alendronato (70 mg/semana) ou risedronato (35 mg/sem) cujos estudos na população masculina mostrou redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais em até 70 %.

B) Suplementar com cálcio (1000 a 1200 mg /dia) e colecalciferol 50 mil UI semanal por 8 semanas e depois manter 15.000 UI semanais de maneira contínua com previsão de redução do risco de fraturas vertebrais em 20 a 30 %.

C) Prescrever o denosumabe (60 mg/semestral) cujos estudos de 3 anos mostraram reduzir as fraturas vertebrais em 70%, com aumento da massa óssea e redução da ocorrência de fraturas atípicas e de osteonecrose de mandíbula.

D) Introduzir calcitonina nasal (200 mg/d) que suprime a atividade osteoclástica pela ação direta sobre o receptor da calcitonina nos osteoclastos, reduz a dor, com previsão de redução de risco de fraturas vertebrais e de quadril em até 40 %.

E) Administrar anualmente o ácido zoledrônico, que embora esteja correlacionado a ocorrência de osteonecrose de mandíbula em pacientes sob tratamento antineoplásico, reduziu o risco de fraturas vertebrais em 70% e mostrou uma redução de 28% na mortalidade.

Comentário OsceLabs

E é a escolha oficial. Uma fratura vertebral de baixo trauma pode estabelecer alto risco de novas fraturas mesmo com densitometria na faixa de osteopenia. Ácido zoledrônico é uma opção eficaz, após avaliação renal, cálcio, vitamina D e saúde bucal. Contudo, a alternativa mistura resultados de populações distintas: redução de mortalidade de 28% foi observada no estudo após fratura de quadril, não demonstrada especificamente para este homem com fratura vertebral. No ensaio masculino, a redução de fratura vertebral morfológica foi de 67%. A contém uma generalização indevida sobre magnitude e tipos de fratura, embora bisfosfonatos orais também possam ser opções. B não substitui terapia antifratura por suplementos. C atribui ao denosumabe redução de complicações que são riscos raros da própria classe. D traz dose inadequada em mg e benefícios não comprovados para calcitonina. Risco muito alto pode justificar avaliação de terapia anabólica e estratégia sequencial.

Referência: Zoledronic acid and clinical fractures and mortality after hip fracture.

Referência: Fracture risk and zoledronic acid therapy in men with osteoporosis.

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

Questão 43 • Estatina no diabetes: a meta do gabarito requer atualização

Gabarito oficial: B

43) Erica, 42 anos, diabética e hipertensa bem controlada há 2 anos, em uso de anticoncepcional oral contínuo, assintomática, traz exames de rotina: colesterol= 230mg/dL; HDL colesterol= 31mg/dL; triglicerídeos= 125 mg/dL; glicemia de jejum= 102 mg/dl; TSH= 1,5 UI/mL; HA1C=6,4; ácido úrico= 4,5mg/dL; vitamina D= 30 ng/mL. Qual atitude medicamentosa seria mais adequada nesta consulta?

- A) Considerar terapia com estatina de intensidade alta para obter níveis de colesterol LDL < 70 mg/d.
- B) Considerar terapia com estatina de intensidade moderada para obter níveis de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- C) Considerar terapia com estatina de intensidade alta, associada a ezetimiba para obter níveis de colesterol LDL < 50 mg/dL.
- D) Considerar tratamento combinado com estatina de intensidade alta intensidade, ezetimiba e fenofibrato também visando elevação do HDL e diminuição do risco CV.
- E) Considerar terapia com ômega 3 [ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA)] evitando, no início, o uso da estatina que pode aumentar discretamente o risco de descompensação do diabetes.

Comentário OsceLabs

B é a resposta oficial, mas não deve ser aplicada automaticamente como a melhor intensidade atual. Pelo cálculo de Friedewald, $LDL = 230 - 31 - 125/5 = 174 \text{ mg/dL}$. A paciente tem diabetes, hipertensão e HDL baixo, fatores que elevam o risco. Diretrizes atuais recomendam estatina de alta intensidade para muitas pessoas com diabetes entre 40 e 75 anos e fatores adicionais, buscando redução de pelo menos 50% e LDL abaixo de 70 mg/dL; isso aproxima a prática da alternativa A. A definição final segue estratificação individual e diretriz adotada. C propõe combinação e meta muito baixa sem demonstrar necessidade inicial; D acrescenta fenofibrato apesar de triglicérides normais. E evita estatina sem justificativa: seu benefício cardiovascular costuma superar o pequeno efeito glicêmico. Também cabe rever a segurança do contraceptivo combinado diante da hipertensão e do risco cardiovascular, sem presumir qual formulação ela usa.

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

Referência: 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2026.

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

Questão 44 · Graves na gestação: suspensão exige seleção e monitorização

Gabarito oficial: D

44) Helena, 24 anos, recebeu diagnóstico de doença de Graves há 3 meses e encontra-se em uso de metimazol 10 mg /dia. Vem à consulta, nesta UBS, muita ansiosa, pois teve notícia que está grávida de 8 semanas. Ao exame apresenta-se com pequeno bócio palpável liso e indolor, tremores finos, mãos frias e úmidas e nenhum sinal de oftalmopatia de Graves. Trouxe exames coletados há 5 dias com os seguintes valores: TSH= 0,1 (0.9-2.2 ng/dL); T4 livre= 1,6 ng/dL (0.9-2.0); T3 livre= 0,4 ng/dL (0,30 a 0,47); TRAb 0,55 UI/L (até 0,55). A melhor conduta neste momento, além de reencaminhá-la ao endocrinologista que solicitou estes exames de controle, será

- A) trocar o metimazol pelo propiltiouracil na proporção de 100 mg para 1 mg de metimazol, podendo mantê-lo até o final da gestação, se necessário.
- B) trocar o metimazol por propiltiouracil e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens devido a ação inibitória do fármaco sobre a conversão de T3 em T4.
- C) aumentar a dose de metimazol para 20 mg /d, pois as imunoglobulinas estimulantes da tireoide tendem a aumentar no transcorrer do período gestacional.
- D) suspender a medicação antitireoidiana, pois considera-se que além dos riscos de teratogenicidade do metimazol, os exames atuais estão compatíveis com o bom controle da doença.
- E) manter o metimazol na dose de 10 mg e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens (esquema de bloqueio-reposição) para manter níveis normais de T4 livre sem prejuízo ao feto.

Comentário OsceLabs

D é a resposta oficial, porém controle laboratorial em uma coleta não basta para suspender antitireoidiano com segurança. A ATA 2026 recomenda considerar retirada após confirmação da gestação, avaliando dose, duração do tratamento, TSH, TRAb e carga clínica. Maior chance de remissão ocorre com dose baixa, função estável por mais de seis meses e anticorpos negativos. Aqui há apenas três meses de tratamento, TSH suprimido e sintomas, exigindo avaliação individual cuidadosa. Se suspenso, controles clínicos e laboratoriais devem ser frequentes, em geral a cada uma a duas semanas no primeiro trimestre. Se tratamento ainda for necessário, PTU é preferido nessa fase; A erra a proporção, pois a conversão aproximada metimazol:PTU é 1:20, não 1:100. B e E propõem bloqueio-reposição, inadequado como rotina gestacional. C aumenta metimazol sem evidência de piora bioquímica. A decisão deve ser articulada rapidamente com endocrinologia e obstetrícia.

Referência: American Thyroid Association 2026 Guidelines for Thyroid Disease in Preconception, Pregnancy, and Postpartum.

Questão 45 · Doença renal no diabetes: filtração e albuminúria orientam encaminhamento

Gabarito oficial: E

45) Sra. Rita, 65 anos, diabética, obesa, em tratamento com metformina 2 g ao dia, vem a consulta solicitando informações. Relata ter ouvido uma entrevista sobre as complicações crônicas do diabetes e ficou preocupada, pois nunca fora orientada a consultar-se com um nefrologista. Seus últimos exames mostraram glicemia 2 horas após o almoço de 165 mg/dL; HA1c de 6,3; ureia de 40 mg/

dl e creatinina de 1,12 mg/dl. Após analisar o caso você informa que o encaminhamento será realizado em caso de

- A) hipertensão arterial resistente ao controle com 2 ou mais drogas antihipertensivas.
- B) desejo de transplante de células beta (ilhotas) com ou sem transplante renal simultâneo.
- C) necessidade de orientação sobre acesso vascular para a hemodiálise ou diálise peritoneal.
- D) inclusão no sistema SUS para recebimento de medicação contínua de inibidores do SGLT-2.
- E) a taxa de filtração glomerular estimada for < 30 mL/min por $1,73$ m² ou a proteinúria se mostrar > 3 g/dia.

Comentário OsceLabs

E contém indicações claras para avaliação nefrológica: filtração estimada abaixo de 30 mL/min/ $1,73$ m² ou proteinúria muito elevada. Esses não são os únicos critérios; progressão rápida, alterações urinárias atípicas, distúrbios eletrolíticos persistentes e risco calculado de falência renal também podem justificar encaminhamento. A define resistência hipertensiva com apenas dois medicamentos, o que é inadequado. B trata de transplante de ilhotas sem relação com o quadro. C descreve um motivo real para cuidado nefrológico, mas tardio e sem critério presente no caso; não se deve esperar chegar ao preparo para diálise. D não torna consulta especializada condição universal para prescrever inibidor de SGLT2. Creatinina isolada aparentemente pouco elevada não exclui doença renal: é preciso calcular filtração e medir relação albumina/creatinina urinária, repetindo alterações para confirmar cronicidade.

Referência: KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.

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

Questão 46 · AVC ao despertar: a imagem pode ampliar a janela de reperfusão

Gabarito oficial: E

46) Paciente sexo masculino, acorda com déficit motor à direita e fala arrastada. Há 5 horas do último momento assintomático conhecido. Realizou tomografia computadorizada de crânio com ausência de hemorragia, e no estudo da perfusão demonstra uma área de penumbra significativa. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar anticoagulação oral imediata.
- B) Apenas suporte clínico e posteriormente investigação da etiologia do AVE.
- C) Craniectomia descompressiva, a fim de reduzir a hipertensão intracraniana.
- D) Não indicar trombólise, pois acima de 4,5 horas sempre está contraindicado.
- E) Considerar trombólise, uma vez que protocolos avançados permitem trombolisar se houver ressonância magnética de crânio com DWI/FLAIR mismatch (restrição da difusão sem alteração no FLAIR) .

Comentário OsceLabs

E é a melhor alternativa. Em pacientes selecionados com início desconhecido ou além de 4,5 horas, incompatibilidade entre difusão e FLAIR na ressonância ou critérios de perfusão podem identificar tecido potencialmente salvável. A diretriz AHA/ASA 2026 admite trombólise em janelas ampliadas sob critérios específicos; estar a cinco horas do último momento bem não é exclusão automática. O enunciado já fornece penumbra significativa na perfusão, mas não informa todos os critérios de elegibilidade. A inicia anticoagulação sem indicação. B e D abandonam uma possibilidade de reperfusão. C pressupõe edema maligno e indicação de descompressão não demonstrados. Deve-se também pesquisar oclusão de grande vaso para avaliar trombectomia, sem atrasar tratamento indicado. A decisão depende de déficit incapacitante, contraindicações, imagem validada e equipe de AVC; penumbra isolada não autoriza trombólise em qualquer paciente.

Referência: AHA/ASA. 2026 Guideline for the Early Management of Acute Ischemic Stroke — recomendações principais.

Questão 47 · IC com fração reduzida: completar os quatro pilares

Gabarito oficial: D

47) Paciente de 65 anos de idade com diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE 28%) secundária a miocardiopatia isquêmica. No momento está em uso de carvedilol 25mg, enalapril 10mg, espironolactona 25mg / dia e uso de diurético de alça conforme a necessidade. Mesmo otimizado clinicamente, permanece sintomático (NYHA 3) e foi recentemente internado por descompensação. Ecocardio transtorácico demonstra dilatação ventricular esquerda, eletrocardiograma um QRS de 112 ms em ritmo sinusal. Função renal estável, creatinina 1,3mg/dl. Considerando evidências e recomendações atuais, a melhor próxima intervenção farmacológica que provavelmente reduzirá hospitalizações e mortalidade deste paciente?

- A) Suspende a espironolactona e iniciar ivabradina.
- B) Avaliar o uso de inotrópico, com infusão ambulatorial crônica para melhora dos sintomas.
- C) Trocar carvedilol por um betabloqueador cardioseletivo (bisoprolol) como primeira medida.
- D) Introduzir inibidor SGLT2 (por exemplo empaglifozina) , e após estabilização clínica avaliar a troca de

IECA por sacubitril/valsartana (ARNI).

E) Realizar a troca de enalapril e espironolactona, e iniciar vasodilatadores que reduzem pré e pós carga como hidralazina e monocordil.

Comentário OsceLabs

D é correta. O paciente ainda não recebe inibidor de SGLT2, que reduz hospitalizações e eventos cardiovasculares na insuficiência cardíaca com fração reduzida, inclusive sem diabetes. Também se deve avaliar troca do IECA por sacubitril/valsartana conforme pressão, função renal e potássio; é necessário intervalo mínimo de 36 horas após suspender IECA. Mantém-se betabloqueador com evidência e antagonista mineralocorticoide quando tolerados. A retira espironolactona sem motivo e introduz ivabradina sem informar frequência cardíaca que sustente indicação. B reserva inotrópico crônico para situações avançadas específicas, não como próxima otimização habitual. C troca entre betabloqueadores eficazes sem resolver a lacuna principal. E remove terapias prognósticas e usa nitrato não equivalente ao esquema validado com dinitrato de isossorbida. QRS de 112 ms não sustenta indicação habitual de ressincronização cardíaca.

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

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

Questão 48 · Fibrilação atrial com edema pulmonar: cardioversão sincronizada

Gabarito oficial: B

48) Paciente dá entrada na sala de emergência referindo dispneia intensa e desconforto torácico. Ao monitorar paciente percebemos PA 160/70, FC 160bpm, FR 32, sat 88%, na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes até terço médio bilateral. Realizado eletrocardiograma, percebemos ausência da onda P e ritmo irregular. Diante do quadro clínico e da interpretação eletrocardiográfica, qual a melhor conduta a ser tomada?

- A) Cardioversão elétrica com 50J no desfibrilador monofásico
- B) Cardioversão elétrica com 200J no desfibrilador monofásico.
- C) Realizar manobra vagal se o paciente não responder infusão de adenosina 6mg EV.
- D) Investigar causas secundárias que possam estar levando ao aumento da frequência cardíaca.
- E) Amiodarona dose de ataque, seguido da dose manutenção 1mg/min nas primeiras 6 horas e 0,5mg/min nas próximas 18h.

Comentário OsceLabs

B é a resposta da prova. Ritmo irregular sem ondas P sugere fibrilação atrial; dispneia intensa, hipoxemia e edema pulmonar representam instabilidade clínica mesmo com pressão arterial elevada. Se a taquiarritmia estiver causando essa deterioração, indica-se cardioversão elétrica sincronizada imediata, com sedação quando viável sem atraso. Os 200 J monofásicos refletem a opção oferecida; equipamentos atuais costumam ser bifásicos, e energia inicial e escalada seguem recomendações e características do aparelho. A usa energia insuficiente para a estratégia apresentada. C trata taquicardias regulares dependentes do nó AV, não FA. D é investigação necessária, mas não deve atrasar estabilização. E pode ser utilizada em contextos selecionados, porém não substitui a cardioversão urgente nesse cenário. Anticoagulação e duração da arritmia devem ser avaliadas assim que possível, sem postergar a intervenção salvadora.

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

Referência: AHA. Part 9: Adult Advanced Life Support. 2025 Guidelines for CPR and ECC.

Questão 49 · Dor torácica sem supra não exclui oclusão coronariana

Gabarito oficial: E

49) Nem sempre quem tem uma artéria coronária ocluída apresenta o supradesnivelamento clássico no ST no ECG. Estudos mostram que cerca de 50-60% dos pacientes com oclusão coronariana aguda (OCA) não se enquadram nos critérios tradicionais de IAM com supra de ST. Isso pode atrasar o diagnóstico de reperfusão e piorar o desfecho clínico. Baseado neste contexto, qual a melhor conduta diante de uma paciente com dor torácica típica e eletrocardiograma sem supra do segmento ST?

- A) Está indicado trombólise química (rt pa) imediata.
- B) Deve ser encaminhado a estratégia invasiva imediata.
- C) Deve ser realizada uma angiotomografia de coronárias a fim de estabelecer o diagnóstico.
- D) Paciente deve ser encaminhado imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva para iniciar droga inotrópica a fim de melhorar perfusão tecidual e estabilização clínica.
- E) Estratificar o risco do paciente, realizar eletrocardiograma seriados, coletar marcadores de necrose miocárdica e procurar ativamente no eletrocardiograma novos padrões que sugiram obstrução coronariana aguda.

Comentário OsceLabs

E é a conduta adequada. ECG seriado, troponina de alta sensibilidade, avaliação clínica e estratificação de risco procuram identificar síndrome coronariana e padrões de oclusão que não satisfazem o critério clássico de supra. Dor persistente, instabilidade, arritmias graves ou sinais de oclusão podem indicar estratégia invasiva imediata; a ausência de supra não torna o caso automaticamente de baixo risco. A indica fibrinólise sem critério. B generaliza cateterismo imediato para todos. C coloca angiotomografia como resposta universal, quando sua utilidade depende da probabilidade e da estabilidade. D prescreve inotrópico sem choque. A porcentagem de 50-60% citada na introdução depende de definições e população estudada e não deve ser tratada como prevalência universal. O ponto clínico é manter suspeita e reavaliar ativamente, em vez de encerrar a investigação com um único ECG.

Referência: AHA/ACC. Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain. 2021.

Referência: ACC. Expert Consensus Decision Pathway on the Evaluation and Disposition of Acute Chest Pain in the Emergency Department. 2022.

Questão 50 · Febre de origem obscura não é qualquer febre sem foco

Gabarito oficial: A

50) Os médicos costumam se referir a qualquer doença febril sem uma etiologia óbvia inicial como Febre de Origem Obscura (FOO) . A maioria das doenças febris melhora antes que um diagnóstico possa ser feito ou que desenvolva características

que possibilitem o diagnóstico. O termo FOO deve ser reservado para doenças febris prolongadas sem uma etiologia estabelecida apesar da avaliação e exames diagnósticos intensivos. Diante do exposto, analise as afirmativas abaixo

I - Na população idosa três diagnósticos possíveis de FOO, arterite de células temporais associada à polimialgia reumática, doença de Still e neoplasia colon retal devem ser consideradas.

II - A febre com sinais de endocardite e hemoculturas negativas representa um problema especial. A endocardite com culturas negativas pode ser causada por bactérias de difícil cultivo, como bactérias nutricionalmente variantes, os microrganismos do grupo HACEK.

III - A febre de origem obscura é definida como febre > 37,8 em pelo menos duas ocasiões, duração de doença maior que 1 semana, presença de imunocomprometimento conhecido, diagnóstico que permanece incerto após anamnese e exame físico detalhados e os seguintes exames obrigatórios: determinação de VHS e proteína C reativa, contagem de plaquetas, contagem total e diferencial de leucócitos, medidas dos níveis de hemoglobina, eletrólitos, creatinina, proteínas totais, fosfatase alcalina, FAN, fator reumatoide, eletroforese de proteínas, parcial de urina com urocultura, hemoculturas , radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal e teste cutâneo com tuberculina ou IGRA teste.

A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.

B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.

C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.

D) As afirmativas I, II e III estão corretas.

E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Comentário OsceLabs

A é a resposta oficial: I e II são aceitas e III está incorreta. Arterite de células gigantes, neoplasias e outras doenças inflamatórias entram no diagnóstico diferencial em idosos; doença de Still é possível, embora menos típica nessa idade. Endocardite com culturas negativas exige revisar antibióticos prévios e agentes de difícil cultivo, incluindo *Coxiella* e *Bartonella*; sistemas modernos detectam HACEK mais facilmente do que métodos antigos. III mistura limiar de temperatura baixo, duração curta e imunossupressão obrigatória, não correspondendo à definição clássica de febre de origem obscura. O conceito clássico utiliza febre repetida em torno de 38,3 °C, duração superior a três semanas e investigação adequada sem diagnóstico; consensos contemporâneos refinam o processo diagnóstico. B e C preservam III, D aceita tudo e E rejeita também as possibilidades reais. A investigação deve ser guiada por pistas clínicas, sem solicitar indiscriminadamente todo exame disponível.

Referência: 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis.

Referência: Recommendations for Updating Fever and Inflammation of Unknown Origin From a Modified Delphi Consensus Panel.

Questão 51 · Câncer de pele: carcinoma basocelular e fatores de risco

Gabarito oficial: E

51) O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o câncer mais comum nos Estados Unidos. A respeito do tema assinale a alternativa correta com V (verdadeiro) ou F (falso).

I) Os carcinomas basocelulares (CBC) são responsáveis por 70 a 80% dos casos, enquanto os carcinomas de células escamosas (CCE) representam 20% dos casos.

II) A maioria dos tumores se desenvolve em áreas da cabeça e do pescoço expostas ao sol. O risco de CCE labial ou oral aumenta com o tabagismo e a semelhança do CCE da orelha, apresenta prognóstico mais sombrio do que aquele observado em outros locais do corpo.

III) O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea que se origina de células basais epiteliais imaturas pluripotentes, que perderam sua capacidade de diferenciação e queratização normais.

IV) A forma nódulo-ulcerativa é mais comum, geralmente única, acomete sobretudo cabeça e pescoço. Caracteriza-se como pápula ou nódulo com aspecto perolado, muitas vezes com telangectasias de padrão característico à dermatoscopia.

A) VFFV.

B) VVFF.

C) FFFF.

D) VVVF.

E) VVVV.

Comentário OsceLabs

E corresponde à sequência V-V-V-V adotada pela banca. Carcinoma basocelular predomina entre os cânceres cutâneos queratinocíticos; exposição solar crônica é importante, e a forma nodular pode ter aspecto perolado, ulceração e telangiectasias. Carcinoma espinocelular em locais como lábio e orelha pode exigir estratificação de risco mais cuidadosa. As proporções variam entre populações e registros, e a formulação sobre origem celular resume um processo biológico mais complexo. A, B, C e D classificam como falsa alguma das afirmações aceitas. Lesão suspeita precisa de avaliação clínica e histológica para definir subtipo e risco; não se escolhe tratamento apenas pelo aspecto perolado. Tamanho, localização, limites, recorrência, imunossupressão e invasão influenciam a decisão. O comentário não equipara carcinoma oral relacionado a tabagismo ao conjunto de todos os carcinomas cutâneos.

Referência: NCI. Skin Cancer Treatment (PDQ), Health Professional Version.

Questão 52 · Trombocitose extrema pode causar sangramento

Gabarito oficial: A

52) A classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) das neoplasias mieloproliferativas (NMPs) crônicas inclui distúrbios, alguns dos quais raros ou pouco caracterizados, mas todos compartilhando uma origem a partir de uma célula hematopoiética, a superprodução de um ou mais elementos do sangue sem displasia importante e uma predileção por hematopoiese extramedular, mielofibrose e transformação, em taxas variadas, em leucemia aguda. Considerando as neoplasias mieloproliferativas sem fenótipo mielocítico (mielofibrose primária, trombocitose essencial e policitemia vera), julgue as alternativas a seguir sobre a correta.

A) Na trombocitose essencial, em contagens de plaquetas muito elevadas, especialmente quando acima de $1.000.000/\text{mm}^3$, existe risco elevado de hemorragia causada por doença de von Willebrand.

B) A policitemia vera é limitada a eritrocitose isolada, por vezes associada a prurido aquagênico, e a presença de trombocitose isolada, leucocitose ou esplenomegalia devem direcionar a investigação a outras neoplasias mieloproliferativas.

C) As três doenças citadas apresentam quadros clínicos extremamente variados entre si, sendo que a policitemia vera, a mais rara das três, tem a sintomatologia mais grave e agressiva, rotineiramente cursando com sintomas constitucionais e esplenomegalia.

D) A trombocitose essencial, que apresenta alta chance de evolução para leucemia mieloide aguda, requer tratamento, na maior parte dos casos envolvendo quimioterapia, exceto em casos de intolerabilidade do paciente, que neste caso deve receber transplante alogênico de medula óssea

E) Paradoxalmente à alcunha de mieloproliferação estabelecida pela OMS, a mielofibrose primária comumente cursa com pancitopenia já em estágio inicial, em decorrência da perda de tecido medular para eritropoese eficaz, associada a sintomas constitucionais como perda ponderal e sudorese noturna.

Comentário OsceLabs

A é correta. Na trombocitemia essencial com plaquetas muito elevadas, pode ocorrer síndrome de von Willebrand adquirida, por redução funcional de multímeros de alto peso molecular, aumentando risco hemorrágico. Portanto, mais plaquetas não significa proteção linear contra sangramento. B erra porque policitemia vera pode produzir leucocitose, trombocitose e esplenomegalia, além da eritrocitose. C caracteriza gravidade e raridade de forma inadequada. D exagera o risco de transformação da trombocitemia essencial e propõe quimioterapia ou transplante como rotina. E coloca pancitopenia como apresentação inicial comum da mielofibrose, ignorando sua heterogeneidade e a evolução da falência medular. O manejo considera risco trombótico, sintomas e sangramento; antes de indicar antiagregação em trombocitose extrema, é importante avaliar a possibilidade de deficiência funcional de von Willebrand. A contagem acima de um milhão, isoladamente, não prediz de modo uniforme sangramento nem determina citoredução: estudo contemporâneo reforça a necessidade de avaliação individual.

Referência: NCI. Myeloproliferative Neoplasms Treatment (PDQ), Health Professional Version.

Referência: ASH/ISTH/NHF/WFH. Diagnosis of von Willebrand disease, 2021

Referência: Risk of bleeding in patients with essential thrombocythemia and extreme thrombocytosis.

Questão 53 · Síndrome da veia cava superior e circulação colateral

Gabarito oficial: B

53) Paciente de 62 anos, tabagista de longa data, apresenta dispneia progressiva, tosse e edema facial que piora em decúbito dorsal. Ao exame, observa-se pletora facial, dilatação de veias cervicais e colaterais torácicas anteriores. A tomografia

computadorizada de tórax mostra massa mediastinal com compressão da veia cava superior. Sobre a síndrome da veia cava superior, assinale a alternativa correta.

- A) O achado mais significativo nas radiografias de tórax é o de derrame pleural, em geral localizado à direita.
- B) Em geral, os pacientes com síndrome de veia cava superior apresentam edema da face e do pescoço e os sintomas são progressivos, mas, em alguns casos, eles podem melhorar com o desenvolvimento de circulação colateral.
- C) Para seu diagnóstico é essencial a realização de exame de imagem - idealmente ressonância magnética de tórax e cervical, entretanto a tomografia de tórax pode ser considerada se impossibilidade de realização daquele exame.
- D) O desenvolvimento de varizes esofágicas, particularmente no contexto de uso de cateter de hemodiálise, deve direcionar a investigação a outras etiologias como síndrome hepatorenal, na qual há deficiência na produção de fatores de coagulação e aumento da pressão portal.
- E) Embora classicamente fosse considerada uma síndrome relacionada a obstrução direta da veia cava superior por neoplasias malignas, hoje sabe-se que existe predominância de etiologias benignas como uso de cateteres de acesso venoso central de longa duração, marca-passos e doenças auto-imunes, particularmente a síndrome de Behçet.

Comentário OsceLabs

B é correta. A obstrução da veia cava superior provoca edema e pletora de face e pescoço, distensão venosa e sintomas que podem piorar em decúbito. A formação de colaterais pode atenuar a repercussão, sobretudo quando a obstrução se instala gradualmente. A escolhe derrame pleural como achado radiográfico principal, em vez de considerar massa mediastinal e alargamento do mediastino. C torna ressonância preferencial obrigatória; tomografia contrastada é amplamente utilizada para definir obstrução, trombo e causa. D ignora que varizes esofágicas proximais podem decorrer da própria obstrução cava. E generaliza predominância de causas benignas, que varia conforme população. Estridor, edema de via aérea, alteração neurológica ou comprometimento hemodinâmico exigem intervenção urgente. Em paciente estável, obter diagnóstico da neoplasia antes de tratamento específico ajuda a escolher a estratégia; stent pode oferecer alívio rápido em situações selecionadas.

Referência: Management of malignant superior vena cava syndrome.

Questão 54 · Síndromes paraneoplásicas: distinguir hormônio e efeito

Gabarito oficial: A

54) As células neoplásicas podem produzir uma variedade de produtos capazes de estimular respostas hormonais, hematológicas, dermatológicas, reumatológicas, renais e neurológicas. Dentre as síndromes paraneoplásicas mais comuns, considere as alternativas a seguir e indique a correta.

A) Trombocitose, eosinofilia e granulocitose são achados frequentes em pacientes neoplásicos e, excluídas causas secundárias como infecções ou parasitoses, não requerem tratamento direto além do direcionado ao câncer.

B) A hipercalcemia humoral do câncer pode cursar com aumento acentuado do cálcio sérico levando a fadiga, alteração do estado mental, desidratação e nefrolitíase - nestes casos observa-se grande aumento do PTH sérico.

C) Em neoplasias malignas onde ocorre produção ectópica de gonadotrofina coriônica humana (hCG) é necessária a ablação completa de órgãos germinativos em homens ou mulheres, devido ao risco de recidiva tumoral futura.

D) Fraqueza, letargia, náuseas, alteração do estado mental e convulsões podem ser sintomas de SIADH associada a neoplasia, no qual o excesso de vasopressina provoca níveis supra fisiológicos de sódio,

chegando a níveis superiores a 150 mEq/L em casos graves.

E) A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são os distúrbios trombóticos mais comuns nos pacientes com câncer e pacientes com diagnóstico neoplásico devem receber quimioprofilaxia contra TEV durante o tratamento, mesmo fora do ambiente hospitalar.

Comentário OsceLabs

A é a melhor alternativa: elevações reativas de plaquetas, eosinófilos ou granulócitos podem acompanhar câncer e frequentemente melhoram com seu tratamento, depois de excluídas outras causas. A frase não dispensa intervenção em contagens extremas ou complicações específicas. B confunde PTH com PTHrP: hipercalcemia humoral maligna costuma suprimir PTH, embora haja exceções raras. C indica retirada de gônadas sem relação obrigatória com produção ectópica de hCG. D inverte o efeito da SIADH, que causa hiponatremia hipotônica, não sódio acima de 150 mEq/L. E propõe profilaxia de tromboembolismo a todo paciente ambulatorial com câncer; ela depende de risco trombótico, tratamento e risco de sangramento. Síndromes como hipercalcemia importante e hiponatremia sintomática exigem manejo próprio urgente, mesmo quando a resolução definitiva depende do controle da neoplasia.

Referência: Treatment of Hypercalcemia of Malignancy in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline.

Referência: American Society of Hematology 2021 guidelines for management of venous thromboembolism: prevention and treatment in patients with cancer.

Questão 55 • Quimioterapia intensiva: vacinas vivas são contraindicadas

Gabarito oficial: A

55) As infecções constituem uma causa comum de morte e uma causa ainda mais comum de morbidade em pacientes que apresentam ampla variedade de neoplasias malignas – a depender do tipo de neoplasia, os óbitos relacionados a infecção podem chegar a 50% dos casos. A evolução da abordagem na prevenção e no tratamento das complicações infecciosas do câncer tem diminuído as taxas de mortalidade associadas às infecções e provavelmente continuará a fazê-lo. Julgue as alternativas a seguir e aponte a correta.

A) Vacinas de vírus vivos (ou de bactérias vivas) não devem ser administradas a pacientes durante a quimioterapia intensiva, devido ao risco de infecção disseminada.

B) Na neutropenia febril em terapia inicial sem foco definido, recomenda-se o uso empírico de vancomicina, reavaliando a manutenção deste tratamento após resultados de culturas.

C) Pacientes com febre e neutropenia devem receber terapia intravenosa com cobertura de amplo espectro contra bactérias gram-negativas e gram-positivas e pseudomonas; o tratamento ambulatorial com antibióticos via oral nesta situação é contraindicado.

D) Os esquemas de antibióticos recomendados empiricamente para o tratamento de pacientes febris nos quais se espera uma neutropenia de longa duração (> 7 dias) incluem cefalosporina de terceira geração, macrolídeo e sulfametoxazol/trimetoprima, frequentemente em associação.

E) Cateteres intravenosos que são usados na quimioterapia estão propensos a causar infecção e representam um problema importante no tratamento destes pacientes; infecções de cateteres são tratadas com antibióticos e é contraindicada a remoção cirúrgica, tanto pela necessidade de via terapêutica para quimioterapia quanto pelo risco de disseminação séptica na manipulação dos mesmos.

Comentário OsceLabs

A está correta. Durante imunossupressão importante por quimioterapia intensiva, vacinas vivas podem causar doença disseminada e devem ser evitadas; o momento de atualização após tratamento depende da recuperação imune e do esquema recebido. B adiciona vancomicina como rotina na neutropenia febril sem foco, embora ela seja reservada a indicações como instabilidade ou suspeita de infecção específica. C proíbe tratamento ambulatorial, que pode ser utilizado em pacientes criteriosamente selecionados de baixo risco. D não descreve o esquema empírico habitual para alto risco, que exige cobertura antipseudomonas adequada. E torna a retirada do cateter proibida, quando ela pode ser necessária conforme agente, persistência e complicações. Neutropenia febril é uma urgência: estratificação de risco não deve atrasar antibiótico inicial nem investigação de sepse. O tipo de neoplasia e a intensidade e duração da neutropenia modificam o plano.

Referência: CDC. Altered Immunocompetence — General Best Practice Guidelines for Immunization.

Referência: IDSA. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer.

Questão 56 • TIH: interromper heparina, mas não iniciar varfarina na fase aguda

Gabarito oficial: E

56) Paciente de 28 anos internado em hospital terciário após fratura de membro inferior após acidente de moto, realizando profilaxia contra trombose com heparina de baixo peso molecular, após cinco dias apresenta plaquetopenia, sem sangramento. Mantido o tratamento, após quatro dias evolui com trombose do membro inferior contralateral à fratura e verifica-se queda de contagem de plaquetas para $32.000/\text{mm}^3$, eritrograma e leucograma sem alterações. O médico assistente observa que o

exame laboratorial prévio ao internamento do paciente era normal. Avalie a alternativa correta perante o caso clínico.

- A) A melhor terapia neste momento seria a de esplenectomia, entretanto apenas após a transfusão de plaquetas devido ao risco de sangramento
- B) É imprescindível a realização o quanto antes de plasmaférese neste caso pois o diagnóstico mais plausível é o de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).
- C) A hipótese mais plausível neste caso é a de púrpura trombocitopênica imune (PTI) e deve-se iniciar imediatamente o tratamento de primeira linha com prednisona 1 mg/kg/dia.
- D) Neste momento, deve-se suspender a heparina (pelo risco de sangramento) e tão logo seja possível a realização de aspirado e biópsia de medula óssea para investigação de leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica.
- E) Trata-se de provável caso de trombocitopenia induzida por heparina (TIH), cuja complicação mais frequente é a de trombose, ainda que com contagens baixas nas plaquetas, e deve-se interromper imediatamente o uso de heparina e sua substituição por anticoagulante alternativo como varfarina.

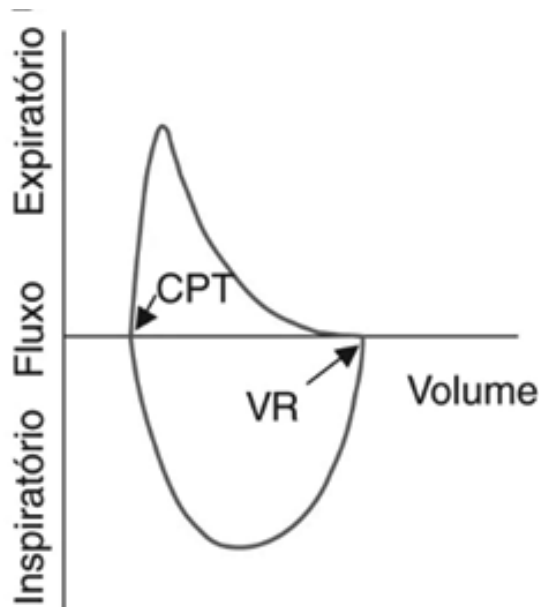
Comentário OsceLabs

E é o gabarito oficial e identifica corretamente a trombocitopenia induzida por heparina, porém termina com uma orientação perigosa se aplicada imediatamente: varfarina não deve ser iniciada enquanto as plaquetas estão baixas na fase aguda. Queda após cinco dias de exposição, seguida de trombose, torna a hipótese forte e exige suspender todas as fontes de heparina e iniciar anticoagulante não heparínico apropriado, selecionado pela estabilidade e função orgânica. A ASH recomenda evitar antagonista de vitamina K antes da recuperação plaquetária, habitualmente ≥ 150 mil/mm³, pelo risco de necrose e gangrena venosa. A propõe esplenectomia sem indicação; B e C não explicam a cronologia e a trombose tão bem quanto TIH; D suspende heparina, mas atrasa o tratamento para investigar medula. O escore 4Ts e testes específicos orientam confirmação, sem deixar de tratar uma suspeita de alta probabilidade enquanto se aguardam resultados.

Referência: American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: heparin-induced thrombocytopenia.

Questão 57 · Questão anulada: asma e grande resposta broncodilatadora**Gabarito oficial: ANULADA**

57) M.R.S, 16 anos, compareceu ao pronto-socorro acompanhado pela mãe, com queixa de tosse persistente e falta de ar, especialmente à noite e durante a prática de exercícios físicos. Os sintomas se iniciaram há cerca de 6 meses e têm se tornado mais frequentes e intensos. A mãe relata que o paciente acorda algumas noites com tosse, o que o impede de ter uma boa noite de sono. O paciente nega tabagismo, febre, dor no peito, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos. Após consulta com a clínica médica foi requisitada uma espirometria com prova broncodilatadora (b.d.) cujo resultado se apresenta abaixo. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.



CPT	100%
CRF	104%
VR	120%
CVF	90%
VEF1	35% pré b.d 75% pós b.d

- A) O uso frequente de β 2-agonistas de curta ação não é associado com aumento da mortalidade.
- B) Alguns diagnósticos diferenciais são a bronquiolite obliterante, a doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística.
- C) Os β 2-Agonistas de longa ação (LABAs) apresentam duração de ação de cerca de 12 horas e são recomendados para uso como monoterapia.
- D) Pacientes com diagnóstico no início da vida adulta deve-se descartar causas secundárias como uso de medicamentos (betabloqueadores, AAS e IECAs).
- E) A sua fisiopatologia evidencia a inflamação crônica das vias aéreas mais comumente de natureza linfocítica, sendo a infiltração mastocitária também frequente.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada e nenhuma alternativa vale como gabarito final. Sintomas variáveis, noturnos e desencadeados por exercício, associados à grande melhora do VEF1, apoiam asma; a interpretação formal exige qualidade do teste e parâmetros completos. A é inadequada porque uso excessivo de broncodilatador de curta ação se associa a risco. C recomenda LABA isolado, que não deve ser usado sem corticoide inalatório na asma. B lista diagnósticos diferenciais possíveis, mas sua relevância depende da idade e da história. D mistura fármacos que podem agravar broncoespasmo com IECA, cuja tosse não equivale necessariamente a asma. E reduz uma inflamação heterogênea a um padrão único. Sem parecer da banca, não se afirma qual desses problemas motivou a anulação. Para estudo, a mensagem é confirmar variabilidade do fluxo e instituir tratamento que contenha corticoide inalatório, com revisão de técnica, adesão e fatores desencadeantes.

Referência: GINA. Summary Guide for Asthma Management and Prevention. 2026.

Questão 58 · Hipoventilação por obesidade precisa de hipercapnia diurna

Gabarito oficial: D

58) J.S.A., 45 anos, técnico em informática, comparece à consulta com queixas de sonolência diurna excessiva, ansiedade e cefaleia cedo pela manhã. A esposa relata que ele ronca alto e tem episódios frequentes de pausas respiratórias durante o sono, seguidos por “engasgos” ou pequenos despertares. O paciente nega dor torácica, febre ou tosse. Os sintomas têm se intensificado nos últimos dois anos. Ele refere que costumava fazer pequenas caminhadas, mas agora se cansa com facilidade, mesmo em atividades leves como subir um lance de escadas ou caminhar no plano por poucos metros. Ele atribui a falta de ar ao “sedentarismo” e ao aumento de peso, que tem sido constante na última década. Ao exame físico apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 47,4 kg/m², frequência cardíaca: 95 bpm. Frequência respiratória: 20 cpm. Saturação de O₂: 89% em ar ambiente. Pressão arterial: 145/90 mmHg. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.

- A) No indivíduo sadio, o nível arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) é mantido entre 27 e 33 mmHg ao nível do mar. Todos os distúrbios de ventilação resultam em alteração nas medições da PaCO₂.
- B) Na síndrome de hipoventilação por obesidade a carga da parede torácica é menor do que a força dos músculos ventilatórios, resultando em uma troca anormal de gases após input neural ser transmitido às bombas musculares da respiração.
- C) A ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) noturna tem sido usada com sucesso no tratamento da hipoventilação e das apneias obstrutivas, porém sem sucesso nas hipoventilações de origem central.
- D) O diagnóstico mais possível é de síndrome de hi-

poventilação por obesidade uma vez que o paciente possui IMC > 30 kg/m², sintomas de hipoventilação crônica e evidência de distúrbio respiratório relacionado ao sono.

E) As doenças que reduzem a ventilação-minuto ou aumentam o espaço morto podem ser classificadas em quatro categorias principais: doença do parênquima pulmonar e da parede torácica, distúrbio respiratório do sono, doença neuromuscular e cor pulmonale.

Comentário OsceLabs

D é a hipótese mais provável, mas falta um dado necessário à confirmação: PaCO₂ diurna de pelo menos 45 mmHg, após excluir outras causas de hipoventilação. Obesidade importante, apneias observadas, sonolência, cefaleia matinal e hipoxemia tornam indicada a investigação com gasometria e avaliação do sono. A usa valores de PaCO₂ abaixo do intervalo usual, em torno de 35–45 mmHg. B inverte a relação mecânica, pois a carga respiratória aumentada contribui para ventilação inadequada. C nega indevidamente benefício de suporte ventilatório em hipoventilações centrais selecionadas. E oferece classificação inadequada e inclui cor pulmonale, que pode ser consequência. O tratamento envolve pressão positiva escolhida pelo padrão de distúrbio do sono, perda ponderal e acompanhamento. Oxigênio isolado não corrige hipoventilação e pode agravar retenção de CO₂, devendo ser usado com avaliação apropriada.

Referência: Evaluation and Management of Obesity Hypoventilation Syndrome. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline.

Questão 59 · Hipoxemia após transfusão: considerar TRALI e distinguir sobrecarga

Gabarito oficial: B

59) M.A.C., 68 anos, foi admitida na UTI devido a uma hemorragia digestiva alta grave, secundária a uma úlcera gástrica. Seu quadro inicial evoluiu para choque hipovolêmico, exigindo múltiplas transfusões de concentrado de hemácias, nas 4 horas seguintes ao final da última transfusão, a paciente desenvolveu dispneia progressiva e taquipneia. A ausculta pulmonar revelou estertores finos bilaterais, e a saturação de oxigênio caiu para 88% em ar ambiente. Ao exame físico a pressão arterial permaneceu estável, e não havia sinais de sobrecarga hídrica e nem febre. Os exames complementares mostraram uma relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ (P/F): 110 e radiografia de tórax abaixo.

Em relação ao diagnóstico assinale a alternativa correta.



A) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica deve-se optar por ventilações com alto volume corrente por quilo para se obter uma melhora da sobrevida.

B) Embora muitas doenças clínicas e cirúrgicas estejam associadas ao desenvolvimento de SARA, a maioria dos casos (> 80%) é causada por pneumonia e sepse (cerca de 40 a 60%).

C) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica, não haveria benefício em mantê-la em posição prona uma vez que melhora a oxigenação arterial sem benefício na mortalidade.

D) Pacientes com SARA devem ser manejados evitando a restrição hídrica uma vez que a diminuição do enchimento atrial esquerdo é associado com maior mortalidade por hipoperfusão renal.

E) Trata-se de uma SARA (síndrome da angústia res-

piratória aguda) grave por lesão pulmonar direta ocasionado pelo aumento de volume circulante gerado pelas múltiplas transfusões de sangue.

Comentário OsceLabs

B é o gabarito, por reconhecer pneumonia e sepse como causas frequentes de SDRA, mas sua redação percentual é confusa e não deve ser memorizada como regra universal. Neste caso, o início até quatro horas após transfusão, sem sinais claros de sobrecarga, levanta suspeita de TRALI, que exige avaliação e notificação à hemoterapia. TACO e outras causas também precisam ser excluídos. A recomenda alto volume corrente, contrário à ventilação protetora. C nega benefício de prona em SDRA apropriada, e D rejeita estratégia hídrica conservadora após estabilização do choque. E confunde lesão inflamatória com sobrecarga hidrostática e chama de grave uma relação P/F de 110: pelo critério de Berlim, esse valor se situa na faixa moderada se os demais requisitos, incluindo PEEP, forem atendidos. A radiografia original é preservada para correlação, mas não define sozinha mecanismo e gravidade.

Referência: [A consensus redefinition of transfusion-related acute lung injury.](#)

Referência: [An Update on Management of Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline.](#)

Questão 60 • Sepse na neutropenia: antibiótico imediato e suporte circulatório

Gabarito oficial: C

60) C.F.A., 58 anos foi admitida no pronto socorro por hipotensão e sensação de lipotimia. A sintomatologia iniciou-se há aproximadamente 12 horas, de forma insidiosa, mas com rápida progressão. A paciente relatou, inicialmente, uma sensação de calafrios intensos. Paciente nega náuseas, vômitos ou exteriorização de sangramento. A equipe de enfermagem percebeu que a paciente estava confusa, respondendo lentamente às perguntas e parecendo desorientada. A paciente está em vigência de quimioterapia para câncer de ovário metastático sendo seu último ciclo há 10 dias. Ela não faz uso de uso de cateter central. Ao exame físico pressão arterial 85/40 mmHg, frequência cardíaca 125 bpm, frequência respiratória 26 cpm, temperatura 38 °C. O hemograma apresenta contagem de neutrófilos de 200/mm³. Em relação ao diagnóstico acima marque a alternativa correta.

- A) Há quatro principais processos que levam à redução no transporte de oxigênio e à hipoxia celular, sendo esses os quatro principais tipos de choque: distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e hemorrágico.
- B) Após adequada reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas) a paciente manteve hipotensão necessitando de suporte de vasopressores. Assim, a hipótese mais provável é de choque hipovolêmico.
- C) A taquicardia observada na paciente é uma resposta secundária a hipotensão na tentativa de manter o transporte do oxigênio. Como esclarece a equação: DO_2 (determinantes do transporte de oxigênio) = $(FC \text{ (frequência cardíaca)} \times VS \text{ (volume sistólico)}) \times CaO_2$ (conteúdo arterial de oxigênio).
- D) Com o objetivo de aumentar a resistência vascular periférica, caso se comprove o choque da paciente, deve-se iniciar um vasopressor sendo a dopamina o agente de primeira escolha.
- E) Os antibióticos intravenosos devem ser iniciados assim que possível (dentro de 2 horas); especificamente com esquema de amplo espectro como cefepima 2 gramas a cada 8/8 horas.

Comentário OsceLabs

C expressa corretamente que transporte de oxigênio depende de débito cardíaco e conteúdo arterial: $DO_2 = \text{frequência cardíaca} \times \text{volume sistólico} \times CaO_2$, com atenção às unidades. Taquicardia pode ser compensatória, sem garantir perfusão adequada. O quadro sugere sepse de alto risco em neutropenia profunda, com necessidade de ressuscitação imediata. A omite choque obstrutivo e duplica hipovolemia ao listar hemorrágico separadamente. B classifica como hipovolêmico um cenário infeccioso com vasoplegia; a definição formal de choque séptico também considera lactato e necessidade de vasopressor após volume adequado. D escolhe dopamina, quando noradrenalina é a primeira opção habitual. E admite atraso de duas horas: em suspeita de choque séptico, antimicrobianos devem ser administrados imediatamente, idealmente em até uma hora. Cefepima é uma opção antipseudomonas em contextos adequados, ajustada ao risco de resistência e à função renal.

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

Referência: IDSA. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer.

Questão 61 · Lesão renal aguda no pós-operatório: procurar a causa

Gabarito oficial: C

61) Paciente submetido a prostatectomia radical com acesso videolaparoscópico devido a câncer de próstata. Cirurgia transcorre sem sangramento e sem lesões de estruturas adjacentes. Nas primeiras 6 horas de pós-operatório, paciente urinou 200ml (peso do paciente 100kg) e sua creatinina sérica subiu para 2mg/dl (há 2 dias, sua creatinina sérica era 1,4mg/dl).

Diante desse cenário, qual conduta mais apropriada?

A) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, não sendo necessários quaisquer tratamen-

tos adicionais.

B) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado realizar prova de volume independente da etiologia do evento.

C) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado avaliar se há alteração hidroeletrólítica e buscar a causa incitadora.

D) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo necessário realizar terapia de substituição renal para evitar complicações metabólicas.

E) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, sendo necessário tratamento paliativo baseado em hidratação endovenosa.

Comentário OsceLabs

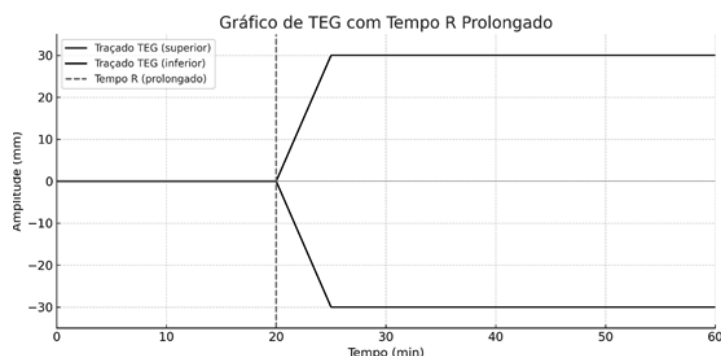
C é correta. A creatinina aumentou 0,6 mg/dL em até 48 horas, ultrapassando o critério de elevação de 0,3 mg/dL; a diurese foi aproximadamente 0,33 mL/kg/h por seis horas, também compatível com lesão renal aguda. É necessário avaliar potássio, equilíbrio ácido-base, volume circulante, medicamentos, infecção e obstrução, inclusive permeabilidade da sonda após cirurgia urológica. A e E normalizam uma alteração que exige investigação. B indica volume independentemente da causa, podendo piorar congestão em paciente não hipovolêmico. D antecipa diálise sem complicação que a justifique. A indicação de terapia substitutiva depende de repercussões como hipercalemia, acidose ou sobrecarga refratárias, e não apenas de creatinina de 2 mg/dL. A tendência da função renal e da diurese deve ser acompanhada após correção de fatores reversíveis.

Referência: NICE NG148. Acute kidney injury: prevention, detection and management.

Questão 62 · TEG: tempo R prolongado com sangramento ativo

Gabarito oficial: A

62) Paciente de 58 anos, com cirrose hepática por hepatite C, é submetido a transplante hepático ortotópico. Durante o intraoperatório, apresenta sangramento difuso, e os exames laboratoriais convencionais (TAP/RNI e TTP) mostram prolongamento moderado dos tempos, sem clara correlação com a gravidade do sangramento. O anestesista solicita uma tromboelastografia (TEG), que revela: tempo R prolongado, tempo K normal, ângulo α normal, amplitude máxima normal e LY30 < 1%.



Com base nesses achados, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Administração de plasma fresco congelado (PFC), pois o tempo R prolongado sugere deficiência de fatores de coagulação da fase inicial.
- B) Transfusão de plaquetas, pois a amplitude máxima representa a agregação plaquetária, e o sangramento indica trombocitopenia funcional.
- C) Nenhuma conduta específica, pois o TEG está normal e o sangramento deve ser contido com ligaduras vasculares cirúrgicas.
- D) Início de antifibrinolítico (ácido tranexâmico), pois o LY30 está aumentado, indicando lise precoce do coágulo.
- E) Administração de crioprecipitado, pois o tempo K está alterado, indicando deficiência de fibrinogênio.

Comentário OsceLabs

A é a resposta adequada ao padrão descrito. O tempo R representa o início da formação do coágulo; seu prolongamento, em paciente que sangra, sugere deficiência ou inibição de fatores de coagulação e pode orientar reposição com plasma dentro do protocolo de transplante. Antes de atribuir o resultado apenas a deficiência, consideram-se heparina, temperatura, cálcio e aspectos técnicos. Amplitude máxima normal não sustenta transfusão de plaquetas como em B. O traçado não é normal, refutando C. LY30 abaixo de 1% não demonstra hiperfibrinólise para justificar D. K e ângulo normais não apontam a alteração de fibrinogênio alegada em E. Na cirrose, INR prolongado isoladamente não mede bem o equilíbrio hemostático nem indica plasma profilático; aqui há sangramento ativo e uma alteração funcional que precisa ser interpretada junto à situação operatória e à resposta ao tratamento.

Referência: Wang SC, Shieh JF, Chang KY, Chu YC, Liu CS, Loong CC, Chan KH, Mandell S, Tsou MY.. Thromboelastography-guided transfusion decreases intraoperative blood transfusion during orthotopic liver transplantation: randomized clinical trial. 2010.

Referência: ISTH SSC. The concept of rebalanced hemostasis in patients with liver disease. 2021.

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

Questão 63 · Transfusão restritiva em paciente estável

Gabarito oficial: A

63) Paciente de 71 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético, foi submetido a retossigmoidectomia por adenocarcinoma de cólon. No 1º dia

de pós-operatório, está em uso de dieta zero, sem sangramento ativo aparente, pressão arterial de 118/76 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, sem dor torácica ou dispneia. A hemoglobina caiu de 10,1 g/dℓ no pré-operatório para 7,3 g/dℓ. Encontra-se lúcido, orientado e clinicamente estável. Qual a conduta mais adequada em relação à transfusão de concentrado de hemácias (CH)?

- A) Não transfundir, pois o paciente está hemodinamicamente estável e o valor de hemoglobina ainda está acima do limite recomendado para transfusão.
- B) Indicar transfusão apenas se houver sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica, independentemente do valor de hemoglobina.
- C) Transfundir 1 unidade de CH, pois o valor de hemoglobina está abaixo de 8 g/dℓ em um paciente cirúrgico.
- D) Transfundir 2 unidades de CH devido à queda significativa da hemoglobina no pós-operatório.
- E) Iniciar transfusão profilática devido à idade do paciente e presença de comorbidades.

Comentário OsceLabs

A é a melhor alternativa. Em adulto hospitalizado estável, sem sangramento ativo ou isquemia, a AABB recomenda em geral considerar transfusão abaixo de 7 g/dL, associando o valor ao contexto clínico. Hemoglobina de 7,3 g/dL não exige transfusão automática. Hipertensão e diabetes não equivalem, por si sós, a doença cardiovascular estabelecida que leve à escolha de limiar diferente. B exclui indevidamente transfusão em anemia muito acentuada na ausência daqueles sinais. C aplica limite de 8 g/dL a todo paciente cirúrgico; esse limiar pode ser apropriado em grupos específicos, não universalmente. D e E prescrevem unidades por queda laboratorial ou idade sem avaliação de benefício. Deve-se investigar a causa da redução, monitorizar tendência e perdas e corrigir deficiências quando presentes. Se houver indicação, transfundir uma unidade e reavaliar pode evitar exposição desnecessária.

Referência: Red Blood Cell Transfusion: 2023 AABB International Guidelines.

Questão 64 · Glicemia na UTI: evitar tanto hiperglicemia quanto hipoglicemia

Gabarito oficial: D

64) Paciente de 65 anos, pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, está internado em UTI com sepse e necessidade de ventilação mecânica. Durante a internação, apresenta hiperglicemia persistente com glicemia capilar entre 200 e 250 mg/dL. A equipe avalia a melhor estratégia para controle glicêmico.

Considerando as evidências atuais sobre controle da glicose em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- A) A hiperglicemia em pacientes críticos protege contra infecções e disfunção orgânica.
- B) Hipoglicemia grave em pacientes internados em UTI é rara e geralmente sem consequências neurológicas.
- C) A hiperglicemia de estresse em pacientes graves é benigna e não está associada a piora do prognóstico.
- D) O controle glicêmico ideal em pacientes críticos atualmente recomendado é manter a glicemia entre 140 e 180 mg/dL.
- E) O controle rígido da glicemia, mantendo níveis entre 80 e 110 mg/dL, reduz a mortalidade em pacientes criticamente enfermos.

Comentário OsceLabs

D é correta. Para a maioria dos pacientes críticos que necessitam de tratamento, utiliza-se alvo em torno de 140–180 mg/dL, ajustado ao contexto. Hiperglicemia persistente acima de 180 mg/dL geralmente indica início ou intensificação de insulina, com protocolo e monitorização para evitar hipoglicemia. A e C classificam hiperglicemia de estresse como protetora ou benigna, apesar de sua associação com piores desfechos. B minimiza as consequências neurológicas e sistêmicas da hipoglicemia. E propõe controle intensivo de 80–110 mg/dL, que não trouxe benefício universal e aumentou dano em grandes estudos de terapia intensiva. Alimentação, uso de corticoide, função renal e interrupção de infusões mudam rapidamente a necessidade de insulina. A segurança depende de acompanhar essas mudanças, e não apenas de prescrever uma dose fixa.

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

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

Questão 65 · Lesão suspeita de melanoma: biópsia completa e margem estreita

Gabarito oficial: E

65) Paciente masculino, 42 anos, apresenta lesão pigmentada na face dorsal do antebraço direito, referindo que há cerca de 8 meses percebeu aumento progressivo do tamanho e surgimento de áreas mais escuras. Ao exame, observa-se lesão de aproximadamente 7 mm, assimétrica, com bordas irregulares, variação de coloração e aspecto nodular em um dos polos.

Considerando os critérios clínicos e as indicações para biópsia de lesões cutâneas pigmentadas, a conduta inicial mais adequada é

- A) proceder biópsia por raspagem (shaving) para evitar cicatriz inestética.
- B) realizar biópsia incisional com punch de 2 mm na borda menos pigmentada da lesão.
- C) observar a evolução da lesão por três meses antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico.
- D) indicar ressecção ampla com margens oncológicas definitivas, dispensando biópsia diagnóstica prévia.
- E) realizar biópsia excisional com margens estreitas, incluindo toda a lesão e estendendo a profundidade até a gordura subcutânea.

Comentário OsceLabs

E é a melhor conduta inicial. Assimetria, bordas irregulares, variação de cor e evolução levantam suspeita de melanoma. Quando tecnicamente possível, a biópsia excisional com margem estreita e profundidade adequada permite medir Breslow e avaliar ulceração sem comprometer o estadiamento. A propõe raspagem superficial por estética, que pode transeccionar a lesão e prejudicar a medida; técnicas de saucerização profunda têm indicações próprias e não equivalem a raspar superficialmente. B escolhe amostra pequena e pouco representativa. C atrasa investigação de lesão em evolução. D realiza margem definitiva antes da informação histológica necessária. A ampliação posterior depende da espessura e das características do tumor, e a pesquisa de linfonodo sentinela é discutida conforme risco. Fotografias e dermatoscopia ajudam na documentação, mas não substituem histologia quando a lesão é suspeita.

Referência: NCI. Melanoma Treatment (PDQ), Health Professional Version.

Questão 66 · Falência de múltiplos órgãos: alinhar objetivos de cuidado

Gabarito oficial: A

66) Homem, 68 anos, foi submetido à colectomia total por megacólon tóxico. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica, terapia com drogas vasoativas e hemodiálise. Apesar de suporte intensivo, apresenta piora progressiva, com elevação na pontuação SOFA e sinais de falência hepática aguda. Diante desse cenário, a conduta mais adequada é

- A) discutir com a família sobre o prognóstico, objetivos de cuidado e possibilidade de limitar medidas fúteis, envolvendo equipe de cuidados paliativos e comitê de ética.
- B) suspender todas as medidas de suporte e iniciar sedação profunda, sem comunicação prévia com a família, para evitar prolongar sofrimento.
- C) prosseguir com todas as medidas invasivas disponíveis, independentemente do prognóstico, para evitar acusação de omissão de tratamento.
- D) transferir o paciente para outro serviço com maior disponibilidade tecnológica, sem discutir a situação clínica atual.
- E) iniciar imediatamente suporte hepático extracorpóreo, mesmo sem evidência de benefício para este perfil de paciente.

Comentário OsceLabs

A é correta. Deterioração apesar de suporte exige comunicação clara sobre prognóstico, incertezas, valores e possibilidades de recuperação. A decisão compartilhada pode incluir limitar intervenções desproporcionais e intensificar alívio de sintomas, com equipe paliativa e apoio ético quando necessário. O comitê não é requisito para iniciar conversa nem deve atrasar conforto. B suspende cuidados e impõe sedação sem comunicação; sedação paliativa tem indicação e proporcionalidade próprias. C confunde obrigação de cuidar com obrigação de oferecer toda tecnologia. D transfere sem enfrentar a decisão clínica e os objetivos. E propõe suporte extracorpóreo sem benefício estabelecido para o caso. A pontuação SOFA ajuda a avaliar evolução, mas não determina sozinha uma decisão de fim de vida. Tratar causas reversíveis, reconhecer limites e manter cuidado ativo devem integrar o mesmo plano.

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

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

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

Questão 67 · Traqueostomia precoce: decisão individual, benefício não garantido

Gabarito oficial: E

67) Paciente masculino, 56 anos, vítima de politrauma, encontra-se em ventilação mecânica na UTI há 5 dias. Apresenta Glasgow 8, múltiplas fraturas costais e contusão pulmonar bilateral. A equipe prevê necessidade de ventilação mecânica por, no mínimo, 14 dias.

Considerando as evidências atuais sobre traqueostomia em pacientes críticos, qual a conduta mais adequada?

- A) Optar pela traqueostomia somente se houver falha na extubação após o 14º dia de ventilação mecânica.
- B) Indicar traqueostomia percutânea precoce apenas se houver evidência de infecção de vias aéreas superiores.
- C) Realizar traqueostomia apenas no centro cirúrgico, visto que a percutânea apresenta maior risco de complicações graves.
- D) Manter intubação orotraqueal até o 14º dia, pois não há benefício comprovado na realização precoce de traqueostomia.

E) Indicar traqueostomia precoce (até 7 dias), pois há evidência de redução de tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI, mesmo sem impacto consistente na mortalidade.

Comentário OsceLabs

E é a resposta oficial e pode ser uma opção em trauma com previsão consistente de ventilação prolongada, mas sua formulação é mais categórica do que a evidência permite. Estudos mostram resultados heterogêneos para tempo de ventilação e permanência; o TracMan não demonstrou melhora de mortalidade nem de permanência em UTI com traqueostomia muito precoce na população geral estudada. Prever duração da ventilação também é impreciso. A e D impõem espera fixa até o 14º dia, sem considerar necessidades individuais. B limita a indicação a infecção de vias superiores sem fundamento. C proíbe técnica percutânea, que pode ser segura com seleção e equipe treinada. Devem-se considerar proteção da via aérea, evolução neurológica, secreções, anatomia, coagulação e metas de cuidado. O benefício possível é facilitar manejo e reduzir sedação em alguns pacientes, sem prometer ganho de sobrevida ou redução obrigatória da internação.

Referência: [Effect of early vs late tracheostomy placement on survival in patients receiving mechanical ventilation: the TracMan randomized trial.](#)

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

Questão 68 · Fragilidade modifica o planejamento, não decide sozinha a cirurgia

Gabarito oficial: D

68) Paciente feminina, 84 anos, apresenta massa renal esquerda de 14 cm, sugestiva de carcinoma de células claras, sem metástases à distância. É hipertensa controlada, perdeu 5 kg nos últimos 4 meses, refere fadiga e marcha lenta. Necessita de ajuda parcial nas atividades instrumentais de vida diária. No teste de levantar-se da cadeira 5 vezes, levou 18 segundos. Considerando o impacto da fragilidade sobre resultados cirúrgicos, qual das alternativas descreve a conduta mais adequada?

- A) Indicar nefrectomia radical sem demora, pois a doença ameaça a sobrevida e a idade não contraindica cirurgia.
- B) Iniciar quimioterapia sistêmica antes da cirurgia, pois carcinoma renal localizado apresenta boa resposta inicial.
- C) Adiar a cirurgia e optar por tratamento clínico, pois a fragilidade representa risco muito elevado para o procedimento.
- D) Realizar avaliação geriátrica ampla e medir fragilidade com instrumento validado, otimizando a paciente antes da decisão.
- E) Solicitar avaliação cardiológica como principal medida, pois o risco cardiovascular é o fator mais relevante no idoso.

Comentário OsceLabs

D é correta. Perda de peso, fadiga, marcha lenta e dependência instrumental sugerem vulnerabilidade e justificam avaliação geriátrica ampla com instrumento validado de fragilidade. O teste de levantar da cadeira alterado indica desempenho reduzido, mas não define sozinho toda a síndrome. A avaliação inclui cognição, nutrição, funcionalidade, comorbidades, medicamentos e apoio social, permitindo estimar risco e otimizar fatores reversíveis. A indica cirurgia sem essa análise. B propõe quimioterapia como rotina para carcinoma renal localizado, o que não corresponde ao manejo habitual. C transforma fragilidade em contraindicação automática, retirando a possibilidade de benefício. E restringe risco a cardiologia. A decisão final equilibra risco oncológico de uma massa grande, expectativa e qualidade de vida, alternativas e preferência da paciente, em discussão multidisciplinar.

Referência: Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis.

Referência: CPOC/BGS. Guideline for Perioperative Care for People Living with Frailty. 2021.

Questão 69 · Pólipo vesicular de 11 mm: critério europeu para colecistectomia

Gabarito oficial: D

69) Durante avaliação de rotina, uma mulher de 63 anos, assintomática, realiza ultrassonografia abdominal que identifica imagem polipoide única na vesícula biliar, medindo 11 mm, sem sinais de colelitíase. A paciente não apresenta colangite esclerosante primária ou história familiar de câncer de vesícula. Exames laboratoriais estão normais. Com base nos critérios atuais, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico e acompanhar clinicamente.
- B) Repetir a ultrassonografia abdominal em 6 meses para avaliar crescimento da lesão.
- C) Realizar ressonância magnética das vias biliares para melhor caracterização do pólipo.
- D) Indicar colecistectomia laparoscópica eletiva devido ao risco aumentado de malignidade.
- E) Observar anualmente com exames de imagem, pois pólipos < 2 cm não exigem intervenção.

Comentário OsceLabs

D corresponde à diretriz conjunta europeia ESGAR/EAES/EFISDS/ESGE: lesões polipoides de 10 mm ou mais justificam colecistectomia se o paciente estiver apto e aceitar o procedimento. A idade acima de 60 anos também participa da estratificação de risco. A propõe ácido ursodesoxicólico, sem papel estabelecido para resolver um pólipo suspeito. B e E escolhem acompanhamento simples usando limites inadequados para esse referencial. C pode ajudar em casos selecionados de dúvida, mas não é obrigatória antes da conduta descrita. É importante confirmar que se trata de pólipo verdadeiro, tamanho e morfologia, pois existem pseudopólipos e variação de medida. Recomendações radiológicas de outras sociedades usam categorias morfológicas e limiares diferentes; portanto, 10 mm não deve ser ensinado como regra universal independente da diretriz e da avaliação clínica.

Referência: Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE.

Questão 70 · IPMN com nódulo de 6 mm e ducto de 12 mm

Gabarito oficial: A

70) Um homem de 66 anos, previamente hígido, é submetido a uma ressonância magnética abdominal após queixa de desconforto epigástrico inespecífico. O exame revela cisto pancreático único, medindo 3,8 cm, localizado na cabeça do pâncreas, com nódulo mural realçado medindo 6 mm e

dilatação do ducto pancreático principal com 1,2 cm de diâmetro. Não há icterícia clínica, linfadenopatia ou elevação de marcadores tumorais.

Com base nos critérios atuais de estratificação de risco para neoplasia intraductal mucinosa papilífera (NIMP), qual é a conduta mais apropriada?

- A) Indicação de ressecção cirúrgica devido à presença de características de alto risco.
- B) Punção guiada por ecoendoscopia para dosagem de amilase e CEA no líquido cístico.
- C) Abstenção de conduta, pois se trata de um achado incidental em paciente assintomático.
- D) Seguimento clínico e radiológico anual, devido ao baixo risco de transformação maligna.
- E) Observação com nova ressonância magnética em 6 meses, apenas se houver crescimento do cisto.

Comentário OsceLabs

A é correta. Nódulo mural com realce de pelo menos 5 mm e ducto pancreático principal de pelo menos 10 mm são características de alto risco nas diretrizes de Kyoto. O caso apresenta ambos, mesmo sem icterícia ou elevação de marcador tumoral, justificando avaliação para ressecção em paciente com condições operatórias. B coloca análise do líquido como passo obrigatório, quando ela pode não alterar uma indicação já sustentada por sinais de alto risco; ecoendoscopia ainda pode contribuir ao planejamento conforme discussão especializada. C, D e E subestimam os achados e atrasam a abordagem. O tamanho de 3,8 cm acrescenta preocupação, mas não é o único nem o principal critério decisivo aqui. A decisão deve integrar confirmação por imagem, expectativa de vida, risco cirúrgico e experiência da equipe pancreática.

Referência: International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas.

Referência: European Study Group. Evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms, 2018.

Questão 71 • Colelitíase sintomática: tratamento definitivo é colecistectomia

Gabarito oficial: E

71) Homem 45 anos, IMC 29, crises de dor no hipocôndrio direito após refeições gordurosas. US: múltiplos cálculos < 1 cm, espessura da parede da vesícula de 3 mm, sem coleções. Em sua análise qual a melhor conduta definitiva?

- A) Aguardar complicação.
- B) Litotripsia extracorpórea.
- C) Dissolução medicamentosa.
- D) Dieta pobre em gordura 12 meses.
- E) Colecistectomia videolaparoscópica.

Comentário OsceLabs

E é a melhor resposta. Crises recorrentes típicas com cálculos confirmados caracterizam colelitíase sintomática, para a qual colecistectomia videolaparoscópica oferece tratamento definitivo quando há condições operatórias. A ausência de espessamento importante, coleções ou sinais sistêmicos afasta a necessidade de assumir colecistite aguda no enunciado. A espera uma complicação evitável. B e C têm aplicação muito limitada e não são a estratégia definitiva habitual para múltiplos cálculos sintomáticos. D pode reduzir episódios ao modificar a alimentação, mas não elimina os cálculos nem o risco de complicações. Antes do procedimento, avaliam-se sinais de coledocolitíase, função hepática e risco anestésico conforme apresentação. Dor atípica exige cautela, pois cálculos incidentais nem sempre explicam todos os sintomas; aqui o padrão pós-prandial é compatível.

Referência: EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones.

Questão 72 · Apendicite confirmada: laparoscopia terapêutica

Gabarito oficial: D

72) Mulher 24 anos, dor em fossa ilíaca direita há 12 h, Temperatura 38 °C, leucócitos 14 000. US: apêndice 9 mm de diâmetro, não compressível. Escolha o melhor tratamento?

- A) Colonoscopia.
- B) Antibiótico ambulatorial.
- C) Laparoscopia diagnóstica.
- D) Apendicectomia videolaparoscópica.
- E) Tomografia de abdome antes de indicar cirurgia.

Comentário OsceLabs

D é a melhor alternativa. História, febre, leucocitose e ultrassom com apêndice aumentado e não compressível sustentam apendicite aguda. Em paciente apta, apendicectomia videolaparoscópica é uma estratégia definitiva apropriada. A não tem indicação nessa emergência. B reduz o tratamento a antibiótico ambulatorial sem seleção para estratégia não operatória nem discussão de riscos; antibióticos podem ser opção em alguns casos não complicados criteriosamente selecionados, mas isso não torna a alternativa adequada como está redigida. C chama o procedimento de apenas diagnóstico apesar da confirmação já disponível. E exige tomografia antes de operar, que não é obrigatória quando a avaliação é convincente. Deve-se avaliar gestação quando pertinente, administrar antibiótico perioperatório e procurar sinais de perfuração ou peritonite, que modificam o plano e o seguimento.

Referência: [Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis: 2025 Edition of the World Society of Emergency Surgery Jerusalem Guidelines.](#)

Questão 73 · Parkland: $4 \text{ mL} \times \text{peso} \times \text{superfície queimada}$

Gabarito oficial: C

73) Homem 70 kg, queimadura térmica de 30 % de superfície corporal queimada (SCQ). Nestes casos a reposição de volume de cristalóide nas primeiras 24 h é, segundo a fórmula de Parkland?

- A) $2 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- B) $3 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- C) $4 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- D) $5 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- E) $6 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.

Comentário OsceLabs

C responde exatamente à fórmula pedida. Para 70 kg e 30% de superfície queimada, Parkland estima $4 \times 70 \times 30 = 8.400 \text{ mL}$ de cristalóide nas primeiras 24 horas, usualmente Ringer lactato. Metade é prevista nas primeiras oito horas contadas desde a queimadura e o restante nas 16 horas seguintes, ajustando-se ao que já foi administrado e à resposta. A descreve um volume inicial menor usado em estratégias atuais, mas não a fórmula clássica de Parkland. B, D e E também não são seu coeficiente. Diretrizes recentes de ressuscitação em queimados adultos podem recomendar iniciar com $2 \text{ mL/kg/\%}$ para reduzir excesso de fluidos; por isso, o resultado de prova não deve virar infusão rígida. Diurese, perfusão, pressão, lactato e sinais de sobrecarga orientam titulação, com revisão da estimativa de superfície queimada.

Referência: American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines

Questão 74 · Hérnia umbilical e obesidade: reduzir risco de recidiva

Gabarito oficial: A

74) Homem 58 anos, obeso grau II, hérnia umbilical de 1,5 cm programada para reparo primário. Qual o principal fator de risco de recidiva?

- A) Obesidade.
 - B) Tabagismo.
 - C) Sexo feminino.
 - D) Idade > 60 anos.
- E) Diálise peritoneal crônica.

Comentário OsceLabs

A é a melhor alternativa no paciente descrito. Obesidade grau II aumenta pressão intra-abdominal, dificulta reparo e se associa a complicações e recidiva. Tabagismo (B) também importa quando presente, mas não foi informado. C e D não correspondem ao sexo e à idade do caso. E descreve um fator mecânico relevante em outro contexto, porém o paciente não está em diálise peritoneal. A avaliação pré-operatória pode incluir redução de peso, controle de comorbidades e discussão da técnica. Em defeitos acima de 1 cm, diretrizes frequentemente favorecem tela para reduzir recorrência, conforme risco e situação operatória; “reparo primário” por sutura não deve ser assumido como a melhor técnica só porque o enunciado o programou. O tamanho pequeno do defeito não elimina a influência dos fatores do paciente.

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

Referência: EHS/AHS. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias. 2020.

Questão 75 · H. pylori: terapia tripla não é universal na resistência desconhecida

Gabarito oficial: E

75) Homem 40 anos, úlcera duodenal ativa, H. pylori positiva. Considerando a necessidade de tratamento, qual o melhor esquema inicial de erradicação?

- A) IBP isolado
- B) Claritromicina 7 dias
- C) IBP + metronidazol 3 dias
- D) Subsalicilato de bismuto
- E) IBP + amoxicilina + claritromicina 14 dias

Comentário OsceLabs

E é a única alternativa que apresenta um esquema combinado completo por duração adequada, e é o gabarito oficial. Entretanto, IBP, amoxicilina e claritromicina não devem ser escolhidos empiricamente de forma universal. A diretriz ACG 2024 recomenda evitar esquemas com claritromicina sem susceptibilidade demonstrada e prefere, em muitos cenários de resistência desconhecida, terapia quádrupla otimizada com bismuto por 14 dias. O esquema real depende de resistência local, antibióticos prévios, alergia e disponibilidade. A reduz o tratamento a supressão ácida; B usa antibiótico isolado; C oferece combinação incompleta e curta; D usa bismuto sozinho. Após erradicação, deve-se confirmar cura por teste respiratório ou antígeno fecal no intervalo recomendado, em geral pelo menos quatro semanas após antibióticos e com suspensão prévia de IBP por duas semanas quando clinicamente possível. Melhorar a dor não confirma erradicação.

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

Questão 76 • FAST: quatro janelas para líquido livre

Gabarito oficial: E

76) Caso Clínico: Homem de 25 anos, chega ao Pronto Atendimento após sofrer colisão automobilística frontal. O exame físico apresenta PA 120/80 mmHg, dor em hipocôndrio direito. FAST será realizado. Assinale a alternativa correta.

- A) Avaliar pericárdio, estômago, retroperitônio e pelve.
- B) Avaliar apenas esplenorrenal e pelve para reduzir tempo de exame.
- C) Avaliar apenas o espaço hepatorrenal; demais janelas só se instável.
- D) Avaliar pericárdio e hepatorrenal; demais janelas não são obrigatórias.
- E) Avaliar pericárdio, espaço hepatorrenal, espaço esplenorrenal e fundo de saco pélvico.

Comentário OsceLabs

E descreve o FAST clássico: pericárdio, espaço hepatorrenal, região esplenorrenal e pelve. O objetivo é procurar líquido livre rapidamente no trauma; o eFAST acrescenta avaliação pleuropulmonar para pneumotórax e hemotórax. A inclui estômago e retroperitônio como alvos que não representam as janelas convencionais. B, C e D omitem regiões essenciais. Um FAST negativo não exclui lesão abdominal, sangramento pequeno, lesão de víscera oca ou retroperitoneal. Em paciente estável com mecanismo e achados suspeitos, tomografia contrastada pode ser necessária para caracterizar lesões, independentemente do resultado inicial. A interpretação depende de qualidade técnica e contexto: líquido livre em paciente instável tem peso decisório diferente de um achado em paciente estável.

Referência: Liver trauma: WSES 2020 guidelines.

Referência: WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment.

Questão 77 · Trauma com choque e FAST positivo: controlar a hemorragia

Gabarito oficial: C

77) Caso Clínico: Mulher de 40 anos, atropelada, PA 80/50 mmHg, FC 130 bpm, FAST mostra líquido livre. Qual a melhor conduta?

- A) Alta com retorno se dor piorar.
- B) TC de abdome com contraste.
- C) Laparotomia exploradora imediata.
- D) Observação com expansão volêmica.
- E) Lavado peritoneal diagnóstico antes de decidir.

Comentário OsceLabs

C é a resposta correta. Hipotensão, taquicardia e líquido livre após atropelamento sugerem hemorragia intra-abdominal com necessidade de controle operatório urgente. Ressuscitação com hemocomponentes conforme protocolo e prevenção de hipotermia acompanham a preparação para laparotomia; não substituem a hemostasia. A é incompatível com o choque. B leva paciente instável à tomografia e pode atrasar tratamento. D mantém observação diante de provável sangramento ativo. E pede lavado peritoneal após FAST já positivo, sem ganho que justifique a demora. O atendimento também pesquisa outras fontes de hemorragia, como tórax e pelve, e reavalia resposta circulatória. A escolha por cirurgia decorre da combinação de instabilidade e achado ultrassonográfico, não de todo FAST positivo isoladamente.

Referência: Liver trauma: WSES 2020 guidelines.

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

Questão 78 · Ferimento penetrante com evisceração de alças

Gabarito oficial: A

78) Caso Clínico: Homem de 22 anos, sofre ferimento por arma branca (faca) em região periumbilical, com as alças do intestino delgado exteriorizadas. Chegou ao Pronto Atendimento estável e hemodinamicamente normotenso. Qual a melhor conduta?

- A) Laparotomia emergencial.
- B) TC e observação em enfermaria.
- C) Antibioticoterapia e jejum por 24 h.
- D) Sutura da pele sob anestesia local.
- E) Alta ambulatorial com curativo compressivo.

Comentário OsceLabs

A é a melhor conduta. Evisceração de intestino após ferimento penetrante abdominal é um sinal de lesão significativa e sustenta exploração cirúrgica urgente, mesmo com pressão arterial normal. Até o centro cirúrgico, protegem-se as alças com cobertura estéril úmida, evitam-se manipulações e mantém-se ressuscitação e antibiótico apropriado conforme protocolo. B adia o controle para tomografia e observação apesar do achado. C não trata possíveis perfurações ou isquemia. D fecha apenas pele, aprisionando um problema intra-abdominal. E é insegura. Estabilidade hemodinâmica permite organizar a abordagem, mas não exclui lesão de víscera oca. Estratégias seletivas não operatórias em trauma penetrante exigem critérios específicos e não devem ser generalizadas para a evisceração intestinal descrita.

Referência: WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment.

Questão 79 · Hemotórax maciço: drenagem inicial de 1.800 mL

Gabarito oficial: E

79) Caso Clínico: Paciente politraumatizado, atendido no Pronto Socorro com dificuldade respiratória. R X mostra nível líquido no hemitorax. Ao realizar a colocação de dreno torácico ocorre a

drenagem de 1 800 mL de sangue ao inserir. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

- A) Videotoroscopia eletiva.
- B) Manter drenagem e reavaliar em 1 h.
- C) Autotransfusão e conduta expectante.
- D) Retirada do dreno para evitar hipotensão.
- E) Toracotomia de urgência para controle de sangramento.

Comentário OsceLabs

E é a resposta adequada. Saída imediata de 1.800 mL de sangue pelo dreno ultrapassa o limiar clássico de cerca de 1.500 mL e, junto ao quadro clínico, indica avaliação cirúrgica urgente para hemostasia, frequentemente toracotomia. Reposição com hemocomponentes, correção de hipotermia e coagulopatia e monitorização ocorrem em paralelo. A escolha de procedimento eletivo diante de hemorragia importante. B e C retardam controle; autotransfusão pode ser recurso em situações selecionadas, mas não substitui cirurgia quando indicada. D remove o dreno e pode piorar o comprometimento ventilatório sem controlar a fonte. Volume drenado não deve ser o único critério: instabilidade, sangramento persistente e suspeita de lesão vascular também importam. Aqui a drenagem inicial já é um sinal suficientemente grave para escalada imediata.

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

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

Questão 80 · Pneumotórax aberto: vedação valvulada e drenagem

Gabarito oficial: E

80) Caso Clínico: Pessoa do sexo masculino, jovem, chega ao Pronto Socorro com ferimento aberto de 3 cm na parede torácica anterior. Apresenta-se dispnéico e presença de ruído de entrada de ar a cada movimento respiratório. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

- A) Analgesia e alta.
- B) Apenas oxigênio suplementar.
- C) Antibioticoterapia profilática, sem curativo.
- D) Fechar hermeticamente com gaze e esparadrapo nos quatro lados.
- E) Cobrir com curativo de três lados e providenciar dreno em selo d'água.

Comentário OsceLabs

E é a melhor alternativa oferecida. A ferida que aspira ar caracteriza pneumotórax aberto; deve-se cobri-la com sistema que limite entrada de ar e permita saída, preferencialmente selo torácico valvulado quando disponível, e providenciar drenagem pleural em outro local. O curativo de três lados é a técnica tradicional citada pela banca, mas seu funcionamento precisa ser vigiado. D sela hermeticamente sem via de escape e pode favorecer pneumotórax hipertensivo. A, B e C deixam o defeito sem manejo suficiente. Se houver piora após o curativo, deve-se reavaliar imediatamente e aliviar pressão conforme protocolo. Analgesia, oxigenação e avaliação de lesões associadas acompanham o cuidado, mas não substituem a drenagem. O fechamento definitivo da parede torácica é feito após estabilização e controle do espaço pleural.

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

Questão 81 · Seguro social, seguridade e assistência: modelos históricos

Gabarito oficial: C

81) A respeito dos modelos de proteção social em sistemas de saúde é correto afirmar que:

- A) Na modalidade do tipo seguridade social, o financiamento é baseado em contribuições de empregados e empregadores.
- B) Na modalidade dos sistemas bismarckianos, o financiamento para o sistema universal é oriundo de recursos públicos provenientes de impostos gerais.
- C) Na modalidade do tipo seguro social, a prestação de assistência médica é em geral separada das ações de saúde coletiva e exercida por um órgão público diferente.
- D) Na modalidade dos sistemas beveridgianos, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção individual à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres.
- E) Na modalidade do tipo assistência social, os sistemas nacionais de saúde são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde.

Comentário OsceLabs

C é a alternativa aceita pela banca. No modelo histórico de seguro social, a assistência aos segurados pode ser organizada separadamente das ações coletivas de saúde, sob instituições e financiamento distintos. Essa é uma tipologia útil, não uma descrição obrigatória de todos os sistemas atuais, que frequentemente combinam características. A atribui à seguridade universal o financiamento contributivo típico do seguro. B inverte Bismarck e Beveridge: o primeiro se associa a contribuições sociais, enquanto o segundo utiliza predominantemente impostos gerais para cobertura universal. D nega justamente a responsabilidade estatal característica do modelo beveridgiano. E confunde assistência residual a grupos selecionados com sistemas nacionais universais. A comparação deve examinar quem tem direito, como o sistema arrecada e distribui recursos e quem presta os serviços, sem presumir qualidade ou equidade apenas pelo rótulo adotado.

Referência: Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Editora Fiocruz; cópia na Escola de Saúde Pública do Paraná.

Questão 82 · Desigualdade afeta saúde além da renda média

Gabarito oficial: C

82) Considerando os estudos sobre as relações entre a saúde das populações e as desigualdades nas condições de vida em diferentes sociedades, é possível afirmar que:

A) O principal fator que explica a situação geral da saúde de um país é sua riqueza total, independentemente do grau de crescimento econômico do país.

B) A distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde é condição necessária e suficiente para alcançar o tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos.

C) Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda apresentam uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior que vivam em uma sociedade mais equitativa.

D) Um dos principais mecanismos pelos quais as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do capital social, ou seja, da proporção da riqueza do país distribuída adequadamente na sociedade.

E) Distribuições igualitárias de recursos de saúde per capita tendem a resultar na obtenção de patamares mais igualitários nos resultados obtidos na saúde da população quando estes resultados são medidos em unidades como igualdade de acesso ou igualdade de uso.

Comentário OsceLabs

C é a resposta oficial e expressa a ideia de que posição relativa, condições sociais e desigualdade podem influenciar saúde, além do valor absoluto da renda. Não é uma lei universal que permita comparar quaisquer dois países ou afirmar causalidade a partir de uma correlação isolada. A reduz a saúde à riqueza total. B confunde distribuição financeira equitativa com condição suficiente: barreiras culturais, territoriais e organizacionais também interferem. D define capital social de forma errada; o conceito envolve redes, confiança e cooperação, não simplesmente uma parcela da riqueza nacional. E equipara igualdade de recursos por pessoa à equidade de resultados, ignorando necessidades diferentes. Políticas equitativas podem destinar mais recursos a quem enfrenta maior necessidade. O estudo de determinantes sociais deve distinguir renda, distribuição, acesso e contexto, evitando explicar desfechos complexos por um único indicador.

Referência: WHO. Mapping the commercial determinants of health, 2025 — modelo de Dahlgren e Whitehead.

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

Questão 83 · Alma-Ata: atenção primária ampla e participação social

Gabarito oficial: A

83) Dentre as diversas interpretações da expressão “atenção primária à saúde - APS”, é correto afirmar que:

A) A APS definida na declaração de Alma-Ata visa garantir a integralidade e a participação social e assim atingir maior organização do sistema de promoção da saúde e também da atenção à saúde.

B) A APS seletiva refere-se ao foco na disponibilidade de profissionais especializados em medicina de família e comunidade nos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato no sistema de saúde.

C) A APS abrangente ou integral refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas na maior parte do tempo, sendo a concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos.

D) A APS entendida como filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde preconiza que se desenvolvam como principais ações em países em desenvolvimento o monitoramento do crescimento infantil, a reidratação oral, a amamentação, a imunização, a complementação alimentar, o planejamento familiar e a alfabetização de mulheres.

E) A APS conceituada em ser apenas o primeiro dos níveis de atenção no sistema de saúde tem como princípios fundamentais a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, a acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, a participação comunitária, a ação intersetorial e o uso eficiente de recursos e tecnologias apropriadas e com aceitabilidade social.

Comentário OsceLabs

A é correta. A Declaração de Alma-Ata compreende atenção primária como parte de uma estratégia ampla, com acesso, participação comunitária, ação intersetorial e integração ao sistema de saúde. B descreve profissionais e primeiro contato, não a APS seletiva, que prioriza pacotes restritos de intervenções. C reduz a APS abrangente ao local de entrada e cuidado habitual. D enumera intervenções seletivas como se fossem a definição completa da perspectiva emancipatória e do direito à saúde. E atribui todos os princípios abrangentes a uma visão restrita ao primeiro nível. A diferença é conceitual: primeiro contato é um componente importante, mas não esgota o enfrentamento dos determinantes sociais, a organização do sistema e a participação das pessoas nas decisões. No SUS, essas ideias se articulam com integralidade e coordenação do cuidado.

Referência: OMS. Declaration of Alma-Ata, 1978.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 84 · Vigilância sanitária: riscos ultrapassam fronteiras administrativas

Gabarito oficial: C

84) Sobre a vigilância sanitária no Brasil, é correto afirmar que:

A) O objetivo primordial da vigilância sanitária é eliminar o risco decorrente de atividades, serviços ou substâncias que produzir efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

B) Segundo a definição de lei vigente no Brasil, são objetos de intervenção da vigilância sanitária apenas os produtos e tecnologias dos grupos especificados

na lei 8.080/90.

C) No âmbito do sistema de vigilância sanitária, as externalidades negativas devem ser tratadas como importantes elos de interdependência social entre estados e municípios brasileiros.

D) A inspeção sanitária ocorre quando se tomam medidas para limitar certa atividade ou exposição mesmo que não se tenha sido completamente estabelecido que a atividade ou exposição constitua uma ameaça à saúde.

E) Enquanto a gerência de risco sanitário é de natureza mais científica, a avaliação de risco é de natureza político-administrativa, pois deve incorporar as preocupações sociais, econômicas e políticas na seleção de políticas de regulação mais apropriadas.

Comentário OsceLabs

C é correta. Produtos, serviços e exposições podem causar efeitos para pessoas de outros municípios e estados; essas externalidades negativas tornam necessária cooperação entre entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. A é incompleta ao falar apenas em eliminar risco: a Lei 8.080 define ações para eliminar, diminuir ou prevenir riscos e intervir em problemas sanitários. B restringe indevidamente objetos de atuação. D descreve o princípio da precaução, não a inspeção sanitária em si. E inverte avaliação e gerenciamento: avaliação de risco é predominantemente técnico-científica, enquanto gerenciamento envolve escolhas regulatórias, administrativas e sociais informadas pela evidência. A divisão não elimina diálogo entre ciência e decisão. O alcance nacional das cadeias de produção e circulação explica por que uma falha local pode exigir resposta coordenada em vários territórios.

Referência: Brasil. Lei 8.080/1990 — organização do SUS

Referência: Secretaria da Saúde do Paraná. Vigilância Sanitária — organização e atribuições no SNVS.

Questão 85 · Coordenação conecta o percurso da pessoa na rede

Gabarito oficial: E

85) A capacidade que as equipes de saúde da família têm de estabelecer mecanismos de integração e de cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, tendo como centro desses mecanismos as pessoas usuárias.

A descrição supracitada diz respeito a:

- A) Acesso.
- B) Integralidade.
- C) Resolubilidade.
- D) Longitudinalidade.
- E) Coordenação de cuidados.

Comentário OsceLabs

E é a resposta correta. Coordenação do cuidado significa integrar informações e condutas entre profissionais e serviços ao longo do percurso da pessoa, mantendo responsabilidade e continuidade clínica. Encaminhar não encerra o acompanhamento da equipe de origem; retorno de informações, plano compartilhado e revisão dos tratamentos são partes desse atributo. Acesso (A) é conseguir utilizar o serviço quando necessário. Integralidade (B) refere-se à amplitude de necessidades e ações atendidas. Resolubilidade (C) envolve capacidade de responder aos problemas. Longitudinalidade (D) é a relação de cuidado mantida ao longo do tempo. Esses atributos se apoiam mutuamente, mas a descrição de integração e cooperação entre níveis da rede aponta especificamente para coordenação. Evitar exames duplicados e prescrições conflitantes é um de seus efeitos práticos.

Referência: Ministério da Saúde. PCATool-Brasil — manual do instrumento de avaliação da APS, 2020.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 86 · Depressão leve: benefício de antidepressivo não é automático

Gabarito oficial: D

86) Sobre abordagem de sintomas de tristeza e depressão da Atenção Primária à Saúde, marque a alternativa correta:

- A) Se o paciente tem histórico de já ter utilizado um fármaco no passado, esse fármaco não deve ser usado em caso de novo episódio depressivo.
- B) Durante a gestação, deve-se abordar os sintomas apenas com medidas não medicamentosas, pois não existe fármaco seguro para uso nesse período.
- C) Terapias não medicamentosas, como psicoterapia e atividade física, não têm impacto relevante em quadros de depressão confirmada de grau moderado.
- D) Medicamentos antidepressivos não mostraram vantagens de eficácia na comparação com placebo se usados para pessoas com depressão unipolar leve.
- E) A abordagem do risco de suicídio não deve ser realizada na Atenção Primária, devendo ser feita exclusivamente em ambientes de internamento, pois não há instrumentos validados para a realização desta abordagem.

Comentário OsceLabs

D é a resposta oficial, mas sua afirmação absoluta deve ser qualificada. Em depressão menos grave, o benefício médio adicional de antidepressivos pode ser pequeno e não justifica prescrição rotineira como primeira escolha; isso não prova ausência de benefício para toda pessoa. O NICE recomenda decisão compartilhada, podendo considerar medicação conforme preferência informada, história e evolução. A erra ao descartar um fármaco previamente eficaz. B proíbe todo antidepressivo na gestação, ignorando riscos da doença não tratada e opções individualizadas. C nega benefício de psicoterapia e atividade física. E exclui avaliação de risco suicida da APS, onde ela deve ocorrer e orientar urgência e proteção. Tristeza isolada não equivale a episódio depressivo: duração, prejuízo, sintomas associados, bipolaridade e contexto precisam ser avaliados antes de escolher tratamento.

Referência: NICE NG222. Depression in adults: treatment and management.

Referência: ACOG. Postpartum depression — informações clínicas.

Questão 87 · Centor modificado auxilia, mas não confirma estreptococo

Gabarito oficial: C

87) Sintomas respiratórios estão entre as queixas mais comuns na Atenção Primária à Saúde, sobre este assunto, assinale a alternativa correta:

A) Mesmo nos casos em que há alta probabilidade de faringite estreptocócica, o uso de antibióticos não está recomendado por não trazer benefício, sendo que os quadros são auto-limitados.

B) Dentre os tratamentos de rinossinusites, o uso de solução salina isotônica para lavagem nasal não traz nenhum benefício em relação ao alívio sintomático, sendo o tratamento medicamentoso imperativo em todos os casos.

C) O Escore de Centor modificado pode auxiliar na diferenciação entre faringite viral e estreptocócica, utilizando critérios como idade, ausência de tosse, exsudato em tonsilas, histórico recente de febre $>38^{\circ}\text{C}$ e adenopatia cervical dolorosa.

D) A tosse subaguda pós infecciosa é caracterizada por ausência de alterações ao exame físico, ausência de sintomas sistêmicos e tem um padrão de tosse seca ou pouco produtiva. É considerada como complicação e deve ser tratada com antibióticos.

E) Medicamentos da classe dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), como o enalapril, podem ser causa de tosse. Devido à sua importância no manejo da hipertensão, não devem ser descontinuados ou substituídos, mesmo se o sintoma de tosse trazer desconforto à pessoa que está utilizando.

Comentário OsceLabs

C descreve os componentes do escore de Centor modificado por idade: febre, ausência de tosse, exsudato ou aumento tonsilar e adenopatia cervical anterior dolorosa, com ajuste etário. O escore estima probabilidade e pode orientar teste ou conduta conforme protocolo, sem confirmar sozinho a etiologia. A nega benefícios de antibiótico em infecção estreptocócica apropriadamente identificada. B rejeita lavagem salina como medida sintomática e impõe medicação a toda rinossinusite. D transforma tosse pós-infecciosa, frequentemente autolimitada, em indicação automática de antibiótico. E impede substituição de IECA mesmo diante de tosse incômoda, embora outras classes possam ser escolhidas quando clinicamente apropriado. A avaliação procura sinais de gravidade e diagnósticos alternativos, evitando tanto antibióticos indiscriminados quanto omissão de tratamento quando indicado.

Referência: NICE NG84. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing.

Referência: CDC. Clinical Guidance for Group A Streptococcal Pharyngitis.

Questão 88 · Questão anulada: cessação do tabagismo é oferecida em todas as fases

Gabarito oficial: ANULADA

88) As recomendações para adequada abordagem do fumante sugerem um conjunto de intervenções, organizadas por meio de um programa estruturado e multiprofissional. É correto afirmar:

- A) Mesmo que o paciente não deseje parar de fumar é considerado estágio de contemplação.
- B) Quando prescrito bupropiona o paciente é orientado a parar de fumar no 8º dia de tratamento.
- C) A abordagem cognitivo-comportamental não se mostrou muito efetiva na cessação do tabagismo.
- D) A prescrição medicamentosa é recomendada em pacientes com escore do teste de Fagerström < 5.
- E) A abordagem mínima só está indicada de ser realizada para pacientes com claro interesse em parar de fumar.

Comentário OsceLabs

O gabarito retificado anula a questão; não há letra final válida. Quem ainda não pensa em parar costuma ser descrito como em pré-contemplação, não contemplação, tornando A inadequada. B se aproxima de esquemas em que bupropiona é iniciada antes da data de cessação, frequentemente na segunda semana, mas o dia exato é planejado e não uma regra invariável. C nega benefício de apoio comportamental. D usa um corte isolado de Fagerström sem considerar dependência, consumo, abstinência prévia, contraindicações e preferência. E restringe aconselhamento apenas a quem já quer parar, perdendo oportunidade de motivação. Não foi localizado parecer para atribuir um motivo oficial à anulação. A abordagem eficaz combina apoio comportamental, acompanhamento e medicamentos quando indicados, revendo tentativas anteriores sem culpabilizar o paciente.

Referência: OMS. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. 2024.

Referência: INCA/Ministério da Saúde. Tratamento do tabagismo e PCDT.

Questão 89 · Fome hedônica: comer pelo prazer e pela recompensa

Gabarito oficial: C

89) Vários fatores têm contribuído para o aumento da obesidade na população em geral, a urbanização e a industrialização mudaram a dinâmica de vida nas últimas décadas, trazendo novos hábitos de locomoção e alimentação, o uso do automóvel ou do transporte público, criaram formas sedentárias de trabalho e lazer tudo isto aumenta associado a alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos. É correto afirmar:

- A) A Bupropiona, venlafaxina, aripiprazol e lamotrigina são exemplos de fármacos obesogênicos.
- B) A perda de peso mais lenta, em comparação com perda mais rápida, não produz maior redução de massa gorda e do percentual de gordura corporal.
- C) A busca por alimentos altamente palatáveis devido à sua capacidade de gerar prazer, e não por necessidades metabólicas, é referida como fome hedônica.
- D) O IMC fornece uma estimativa da massa corporal total que indica adequadamente a composição de

massa corporal magra e gordurosa, com interpretação de pontos de corte distintos conforme a faixa etária.

- E) Os locais preferenciais para o depósito do excesso de gordura são idênticos entre os indivíduos que se apresentam na mesma categoria de IMC e que, portanto, apresentam os mesmos riscos da obesidade para a saúde.

Comentário OsceLabs

C é correta. Fome hedônica descreve a motivação para consumir alimentos palatáveis por recompensa e prazer, além da necessidade energética imediata. Isso não significa falta de caráter nem elimina determinantes ambientais, sociais e biológicos. A reúne fármacos com efeitos diferentes sobre peso: bupropiona, por exemplo, não deve ser classificada genericamente como obesogênica. B faz uma comparação absoluta entre ritmos de emagrecimento, embora resultados dependam de intervenção, composição da perda e manutenção. D atribui ao IMC uma medida direta da composição corporal, que ele não fornece. E presume distribuição de gordura e risco iguais em pessoas com mesmo IMC, ignorando gordura visceral, massa muscular e outros fatores. A avaliação deve integrar trajetória do peso, circunferência abdominal, comorbidades, alimentação, sono e condições de vida, evitando reduzir o cuidado a um único número.

Referência: Hedonic hunger: a new dimension of appetite?

Referência: NICE NG246. Overweight and obesity management.

Questão 90 • Causa básica é a origem da cadeia que levou ao óbito

Gabarito oficial: A

90) Paciente de 45 anos, com hipertensão arterial crônica associado a estenose mitral decorrente de febre reumática evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva descompensada e óbito posteriormente. O médico da Unidade de Saúde da Família é procurado por familiares para fornecimento do atestado de óbito.

No campo sobre causa básica do atestado de óbito, o médico deverá preencher com:

- A) Febre reumática.
- B) Estenose mitral.
- C) Hipertensão arterial.
- D) Cardiopatia reumática.
- E) Insuficiência cardíaca congestiva.

Comentário OsceLabs

A é a resposta oficial: a febre reumática iniciou a cadeia que produziu lesão mitral, insuficiência cardíaca e morte. Insuficiência cardíaca (E) é um desfecho intermediário ou imediato, enquanto estenose mitral (B) é uma lesão decorrente da doença de base. Hipertensão (C) pode contribuir, mas o enunciado aponta outra cadeia principal. D se aproxima da doença crônica responsável, devendo-se registrar na prática a natureza reumática da cardiopatia com precisão. Não se deve declarar um episódio agudo atual de febre reumática se ele não ocorreu; a redação clínica da Declaração de Óbito precisa refletir a cardiopatia reumática crônica e a sequência causal documentada. O campo não deve ser preenchido apenas com mecanismos terminais como “parada cardíaca”. A emissão também exige que o profissional tenha condições de atestar a causa natural, conforme vínculo assistencial e fluxo local.

Referência: Ministério da Saúde. Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento. 2022.

Questão 91 · Pirâmide 6S: começar pelo recurso pré-avaliado mais alto disponível

Gabarito oficial: D

91) Visando facilitar o uso de recursos práticos de acesso rápido a evidências médicas de alta qualidade, um modelo de organizar tais recursos é a pirâmide de Haynes (ou “6s”), que propõe que se busque evidências de forma hierarquizada, iniciando no recurso disponível que esteja no mais alto nível da pirâmide. Sobre esse modelo, é correto afirmar que:

- A) Os sistemas computadorizados de suporte à tomada de decisão ficam na base da pirâmide.
- B) Artigos sobre ensaios clínicos randomizados ficam em nível acima das sinopses de sínteses.
- C) Seria indicado procurar evidências em revisões sistemáticas antes de procurar em diretrizes baseadas em evidências.
- D) O nível dos sumários é um dos mais altos e refere-se aos guias de prática clínica baseados em evidência e com atualização regular.
- E) Os recursos dos níveis mais baixos da pirâmide contêm evidências que passaram por maior filtragem e pré-avaliação do que os níveis mais acima.

Comentário OsceLabs

D é correta. Na pirâmide 6S, sumários clínicos integrados ficam próximos ao topo, abaixo dos sistemas que relacionam automaticamente evidência e dados do paciente. A sequência ascendente é estudos, sinopses de estudos, sínteses, sinopses de sínteses, sumários e sistemas. A coloca sistemas na base. B eleva estudo individual acima de sinopse de síntese. C manda começar por revisão sistemática mesmo havendo um sumário confiável que responda à pergunta. E inverte o grau de filtragem, maior nos níveis superiores. A hierarquia organiza acesso, não dispensa avaliar atualização, qualidade e adequação ao paciente: uma diretriz antiga ou mal construída não se torna superior apenas por seu formato. Quando o recurso superior não resolve a dúvida ou está desatualizado, desce-se aos níveis necessários para completar a busca.

Referência: DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. 2009.

Questão 92 · Prevenção quaternária diante de exames sem indicação

Gabarito oficial: B

92) Uma paciente de 60 anos, negra de classe socioeconômica alta, sem comorbidades conhecidas e com todos os exames de rastreamento de rotina (mamografia, Papanicolau, exames laboratoriais básicos) dentro da normalidade para a idade, insiste em realizar um painel genético completo para risco de câncer e uma tomografia computadorizada de corpo inteiro anualmente, baseando-se em informações genéricas obtidas na internet sobre “detecção precoce de todas as doenças”. Ela relata grande ansiedade e medo de ter uma doença oculta.

Considerando o caso clínico e a definição de prevenção quaternária, qual a abordagem mais adequada do médico de família em relação à demanda da paciente?

- A) Oferecer um programa de “check-up executivo” abrangente, com rastreios de acordo com as normas de países ricos, justificando que, embora alguns exames sejam extras e caros, eles podem trazer mais tranquilidade à paciente.
- B) Identificar a paciente como em risco de excesso de medicina, protegê-la de intervenções invasivas e onerosas desnecessárias, e focar na relação médico-paciente, promoção à saúde e procedimentos cientificamente aceitáveis.
- C) Aconselhar a paciente a buscar múltiplos especialistas para que cada um avalie sua área específica de preocupação, garantindo uma cobertura completa, dessa forma usando a coordenação do cuidado para avaliação dos riscos prováveis e improváveis.
- D) Encaminhar para a realização de todos os exames solicitados, pois a autonomia do paciente deve ser priorizada, já que é o aspecto mais importante da relação médico-paciente, além disso o pedido de exames desnecessários não afetam em nada o estado de ansiedade da paciente.
- E) Explicar que não há evidências que justifiquem tais exames para sua idade e risco, e sugerir o acompanhamento psicológico e psiquiátrico para a sua ansiedade, já que não há como mudar a opinião das pessoas se estão fixadas na sua doença ao invés de sua saúde.

Comentário OsceLabs

B é a melhor resposta. A demanda por tomografia de corpo inteiro e painel genético indiscriminado pode produzir incidentalomas, falsos-positivos, radiação e intervenções sem benefício comprovado para aquele perfil. O cuidado começa por compreender o medo, revisar história familiar e risco e explicar benefícios e danos de modo acessível. A e D atendem ao pedido sem justificativa clínica; autonomia não obriga a oferecer procedimentos desnecessários. C fragmenta o cuidado em múltiplos especialistas e pode ampliar a cascata de exames. E combina uma explicação válida com a suposição pessimista de que a opinião não pode mudar, prejudicando a relação. Apoio psicológico pode ser útil se a ansiedade persistir, sem substituir a escuta. Raça ou condição econômica não justificam, isoladamente, um painel genético amplo; indicações específicas devem ser avaliadas pela história individual.

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

Referência: FDA. Full-Body CT Scans — What You Need to Know.

Questão 93 · Prevenção de IST no adolescente: escuta, privacidade e risco individual

Gabarito oficial: E

93) Um jovem de 17 anos, pardo, classe social baixa, assintomático, comparece ao consultório acompanhado por sua mãe, que insiste na realização de rastreamentos extensos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV, hepatites, clamídia, gonorreia e sífilis, alegando que “é melhor prevenir antes que ele comece a vida sexual e pegue alguma coisa”. O jovem nunca teve relações sexuais.

De acordo com os campos da prevenção e a abordagem relacional do médico de família, qual a conduta mais apropriada neste cenário?

A) Realizar todos os exames solicitados pela mãe como forma de prevenção secundária, pois a detecção precoce é sempre benéfica.

B) Encaminhar o jovem e a mãe para um infectologista, pois este é o especialista mais indicado para lidar com a prevenção de DSTs.

C) Sugerir que o jovem inicie um programa de profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV, dada a preocupação da mãe com a prevenção de ISTs.

D) Explicar à mãe que não há necessidade de exames, pois o jovem nunca teve relações sexuais, e focar apenas em orientações gerais de abstinência sexual.

E) Explorar as preocupações da mãe e do jovem, fornecer educação em saúde sobre prevenção primária de IST, sem indicar exames de rastreamento para quem não teve exposição.

Comentário OsceLabs

E é a alternativa mais adequada pela abordagem relacional e educativa, mas sua última frase não deve virar proibição universal de testes em quem nega relação sexual. Recomendações de triagem de HIV podem incluir uma oferta ao menos uma vez por faixa etária, independentemente de risco declarado; também existem exposições não sexuais. Deve-se conversar em ambiente que preserve privacidade, avaliar vacinação, exposições e desejos do próprio adolescente. A pede todo painel sem indicação. B terceiriza uma tarefa usual da APS. C indica PrEP apenas pela ansiedade materna, sem avaliar risco. D restringe a orientação à abstinência e ignora outras formas de prevenção. A conduta real combina educação sobre preservativos e consentimento, atualização vacinal e testes segundo diretriz e contexto, sem presumir atividade sexual pela raça ou condição social nem aceitar relato obtido apenas diante da mãe como avaliação completa.

Referência: CDC. Clinical Testing Guidance for HIV.

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

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

Questão 94 · VPP: probabilidade de doença depois de um resultado positivo

Gabarito oficial: D

94) Dr. Carlos, médico de família e comunidade, está avaliando Marlene, uma paciente jovem, negra, em situação de rua, com queixas de disúria e polaciúria. Ele considera a combinação desses sintomas, sem corrimento vaginal, como um possível indicativo de cistite. Um estudo indica que essa combinação sintomática tem um Valor Preditivo Positivo (VPP) de 90% para diagnóstico de cistite nessa população.

Qual a melhor interpretação deste Valor Preditivo Positivo (VPP) para o caso de Marlene?

- A) Noventa por cento das mulheres que apresentam esses sintomas realmente não possuem a condição clínica de cistite.
- B) A probabilidade de encontrar essa combinação de sintomas é de 90% entre as mulheres que são diagnosticadas com cistite.
- C) Em 90% dos casos clínicos avaliados, a ausência dessa sintomatologia específica exclui completamente o diagnóstico de cistite.
- D) Existe 90% de probabilidade de Marlene ter cistite, dado que os seus sintomas (o “teste”) foram considerados positivos para a condição.
- E) Os sintomas apresentados por Marlene têm 90% de especificidade para o diagnóstico de cistite, confirmando a condição independentemente da probabilidade pré-teste.

Comentário OsceLabs

D é correta. Valor preditivo positivo de 90% significa que, entre pessoas com o “teste” positivo — neste caso, a combinação de sintomas —, cerca de 90% têm a doença na população estudada. A afirma o oposto. B descreve sensibilidade, isto é, frequência do achado entre quem tem doença. C se aproxima de uma afirmação sobre teste negativo, sem base nos dados. E confunde VPP com especificidade e ignora a probabilidade pré-teste. A aplicação a Marlene pressupõe que o estudo e sua população sejam suficientemente semelhantes ao contexto clínico; o VPP não é uma propriedade imutável do sintoma. História, exame e sinais de complicação continuam necessários. Disúria e polaciúria sem corrimento aumentam a probabilidade de cistite, mas febre, dor lombar, gestação ou recorrência podem modificar investigação e manejo.

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

Questão 95 · NNT inclui intervenção, comparador, desfecho e tempo

Gabarito oficial: C

95) Em um estudo comparando o tratamento intensivo da pressão arterial com o tratamento tradicional, observou-se que o NNT (Número Necessário para Tratar) para evitar um AVC após 8,4 anos foi de 33.

Qual a interpretação mais precisa para o NNT de 33 obtido neste estudo sobre o tratamento da pressão arterial para a prevenção de AVC?

- A) É preciso tratar intensivamente 33 pacientes para causar um efeito adverso grave em um deles ao longo do período de 8,4 anos.
- B) A cada grupo de 33 pacientes tratados intensivamente, aproximadamente 32 não experimentarão um AVC ao longo de 8,4 anos.
- C) É necessário tratar 33 pacientes de forma intensiva durante 8,4 anos para evitar que ocorra em um destes pacientes um novo AVC.
- D) Trinta e três por cento dos pacientes submetidos ao tratamento intensivo terão um AVC efetivamente evitado ao longo do período de 8,4 anos.
- E) O tratamento intensivo demonstrou ser 33 vezes mais eficaz na prevenção de AVC do que a estratégia

de tratamento tradicional adotada.

Comentário OsceLabs

C é correta, com a comparação implícita ao tratamento tradicional: tratar intensivamente 33 pessoas semelhantes às do estudo por 8,4 anos evita, em média, um AVC adicional. O NNT é o inverso da redução absoluta de risco; $1/33$ corresponde a aproximadamente 3 pontos percentuais de diferença absoluta nesse período. A interpreta número necessário para causar dano, não para benefício. B não permite deduzir quantas pessoas terão ou não AVC em cada grupo. D confunde 33 pessoas com 33%. E transforma uma medida absoluta em razão de eficácia. O resultado depende do risco basal, duração e definição do desfecho, e não pode ser transferido sem ajuste a qualquer paciente. Intervalo de confiança e danos do tratamento também devem ser considerados ao decidir se intensificar a pressão arterial vale a pena para uma pessoa concreta.

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

Referência: Cochrane Handbook. Chapter 15: Interpreting results and drawing conclusions.

Questão 96 · Baixa prevalência reduz o valor de um teste positivo

Gabarito oficial: D

96) Em uma consulta de rotina, um paciente assintomático solicita um teste diagnóstico para uma doença rara, cuja prevalência na população geral é muito baixa (probabilidade pré-teste < 1%). O teste possui uma especificidade moderada (ex: 70%).

Considerando os conceitos de probabilidade pré-teste e área de indicação para um teste diagnóstico, qual a melhor justificativa para o médico desencorajar a realização do teste neste paciente assintomático?

- A) O teste possui intrinsecamente baixa sensibilidade, o que significa que um grande número de casos positivos seria despercebido.
- B) A probabilidade pré-teste muito baixa aumentaria o risco significativo de resultados falso-negativos, mesmo com um teste positivo.
- C) O custo financeiro do teste torna sua aplicação inviável em pacientes sem sintomas claros ou indicação formal de rastreamento.
- D) A especificidade moderada do teste levaria a um alto risco de resultados falso-positivos em uma população com tão baixa prevalência da doença.
- E) Testes diagnósticos são considerados úteis apenas para confirmar o diagnóstico em pacientes com elevada probabilidade pré-teste da doença.

Comentário OsceLabs

D é a melhor resposta. Especificidade de 70% significa falso-positivo em aproximadamente 30% das pessoas sem a doença. Em 1.000 indivíduos com prevalência de 1%, haveria cerca de 990 sem doença e 297 falsos-positivos; mesmo com sensibilidade hipotética de 100%, seriam apenas dez verdadeiros positivos, produzindo VPP em torno de 3,3%. Como a prevalência proposta é menor que 1%, o problema pode ser ainda maior. A inventa sensibilidade não fornecida. B confunde falsos-negativos e resultado positivo. C reduz a decisão ao preço, quando há danos diagnósticos relevantes. E proíbe testes em probabilidades intermediárias, justamente onde podem ser úteis. O exemplo usa sensibilidade de 100% apenas para ilustrar um limite favorável, não como dado do enunciado. Testar sem indicação pode iniciar cascatas de confirmação e tratamento desnecessário.

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

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

Questão 97 · Autorrelato capta a experiência da doença

Gabarito oficial: E

97) Dra. Clara, 35 anos, de etnia negra, médica residente de Medicina de Família e Comunidade, está realizando um estudo sobre o impacto da multimorbidade na qualidade de vida de mulheres climatéricas em uma comunidade de baixa renda. Ela debate se deve usar dados de autorrelato das pacientes via questionário ou dados de prontuários médicos da Unidade Básica de Saúde para sua pesquisa.

Qual é a principal vantagem dos dados de autorrelatos das pacientes em comparação com os dados de prontuários médicos para a avaliação da multimorbidade, considerando o objetivo da Dra. Clara de avaliar o impacto na qualidade de vida?

- A) A maior precisão na classificação de doenças raras ou pouco reconhecidas, que podem não ser devidamente registradas nos prontuários.
- B) A menor sensibilidade a vieses de subdiagnóstico, pois os pacientes relatam todos os seus problemas de saúde sem omitir informações.
- C) A maior validade na identificação de condições crônicas já diagnosticadas e registradas formalmente, evitando viés de memória das pacientes.
- D) A facilidade de coleta de grandes volumes de dados para análises epidemiológicas, especialmente em estudos populacionais abrangentes.
- E) A capacidade de refletir o impacto real das doen-

ças no nível do paciente individual, incluindo aspectos funcionais e subjetivos da experiência com a doença.

Comentário OsceLabs

E é a principal vantagem para a pergunta de pesquisa: autorrelato pode captar limitações funcionais, sintomas, prioridades e percepção de qualidade de vida que não aparecem no prontuário. Isso não o torna automaticamente mais preciso para diagnosticar doenças raras, como afirma A. B presume relato completo e sem subdiagnóstico. C nega viés de memória e confunde confirmação clínica com percepção. D é uma possível vantagem operacional em alguns desenhos, mas não responde tão diretamente ao objetivo de compreender impacto individual. A escolha ideal depende do que se pretende medir; combinar condições documentadas com instrumentos validados de qualidade de vida pode ser útil. Autorrelato e prontuário têm vieses diferentes, e divergências entre eles devem ser analisadas, não tratadas como erro automático de uma das fontes.

Referência: Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE NG56

Referência: Mendes EV / CONASS. A construção social da Atenção Primária à Saúde, 2015

Questão 98 · Multimorbidade: planejar a partir do que importa à paciente

Gabarito oficial: D

98) Em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, Dr. Gabriel, 28 anos, branco, residente de primeiro ano, atende Dona Efigênia, 85 anos, negra, viúva, aposentada com baixa renda e residente em um lar de idosos. Dona Efigênia tem demência moderada, diabetes, insuficiência renal crônica e úlceras de pressão. A família insiste em medidas agressivas para cada doença, seguindo diretrizes individuais, apesar do prognóstico reservado e do sofrimento de Dona Efigênia.

No contexto da multimorbidade, qual é a principal orientação que Dr. Gabriel deve considerar para o cuidado de Dona Efigênia, buscando a abordagem centrada no paciente e a prevenção quaternária?

A) Concentrar os esforços na prevenção de infecções e na cura das úlceras de pressão, pois são as condições que causam maior sofrimento direto e imediato à paciente.

B) Enfatizar a importância da relação paciente-médico e da continuidade dos cuidados gerais e dos medicamentos atuais, buscando compreender os objetivos da casa de repouso.

C) Priorizar a reversão de desfechos biomédicos, como o controle glicêmico rigoroso e a função renal, visando prolongar a sobrevida da paciente, conforme as diretrizes para cada doença.

D) Desenvolver um plano de cuidados que contemple a tomada de decisão compartilhada e prevenção de sobre medicalização, envolvendo a família e focando no que importa para a paciente, como conforto e qualidade de vida.

E) Avaliar o nível de adesão aos cuidados previstos na diretriz de tratamento para cada um dos agravos identificados, identificando assim oportunidades para educação intensiva da rede de cuidadores de maneira que garanta que todos os cuidados previstos em tais diretrizes sejam devidamente executados.

Comentário OsceLabs

D é a melhor resposta. Em pessoa com demência, doença renal e múltiplos problemas, somar mecanicamente diretrizes pode produzir carga terapêutica e danos. O plano deve identificar capacidade de participação, preferências atuais e prévias, representante adequado, prognóstico e metas de conforto e função. A aborda problemas relevantes, mas restringe o cuidado a dois agravos. B valoriza continuidade, porém centra objetivos na instituição e preserva medicamentos sem revisão. C busca controle biomédico rígido que pode aumentar hipoglicemia e sofrimento. E maximiza adesão a todas as diretrizes sem reconhecer conflitos. Prevenção quaternária não significa abandonar tratamento: inclui manejar dor, úlceras, infecções quando benéfico e revisar intervenções cujo tempo até benefício excede a expectativa ou a prioridade da paciente. A família participa da decisão, sem apagar os valores da pessoa cuidada.

Referência: Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE NG56

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

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

Questão 99 · Risco cardiovascular: confirmar pressão e enfrentar fatores modificáveis

Gabarito oficial: D

99) Ademir, 53 anos, pardo, trabalhador da construção civil, classe social baixa, veio em busca de check-up na Unidade Básica de Saúde. Considera necessário fazer novos exames de sangue por preocupação de falecer por infarto aos 54 anos como ocorreu com o pai dele. Sem doenças prévias. Fuma 15 cigarros/dia desde que os 15 anos; bebe 6 latinhas de cerveja 2 vezes por semana. Sem exercícios rotineiros no lazer. Hoje tomou diclofenaco há algumas horas, como costuma fazer 2 a 3 vezes por semana para dor lombar ou nas pernas após o trabalho. No prontuário, consta há 1 mês dosagem de colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Ao exame, hoje está com pressão arterial= 146/96,

IMC=24. Colocando estes dados na tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil, você identifica haver 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos.

Na consulta de hoje, é adequado informá-lo que

A) a ingesta etílica descrita é um fator protetor e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser menor do que os 9% calculados, sendo recomendado priorizar os esforços na abordagem do tabagismo, ajustando conforme o nível de motivação.

B) a história familiar é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado solicitar com urgência exame do perfil lipídico completo e da hemoglobina glicada para melhorar tal estimativa.

C) o consumo frequente de diclofenaco é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que os 9% calculados, sendo prioritário prescrever hoje o início do uso de estatina, visando reduzir o colesterol total em pelo menos 25%.

D) a situação socioeconômica é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado investigar o padrão alimentar e a princípio pedir apenas um exame hoje: a monitorização residencial da pressão arterial.

E) o sedentarismo é um fator de risco agravante e, portanto, a maior recomendação é que comece exercícios programados de forma rotineira, na intensidade e duração necessárias para obter redução da pressão arterial e do colesterol total, com precauções para não piorar as dores.

Comentário OsceLabs

D é o gabarito, por valorizar contexto social, alimentação e confirmação da pressão fora do consultório. Uma medida elevada, sobretudo após diclofenaco, não basta para caracterizar todo o padrão pressórico. A posição socioeconômica pode acrescentar vulnerabilidade, mas não permite somar uma porcentagem exata ao escore nem concluir que somente um exame será sempre suficiente. A atribui proteção ao consumo alcoólico excessivo. B torna urgente repetir exames recentes sem demonstrar necessidade. C reconhece risco do diclofenaco, porém prescreve estatina com meta de colesterol total pouco apropriada. E concentra o plano apenas em exercício. Cessação do tabagismo, redução de álcool, revisão do uso de anti-inflamatório, alimentação e atividade física adequada podem começar já. A história paterna de infarto precoce também importa. Perfil lipídico completo e decisão sobre estatina são discutidos conforme estratificação, sem depender apenas do número de 9%.

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

Referência: [Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2025](#).

Referência: [World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions](#).

Questão 100 · Escores diferentes exigem comparar população e desfecho**Gabarito oficial: D**

100) Logo após a consulta de Ademir você atende Bino, semelhante em diversos aspectos: também 53 anos, pardo, classe social baixa, fumante, sem doenças prévias e, nos exames realizados há 2 semanas, resultados laboratoriais iguais: colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Mas Bino é agricultor, ingere 3 doses de cachaça 4 dias por semana, não usa remédios, não tem história familiar de infarto. Bino veio em busca de segunda opinião, traz declaração emitida dias atrás por outro médico: nela, consta PA =146/96, IMC=28, Risco Cardiovascular pela calculadora de Framingham (2008) = 33% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Você recalcula por Framingham e obtém o mesmo resultado, mas confere pela tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil e verifica que esta indica apenas 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Nesta consulta, é adequado informá-lo que

A) é mais confiável o dado da tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS por ter sido desenvolvida a partir do acompanhamento científico de uma coorte contemporânea de pacientes brasileiros.

B) o ideal seria realizar mais medidas da pressão arterial e nova amostra dos exames laboratoriais para obter um melhor cálculo do risco cardiovascular, postergando recomendações de tratamento para depois disto.

C) a diferença de estimativa de prognóstico decorre do cálculo por Framingham levar em consideração também o efeito adicional do IMC elevado e da ingestão etílica, fatores não considerados pela tabela da OMS.

D) o cálculo por Framingham frequentemente superestima o risco por se basear numa amostra menor e de outra etnia que foi obtida em estudos de coorte realizados numa época em que o risco basal de doença cardiovascular era consideravelmente maior do que no Brasil atual.

E) pode-se estimar que o risco de desfechos coronarianos duros para ele em 10 anos está entre 9% e 33% e, em qualquer ponto desta faixa, seriam recomendadas as mesmas condutas para prevenção cardiovascular, portanto deve-se discutir já as opções terapêuticas pertinentes, medicamentosas ou não.

Comentário OsceLabs

D é a resposta oficial e aponta a possibilidade de má calibração ao transportar Framingham para outra população e época. Contudo, etnia e tamanho da amostra não explicam sozinhos toda diferença. É indispensável verificar se os dois cálculos estimam o mesmo desfecho: modelos de Framingham podem incluir eventos cardiovasculares amplos, enquanto tabelas OMS estimam infarto e AVC; chamar ambos de “desfechos coronarianos duros” pode ser incorreto. A afirma que a tabela OMS veio de uma única coorte brasileira, quando foi desenvolvida e recalibrada com dados de múltiplas regiões. B adia orientações úteis para repetir exames recentes. C atribui à versão laboratorial efeitos de IMC e álcool que não correspondem aos seus componentes. E toma os resultados como limites de um intervalo válido e presume condutas idênticas. Deve-se conferir versão, entradas e calibração, explicar a incerteza e agir sobre tabagismo, pressão e demais riscos modificáveis.

Referência: World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions.

Referência: General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study.

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

Documentos originais

Gabarito oficial

Gabarito oficial retificado nº 02, de 07/11/2025. Questões 13, 14, 57 e 88 anuladas. A edição refere-se ao ingresso em 2026, com aplicação em novembro de 2025.

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](#)

A Associação Médica do Paraná, torna pública a retificação do gabarito divulgado em 06 de novembro de 2025, referente à prova do Processo Seletivo de Residência Médica – Exame AMP 2025.

Prova geral:

Questão 13: Anulada

Pediatria:

Questão 13: Anulada

Clínica Médica:

Questão 17: Anulada

Endoscopia:

Questão 17: Anulada

As demais questões e respostas permanecem inalteradas.

O gabarito retificado passa a ser o oficial, devendo ser considerado para fins de correção das provas e divulgação do resultado final.

PROVA GERAL

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

PROVA ESPECÍFICA CIRURGIA

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

PROVA ESPECÍFICA CLÍNICA MÉDICA

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

PROVA ESPECÍFICA PEDIATRIA

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

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

PROVA CIRURGIA CRANIO-MAXILO-FACIAL

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

PROVA CIRURGIA ANGIOLOGIA E CIRURGIA ENDOVASCULAR

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

PROVA ENDOSCOPIA

01	B	11	E	21	C	31	E		
02	E	12	A	22	A	32	D		
03	B	13	B	23	A	33	C		
04	D	14	A	24	D	34	A		
05	E	15	A	25	E	35	E		
06	E	16	E	26	A	36	E		
07	D	17	X	27	E	37	C		

08	B	18	D	28	D	38	A		
09	E	19	B	29	D	39	E		
10	E	20	C	30	A	40	E		

PROVA MASTOLOGIA

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

Curitiba, 07 de novembro de 2025.

PROVA GERAL

Prova: 02/Novembro/2025

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

OTORRINOLARINGOLOGIA - ESPECIALIZAÇÃO

1) Menina de 4 anos apresenta há três dias conjuntivite unilateral à esquerda, com edema e hiperemia, mas indolor e sem secreção. Também apresenta linfadenopatia pré-auricular ipsilateral. Nega febre ou sintomas respiratórios. Não fez viagem recente, tem gato e cachorro em casa; nega casos semelhantes na família.

Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Glaucoma.
- B) Conjuntivite por adenovírus.
- C) Conjuntivite por Epstein-Barr.
- D) Ceratoconjuntivite por esporotricose.
- E) Síndrome oculoglandular de Parinaud.

2) A hérnia diafragmática congênita é a protrusão do conteúdo abdominal para dentro do tórax através de anomalia do diafragma. Sobre isso analise as afirmativas abaixo.

I – Em 90% dos casos ocorre na porção posterolateral do diafragma, chamada de hérnia de Bochdalek, sendo a maioria do lado esquerdo.

II – As hérnias anteriores são chamadas de H. de Morgagni e são bem menos comuns.

III – A principal causa de morbimortalidade é a hipoplasia pulmonar.

Assinale a alternativa correta.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

3) A indicação de albumina humana no edema nefrótico grave deve ser individualizada, não sendo possível recomendar o seu uso sistemático.

I – A infusão de albumina em pacientes hipervolêmicos deve ser feita com cautela.

PORQUE

II – Pode exacerbar a volemia, causando insuficiência cardíaca, edema pulmonar e piora da hipertensão arterial, sobretudo quando em infusão rápida.

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa I está incorreta e a II correta.
- E) Ambas estão incorretas.

4) Sobre a intussuscepção intestinal na infância, analise as afirmativas abaixo

I – A forma mais comum é a íleo-cólica.

II – O ultrassom é o padrão ouro para diagnóstico.

III – O ápice da intussuscepção pode se exteriorizar pelo ânus, em casos negligenciados.

Assinale a alternativa correta.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

5) A cetoacidose diabética (CAD) é uma complicação aguda que ocorre tipicamente no diabetes tipo 1. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- A) O bicarbonato de sódio pode ser utilizado nas CAD graves com $\text{pH} < 7,0$.
- B) A avaliação dos níveis de potássio sempre deve ser feita antes da insulinização.
- C) A administração da insulina EV pode ser suspensa imediatamente ao se aplicar a primeira dose SC.
- D) A gravidade da CAD pode ser classificada em leve, moderada ou grave, sendo baseada na glicemia.
- E) O edema cerebral, complicação mais temida da CAD, deve ser tratado com furosemida e dexametasona.

6) Na avaliação de uma criança com baixa estatura o principal indicador de uma baixa estatura patológica é a velocidade de crescimento baixa.

I – Em caso de baixa estatura com baixa velocidade de crescimento o principal exame a colher é a dosagem de GH.

PORQUE

II – A principal causa endocrinológica de baixa estatura é a deficiência de GH.

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.
- E) Ambas estão incorretas.

7) Paciente de dois anos vem a consulta por estar apresentando espasmos de membros, com piora recente. Tem antecedentes de rabdomioma cardíaco ao nascimento e recentemente perda de algumas habilidades. Ao exame lesões cutâneas hipocrômicas em formato de folha. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Neurofibromatose.

- B) Nevo hipocrômico.
- C) Esclerose tuberosa.
- D) Hanseníase sistêmica.
- E) Síndrome de Lennox-Gastaut.

8) A comunicação interatrial (CIA) é a cardiopatia congênita mais comum e geralmente os pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos. Na maioria dos pacientes com CIA o achado característico na ausculta é

- A) segunda bulha única e alta.
- B) sopro sistólico de regurgitação.
- C) desdobramento amplo e fixo da segunda bulha.
- D) sopro sistólico de ejeção em borda esternal esquerda.
- E) estalido protossistólico com segunda bulha hipofônica.

9) Nas crianças a apendicite aguda tem uma apresentação clínica muito variada e menos de 50% dos casos têm uma apresentação clássica. Na avaliação de uma criança com suspeita de apendicite aguda, analise as afirmativas abaixo.

I – A dor abdominal localizada é o achado diagnóstico mais confiável no diagnóstico de apendicite aguda.

II – O uso criterioso da analgesia com morfina para aliviar a dor abdominal não altera a precisão diagnóstica.

III – Nos casos de apêndice localizado inteiramente na pelve a dor pode ser mínima no exame abdominal.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

10) A bronquiolite viral aguda é caracterizada por inflamação aguda, edema necrose de células epiteliais das pequenas vias aéreas, promovendo impactação de muco intraluminal. Sobre esta situação assinale a alternativa correta.

- A) A infecção pelo vírus sincicial respiratório confere imunidade duradoura.
- B) A presença de febre elevada é um achado comum na fase pulmonar da doença.
- C) É fundamental a realização de imagem radiográfica e de exames laboratoriais para o correto diagnóstico.
- D) As técnicas de fisioterapia respiratória possuem elevada efetividade no manuseio dos pacientes portadores da doença.
- E) A administração de oxigênio por cânula nasal de

alto fluxo parece estar associada à menor possibilidade de necessitar de suporte ventilatório invasivo.

11) Paciente do sexo masculino, de 11 anos, chegou à emergência hospitalar levado por familiares com queimadura por explosão de gasolina há 3 horas. O paciente chegou agitado, apresentando dificuldade respiratória e estridor, saturando a 90% em ar ambiente. No primeiro atendimento foram retiradas as roupas do adolescente, puncionado o acesso venoso, analgesia com opioide e estimada a superfície corporal queimada (SCQ), por meio da fórmula de Lund-Browder, em 44% (queimadura em face, tronco e abdome anterior, períneo e coxas). Assinale a alternativa que apresenta as próximas condutas nesse caso.

- A) Proceder à intubação e iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland.
- B) Realizar uma broncoscopia para identificar e diagnosticar a lesão inalatória.
- C) Iniciar a ressuscitação pela fórmula de Parkland e passar uma sonda vesical de demora.
- D) Passar uma sonda vesical e mensurar a diurese para decidir qual é a necessidade de ressuscitação.
- E) Ofertar oxigênio por máscara não reinalante, realizar expansão com soro fisiológico 0,9% e iniciar antibioticoterapia.

12) Na admissão hospitalar de uma criança com déficit motor súbito, afasia e flutuação do nível de consciência a conduta mais adequada após estabilização clínica seria

- A) realizar uma dose de heparina de baixo peso molecular.
- B) administrar dose de ácido acetilsalicílico de 5mg/kg e encaminhar o paciente para internamento.
- C) realizar tomografia computadorizada de crânio para descartar acidente vascular cerebral hemorrágico.
- D) solicitar internamento imediato, obter dois acessos periféricos calibrosos e manter o paciente em leito de enfermaria com monitoração.
- E) realizar hidratação venosa com soro fisiológico 20mL/kg, encaminhar o paciente para neurocirurgia e implementar medida de pressão intracraniana.

13) Em qual etapa do desenvolvimento um bebê apresenta-se mais sereno, pacífico, sem cólicas, sorrindo com mais frequência, iniciando um interesse maior pelo rosto humano, fixando mais o olhar, postura simétrica, mãos abertas, reflexo plantar já praticamente ausente e o reflexo de Moro começa a desaparecer?

- A) 0 a 2 meses.
- B) 2 a 4 meses.
- C) 4 a 6 meses.
- D) 6 a 9 meses.
- E) 9 a 12 meses.

14) No atendimento de um trauma que levou à morte de uma criança ou adolescente, ou no caso em que a vítima chegou morta ao serviço de saúde

I – é vedado ao médico oferecer Atestado de Óbito em qualquer situação de morte por causa violenta ou suspeita, seja por acidente ou violência EXCETO

II – se não houver Instituto Médico Legal no município e região do falecimento, sem necessidade de comunicação à autoridade local.

- A) Ambas afirmativas estão corretas e a II é uma justificativa correta da I.
- B) Ambas afirmativas estão corretas e a II não é uma justificativa correta da I.
- C) A afirmativa I está correta e a II incorreta.
- D) A afirmativa II está incorreta e a I correta.
- E) Ambas estão incorretas.

15) Na faixa etária pediátrica, sobretudo antes dos seis anos de idade, as intoxicações não intencionais são frequentes, em virtude da curiosidade da criança em explorar o ambiente. Sobre as intoxicações nesta faixa etária, assinale a alternativa correta.

- A) O uso do carvão ativado melhora o prognóstico destes pacientes.
- B) A lavagem gástrica está indicada de rotina, especialmente dentro das duas primeiras horas da ingestão.
- C) A naloxona é o antídoto de escolha para as intoxicações por benzodiazepínicos e opioides.
- D) A descontaminação cutânea é indispensável nas intoxicações por organofosforados com exposição cutânea.
- E) A alcalinização da urina tem por objetivo alterar o pH para dificultar a passagem do tóxico através das membranas biológicas e deve ser feita em bôlus dentro da primeira hora do atendimento.

16) É consenso que a amamentação é a melhor forma de alimentar a criança no início da vida e é inigualável. A OMS, o Ministério da Saúde do Brasil e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o aleitamento materno (AM) de forma exclusiva nos primeiros seis meses. Assinale a alternativa correta sobre o AM.

- A) O tempo de permanência na mama em cada mamada deve ser pré-estabelecido.
- B) Após os dois anos o AM deve ser desestimulado pelo risco de acarretar carências nutricionais.
- C) Recomenda-se que após o sexto mês a alimentação seja complementada com novos alimentos e fórmula láctea.
- D) Há indícios de que a presença do pai em casa pode aumentar a chance de manutenção do AM por dois

anos ou mais.

E) É importante que a criança fique o tempo suficiente na mama para ter acesso ao leite posterior, por conter mais calorias e saciar a criança.

17) Lactente com um mês de vida apresenta placas eritematodescamativas arredondadas, com crostas amareladas aderidas a uma base eritematosa em região retroauricular, pescoço, períneo e couro cabeludo. Bom estado geral, sem sinais de desconforto ou presença de febre. Qual o agente etiológico mais provável do caso?

- A) Malassezia.
- B) Autoimunidade.
- C) *Staphylococcus aureus*.
- D) *Streptococcus* do grupo A.
- E) *Staphylococcus epidermidis*.

18) Recém nascido apresenta no terceiro dia de vida quadro de conjuntivite, com secreção purulenta espessa e abundante bilateralmente e com sinais de quemose de pálpebras. Baseado no agente etiológico mais provável, qual seria a melhor conduta para o caso?

- A) Colírio de tobramicina.
- B) Azitromicina por via oral.
- C) Antibioticoterapia sistêmica com penicilina ou ceftriaxona.
- D) Associação de colírio de eritromicina com penicilina cristalina.
- E) Irrigação ocular com solução de soro fisiológico a cada duas horas.

19) A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) envolve um conjunto de medidas que visam evitar ou reverter uma parada cardiorrespiratória (PCR) por meio de suporte ventilatório e circulatório. Sobre esta situação, analise as afirmativas abaixo.

I – O prognóstico da RCP nas crianças é melhor que nos adultos.

II – As arritmias ventriculares ocorrem na maioria dos casos das vítimas pediátricas em PCR extra-hospitalar.

III – As compressões torácicas devem ser realizadas com profundidade de 1/3 do tórax, numa frequência não superior a 100 por minuto.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

20) A alergia alimentar é uma doença de aparen-

te prevalência mundial, caracterizada por reação adversa imunológica reprodutível a determinado alimento. Sobre a alergia alimentar, assinale a alternativa correta.

- A) A alergia ao ovo e leite é para toda a vida.
- B) É mais comum em países em desenvolvimento.
- C) A dosagem de IgE específica no soro é o padrão ouro para o diagnóstico.
- D) A introdução tardia dos alimentos alergênicos pode aumentar o risco de alergia.
- E) A síndrome de enterocolite induzida por proteínas alimentares (FPIES) é uma forma grave de alergia alimentar mediada por IgE.

21) Gestante de 29 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, comparece à consulta de rotina assintomática. Seus exames revelam pressão arterial de 150 × 95 mmHg em duas aferições com 4 horas de intervalo e proteinúria positiva em teste de fita urinária. Apresenta crescimento fetal adequado e sem queixas no momento.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente.

- A) Hipertensão gestacional: iniciar metildopa e agendar nova avaliação em 7 dias.
- B) Pré-eclâmpsia incipiente: repetir aferições da PA em 48 horas e seguir com pré-natal habitual.
- C) Hipertensão crônica: confirmar proteinúria com exames laboratoriais e aguardar evolução do quadro.
- D) Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica: iniciar sulfato de magnésio, anti-hipertensivo e indicar interrupção da gestação.
- E) Pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração clínica: iniciar anti-hipertensivo, solicitar exames materno-fetais e manter vigilância ambulatorial.

22) Gestante de 36 anos, G3P1A1, com 27 semanas de gestação, apresenta teste oral de tolerância à glicose com 75g de glicose com os seguintes resultados: glicemia de jejum de 94 mg/dL, glicemia em 1 hora de 182 mg/dL, e em 2 horas de 154 mg/dL. Está assintomática, com ganho ponderal adequado e ultrassonografia mostrando feto em percentil 50 para idade gestacional.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico e a conduta, respectivamente, para essa paciente:

- A) Diabetes gestacional: instituir plano alimentar, atividade física e controle glicêmico domiciliar.
- B) Intolerância à glicose gestacional: repetir TOTG em 2 semanas e manter dieta fracionada.
- C) Diabetes gestacional: iniciar insulina basal e orientar restrição de carboidratos complexos.
- D) Diabetes pré-gestacional: solicitar hemoglobina glicada e indicar avaliação oftalmológica urgente.
- E) Hiperglicemia gestacional transitória: observar evolução sem necessidade de intervenção imediata.

23) Uma gestante de 26 anos, G1P0, assintomática, realiza urocultura de rotina com 15 semanas de gestação, que detecta bacteriúria assintomática por *Streptococcus agalactiae* (10⁵ UFC/mL). A gestante não apresenta comorbidades e tem boa evolução pré-natal.

Assinale a alternativa que considera a conduta atual e a implicação dessa infecção para o momento do parto.

- A) Tratar a bacteriúria e repetir urocultura mensalmente até o final da gestação.
- B) Tratar a bacteriúria e indicar antibioticoprofilaxia intraparto independente cultura vaginal posterior.
- C) Tratar somente se houver sintomas urinários e considerar profilaxia intraparto se cultura vaginal for positiva.
- D) Não tratar a bacteriúria, pois a triagem para *S. agalactiae* deve ser feita apenas via cultura vaginal no 3º trimestre.
- E) Iniciar antibioticoterapia e solicitar cultura vaginal com 35 semanas para decidir sobre profilaxia intraparto.

24) Gestante de 22 anos, G1P0, com 10 semanas de gestação, traz sorologia com IgG e IgM reagentes para *Toxoplasma gondii*. Ela está assintomática e sem alterações no exame físico. Não há exames prévios disponíveis.

Assinale a alternativa que considera o diagnóstico mais provável e a conduta inicial, respectivamente, para essa paciente.

- A) Infecção antiga: manter pré-natal habitual e repetir sorologia no terceiro trimestre.
- B) Sorologia falsa-positiva: solicitar PCR para toxoplasma no sangue materno e repetir IgM em 2 semanas.
- C) Infecção recente: indicar esquema triplo com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico por 6 semanas.
- D) Infecção recente: iniciar espiramicina imediatamente e encaminhar para ultrassonografia morfológica precoce.
- E) Infecção de data indeterminada: solicitar teste de avididade da IgG e iniciar espiramicina enquanto aguarda resultado.

25) Com base nas recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde para gestantes, assinale a alternativa correta.

- A) A vacina contra hepatite B é contraindicada durante a gestação, devendo ser adiada para o puerpério.
- B) A vacina influenza é indicada apenas para gestantes com comorbidades ou em surtos sazonais regionais.
- C) A vacina contra COVID-19 está atualmente restrita ao terceiro trimestre, por risco teórico de malformações no período embrionário.

D) A vacina dTpa (tríplice acelular do adulto) deve ser aplicada em todas as gestações a partir de 20 semanas, independentemente do intervalo vacinal prévio.
E) A vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) deve ser administrada preferencialmente no segundo trimestre, para reduzir o risco de síndrome da rubéola congênita.

26) Sobre a predição e o manejo do parto prematuro, assinale a alternativa correta.

A) A terbutalina é o tocolítico preferencial no Brasil, devido ao menor risco de efeitos adversos cardiovasculares maternos.
B) A corticoterapia antenatal está indicada de forma rotineira entre 24 e 34 semanas, com dexametasona semanal até o parto.
C) O uso de cerclagem cervical está indicado em toda gestante com colo uterino <25 mm, independentemente de história obstétrica.
D) O atosiban é um inibidor da fosfodiesterase utilizado como primeira escolha para tocolise em casos de contrações com dilatação <2 cm.
E) A nifedipina pode ser usada como tocolítico em partos prematuros iminentes, mas está contraindicada na presença de cardiopatia materna.

27) Gestante de 40 semanas e 3 dias, G2P1, comparece ao pronto atendimento por redução da movimentação fetal nas últimas 12 horas. Ao exame: feto único em apresentação cefálica, BCF 140 bpm, movimentos fetais lentos à palpação. Toque vaginal: colo posterior, 1 cm de dilatação, 20% de apagamento, consistência firme e altura -2. Ultrassonografia obstétrica com líquido amniótico reduzido (ILA de 4,5 cm) e doppler normal. Considerando o caso clínico e os critérios obstétricos para indução do parto, assinale a alternativa correta.

A) A indução está indicada e pode ser iniciada com misoprostol vaginal para preparo cervical.
B) A cesariana deve ser indicada de imediato devido à oligo-hidrânio e idade gestacional.
C) A presença de colo desfavorável impede qualquer tentativa de indução, mesmo com métodos mecânicos.
D) A indução está contraindicada devido ao colo desfavorável e à ausência de sofrimento fetal agudo.
E) A conduta inicial deve ser repor volume com hidratação venosa e repetir a cardiotocografia após 12 horas.

28) Mulher de 27 anos, G2P2, evolui com sangramento vaginal intenso 30 minutos após parto vaginal espontâneo, com perda estimada de 900 mL. Apresenta-se pálida, sudorética, PA 90 × 60 mmHg, FC 116 bpm. Ao exame: útero flácido e acima da cicatriz umbilical, placenta entregue íntegra e sem

lacerações visíveis.

Assinale a alternativa que representa a conduta mais adequada para essa paciente neste momento.

A) Solicitar exames laboratoriais e coagulograma antes de iniciar qualquer intervenção, para excluir coagulopatia de base.
B) Iniciar ácido tranexâmico e misoprostol retal, realizar sondagem vesical e preparar material para revisão uterina manual.
C) Administrar ocitocina intravenosa, sem manipulação uterina, e avaliar necessidade de transfusão conforme hemoglobina.
D) Iniciar taponamento uterino com balão de Bakri, associar misoprostol retal e sulfato de magnésio para prevenção de disfunção endotelial.
E) Realizar avaliação clínica para identificar a causa da hemorragia, iniciar massagem uterina, monitorização, acesso venoso calibroso, soro aquecido, ácido tranexâmico e ocitocina EV.

29) Sobre o conceito de parto humanizado, segundo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil, assinale a alternativa correta.

A) O conceito de humanização está vinculado exclusivamente ao parto vaginal, não se aplicando a cesarianas eletivas.
B) O protagonismo da mulher implica autonomia parcial nas decisões, desde que autorizadas pela equipe médica.
C) O respeito às escolhas da gestante inclui direito à posição de parto desejada, desde que não haja contraindicações clínicas.
D) O parto humanizado restringe o uso de métodos farmacológicos para analgesia, priorizando o estímulo à dor fisiológica.
E) O parto humanizado pressupõe baixo risco obstétrico e está limitado ao ambiente domiciliar com equipe de parteiras treinadas.

30) Puérpera de 5 dias, primigesta, procura atendimento com queixa de dor intensa na mama direita, associada a área endurecida, quente e avermelhada no quadrante superior externo. Refere febre de 38,5 °C e calafrios nas últimas 24 horas. Relata dificuldade para amamentar, mas sem interrupção do aleitamento. Ao exame: região dolorosa e eritematosa de 6 cm, sem flutuação. Mamas com sinais de ingurgitamento bilateral leve. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

A) O diagnóstico é mastite puerperal; o aleitamento deve ser mantido e está indicado uso de antibiótico por via oral.
B) O diagnóstico mais provável é abscesso mamário;

a conduta é drenagem cirúrgica e antibioticoterapia endovenosa.

C) A suspeita de ducto lactífero obstruído é mais provável, sendo suficiente orientar compressas frias e repouso mamário.

D) O quadro é compatível com mastite puerperal; deve-se suspender o aleitamento na mama acometida até completa resolução.

E) Trata-se de ingurgitamento mamário complicado; a conduta inclui analgesia e esvaziamento manual com bomba elétrica.

31) Atraso menstrual de 12 semanas com queixa de sangramento vaginal, dores em hipogástrio e vômitos. Exame de Beta-hCG 278.000 UI/L e ultrassom com útero volumoso e cistos tecaluteínicos bilaterais de 8 cm. Foi submetida a procedimento cirúrgico e o anátomo patológico revelou hidropisia vilosa difusa e hiperplasia trofoblástica difusa com ausência de tecido fetal. O diagnóstico desta paciente é

A) mola invasora.

B) aborto hidrópico.

C) mola hidatiforme parcial.

D) mola hidatiforme completa.

E) Coriocarcionoma Gestacional.

32) Puérpera com 24 horas de pós-parto cesáreo por rotura prematura de membranas de 29 horas e distócia de progressão foi diagnosticada com infecção puerperal. Quais os sinais e sintomas clínicos que mais levaram a este diagnóstico?

A) Temperatura 38,0°C, calafrio, dor abdominal e loquiação escassa.

B) Dor abdominal moderada, tremores, útero doloroso e hipoinvoluído.

C) Temperatura 37,9°C, dor abdominal, taquicardia, tremores e calafrio.

D) Taquicardia, taquipneia, dor abdominal e lóquios abundantes e inodoro.

E) Temperatura 38,9°C, taquicardia, útero doloroso, pastoso e hipoinvoluído.

33) Mulher 51 anos, utilizando DIU-LNG 52 mg há 4 anos, apresenta sintomas vasomotores intensos, alteração do sono e irritabilidade. Sem comorbidades. G1P1 e DUM: 50 anos. Exames físico e complementares sem alterações. Qual seria o melhor tratamento para esta paciente?

A) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg, oral, contínuo.

B) Manter DIU-LNG e iniciar testosterona 2mg, gel transdérmico, contínuo.

C) Manter DIU-LNG e iniciar acetato de noretisterona 35 mcg, oral, contínua.

D) Manter DIU-LNG e iniciar estradiol 0,5 mg/dose,

gel transdérmico, contínuo.

E) Remover DIU-LNG e iniciar estradiol 1mg com di-drogesterona 10mg, oral, cíclico.

34) Paciente 57 anos, com urgência miccional frequente e eventuais episódios de incontinência urinária de urgência iniciados 3 anos após a menopausa. Acorda 2 vezes a noite para urinar e houve muita piora da qualidade de vida laboral e afetiva. Nega doenças neurológicas prévias e cirurgias ginecológicas e urológicas prévias. G2C2, menopausa aos 51 anos sem terapia hormonal. Bom estado geral, IMC: 29,4 Kg/m². Exame ginecológico: vagina lisa, pálida e sem conteúdo. Toque bidualigital: força contrátil do assoalho pélvico normal. Urocultura negativa. O diagnóstico mais provável desta paciente é

A) divertículo uretral.

B) incontinência urinária mista.

C) síndrome da bexiga hiperativa.

D) incontinência urinária contínua.

E) incontinência urinária de esforço.

35) A seguinte frase definidora “alguém que, em seus pensamentos, trabalhos e ações, é capaz de seguir estas normas que ele escolheu como próprias, sem constrangimentos ou coerção externas por outros” contém a essência do que os profissionais de saúde devem considerar como consentimento informado. A frase está definindo que tipo de pessoa?

A) Otimista.

B) Mediadora.

C) Autônoma.

D) Performática.

E) Individualista.

36) Paciente 40 anos, refere ter sentido nódulo em mama direita há 1 mês, com crescimento rápido. Não tem história familiar de câncer de mama. Ao exame físico, apresenta mamas de grande volume, com nódulo de aproximadamente 3 cm em quadrante súpero-externo de mama esquerda, de consistência firme, bordos irregulares e aderido a planos profundos. Apresenta mamografia e ultrassom de mamas BIRADS 4, e foi submetida a biópsia com diagnóstico de carcinoma mamário invasor triplo-negativo, Estádio Clínico T2N0M0. Em relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

A) A quimioterapia neste caso deve ser realizada após o tratamento cirúrgico.

B) O teste genético para câncer de mama hereditário deve ser solicitado devido à idade jovem.

C) A reconstrução mamária deve ser tardia, pelos riscos de recidiva do tumor triplo-negativo.

D) O tratamento inicial indicado é mastectomia esquerda com preservação de pele e complexo aréolo-papilar e linfonodo sentinela

E) A radioterapia é sempre indicada como tratamento adjuvante, independente da cirurgia ser conservadora ou mastectomia, por tratar-se de tumor triplo negativo.

37) Paciente 60 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica em uso de enalapril, e dislipidemia em uso de rosuvastatina 20 mg, G2C2, menopausa aos 50 anos, fez uso de terapia hormonal por 5 anos, IMC = 30 kg/m². Iniciou com sangramento vaginal há 3 dias. Ultrassom mostra endométrio de 8 mm. Qual seria a sua conduta?

A) Histerectomia vaginal.

B) Histerectomia por via laparoscópica.

C) Repetir ultrassom transvaginal em 3 meses.

D) Repetir ultrassom transvaginal em 6 meses.

E) Biópsia de endométrio em consultório com cureta de Novak.

38) Paciente de 30 anos, nuligesta, com desejo de engravidar, sem comorbidades, apresentou citologia oncótica cérvico-vaginal com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau. Foi submetida a colposcopia, que evidenciou epitélio acetobranco denso, margens irregulares, vasos atípicos grosseiros e teste de Schiller iodo-negativo. A biópsia de colo uterino confirmou lesão intraepitelial de alto grau. Realizada conização, o laudo anatomicopatológico demonstrou carcinoma escamoso invasor do tipo usual, com invasão estromal focal de até 2,5 mm de profundidade, extensão horizontal de 5 mm, ausência de invasão linfovascular e margens ectocervical e endocervical livres. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

A) Histerectomia total.

B) Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica.

C) Histerectomia total com salpingo-ooforectomia.

D) Histerectomia total com pesquisa de linfonodo sentinela.

E) Orientar a paciente a manter seguimento clínico e citopatológico.

39) Paciente 35 anos, refere leucorreia amarelo-esverdeada com início há 1 semana, associada a ardência vaginal e dispareunia. Ao exame especular, apresenta leucorreia profusa amarelo-esverdeada associada a hiperemia de ectocérvice e paredes vaginais. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

A) Colposcopia.

B) Metronidazol 2 g via oral, dose única.

C) Tratamento com fluconazol 150 mg dose única.

D) Tratamento com metronidazol gel vaginal por sete dias.

E) Bacterioscopia a fresco ou por Gram para diagnóstico.

40) Paciente de 17 anos, nuligesta, sem atividade sexual, IMC = 26 kg/m², sedentária, refere ciclos menstruais irregulares, com intervalos de aproximadamente 60 dias e duração de 8 dias, associados a acne e oleosidade cutânea. Exames laboratoriais (testosterona total e livre, SDHEA, TSH, T4 livre e prolactina) apresentaram-se dentro da normalidade. Ultrassonografia transvaginal evidenciou útero de 90 cm³, ovário direito de 2,3 cm³, ovário esquerdo de 3,4 cm³, endométrio de 8 mm e anexos sem alterações.

Com base nos critérios de Roterdã para diagnóstico da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), assinale a alternativa correta.

A) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo o tratamento mais indicado o uso de anticoncepcionais orais combinados.

B) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, e a melhor opção terapêutica é o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

C) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP, sendo recomendado o uso de progestagênios na segunda fase do ciclo menstrual, por 10 a 14 dias.

D) A paciente preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento indicado inclui mudanças no estilo de vida, estímulo à atividade física, adequação da dieta e uso de anticoncepcionais orais combinados.

E) A paciente não preenche critérios diagnósticos para SOP. O tratamento mais adequado consiste em mudanças no estilo de vida, uso de anticoncepcionais orais combinados e espironolactona

41) Sra. Mildred, 55 anos, queixa-se que há quase 3 semanas notou dor na mão D quando tenta descascar alimentos. Percebeu que a dor surge principalmente ao apertar o polegar contra os dedos da mão D quando apóia a faca. De história relevante comenta que aposentou-se recentemente e tem dedicado grande parte de seu tempo livre navegando na internet e atualizando-se sobre as notícias diárias nas redes sociais. Descobriu que ao dar “likes” as redes oferecem cada vez mais conteúdo sobre o assunto e confessa que já ficou mais de duas horas seguidas fazendo scrolling (palavra que agora domina após a filha alertá-la sobre posições viciosas que podem causar problemas). Ao exame físico apresenta edema discreto e sensibilidade dolorosa na região do processo estilóide do rádio a D. A manobra de Phalen e o sinal de Tinel são negativas, mas refere agudização da dor quando coloca o polegar na palma da mão e fecha os dedos sobre ele. Qual destes diagnósticos é o mais provável frente ao conjunto de informações acima?

- A) Trata-se de provável fascíte palmar.
- B) Trata-se de tenossinovite de Quervain.
- C) Trata-se de artrite gotosa da primeira articulação metacarpofalangeana.
- D) Trata-se de artrite de pequenas articulações, muito provavelmente artrite reumatoide.
- E) Trata-se de síndrome do túnel do carpo com provável artrose de punho concomitante.

42) Sr. Clodoaldo, 65 anos, conseguiu finalmente reduzir a massa gordurosa em 5 kg, com dieta, prática de Pilates e uso de GLP1ar. Vem a consulta relatando que iniciou com dor em coluna lombar há 2 dias, após empurrar armário na limpeza da casa. Você solicita a ressonância magnética de coluna lombossacra e identifica a presença de fratura de L4. Os exames laboratoriais que realizou há 1 mês não sugerem presença de doença secundária e a densitometria óssea que realizou há 6 meses mostrou escore T em coluna lombar (L1 - L4) de -1,5 e de fêmur total de -0,5: Qual proposta abaixo se correlaciona ao melhor tratamento neste momento?

- A) Iniciar bisfosfonados orais como o alendronato (70 mg/semana) ou risedronato (35 mg/sem) cujos estudos na população masculina mostrou redução do risco de fraturas vertebrais e não vertebrais em até 70 %.
- B) Suplementar com cálcio (1000 a 1200 mg /dia) e colecalciferol 50 mil UI semanal por 8 semanas e depois manter 15.000 UI semanais de maneira contínua com previsão de redução do risco de fraturas vertebrais em 20 a 30 %.
- C) Prescrever o denosumabe (60 mg/semestral) cujos estudos de 3 anos mostraram reduzir as fraturas vertebrais em 70%, com aumento da massa óssea e redução da ocorrência de fraturas atípicas e de osteonecrose de mandíbula.
- D) Introduzir calcitonina nasal (200 mg/d) que suprime a atividade osteoclástica pela ação direta sobre o receptor da calcitonina nos osteoclastos, reduz a dor, com previsão de redução de risco de fraturas vertebrais e de quadril em até 40 %.
- E) Administrar anualmente o ácido zoledrônico, que embora esteja correlacionado a ocorrência de osteonecrose de mandíbula em pacientes sob tratamento antineoplásico, reduziu o risco de fraturas vertebrais em 70% e mostrou uma redução de 28% na mortalidade.

43) Erica, 42 anos, diabética e hipertensa bem controlada há 2 anos, em uso de anticoncepcional oral contínuo, assintomática, traz exames de rotina: colesterol= 230mg/dL; HDL colesterol= 31mg/dL; triglicerídios= 125 mg/dL; glicemia de jejum= 102 mg/dl; TSH= 1,5 UI/mL; HA1C=6,4; ácido úrico= 4,5mg/dL; vitamina D= 30 ng/mL. Qual atitude medicamentosa seria mais adequada nesta consulta?

- A) Considerar terapia com estatina de intensidade alta para obter níveis de colesterol LDL < 70 mg/d.
- B) Considerar terapia com estatina de intensidade moderada para obter níveis de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- C) Considerar terapia com estatina de intensidade alta, associada a ezetimiba para obter níveis de colesterol LDL < 50 mg/dL.
- D) Considerar tratamento combinado com estatina de intensidade alta, ezetimiba e fenofibrato também visando elevação do HDL e diminuição do risco CV.
- E) Considerar terapia com ômega 3 [ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA)] evitando, no início, o uso da estatina que pode aumentar discretamente o risco de descompensação do diabetes.

44) Helena, 24 anos, recebeu diagnóstico de doença de Graves há 3 meses e encontra-se em uso de metimazol 10 mg /dia. Vem à consulta, nesta UBS, muita ansiosa, pois teve notícia que está grávida de 8 semanas. Ao exame apresenta-se com pequeno bócio palpável liso e indolor, tremores finos, mãos frias e úmidas e nenhum sinal de oftalmopatia de Graves. Trouxe exames coletados há 5 dias com os seguintes valores: TSH= 0,1 (0.9-2.2 ng/dL); T4 livre= 1,6 ng/dL (0.9-2.0); T3 livre= 0,4 ng/dL (0,30 a 0,47); TRAb 0,55 UI/L (até 0,55). A melhor conduta neste momento, além de reencaminhá-la ao endocrinologista que solicitou estes exames de controle, será

- A) trocar o metimazol pelo propiltiouracil na proporção de 100 mg para 1 mg de metimazol, podendo mantê-lo até o final da gestação, se necessário.
- B) trocar o metimazol por propiltiouracil e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens devido a ação inibitória do fármaco sobre a conversão de T3 em T4.
- C) aumentar a dose de metimazol para 20 mg /d, pois as imunoglobulinas estimulantes da tireoide tendem a aumentar no transcorrer do período gestacional.
- D) suspender a medicação antitireoidiana, pois considera-se que além dos riscos de teratogenicidade do metimazol, os exames atuais estão compatíveis com o bom controle da doença.
- E) manter o metimazol na dose de 10 mg e acrescentar levotiroxina em baixas dosagens (esquema de bloqueio-reposição) para manter níveis normais de T4 livre sem prejuízo ao feto.

45) Sra. Rita, 65 anos, diabética, obesa, em tratamento com metformina 2 g ao dia, vem a consulta solicitando informações. Relata ter ouvido uma entrevista sobre as complicações crônicas do diabetes e ficou preocupada, pois nunca fora orientada a consultar-se com um nefrologista. Seus últimos exames mostraram glicemia 2 horas após o almoço de 165 mg/dL; HA1c de 6,3; ureia de 40 mg/

dl e creatinina de 1,12 mg/dl. Após analisar o caso você informa que o encaminhamento será realizado em caso de

- A) hipertensão arterial resistente ao controle com 2 ou mais drogas antihipertensivas.
- B) desejo de transplante de células beta (ilhotas) com ou sem transplante renal simultâneo.
- C) necessidade de orientação sobre acesso vascular para a hemodiálise ou diálise peritoneal.
- D) inclusão no sistema SUS para recebimento de medicação contínua de inibidores do SGLT-2.
- E) a taxa de filtração glomerular estimada for < 30 mL/min por 1,73 m² ou a proteinúria se mostrar > 3 g/dia.

46) Paciente sexo masculino, acorda com déficit motor à direita e fala arrastada. Há 5 horas do último momento assintomático conhecido. Realizou tomografia computadorizada de crânio com ausência de hemorragia, e no estudo da perfusão demonstra uma área de penumbra significativa. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar anticoagulação oral imediata.
- B) Apenas suporte clínico e posteriormente investigação da etiologia do AVE.
- C) Craniectomia descompressiva, a fim de reduzir a hipertensão intracraniana.
- D) Não indicar trombólise, pois acima de 4,5 horas sempre está contraindicado.
- E) Considerar trombólise, uma vez que protocolos avançados permitem trombolisar se houver ressonância magnética de crânio com DWI/FLAIR mismatch (restrição da difusão sem alteração no FLAIR) .

47) Paciente de 65 anos de idade com diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FE 28%) secundária a miocardiopatia isquêmica. No momento está em uso de carvedilol 25mg, enalapril 10mg, espironolactona 25mg / dia e uso de diurético de alça conforme a necessidade. Mesmo otimizado clinicamente, permanece sintomático (NYHA 3) e foi recentemente internado por descompensação. Ecocardio transtorácico demonstra dilatação ventricular esquerda, eletrocardiograma um QRS de 112 ms em ritmo sinusal. Função renal estável, creatinina 1,3mg/dl. Considerando evidências e recomendações atuais, a melhor próxima intervenção farmacológica que provavelmente reduzirá hospitalizações e mortalidade deste paciente?

- A) Suspender a espironolactona e iniciar ivabradina.
- B) Avaliar o uso de inotrópico, com infusão ambulatorial crônica para melhora dos sintomas.
- C) Trocar carvedilol por um betabloqueador cardioseletivo (bisoprolol) como primeira medida.
- D) Introduzir inibidor SGLT2 (por exemplo empaglifozina) , e após estabilização clínica avaliar a troca de

IECA por sacubitril/valsartana (ARNI).

E) Realizar a troca de enalapril e espironolactona, e iniciar vasodilatadores que reduzem pré e pós carga como hidralazina e monocordil.

48) Paciente dá entrada na sala de emergência referindo dispneia intensa e desconforto torácico. Ao monitorar paciente percebemos PA 160/70, FC 160bpm, FR 32, sat 88%, na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes até terço médio bilateral. Realizado eletrocardiograma, percebemos ausência da onda P e ritmo irregular. Diante do quadro clínico e da interpretação eletrocardiográfica, qual a melhor conduta a ser tomada?

- A) Cardioversão elétrica com 50J no desfibrilador monofásico
- B) Cardioversão elétrica com 200J no desfibrilador monofásico.
- C) Realizar manobra vagal se o paciente não responder infusão de adenosina 6mg EV.
- D) Investigar causas secundárias que possam estar levando ao aumento da frequência cardíaca.
- E) Amiodarona dose de ataque, seguido da dose manutenção 1mg/min nas primeiras 6 horas e 0,5mg/min nas próximas 18h.

49) Nem sempre quem tem uma artéria coronária ocluída apresenta o supradesnivelamento clássico no ST no ECG. Estudos mostram que cerca de 50-60% dos pacientes com oclusão coronariana aguda (OCA) não se enquadram nos critérios tradicionais de IAM com supra de ST. Isso pode atrasar o diagnóstico de reperfusão e piorar o desfecho clínico. Baseado neste contexto, qual a melhor conduta diante de uma paciente com dor torácica típica e eletrocardiograma sem supra do segmento ST?

- A) Está indicado trombólise química (rt pa) imediata.
- B) Deve ser encaminhado a estratégia invasiva imediata.
- C) Deve ser realizada uma angiotomografia de coronárias a fim de estabelecer o diagnóstico.
- D) Paciente deve ser encaminhado imediatamente para Unidade de Terapia Intensiva para iniciar droga inotrópica a fim de melhorar perfusão tecidual e estabilização clínica.
- E) Estratificar o risco do paciente, realizar eletrocardiograma seriados, coletar marcadores de necrose miocárdica e procurar ativamente no eletrocardiograma novos padrões que sugiram obstrução coronariana aguda.

50) Os médicos costumam se referir a qualquer doença febril sem uma etiologia óbvia inicial como Febre de Origem Obscura (FOO) . A maioria das doenças febris melhora antes que um diagnóstico possa ser feito ou que desenvolva características

que possibilitem o diagnóstico. O termo FOO deve ser reservado para doenças febris prolongadas sem uma etiologia estabelecida apesar da avaliação e exames diagnósticos intensivos. Diante do exposto, analise as afirmativas abaixo

I - Na população idosa três diagnósticos possíveis de FOO, arterite de células temporais associada à polimialgia reumática, doença de Still e neoplasia colon retal devem ser consideradas.

II - A febre com sinais de endocardite e hemoculturas negativas representa um problema especial. A endocardite com culturas negativas pode ser causada por bactérias de difícil cultivo, como bactérias nutricionalmente variantes, os microrganismos do grupo HACEK.

III - A febre de origem obscura é definida como febre > 37,8 em pelo menos duas ocasiões, duração de doença maior que 1 semana, presença de imunocomprometimento conhecido, diagnóstico que permanece incerto após anamnese e exame físico detalhados e os seguintes exames obrigatórios: determinação de VHS e proteína C reativa, contagem de plaquetas, contagem total e diferencial de leucócitos, medidas dos níveis de hemoglobina, eletrólitos, creatinina, proteínas totais, fosfatase alcalina, FAN, fator reumatoide, eletroforese de proteínas, parcial de urina com urocultura, hemoculturas, radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal e teste cutâneo com tuberculina ou IGR teste.

- A) As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B) As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C) As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D) As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E) As afirmativas I, II e III estão incorretas.

51) O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o câncer mais comum nos Estados Unidos. A respeito do tema assinale a alternativa correta com V (verdadeiro) ou F (falso).

I) Os carcinomas basocelulares (CBC) são responsáveis por 70 a 80% dos casos, enquanto os carcinomas de células escamosas (CCE) representam 20% dos casos.

II) A maioria dos tumores se desenvolve em áreas da cabeça e do pescoço expostas ao sol. O risco de CCE labial ou oral aumenta com o tabagismo e a semelhança do CCE da orelha, apresenta prognóstico mais sombrio do que aquele observado em outros locais do corpo.

III) O carcinoma basocelular (CBC) é uma neoplasia cutânea que se origina de células basais epiteliais imaturas pluripotentes, que perderam sua capacidade de diferenciação e queratização normais.

IV) A forma nódulo-ulcerativa é mais comum, geralmente única, acomete sobretudo cabeça e pescoço. Caracteriza-se como pápula ou nódulo com aspecto perolado, muitas vezes com telangectasias de padrão característico à dermatoscopia.

- A) VFFV.
- B) VVFF.
- C) FFFF.
- D) VVVF.
- E) VVVV.

52) A classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) das neoplasias mieloproliferativas (NMPs) crônicas inclui distúrbios, alguns dos quais raros ou pouco caracterizados, mas todos compartilhando uma origem a partir de uma célula hematopoiética, a superprodução de um ou mais elementos do sangue sem displasia importante e uma predileção por hematopoiese extramedular, mielofibrose e transformação, em taxas variadas, em leucemia aguda. Considerando as neoplasias mieloproliferativas sem fenótipo mielocítico (mielofibrose primária, trombocitose essencial e policitemia vera), julgue as alternativas a seguir sobre a correta.

- A) Na trombocitose essencial, em contagens de plaquetas muito elevadas, especialmente quando acima de 1.000.000/mm³, existe risco elevado de hemorragia causada por doença de von Willebrand.
- B) A policitemia vera é limitada a eritrocitose isolada, por vezes associada a prurido aquagênico, e a presença de trombocitose isolada, leucocitose ou esplenomegalia devem direcionar a investigação a outras neoplasias mieloproliferativas.
- C) As três doenças citadas apresentam quadros clínicos extremamente variados entre si, sendo que a policitemia vera, a mais rara das três, tem a sintomatologia mais grave e agressiva, rotineiramente cursando com sintomas constitucionais e esplenomegalia.
- D) A trombocitose essencial, que apresenta alta chance de evolução para leucemia mieloide aguda, requer tratamento, na maior parte dos casos envolvendo quimioterapia, exceto em casos de intolerabilidade do paciente, que neste caso deve receber transplante alogênico de medula óssea.
- E) Paradoxalmente à alcunha de mieloproliferação estabelecida pela OMS, a mielofibrose primária comumente cursa com pancitopenia já em estágio inicial, em decorrência da perda de tecido medular para eritropoese eficaz, associada a sintomas constitucionais como perda ponderal e sudorese noturna.

53) Paciente de 62 anos, tabagista de longa data, apresenta dispneia progressiva, tosse e edema facial que piora em decúbito dorsal. Ao exame, observa-se pletora facial, dilatação de veias cervicais e colaterais torácicas anteriores. A tomografia

computadorizada de tórax mostra massa mediastinal com compressão da veia cava superior. Sobre a síndrome da veia cava superior, assinale a alternativa correta.

- A) O achado mais significativo nas radiografias de tórax é o de derrame pleural, em geral localizado à direita.
- B) Em geral, os pacientes com síndrome de veia cava superior apresentam edema da face e do pescoço e os sintomas são progressivos, mas, em alguns casos, eles podem melhorar com o desenvolvimento de circulação colateral.
- C) Para seu diagnóstico é essencial a realização de exame de imagem - idealmente ressonância magnética de tórax e cervical, entretanto a tomografia de tórax pode ser considerada se impossibilidade de realização daquele exame.
- D) O desenvolvimento de varizes esofágicas, particularmente no contexto de uso de cateter de hemodiálise, deve direcionar a investigação a outras etiologias como síndrome hepatorenal, na qual há deficiência na produção de fatores de coagulação e aumento da pressão portal.
- E) Embora classicamente fosse considerada uma síndrome relacionada a obstrução direta da veia cava superior por neoplasias malignas, hoje sabe-se que existe predominância de etiologias benignas como uso de cateteres de acesso venoso central de longa duração, marca-passos e doenças auto-imunes, particularmente a síndrome de Behçet.

54) As células neoplásicas podem produzir uma variedade de produtos capazes de estimular respostas hormonais, hematológicas, dermatológicas, reumatológicas, renais e neurológicas. Dentre as síndromes paraneoplásicas mais comuns, considere as alternativas a seguir e indique a correta.

- A) Trombocitose, eosinofilia e granulocitose são achados frequentes em pacientes neoplásicos e, excluídas causas secundárias como infecções ou parasitoses, não requerem tratamento direto além do direcionado ao câncer.
- B) A hipercalemia humoral do câncer pode cursar com aumento acentuado do cálcio sérico levando a fadiga, alteração do estado mental, desidratação e nefrolitíase - nestes casos observa-se grande aumento do PTH sérico.
- C) Em neoplasias malignas onde ocorre produção ectópica de gonadotrofina coriônica humana (hCG) é necessária a ablação completa de órgãos germinativos em homens ou mulheres, devido ao risco de recidiva tumoral futura.
- D) Fraqueza, letargia, náuseas, alteração do estado mental e convulsões podem ser sintomas de SIADH associada a neoplasia, no qual o excesso de vasopressina provoca níveis supra fisiológicos de sódio,

chegando a níveis superiores a 150 mEq/L em casos graves.

E) A trombose venosa profunda e a embolia pulmonar são os distúrbios trombóticos mais comuns nos pacientes com câncer e pacientes com diagnóstico neoplásico devem receber quimioprofilaxia contra TEV durante o tratamento, mesmo fora do ambiente hospitalar.

55) As infecções constituem uma causa comum de morte e uma causa ainda mais comum de morbidade em pacientes que apresentam ampla variedade de neoplasias malignas – a depender do tipo de neoplasia, os óbitos relacionados a infecção podem chegar a 50% dos casos. A evolução da abordagem na prevenção e no tratamento das complicações infecciosas do câncer tem diminuído as taxas de mortalidade associadas às infecções e provavelmente continuará a fazê-lo. Julgue as alternativas a seguir e aponte a correta.

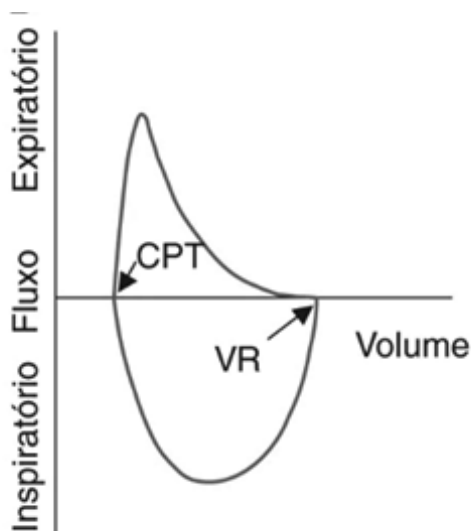
- A) Vacinas de vírus vivos (ou de bactérias vivas) não devem ser administradas a pacientes durante a quimioterapia intensiva, devido ao risco de infecção disseminada.
- B) Na neutropenia febril em terapia inicial sem foco definido, recomenda-se o uso empírico de vancomicina, reavaliando a manutenção deste tratamento após resultados de culturas.
- C) Pacientes com febre e neutropenia devem receber terapia intravenosa com cobertura de amplo espectro contra bactérias gram-negativas e gram-positivas e pseudomonas; o tratamento ambulatorial com antibióticos via oral nesta situação é contraindicado.
- D) Os esquemas de antibióticos recomendados empiricamente para o tratamento de pacientes febris nos quais se espera uma neutropenia de longa duração (> 7 dias) incluem cefalosporina de terceira geração, macrolídeo e sulfametoxazol/trimetoprima, frequentemente em associação.
- E) Cateteres intravenosos que são usados na quimioterapia estão propensos a causar infecção e representam um problema importante no tratamento destes pacientes; infecções de cateteres são tratadas com antibióticos e é contraindicada a remoção cirúrgica, tanto pela necessidade de via terapêutica para quimioterapia quanto pelo risco de disseminação séptica na manipulação dos mesmos.

56) Paciente de 28 anos internado em hospital terciário após fratura de membro inferior após acidente de moto, realizando profilaxia contra trombose com heparina de baixo peso molecular, após cinco dias apresenta plaquetopenia, sem sangramento. Mantido o tratamento, após quatro dias evolui com trombose do membro inferior contralateral à fratura e verifica-se queda de contagem de plaquetas para 32.000/mm³, eritrograma e leucograma sem alterações. O médico assistente observa que o

exame laboratorial prévio ao internamento do paciente era normal. Avalie a alternativa correta perante o caso clínico.

- A) A melhor terapia neste momento seria a de esplenectomia, entretanto apenas após a transfusão de plaquetas devido ao risco de sangramento
- B) É imprescindível a realização o quanto antes de plasmáfereze neste caso pois o diagnóstico mais plausível é o de púrpura trombocitopênica trombótica (PTT).
- C) A hipótese mais plausível neste caso é a de púrpura trombocitopênica imune (PTI) e deve-se iniciar imediatamente o tratamento de primeira linha com prednisona 1 mg/kg/dia.
- D) Neste momento, deve-se suspender a heparina (pelo risco de sangramento) e tão logo seja possível a realização de aspirado e biópsia de medula óssea para investigação de leucemias agudas ou síndrome mielodisplásica.
- E) Trata-se de provável caso de trombocitopenia induzida por heparina (TIH), cuja complicação mais frequente é a de trombose, ainda que com contagens baixas nas plaquetas, e deve-se interromper imediatamente o uso de heparina e sua substituição por anticoagulante alternativo como varfarina.

57) M.R.S, 16 anos, compareceu ao pronto-socorro acompanhado pela mãe, com queixa de tosse persistente e falta de ar, especialmente à noite e durante a prática de exercícios físicos. Os sintomas se iniciaram há cerca de 6 meses e têm se tornado mais frequentes e intensos. A mãe relata que o paciente acorda algumas noites com tosse, o que o impede de ter uma boa noite de sono. O paciente nega tabagismo, febre, dor no peito, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos. Após consulta com a clínica médica foi requisitada uma espirometria com prova broncodilatadora (b.d.) cujo resultado se apresenta abaixo. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.



CPT	100%
CRF	104%
VR	120%
CVF	90%
VEF1	35% pré b.d 75% pós b.d

- A) O uso frequente de β_2 -agonistas de curta ação não é associado com aumento da mortalidade.
- B) Alguns diagnósticos diferenciais são a bronquiolite obliterante, a doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística.
- C) Os β_2 -Agonistas de longa ação (LABAs) apresentam duração de ação de cerca de 12 horas e são recomendados para uso como monoterapia.
- D) Pacientes com diagnóstico no início da vida adulta deve-se descartar causas secundárias como uso de medicamentos (betabloqueadores, AAS e IECAs).
- E) A sua fisiopatologia evidencia a inflamação crônica das vias aéreas mais comumente de natureza linfocítica, sendo a infiltração mastocitária também frequente.

58) J.S.A., 45 anos, técnico em informática, comparece à consulta com queixas de sonolência diurna excessiva, ansiedade e cefaleia cedo pela manhã. A esposa relata que ele ronca alto e tem episódios frequentes de pausas respiratórias durante o sono, seguidos por “engasgos” ou pequenos despertares. O paciente nega dor torácica, febre ou tosse. Os sintomas têm se intensificado nos últimos dois anos. Ele refere que costumava fazer pequenas caminhadas, mas agora se cansa com facilidade, mesmo em atividades leves como subir um lance de escadas ou caminhar no plano por poucos metros. Ele atribui a falta de ar ao “sedentarismo” e ao aumento de peso, que tem sido constante na última década. Ao exame físico apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 47,4 kg/m², frequência cardíaca: 95 bpm. Frequência respiratória: 20 cpm. Saturação de O₂: 89% em ar ambiente. Pressão arterial: 145/90 mmHg. Em relação ao diagnóstico marque a alternativa correta.

- A) No indivíduo sadio, o nível arterial de dióxido de carbono (PaCO₂) é mantido entre 27 e 33 mmHg ao nível do mar. Todos os distúrbios de ventilação resultam em alteração nas medições da PaCO₂.
- B) Na síndrome de hipoventilação por obesidade a carga da parede torácica é menor do que a força dos músculos ventilatórios, resultando em uma troca anormal de gases após input neural ser transmitido às bombas musculares da respiração.
- C) A ventilação não invasiva com pressão positiva (VNIPP) noturna tem sido usada com sucesso no tratamento da hipoventilação e das apneias obstrutivas, porém sem sucesso nas hipoventilações de origem central.
- D) O diagnóstico mais possível é de síndrome de hi-

poventilação por obesidade uma vez que o paciente possui IMC > 30 kg/m², sintomas de hipoventilação crônica e evidência de distúrbio respiratório relacionado ao sono.

E) As doenças que reduzem a ventilação-minuto ou aumentam o espaço morto podem ser classificadas em quatro categorias principais: doença do parênquima pulmonar e da parede torácica, distúrbio respiratório do sono, doença neuromuscular e cor pulmonale.

59) M.A.C., 68 anos, foi admitida na UTI devido a uma hemorragia digestiva alta grave, secundária a uma úlcera gástrica. Seu quadro inicial evoluiu para choque hipovolêmico, exigindo múltiplas transfusões de concentrado de hemácias, nas 4 horas seguintes ao final da última transfusão, a paciente desenvolveu dispneia progressiva e taquipneia. A ausculta pulmonar revelou estertores finos bilaterais, e a saturação de oxigênio caiu para 88% em ar ambiente. Ao exame físico a pressão arterial permaneceu estável, e não havia sinais de sobrecarga hídrica e nem febre. Os exames complementares mostraram uma relação PaO₂/FiO₂ (P/F): 110 e radiografia de tórax abaixo.

Em relação ao diagnóstico assinale a alternativa correta.



A) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica deve-se optar por ventilações com alto volume corrente por quilo para se obter uma melhora da sobrevida.

B) Embora muitas doenças clínicas e cirúrgicas estejam associadas ao desenvolvimento de SARA, a maioria dos casos (> 80%) é causada por pneumonia e sepse (cerca de 40 a 60%).

C) Caso a paciente evolua para ventilação mecânica, não haveria benefício em mantê-la em posição prona uma vez que melhora a oxigenação arterial sem benefício na mortalidade.

D) Pacientes com SARA devem ser manejados evitando a restrição hídrica uma vez que a diminuição do enchimento atrial esquerdo é associado com maior mortalidade por hipoperfusão renal.

E) Trata-se de uma SARA (síndrome da angústia res-

piratória aguda) grave por lesão pulmonar direta ocasionado pelo aumento de volume circulante gerado pelas múltiplas transfusões de sangue.

60) C.F.A., 58 anos foi admitida no pronto socorro por hipotensão e sensação de lipotimia. A sintomatologia iniciou-se há aproximadamente 12 horas, de forma insidiosa, mas com rápida progressão. A paciente relatou, inicialmente, uma sensação de calafrios intensos. Paciente nega náuseas, vômitos ou exteriorização de sangramento. A equipe de enfermagem percebeu que a paciente estava confusa, respondendo lentamente às perguntas e parecendo desorientada. A paciente está em vigência de quimioterapia para câncer de ovário metastático sendo seu último ciclo há 10 dias. Ela não faz uso de uso de cateter central. Ao exame físico pressão arterial 85/40 mmHg, frequência cardíaca 125 bpm, frequência respiratória 26 cpm, temperatura 38 °C. O hemograma apresenta contagem de neutrófilos de 200/mm³. Em relação ao diagnóstico acima marque a alternativa correta.

A) Há quatro principais processos que levam à redução no transporte de oxigênio e à hipoxia celular, sendo esses os quatro principais tipos de choque: distributivo, cardiogênico, hipovolêmico e hemorrágico.

B) Após adequada reposição volêmica (30 mL/kg nas primeiras 3 horas) a paciente manteve hipotensão necessitando de suporte de vasopressores. Assim, a hipótese mais provável é de choque hipovolêmico.

C) A taquicardia observada na paciente é uma resposta secundária a hipotensão na tentativa de manter o transporte do oxigênio. Como esclarece a equação: DO₂ (determinantes do transporte de oxigênio) = (FC (frequência cardíaca × VS (volume sistólico) × CaO₂ (conteúdo arterial de oxigênio).

D) Com o objetivo de aumentar a resistência vascular periférica, caso se comprove o choque da paciente, deve-se iniciar um vasopressor sendo a dopamina o agente de primeira escolha.

E) Os antibióticos intravenosos devem ser iniciados assim que possível (dentro de 2 horas); especificamente com esquema de amplo espectro como cefepima 2 gramas a cada 8/8 horas.

61) Paciente submetido a prostatectomia radical com acesso videolaparoscópico devido a câncer de próstata. Cirurgia transcorre sem sangramento e sem lesões de estruturas adjacentes. Nas primeiras 6 horas de pós-operatório, paciente urinou 200ml (peso do paciente 100kg) e sua creatinina sérica subiu para 2mg/dl (há 2 dias, sua creatinina sérica era 1,4mg/dl).

Diante desse cenário, qual conduta mais apropriada?

A) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, não sendo necessários quaisquer tratamen-

tos adicionais.

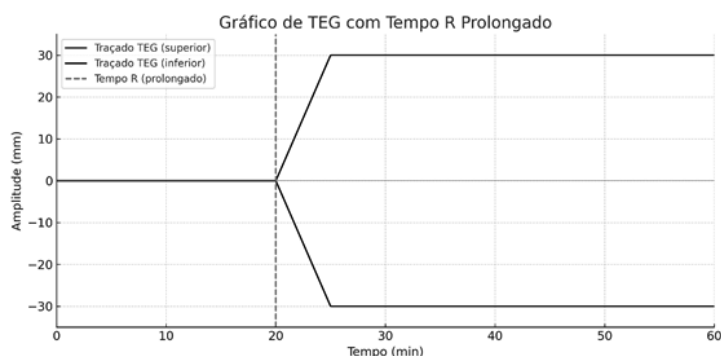
B) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado realizar prova de volume independente da etiologia do evento.

C) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo indicado avaliar se há alteração hidroeletrólítica e buscar a causa incitadora.

D) As alterações indicam insuficiência renal aguda, sendo necessário realizar terapia de substituição renal para evitar complicações metabólicas.

E) As alterações são esperadas para cirurgia de grande porte, sendo necessário tratamento paliativo baseado em hidratação endovenosa.

62) Paciente de 58 anos, com cirrose hepática por hepatite C, é submetido a transplante hepático ortotópico. Durante o intraoperatório, apresenta sangramento difuso, e os exames laboratoriais convencionais (TAP/RNI e TTP) mostram prolongamento moderado dos tempos, sem clara correlação com a gravidade do sangramento. O anestesista solicita uma tromboelastografia (TEG), que revela: tempo R prolongado, tempo K normal, ângulo α normal, amplitude máxima normal e LY30 < 1%.



Com base nesses achados, qual é a conduta mais apropriada?

A) Administração de plasma fresco congelado (PFC), pois o tempo R prolongado sugere deficiência de fatores de coagulação da fase inicial.

B) Transfusão de plaquetas, pois a amplitude máxima representa a agregação plaquetária, e o sangramento indica trombocitopenia funcional.

C) Nenhuma conduta específica, pois o TEG está normal e o sangramento deve ser contido com ligaduras vasculares cirúrgicas.

D) Início de antifibrinolítico (ácido tranexâmico), pois o LY30 está aumentado, indicando lise precoce do coágulo.

E) Administração de crioprecipitado, pois o tempo K está alterado, indicando deficiência de fibrinogênio.

63) Paciente de 71 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético, foi submetido a retossigmoidectomia por adenocarcinoma de cólon. No 1º dia

de pós-operatório, está em uso de dieta zero, sem sangramento ativo aparente, pressão arterial de 118/76 mmHg, frequência cardíaca de 78 bpm, sem dor torácica ou dispneia. A hemoglobina caiu de 10,1 g/dL no pré-operatório para 7,3 g/dL. Encontra-se lúcido, orientado e clinicamente estável.

Qual a conduta mais adequada em relação à transfusão de concentrado de hemácias (CH)?

A) Não transfundir, pois o paciente está hemodinamicamente estável e o valor de hemoglobina ainda está acima do limite recomendado para transfusão.

B) Indicar transfusão apenas se houver sinais de isquemia miocárdica ou instabilidade hemodinâmica, independentemente do valor de hemoglobina.

C) Transfundir 1 unidade de CH, pois o valor de hemoglobina está abaixo de 8 g/dL em um paciente cirúrgico.

D) Transfundir 2 unidades de CH devido à queda significativa da hemoglobina no pós-operatório.

E) Iniciar transfusão profilática devido à idade do paciente e presença de comorbidades.

64) Paciente de 65 anos, pós-operatório de cirurgia abdominal de grande porte, está internado em UTI com sepse e necessidade de ventilação mecânica. Durante a internação, apresenta hiperglicemia persistente com glicemia capilar entre 200 e 250 mg/dL. A equipe avalia a melhor estratégia para controle glicêmico.

Considerando as evidências atuais sobre controle da glicose em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

A) A hiperglicemia em pacientes críticos protege contra infecções e disfunção orgânica.

B) Hipoglicemia grave em pacientes internados em UTI é rara e geralmente sem consequências neurológicas.

C) A hiperglicemia de estresse em pacientes graves é benigna e não está associada a piora do prognóstico.

D) O controle glicêmico ideal em pacientes críticos atualmente recomendado é manter a glicemia entre 140 e 180 mg/dL.

E) O controle rígido da glicemia, mantendo níveis entre 80 e 110 mg/dL, reduz a mortalidade em pacientes criticamente enfermos.

65) Paciente masculino, 42 anos, apresenta lesão pigmentada na face dorsal do antebraço direito, referindo que há cerca de 8 meses percebeu aumento progressivo do tamanho e surgimento de áreas mais escuras. Ao exame, observa-se lesão de aproximadamente 7 mm, assimétrica, com bordas irregulares, variação de coloração e aspecto nodular em um dos polos.

Considerando os critérios clínicos e as indicações para biópsia de lesões cutâneas pigmentadas, a conduta inicial mais adequada é

- A) proceder biópsia por raspagem (shaving) para evitar cicatriz inestética.
- B) realizar biópsia incisional com punch de 2 mm na borda menos pigmentada da lesão.
- C) observar a evolução da lesão por três meses antes de indicar qualquer procedimento cirúrgico.
- D) indicar ressecção ampla com margens oncológicas definitivas, dispensando biópsia diagnóstica prévia.
- E) realizar biópsia excisional com margens estreitas, incluindo toda a lesão e estendendo a profundidade até a gordura subcutânea.

66) Homem, 68 anos, foi submetido à colectomia total por megacólon tóxico. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico e necessidade de ventilação mecânica, terapia com drogas vasoativas e hemodiálise. Apesar de suporte intensivo, apresenta piora progressiva, com elevação na pontuação SOFA e sinais de falência hepática aguda. Diante desse cenário, a conduta mais adequada é

- A) discutir com a família sobre o prognóstico, objetivos de cuidado e possibilidade de limitar medidas fúteis, envolvendo equipe de cuidados paliativos e comitê de ética.
- B) suspender todas as medidas de suporte e iniciar sedação profunda, sem comunicação prévia com a família, para evitar prolongar sofrimento.
- C) prosseguir com todas as medidas invasivas disponíveis, independentemente do prognóstico, para evitar acusação de omissão de tratamento.
- D) transferir o paciente para outro serviço com maior disponibilidade tecnológica, sem discutir a situação clínica atual.
- E) iniciar imediatamente suporte hepático extracorpóreo, mesmo sem evidência de benefício para este perfil de paciente.

67) Paciente masculino, 56 anos, vítima de politrauma, encontra-se em ventilação mecânica na UTI há 5 dias. Apresenta Glasgow 8, múltiplas fraturas costais e contusão pulmonar bilateral. A equipe prevê necessidade de ventilação mecânica por, no mínimo, 14 dias. Considerando as evidências atuais sobre traqueostomia em pacientes críticos, qual a conduta mais adequada?

- A) Optar pela traqueostomia somente se houver falha na extubação após o 14º dia de ventilação mecânica.
- B) Indicar traqueostomia percutânea precoce apenas se houver evidência de infecção de vias aéreas superiores.
- C) Realizar traqueostomia apenas no centro cirúrgico, visto que a percutânea apresenta maior risco de complicações graves.
- D) Manter intubação orotraqueal até o 14º dia, pois não há benefício comprovado na realização precoce de traqueostomia.

E) Indicar traqueostomia precoce (até 7 dias), pois há evidência de redução de tempo de ventilação mecânica e permanência na UTI, mesmo sem impacto consistente na mortalidade.

68) Paciente feminina, 84 anos, apresenta massa renal esquerda de 14 cm, sugestiva de carcinoma de células claras, sem metástases à distância. É hipertensa controlada, perdeu 5 kg nos últimos 4 meses, refere fadiga e marcha lenta. Necessita de ajuda parcial nas atividades instrumentais de vida diária. No teste de levantar-se da cadeira 5 vezes, levou 18 segundos. Considerando o impacto da fragilidade sobre resultados cirúrgicos, qual das alternativas descreve a conduta mais adequada?

- A) Indicar nefrectomia radical sem demora, pois a doença ameaça a sobrevida e a idade não contraindica cirurgia.
- B) Iniciar quimioterapia sistêmica antes da cirurgia, pois carcinoma renal localizado apresenta boa resposta inicial.
- C) Adiar a cirurgia e optar por tratamento clínico, pois a fragilidade representa risco muito elevado para o procedimento.
- D) Realizar avaliação geriátrica ampla e medir fragilidade com instrumento validado, otimizando a paciente antes da decisão.
- E) Solicitar avaliação cardiológica como principal medida, pois o risco cardiovascular é o fator mais relevante no idoso.

69) Durante avaliação de rotina, uma mulher de 63 anos, assintomática, realiza ultrassonografia abdominal que identifica imagem polipoide única na vesícula biliar, medindo 11 mm, sem sinais de colelitíase. A paciente não apresenta colangite esclerosante primária ou história familiar de câncer de vesícula. Exames laboratoriais estão normais. Com base nos critérios atuais, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Iniciar tratamento com ácido ursodesoxicólico e acompanhar clinicamente.
- B) Repetir a ultrassonografia abdominal em 6 meses para avaliar crescimento da lesão.
- C) Realizar ressonância magnética das vias biliares para melhor caracterização do pólip.
- D) Indicar colecistectomia laparoscópica eletiva devido ao risco aumentado de malignidade.
- E) Observar anualmente com exames de imagem, pois pólipos < 2 cm não exigem intervenção.

70) Um homem de 66 anos, previamente hígido, é submetido a uma ressonância magnética abdominal após queixa de desconforto epigástrico inespecífico. O exame revela cisto pancreático único, medindo 3,8 cm, localizado na cabeça do pâncreas, com nódulo mural realçado medindo 6 mm e

dilatação do ducto pancreático principal com 1,2 cm de diâmetro. Não há icterícia clínica, linfadenopatia ou elevação de marcadores tumorais. Com base nos critérios atuais de estratificação de risco para neoplasia intraductal mucinosa papilífera (NIMP), qual é a conduta mais apropriada?

- A) Indicação de ressecção cirúrgica devido à presença de características de alto risco.
- B) Punção guiada por ecoendoscopia para dosagem de amilase e CEA no líquido cístico.
- C) Abstenção de conduta, pois se trata de um achado incidental em paciente assintomático.
- D) Seguimento clínico e radiológico anual, devido ao baixo risco de transformação maligna.
- E) Observação com nova ressonância magnética em 6 meses, apenas se houver crescimento do cisto.

71) Homem 45 anos, IMC 29, crises de dor no hipocôndrio direito após refeições gordurosas. US: múltiplos cálculos < 1 cm, espessura da parede da vesícula de 3 mm, sem coleções. Em sua análise qual a melhor conduta definitiva?

- A) Aguardar complicação.
- B) Litotripsia extracorpórea.
- C) Dissolução medicamentosa.
- D) Dieta pobre em gordura 12 meses.
- E) Colectomia videolaparoscópica.

72) Mulher 24 anos, dor em fossa ilíaca direita há 12 h, Temperatura 38 °C, leucócitos 14 000. US: apêndice 9 mm de diâmetro, não compressível. Escolha o melhor tratamento?

- A) Colonoscopia.
- B) Antibiótico ambulatorial.
- C) Laparoscopia diagnóstica.
- D) Apendicectomia videolaparoscópica.
- E) Tomografia de abdome antes de indicar cirurgia.

73) Homem 70 kg, queimadura térmica de 30 % de superfície corporal queimada (SCQ). Nestes casos a reposição de volume de cristalóide nas primeiras 24 h é, segundo a fórmula de Parkland?

- A) $2 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- B) $3 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- C) $4 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- D) $5 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.
- E) $6 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$.

74) Homem 58 anos, obeso grau II, hérnia umbilical de 1,5 cm programada para reparo primário. Qual o principal fator de risco de recidiva?

- A) Obesidade.
- B) Tabagismo.
- C) Sexo feminino.
- D) Idade > 60 anos.

E) Diálise peritoneal crônica.

75) Homem 40 anos, úlcera duodenal ativa, H. pylori positiva. Considerando a necessidade de tratamento, qual o melhor esquema inicial de erradicação?

- A) IBP isolado
- B) Claritromicina 7 dias
- C) IBP + metronidazol 3 dias
- D) Subsalicilato de bismuto
- E) IBP + amoxicilina + claritromicina 14 dias

76) Caso Clínico: Homem de 25 anos, chega ao Pronto Atendimento após sofrer colisão automobilística frontal. O exame físico apresenta PA 120/80 mmHg, dor em hipocôndrio direito. FAST será realizado. Assinale a alternativa correta.

- A) Avaliar pericárdio, estômago, retroperitônio e pelve.
- B) Avaliar apenas esplenorrenal e pelve para reduzir tempo de exame.
- C) Avaliar apenas o espaço hepatorenal; demais janelas só se instável.
- D) Avaliar pericárdio e hepatorenal; demais janelas não são obrigatórias.
- E) Avaliar pericárdio, espaço hepatorenal, espaço esplenorrenal e fundo de saco pélvico.

77) Caso Clínico: Mulher de 40 anos, atropelada, PA 80/50 mmHg, FC 130 bpm, FAST mostra líquido livre. Qual a melhor conduta?

- A) Alta com retorno se dor piorar.
- B) TC de abdome com contraste.
- C) Laparotomia exploradora imediata.
- D) Observação com expansão volêmica.
- E) Lavado peritoneal diagnóstico antes de decidir.

78) Caso Clínico: Homem de 22 anos, sofre ferimento por arma branca (faca) em região periumbilical, com as alças do intestino delgado exteriorizadas. Chegou ao Pronto Atendimento estável e hemodinamicamente normotenso. Qual a melhor conduta?

- A) Laparotomia emergencial.
- B) TC e observação em enfermaria.
- C) Antibioticoterapia e jejum por 24 h.
- D) Sutura da pele sob anestesia local.
- E) Alta ambulatorial com curativo compressivo.

79) Caso Clínico: Paciente politraumatizado, atendido no Pronto Socorro com dificuldade respiratória. R X mostra nível líquido no hemitorax. Ao realizar a colocação de dreno torácico ocorre a

drenagem de 1 800 mL de sangue ao inserir. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

- A) Videotoracosopia eletiva.
- B) Manter drenagem e reavaliar em 1 h.
- C) Autotransfusão e conduta expectante.
- D) Retirada do dreno para evitar hipotensão.
- E) Toracotomia de urgência para controle de sangramento.

80) Caso Clínico: Pessoa do sexo masculino, jovem, chega ao Pronto Socorro com ferimento aberto de 3 cm na parede torácica anterior. Apresenta-se dispnéico e presença de ruído de entrada de ar a cada movimento respiratório. Em sua avaliação qual a melhor conduta?

- A) Analgesia e alta.
- B) Apenas oxigênio suplementar.
- C) Antibioticoterapia profilática, sem curativo.
- D) Fechar hermeticamente com gaze e esparadrapo nos quatro lados.
- E) Cobrir com curativo de três lados e providenciar dreno em selo d'água.

81) A respeito dos modelos de proteção social em sistemas de saúde é correto afirmar que:

- A) Na modalidade do tipo seguridade social, o financiamento é baseado em contribuições de empregados e empregadores.
- B) Na modalidade dos sistemas bismarckianos, o financiamento para o sistema universal é oriundo de recursos públicos provenientes de impostos gerais.
- C) Na modalidade do tipo seguro social, a prestação de assistência médica é em geral separada das ações de saúde coletiva e exercida por um órgão público diferente.
- D) Na modalidade dos sistemas Beveridge, o Estado não assume para si a responsabilidade de garantia da proteção individual à saúde e protege apenas alguns grupos mais pobres.
- E) Na modalidade do tipo assistência social, os sistemas nacionais de saúde são apontados como mais eficientes, mais equânimes e, portanto, com maior impacto positivo nas condições de saúde.

82) Considerando os estudos sobre as relações entre a saúde das populações e as desigualdades nas condições de vida em diferentes sociedades, é possível afirmar que:

- A) O principal fator que explica a situação geral da saúde de um país é sua riqueza total, independentemente do grau de crescimento econômico do país.
- B) A distribuição geográfica equitativa de recursos financeiros no setor saúde é condição necessária e suficiente para alcançar o tratamento equitativo entre grupos sociais e entre indivíduos.

C) Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda apresentam uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior que vivam em uma sociedade mais equitativa.

D) Um dos principais mecanismos pelos quais as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do capital social, ou seja, da proporção da riqueza do país distribuída adequadamente na sociedade.

E) Distribuições igualitárias de recursos de saúde per capita tendem a resultar na obtenção de patamares mais igualitários nos resultados obtidos na saúde da população quando estes resultados são medidos em unidades como igualdade de acesso ou igualdade de uso.

83) Dentre as diversas interpretações da expressão “atenção primária à saúde - APS”, é correto afirmar que:

A) A APS definida na declaração de Alma-Ata visa garantir a integralidade e a participação social e assim atingir maior organização do sistema de promoção da saúde e também da atenção à saúde.

B) A APS seletiva refere-se ao foco na disponibilidade de profissionais especializados em medicina de família e comunidade nos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato no sistema de saúde.

C) A APS abrangente ou integral refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas na maior parte do tempo, sendo a concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos.

D) A APS entendida como filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde preconiza que se desenvolvam como principais ações em países em desenvolvimento o monitoramento do crescimento infantil, a reidratação oral, a amamentação, a imunização, a complementação alimentar, o planejamento familiar e a alfabetização de mulheres.

E) A APS conceituada em ser apenas o primeiro dos níveis de atenção no sistema de saúde tem como princípios fundamentais a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, a acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, a participação comunitária, a ação intersetorial e o uso eficiente de recursos e tecnologias apropriadas e com aceitabilidade social.

84) Sobre a vigilância sanitária no Brasil, é correto afirmar que:

A) O objetivo primordial da vigilância sanitária é eliminar o risco decorrente de atividades, serviços ou substâncias que produziram efeitos nocivos ou prejudiciais na saúde humana.

B) Segundo a definição de lei vigente no Brasil, são objetos de intervenção da vigilância sanitária apenas os produtos e tecnologias dos grupos especificados

na lei 8.080/90.

C) No âmbito do sistema de vigilância sanitária, as externalidades negativas devem ser tratadas como importantes elos de interdependência social entre estados e municípios brasileiros.

D) A inspeção sanitária ocorre quando se tomam medidas para limitar certa atividade ou exposição mesmo que não se tenha sido completamente estabelecido que a atividade ou exposição constitua uma ameaça à saúde.

E) Enquanto a gerência de risco sanitário é de natureza mais científica, a avaliação de risco é de natureza político-administrativa, pois deve incorporar as preocupações sociais, econômicas e políticas na seleção de políticas de regulação mais apropriadas.

85) A capacidade que as equipes de saúde da família têm de estabelecer mecanismos de integração e de cooperação clínica com os diferentes níveis de atenção, tendo como centro desses mecanismos as pessoas usuárias.

A descrição supracitada diz respeito a:

A) Acesso.

B) Integralidade.

C) Resolubilidade.

D) Longitudinalidade.

E) Coordenação de cuidados.

86) Sobre abordagem de sintomas de tristeza e depressão da Atenção Primária à Saúde, marque a alternativa correta:

A) Se o paciente tem histórico de já ter utilizado um fármaco no passado, esse fármaco não deve ser usado em caso de novo episódio depressivo.

B) Durante a gestação, deve-se abordar os sintomas apenas com medidas não medicamentosas, pois não existe fármaco seguro para uso nesse período.

C) Terapias não medicamentosas, como psicoterapia e atividade física, não têm impacto relevante em quadros de depressão confirmada de grau moderado.

D) Medicamentos antidepressivos não mostraram vantagens de eficácia na comparação com placebo se usados para pessoas com depressão unipolar leve.

E) A abordagem do risco de suicídio não deve ser realizada na Atenção Primária, devendo ser feita exclusivamente em ambientes de internamento, pois não há instrumentos validados para a realização desta abordagem.

87) Sintomas respiratórios estão entre as queixas mais comuns na Atenção Primária à Saúde, sobre este assunto, assinale a alternativa correta:

A) Mesmo nos casos em que há alta probabilidade de faringite estreptocócica, o uso de antibióticos não está recomendado por não trazer benefício, sendo que os quadros são auto-limitados.

B) Dentre os tratamentos de rinossinusites, o uso de solução salina isotônica para lavagem nasal não traz nenhum benefício em relação ao alívio sintomático, sendo o tratamento medicamentoso imperativo em todos os casos.

C) O Escore de Centor modificado pode auxiliar na diferenciação entre faringite viral e estreptocócica, utilizando critérios como idade, ausência de tosse, exsudato em tonsilas, histórico recente de febre $>38^{\circ}\text{C}$ e adenopatia cervical dolorosa.

D) A tosse subaguda pós infecciosa é caracterizada por ausência de alterações ao exame físico, ausência de sintomas sistêmicos e tem um padrão de tosse seca ou pouco produtiva. É considerada como complicação e deve ser tratada com antibióticos.

E) Medicamentos da classe dos Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA), como o enalapril, podem ser causa de tosse. Devido à sua importância no manejo da hipertensão, não devem ser descontinuados ou substituídos, mesmo se o sintoma de tosse trazer desconforto à pessoa que está utilizando.

88) As recomendações para adequada abordagem do fumante sugerem um conjunto de intervenções, organizadas por meio de um programa estruturado e multiprofissional. É correto afirmar:

A) Mesmo que o paciente não deseje parar de fumar é considerado estágio de contemplação.

B) Quando prescrito bupropiona o paciente é orientado a parar de fumar no 8º dia de tratamento.

C) A abordagem cognitivo-comportamental não se mostrou muito efetiva na cessação do tabagismo.

D) A prescrição medicamentosa é recomendada em pacientes com escore do teste de Fagerström < 5 .

E) A abordagem mínima só está indicada de ser realizada para pacientes com claro interesse em parar de fumar.

89) Vários fatores têm contribuído para o aumento da obesidade na população em geral, a urbanização e a industrialização mudaram a dinâmica de vida nas últimas décadas, trazendo novos hábitos de locomoção e alimentação, o uso do automóvel ou do transporte público, criaram formas sedentárias de trabalho e lazer tudo isto aumenta associado a alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos. É correto afirmar:

A) A Bupropiona, venlafaxina, aripiprazol e lamotrigina são exemplos de fármacos obesogênicos.

B) A perda de peso mais lenta, em comparação com perda mais rápida, não produz maior redução de massa gorda e do percentual de gordura corporal.

C) A busca por alimentos altamente palatáveis devido à sua capacidade de gerar prazer, e não por necessidades metabólicas, é referida como fome hedônica.

D) O IMC fornece uma estimativa da massa corporal total que indica adequadamente a composição de

massa corporal magra e gordurosa, com interpretação de pontos de corte distintos conforme a faixa etária. E) Os locais preferenciais para o depósito do excesso de gordura são idênticos entre os indivíduos que se apresentam na mesma categoria de IMC e que, portanto, apresentam os mesmos riscos da obesidade para a saúde.

90) Paciente de 45 anos, com hipertensão arterial crônica associado a estenose mitral decorrente de febre reumática evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva descompensada e óbito posteriormente. O médico da Unidade de Saúde da Família é procurado por familiares para fornecimento do atestado de óbito.

No campo sobre causa básica do atestado de óbito, o médico deverá preencher com:

- A) Febre reumática.
- B) Estenose mitral.
- C) Hipertensão arterial.
- D) Cardiopatia reumática.
- E) Insuficiência cardíaca congestiva.

91) Visando facilitar o uso de recursos práticos de acesso rápido a evidências médicas de alta qualidade, um modelo de organizar tais recursos é a pirâmide de Haynes (ou “6s”), que propõe que se busque evidências de forma hierarquizada, iniciando no recurso disponível que esteja no mais alto nível da pirâmide. Sobre esse modelo, é correto afirmar que:

- A) Os sistemas computadorizados de suporte à tomada de decisão ficam na base da pirâmide.
- B) Artigos sobre ensaios clínicos randomizados ficam em nível acima das sinopses de sínteses.
- C) Seria indicado procurar evidências em revisões sistemáticas antes de procurar em diretrizes baseadas em evidências.
- D) O nível dos sumários é um dos mais altos e refere-se aos guias de prática clínica baseados em evidência e com atualização regular.
- E) Os recursos dos níveis mais baixos da pirâmide contém evidências que passaram por maior filtragem e pré-avaliação do que os níveis mais acima.

92) Uma paciente de 60 anos, negra de classe socioeconômica alta, sem comorbidades conhecidas e com todos os exames de rastreamento de rotina (mamografia, Papanicolau, exames laboratoriais básicos) dentro da normalidade para a idade, insiste em realizar um painel genético completo para risco de câncer e uma tomografia computadorizada de corpo inteiro anualmente, baseando-se em informações genéricas obtidas na internet sobre “detecção precoce de todas as doenças”. Ela relata grande ansiedade e medo de ter uma doença oculta.

Considerando o caso clínico e a definição de prevenção quaternária, qual a abordagem mais adequada do médico de família em relação à demanda da paciente?

- A) Oferecer um programa de “check-up executivo” abrangente, com rastreios de acordo com as normas de países ricos, justificando que, embora alguns exames sejam extras e caros, eles podem trazer mais tranquilidade à paciente.
- B) Identificar a paciente como em risco de excesso de medicina, protegê-la de intervenções invasivas e onerosas desnecessárias, e focar na relação médico-paciente, promoção à saúde e procedimentos cientificamente aceitáveis.
- C) Aconselhar a paciente a buscar múltiplos especialistas para que cada um avalie sua área específica de preocupação, garantindo uma cobertura completa, dessa forma usando a coordenação do cuidado para avaliação dos riscos prováveis e improváveis.
- D) Encaminhar para a realização de todos os exames solicitados, pois a autonomia do paciente deve ser priorizada, já que é o aspecto mais importante da relação médico-paciente, além disso o pedido de exames desnecessários não afetam em nada o estado de ansiedade da paciente.
- E) Explicar que não há evidências que justifiquem tais exames para sua idade e risco, e sugerir o acompanhamento psicológico e psiquiátrico para a sua ansiedade, já que não há como mudar a opinião das pessoas se estão fixadas na sua doença ao invés de sua saúde.

93) Um jovem de 17 anos, pardo, classe social baixa, assintomático, comparece ao consultório acompanhado por sua mãe, que insiste na realização de rastreamentos extensos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo HIV, hepatites, clamídia, gonorreia e sífilis, alegando que “é melhor prevenir antes que ele comece a vida sexual e pegue alguma coisa”. O jovem nunca teve relações sexuais.

De acordo com os campos da prevenção e a abordagem relacional do médico de família, qual a conduta mais apropriada neste cenário?

- A) Realizar todos os exames solicitados pela mãe como forma de prevenção secundária, pois a detecção precoce é sempre benéfica.
- B) Encaminhar o jovem e a mãe para um infectologista, pois este é o especialista mais indicado para lidar com a prevenção de DSTs.
- C) Sugerir que o jovem inicie um programa de profilaxia pré-exposição (PrEP) para HIV, dada a preocupação da mãe com a prevenção de ISTs.
- D) Explicar à mãe que não há necessidade de exames, pois o jovem nunca teve relações sexuais, e focar apenas em orientações gerais de abstinência sexual.

E) Explorar as preocupações da mãe e do jovem, fornecer educação em saúde sobre prevenção primária de IST, sem indicar exames de rastreamento para quem não teve exposição.

94) Dr. Carlos, médico de família e comunidade, está avaliando Marlene, uma paciente jovem, negra, em situação de rua, com queixas de disúria e polaciúria. Ele considera a combinação desses sintomas, sem corrimento vaginal, como um possível indicativo de cistite. Um estudo indica que essa combinação sintomática tem um Valor Preditivo Positivo (VPP) de 90% para diagnóstico de cistite nessa população.

Qual a melhor interpretação deste Valor Preditivo Positivo (VPP) para o caso de Marlene?

A) Noventa por cento das mulheres que apresentam esses sintomas realmente não possuem a condição clínica de cistite.

B) A probabilidade de encontrar essa combinação de sintomas é de 90% entre as mulheres que são diagnosticadas com cistite.

C) Em 90% dos casos clínicos avaliados, a ausência dessa sintomatologia específica exclui completamente o diagnóstico de cistite.

D) Existe 90% de probabilidade de Marlene ter cistite, dado que os seus sintomas (o “teste”) foram considerados positivos para a condição.

E) Os sintomas apresentados por Marlene têm 90% de especificidade para o diagnóstico de cistite, confirmando a condição independentemente da probabilidade pré-teste.

95) Em um estudo comparando o tratamento intensivo da pressão arterial com o tratamento tradicional, observou-se que o NNT (Número Necessário para Tratar) para evitar um AVC após 8,4 anos foi de 33.

Qual a interpretação mais precisa para o NNT de 33 obtido neste estudo sobre o tratamento da pressão arterial para a prevenção de AVC?

A) É preciso tratar intensivamente 33 pacientes para causar um efeito adverso grave em um deles ao longo do período de 8,4 anos.

B) A cada grupo de 33 pacientes tratados intensivamente, aproximadamente 32 não experimentarão um AVC ao longo de 8,4 anos.

C) É necessário tratar 33 pacientes de forma intensiva durante 8,4 anos para evitar que ocorra em um destes pacientes um novo AVC.

D) Trinta e três por cento dos pacientes submetidos ao tratamento intensivo terão um AVC efetivamente evitado ao longo do período de 8,4 anos.

E) O tratamento intensivo demonstrou ser 33 vezes mais eficaz na prevenção de AVC do que a estratégia

de tratamento tradicional adotada.

96) Em uma consulta de rotina, um paciente assintomático solicita um teste diagnóstico para uma doença rara, cuja prevalência na população geral é muito baixa (probabilidade pré-teste < 1%). O teste possui uma especificidade moderada (ex: 70%).

Considerando os conceitos de probabilidade pré-teste e área de indicação para um teste diagnóstico, qual a melhor justificativa para o médico desencorajar a realização do teste neste paciente assintomático?

A) O teste possui intrinsecamente baixa sensibilidade, o que significa que um grande número de casos positivos seria despercebido.

B) A probabilidade pré-teste muito baixa aumentaria o risco significativo de resultados falso-negativos, mesmo com um teste positivo.

C) O custo financeiro do teste torna sua aplicação inviável em pacientes sem sintomas claros ou indicação formal de rastreamento.

D) A especificidade moderada do teste levaria a um alto risco de resultados falso-positivos em uma população com tão baixa prevalência da doença.

E) Testes diagnósticos são considerados úteis apenas para confirmar o diagnóstico em pacientes com elevada probabilidade pré-teste da doença.

97) Dra. Clara, 35 anos, de etnia negra, médica residente de Medicina de Família e Comunidade, está realizando um estudo sobre o impacto da multimorbidade na qualidade de vida de mulheres climatéricas em uma comunidade de baixa renda. Ela debate se deve usar dados de autorrelato das pacientes via questionário ou dados de prontuários médicos da Unidade Básica de Saúde para sua pesquisa.

Qual é a principal vantagem dos dados de autorrelatos das pacientes em comparação com os dados de prontuários médicos para a avaliação da multimorbidade, considerando o objetivo da Dra. Clara de avaliar o impacto na qualidade de vida?

A) A maior precisão na classificação de doenças raras ou pouco reconhecidas, que podem não ser devidamente registradas nos prontuários.

B) A menor sensibilidade a vieses de subdiagnóstico, pois os pacientes relatam todos os seus problemas de saúde sem omitir informações.

C) A maior validade na identificação de condições crônicas já diagnosticadas e registradas formalmente, evitando viés de memória das pacientes.

D) A facilidade de coleta de grandes volumes de dados para análises epidemiológicas, especialmente em estudos populacionais abrangentes.

E) A capacidade de refletir o impacto real das doen-

ças no nível do paciente individual, incluindo aspectos funcionais e subjetivos da experiência com a doença.

98) Em um programa de residência de Medicina de Família e Comunidade, Dr. Gabriel, 28 anos, branco, residente de primeiro ano, atende Dona Efigênia, 85 anos, negra, viúva, aposentada com baixa renda e residente em um lar de idosos. Dona Efigênia tem demência moderada, diabetes, insuficiência renal crônica e úlceras de pressão. A família insiste em medidas agressivas para cada doença, seguindo diretrizes individuais, apesar do prognóstico reservado e do sofrimento de Dona Efigênia.

No contexto da multimorbidade, qual é a principal orientação que Dr. Gabriel deve considerar para o cuidado de Dona Efigênia, buscando a abordagem centrada no paciente e a prevenção quaternária?

A) Concentrar os esforços na prevenção de infecções e na cura das úlceras de pressão, pois são as condições que causam maior sofrimento direto e imediato à paciente.

B) Enfatizar a importância da relação paciente-médico e da continuidade dos cuidados gerais e dos medicamentos atuais, buscando compreender os objetivos da casa de repouso.

C) Priorizar a reversão de desfechos biomédicos, como o controle glicêmico rigoroso e a função renal, visando prolongar a sobrevida da paciente, conforme as diretrizes para cada doença.

D) Desenvolver um plano de cuidados que contemple a tomada de decisão compartilhada e prevenção de sobre medicalização, envolvendo a família e focando no que importa para a paciente, como conforto e qualidade de vida.

E) Avaliar o nível de adesão aos cuidados previstos na diretriz de tratamento para cada um dos agravos identificados, identificando assim oportunidades para educação intensiva da rede de cuidadores de maneira que garanta que todos os cuidados previstos em tais diretrizes sejam devidamente executados.

99) Ademir, 53 anos, pardo, trabalhador da construção civil, classe social baixa, veio em busca de check-up na Unidade Básica de Saúde. Considera necessário fazer novos exames de sangue por preocupação de falecer por infarto aos 54 anos como ocorreu com o pai dele. Sem doenças prévias. Fuma 15 cigarros/dia desde que os 15 anos; bebe 6 latinhas de cerveja 2 vezes por semana. Sem exercícios rotineiros no lazer. Hoje tomou diclofenaco há algumas horas, como costuma fazer 2 a 3 vezes por semana para dor lombar ou nas pernas após o trabalho. No prontuário, consta há 1 mês dosagem de colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Ao exame, hoje está com pressão arterial= 146/96,

IMC=24. Colocando estes dados na tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil, você identifica haver 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos.

Na consulta de hoje, é adequado informá-lo que

A) a ingestão etílica descrita é um fator protetor e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser menor do que os 9% calculados, sendo recomendado priorizar os esforços na abordagem do tabagismo, ajustando conforme o nível de motivação.

B) a história familiar é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado solicitar com urgência exame do perfil lipídico completo e da hemoglobina glicada para melhorar tal estimativa.

C) o consumo frequente de diclofenaco é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que os 9% calculados, sendo prioritário prescrever hoje o início do uso de estatina, visando reduzir o colesterol total em pelo menos 25%.

D) a situação socioeconômica é um fator de risco agravante e, portanto, o risco cardiovascular específico dele deve ser maior do que 9%, sendo recomendado investigar o padrão alimentar e a princípio pedir apenas um exame hoje: a monitorização residencial da pressão arterial.

E) o sedentarismo é um fator de risco agravante e, portanto, a maior recomendação é que comece exercícios programados de forma rotineira, na intensidade e duração necessárias para obter redução da pressão arterial e do colesterol total, com precauções para não piorar as dores.

100) Logo após a consulta de Ademir você atende Bino, semelhante em diversos aspectos: também 53 anos, pardo, classe social baixa, fumante, sem doenças prévias e, nos exames realizados há 2 semanas, resultados laboratoriais iguais: colesterol total= 255mg/dL, HDL= 40mg/dL, glicemia de jejum= 98mg/dL. Mas Bino é agricultor, ingere 3 doses de cachaça 4 dias por semana, não usa remédios, não tem história familiar de infarto. Bino veio em busca de segunda opinião, traz declaração emitida dias atrás por outro médico: nela, consta PA =146/96, IMC=28, Risco Cardiovascular pela calculadora de Framingham (2008) = 33% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos. Você recalcula por Framingham e obtém o mesmo resultado, mas confere pela tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS calibrada para o Brasil e verifica que esta indica apenas 9% de risco de desfechos coronarianos duros em 10 anos.

Nesta consulta, é adequado informá-lo que

A) é mais confiável o dado da tabela de Risco Cardiovascular Global da OMS por ter sido desenvolvida a partir do acompanhamento científico de uma coorte contemporânea de pacientes brasileiros.

B) o ideal seria realizar mais medidas da pressão arterial e nova amostra dos exames laboratoriais para obter um melhor cálculo do risco cardiovascular, postergando recomendações de tratamento para depois disto.

C) a diferença de estimativa de prognóstico decorre do cálculo por Framingham levar em consideração também o efeito adicional do IMC elevado e da ingestão etílica, fatores não considerados pela tabela da OMS.

D) o cálculo por Framingham frequentemente superestima o risco por se basear numa amostra menor e de outra etnia que foi obtida em estudos de coorte realizados numa época em que o risco basal de doença cardiovascular era consideravelmente maior do que no Brasil atual.

E) pode-se estimar que o risco de desfechos coronarianos duros para ele em 10 anos está entre 9% e 33% e, em qualquer ponto desta faixa, seriam recomendadas as mesmas condutas para prevenção cardiovascular, portanto deve-se discutir já as opções terapêuticas pertinentes, medicamentosas ou não.