



Einstein — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Paciente feminino, 65 anos, admitido com febre, mialgia e rinorreia há 7 dias, evoluindo com falta de ar nas últimas 48h. Após receber a suspeita diagnóstica de Covid-19, em sua prescrição deverá apresentar orientação para isolamento semelhante aos pacientes com suspeita de

- A. tuberculose e influenza.
- B. sarampo e influenza.
- C. varicela e tuberculose.
- D. sarampo e Varicela. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Covid-19 transmite-se por gotículas e aerossóis. O isolamento é do tipo respiratório/aerossol combinado a contato, o mesmo padrão de precaução exigido para doenças com transmissão aérea clássica como sarampo e varicela (além de tuberculose). Influenza (A/B) usa apenas precaução de gotícula, menos rigorosa, por isso não serve de paralelo. A banca escolheu o par de doenças que compartilha a exigência de quarto/precaução aérea. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Paciente 27 anos, masculino, apresenta-se ao pronto-socorro com lesões dolorosas, bolhosas de fundo avermelhado localizadas em região abdominal. Entre as hipóteses diagnósticas abaixo, a mais provável para este caso é:

- A. Herpes zoster. ✓**
- B. Varicela.
- C. Sarampo.
- D. Reação alérgica de contato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões vesiculobolhosas dolorosas, de base eritematosa, agrupadas e restritas a uma faixa (dermatômo) do abdome, são a marca do herpes-zoster — reativação do vírus varicela-zoster num único gânglio sensitivo. A varicela dá lesões disseminadas em vários estágios, não segmentares; o sarampo cursa com exantema maculopapular, não bolhoso; dermatite de contato não segue dermatômo nem costuma ser tão dolorosa. O padrão dermatomérico é a pérola. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Atenção: Para responder as questões de números 3 e 4 considere o caso abaixo. Paciente masculino 19 anos, procura o pronto-socorro com queixa de corrimento Uretral. Entre os esquemas terapêuticos abaixo, o mais indicado para este paciente é

- A. Ceftriaxona + Azitromicina. ✓**
- B. Ciprofloxacino.
- C. Ciprofloxacino + Azitromicina.
- D. Ceftriaxona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento uretral no homem obriga a cobrir simultaneamente gonococo e clamídia, pela alta coinfeção. O esquema do Ministério da Saúde é ceftriaxona (gonococo) mais azitromicina (clamídia). Ciprofloxacino isolado não cobre clamídia e há resistência crescente do gonococo às quinolonas; ceftriaxona isolada deixa a clamídia sem tratamento. A dupla ceftriaxona + azitromicina é a conduta padrão. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Atenção: Para responder as questões de números 3 e 4 considere o caso abaixo. Paciente masculino 19 anos, procura o pronto-socorro com queixa de corrimento Uretral. Ao examinar este paciente observa-se lesão peniana ulcerada, de fundo limpo e indolor. Entre as opções abaixo, a melhor conduta é prescrever

- A. penicilina benzatina 2.400.000 UI em 0 e 7 dias.
- B. penicilina benzatina 1.200.000 UI em 0 e 7 dias.
- C. imediatamente penicilina benzatina 1.200.000 UI dose única.
- D. imediatamente penicilina benzatina 2.400.000 UI dose única. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital única, de fundo limpo e indolor, é o cancro duro da sífilis primária. O tratamento é penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única (1.200.000 em cada glúteo), aplicada imediatamente. Os esquemas em duas doses (0 e 7 dias) valem para sífilis tardia/latente de duração desconhecida, não para a primária. Dose única de 1.200.000 é subdose. A chave é úlcera indolor e limpa = sífilis primária = dose única de 2,4 milhões. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Paciente masculino, 23 anos, assintomático, realiza testagem para HIV, sendo teste rápido positivo. Entre as opções abaixo, a melhor conduta para este paciente é:

- A. Iniciar TARV sem necessidade de coleta de outros exames.
- B. Solicitar CD4 para decidir a introdução à TARV.
- C. Realizar novo teste rápido e se positivo iniciar TARV. ✓**
- D. Solicitar carga viral para confirmar o diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de teste rápido de HIV positivo em assintomático, confirma-se com um segundo teste rápido de fabricante/plataforma diferente; sendo também reagente, inicia-se a TARV imediatamente (tratar todos, independentemente de CD4). O CD4 orienta profilaxias de oportunistas, não a decisão de tratar. A carga viral acompanha resposta, não é o confirmatório inicial exigido. Iniciar TARV só com um teste, sem confirmação, é precipitado. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

O mesotelioma pleural está, normalmente, associado a

- A. Sarcoidose.
- B. Silicose.
- C. Tuberculose.
- D. Asbestose. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O mesotelioma pleural tem associação causal clássica e quase exclusiva com a exposição ao asbesto (amianto) — asbestose. Silicose relaciona-se a fibrose pulmonar e maior risco de tuberculose, não de mesotelioma. Sarcoidose e tuberculose são doenças granulomatosas sem esse nexo. A pérola ocupacional é asbesto -> mesotelioma, muitas vezes décadas após a exposição. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Paciente de 52 anos, sexo feminino, hipertensa, portadora de obesidade grau II, procura atendimento com endocrinologista, pois verificou glicemia capilar em posto de saúde e a mesma estava elevada. Negou polidipsia ou poliúria. Considerando que, posteriormente, a paciente foi diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2, entre os resultados dos exames abaixo, o mais provável para esta paciente é:

- A. Glicemia aleatória 160 mg/dL.
- B. Hemoglobina glicada 6,5%. ✓**
- C. Glicemia de jejum 120 mg/dL.
- D. Glicemia 2h após TOTG-75 180 mg/dL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios diagnósticos de diabetes exigem valores acima dos limiares: glicemia de jejum ≥ 126 , glicemia 2h no TOTG ≥ 200 , HbA1c $\geq 6,5\%$ ou glicemia aleatória ≥ 200 com sintomas. Entre as opções, só a HbA1c de 6,5% atinge o corte diagnóstico. Glicemia aleatória 160, jejum 120 e TOTG 180 estão todos abaixo do ponto de corte (embora jejum 120 seja pré-diabetes). Logo o exame compatível com o diagnóstico já firmado é a HbA1c 6,5%. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Atenção: Considere o caso abaixo para responder as questões de números 8 e 9. Paciente sexo masculino, 54 anos, hipertenso, tabagista importante, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor torácica intensa, associada a sudorese que começou há cerca de 3 horas. À avaliação, a PA: 160 x 100 mmHg, FC: 80 bpm, SatO₂: 98% em ar ambiente, FR: 16 ipm, pulsos assimétricos. Realizou eletrocardiograma e radiografia de tórax que seguem abaixo. O diagnóstico mais provável para esse paciente, dentre os abaixo, é:

- A. dissecção de aorta torácica. ✓**
- B. infarto agudo do miocárdio.
- C. estenose de válvula aórtica.
- D. tromboembolismo pulmonar agudo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica intensa e súbita, hipertenso tabagista, com pulsos assimétricos e alargamento de mediastino, aponta para dissecção de aorta torácica. A assimetria de pulsos entre os membros é o achado semiológico clássico da dissecção. No IAM os pulsos são simétricos; TEP cursa com hipoxemia e dispneia, não com essa assimetria; estenose aórtica não abre com dor dissecante aguda. Pulso assimétrico + dor lancinante = dissecção. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Atenção: Considere o caso abaixo para responder as questões de números 8 e 9. Paciente sexo masculino, 54 anos, hipertenso, tabagista importante, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor torácica intensa, associada a sudorese que começou há cerca de 3 horas. À avaliação, a PA: 160 x 100 mmHg, FC: 80 bpm, SatO₂: 98% em ar ambiente, FR: 16 ipm, pulsos assimétricos. Realizou eletrocardiograma e radiografia de tórax que seguem abaixo. Entre as condutas abaixo, a melhor para este paciente é:

- A. heparina de baixo peso molecular.
- B. a trombólise química.
- C. controle da pressão e da frequência cardíaca. ✓**
- D. a angioplastia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na dissecação de aorta o objetivo imediato é reduzir a força de cisalhamento na parede: controle rigoroso da pressão arterial e da frequência cardíaca (betabloqueador antes de vasodilatador). Trombólise e heparinização são contraindicadas — agravariam o sangramento. Angioplastia trata coronária ocluída, não dissecação aórtica. O manejo clínico inicial é baixar PA e FC; a cirurgia fica para a dissecação proximal (tipo A). Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Paciente de 68 anos, sexo feminino, procura o posto de saúde por quadro de dor lombar há 6 meses associada a fadiga e adinamia. Refere piora da dor durante o passar do dia e nega melhora com uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Antecedente de hipertensão, dislipidemia e hipotireoidismo. Traz exames laboratoriais com Hb: 8,0 g/dL, Cr: 2,5 mg/dL, Cai 6,5 mg/dL. USG de vias urinárias com rins de tamanho preservados. Submetida a biópsia renal que evidenciou cilindros eosinofílicos. Dentre as opções abaixo, o achado mais provável no sangue periférico deste paciente é:

- A. Manchas de Gumprecht.
- B. Agregados lineares de células vermelhas. ✓**
- C. Reticulócitos aumentados.
- D. Leucocitose com células mieloides maduras.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com dor óssea, anemia, insuficiência renal, hipercalcemia e biópsia com cilindros eosinofílicos (rim do mieloma) tem mieloma múltiplo. No sangue periférico o achado típico é o empilhamento em rouleaux — agregados lineares de hemácias — pela hiperproteinemia monoclonal. Manchas de Gumprecht ocorrem na LLC; reticulocitose sugere hemólise; leucocitose com mieloides maduros lembra LMC. Rouleaux é a pista hematológica do mieloma. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Atenção: Considere o caso abaixo para responder as questões de números 11 e 12. Paciente sexo feminino, 27 anos, deu entrada no pronto-socorro referindo palpitações taquicárdicas associada a mal-estar. A avaliação apresentava PA: 126 x 74 mmHg, FC: 180 bpm, FR: 16 ipm, SatO₂: 98%. Paciente realizou seguinte eletrocardiograma. O diagnóstico mais provável desse paciente, dentre os abaixo, é:

- A. Taquicardia ventricular.
- B. Taquicardia supraventricular. ✓**
- C. Fibrilação atrial de alta resposta ventricular.
- D. Flutter atrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquicardia de QRS estreito, regular, súbita, a 180 bpm em jovem estável, é taquicardia supraventricular paroxística (por reentrada nodal). Taquicardia ventricular tem QRS largo; fibrilação atrial é irregular; flutter costuma ter frequência atrial regular com ondas em serra e resposta variável. Regular, estreita e paroxística define a TSV. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Atenção: Considere o caso abaixo para responder as questões de números 11 e 12. Paciente sexo feminino, 27 anos, deu entrada no pronto-socorro referindo palpitações taquicárdicas associada a mal-estar. A avaliação apresentava PA: 126 x 74 mmHg, FC: 180 bpm, FR: 16 ipm, SatO₂: 98%. Paciente realizou seguinte eletrocardiograma. O tratamento mais indicado para esse paciente, dentre os abaixo, é:

- A. manobra de valsalva. ✓**
- B. atropina endovenosa em flush.
- C. amiodarona endovenoso.
- D. cardioversão elétrica sincronizada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na TSV com paciente estável, o primeiro passo são manobras vagais — Valsalva (idealmente modificada) — que interrompem a reentrada nodal. Se falharem, adenosina, depois antiarrítmicos. Cardioversão elétrica reserva-se à instabilidade hemodinâmica. Atropina trata bradicardia, não taquicardia; amiodarona não é a primeira linha aqui. Estável = comece pela manobra vagal. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Paciente sexo feminino, 45 anos, tabagista, realizou cirurgia de abdominoplastia há 2 semanas, procura o pronto-socorro com queixa de dor torácica à direita, que piora a inspiração há 2 dias e cansaço. Exame físico com FC: 120 bpm, PA: 96 x 68 mmHg, FR: 20 ipm, SatO₂: 92% em ar ambiente, temperatura 35,8 °C, presença de crepitações pulmonares em hemitórax direito. Diante da principal suspeita diagnóstica, dentre as opções abaixo, as características presentes na paciente que conferem maior pontuação no escore de gravidade são:

- A. Sexo feminino, FC $\geq$ 110 bpm e Saturação O₂ < 94.
- B. Sexo feminino, FR > 18 ipm e PAS < 100 mmHg.
- C. FC $\geq$ 110 bpm, T < 36 °C e PAS < 100 mmHg. ✓**
- D. FR > 18, Saturação O₂ < 94% e T < 36 °C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pós-operatório recente, tabagista, com dor pleurítica, hipoxemia, taquicardia e hipotensão sugere TEP; a estratificação de gravidade usa o PESI/critérios como FC $\geq$ 110, hipotensão (PAS < 100) e hipotermia (T < 36). A combinação que soma maior pontuação é FC $\geq$ 110 bpm, T < 36 °C e PAS < 100 mmHg. Sexo feminino e FR isolada pesam menos nesses escores. A tríade de instabilidade (taquicardia, hipotensão, hipotermia) é a que marca gravidade. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Paciente sexo masculino, 25 anos, vítima de acidente de moto versus auto, com traumatismo cranioencefálico grave, evolui com pupilas médio fixas e ausência de reflexos de tronco cerebral. Sobre morte encefálica (ME) e seu diagnóstico é correto afirmar:

- A. Em caso de contraindicação para doação de órgãos ou negativa familiar, o suporte avançado de vida deve ser suspenso se a família concordar.
- B. O intervalo de tempo entre os exames clínicos para o diagnóstico de ME em adultos é de 6 horas.
- C. O teste da apneia será considerado positivo para ME caso não existam quaisquer movimentos respiratórios e a pCO₂ acima de 55 mmHg. ✓**
- D. O eletroencefalograma não é uma opção de exame complementar para o diagnóstico de morte encefálica.

COMENTÁRIO OSCELABS

No protocolo brasileiro de morte encefálica o teste de apneia é positivo quando não há qualquer movimento respiratório com a PaCO₂ elevando-se acima de 55 mmHg. O intervalo entre exames clínicos em adultos é maior que 6 horas (varia por idade); o EEG é sim uma das opções de exame complementar; e suporte não se suspende pela família fora dos ritos legais. O critério da apneia (PaCO₂ >55 sem drive) é o correto. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Paciente cirrótico, de 45 anos, com investigação etiológica positiva para a mutação do gene ATP7B deve ser tratado com:

- A. Reposição de alfa-1 antitripsina.
- B. Prednisona.
- C. Sangria trimestral.
- D. Trientina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mutação do gene ATP7B causa doença de Wilson (acúmulo de cobre). O tratamento é quelação do cobre com D-penicilamina ou trientina, ou zinco. Reposição de alfa-1 antitripsina seria para deficiência dessa proteína; prednisona trata hepatite autoimune; sangria trata hemocromatose (sobrecarga de ferro). Para o cobre, o quelante correto entre as opções é a trientina. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

No idoso com hérnia umbilical encarcerada agudamente, irreduzível, com dor, sem evidências clínicas ou laboratoriais de estrangulamento, a solicitação de tomografia de abdômen se justifica por

- A. exclusão de outra doença na cavidade abdominal. ✓**
- B. possibilidade de sofrimento de alça.
- C. necessidade de avaliar o conteúdo do saco herniário.
- D. oportunidade de avaliar o tamanho do anel herniário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hérnia umbilical encarcerada, irreduzível e dolorosa, mas SEM sinais de estrangulamento, tem indicação cirúrgica de qualquer modo — a TC não muda a decisão de operar. O que ela agrega é excluir outra doença intra-abdominal que justifique/associe-se ao quadro. Avaliar sofrimento de alça, conteúdo ou tamanho do anel não altera a conduta operatória já definida. O ganho real da TC é o diagnóstico diferencial abdominal. Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Uma senhora de 63 anos, com hipertensão controlada com losartana, tem história de icterícia, náuseas e vômitos pós-alimentares há 1 mês. Está icterica 3+/4 e tem dor abdominal discreta em hipocôndrio direito, sem peritonismo. Hemoglobina: 12,5 g/dL, leucócitos: 6.620/mm³, ureia: 37 mg/dL, creatinina: 1,15 mg/dL, bilirrubina total: 23,69 mg/dL, bilirrubina direta: 21,03 mg/dL, fosfatase alcalina: 712 U/L (46 a 120), gamaglutamiltransferase: 1.310 U/L (7 a 32). Fez a tomografia ilustrada a seguir. Inicialmente, a paciente deve ser submetida a

- A. drenagem das vias biliares. ✓**
- B. neoadjuvância.
- C. ecoendoscopia.

D. colangiorressonância.

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia obstrutiva progressiva, colestase franca (BD alta, FA e GGT muito elevadas) com massa à tomografia sugere obstrução biliar maligna. Antes de qualquer terapia oncológica é preciso descomprimir a via biliar — drenagem biliar — para tratar/prevenir colangite e melhorar a função hepática. Colangiorressonância e ecoendoscopia são complementos diagnósticos; neoadjuvância vem depois do estadiamento. A prioridade inicial é drenar a via biliar. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Um homem de 35 anos de idade foi atropelado e levado ao pronto-socorro inconsciente e já intubado. Na chegada: pulso: 100 bpm; PA: 120 x 80 mmHg. Os pulsos são cheios. Não tem sinais externos significativos de trauma. Não há suspeita clínica de fraturas. A tomografia de corpo inteiro não mostra lesões intracranianas nem no tórax. No abdômen, mostra lesão hepática grau III, com líquido livre peri-hepático e na pelve. As condições hemodinâmicas se mantêm. Melhor conduta em relação ao trauma abdominal:

- A. Arteriografia.
- B. Laparoscopia, para afastar lesão de alça intestinal.
- C. Tratamento não operatório. ✓**
- D. Laparotomia, com correção da lesão hepática e drenagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado com lesão hepática grau III e líquido livre, porém hemodinamicamente estável, é candidato ao tratamento não operatório — conduta padrão nas lesões de órgão sólido em estáveis, com observação e reavaliação. Laparotomia/laparoscopia expõem a paciente a cirurgia desnecessária; arteriografia/embolização entram se houver blush ou instabilidade. Estabilidade hemodinâmica autoriza o manejo conservador. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Uma paciente de 33 anos queixa-se de dor abdominal difusa, que vem aumentando, e parada de eliminação de flatos e fezes há 2 dias. Tem náuseas e teve 2 episódios de vômitos. Nega febre ou sintomas urinários. Nega episódios prévios semelhantes. Antecedentes: histerectomia total abdominal. Está em bom estado geral, corada, anictérica, acianótica, afebril, mas desidratada 1+/4+. O abdômen está distendido e é doloroso difusamente à palpação. A descompressão brusca é negativa. Os ruídos hidroaéreos estão presentes, mas diminuídos. Toque retal: ausência de fezes em ampola; sem massas palpáveis. Hemoglobina: 14,2 mg/dL, proteína C reativa: 28 mg/L, Na⁺: 141 mEq/L, K⁺: 3,4 mEq/L. Foi submetida inicialmente a tratamento clínico, com jejum, sonda gástrica aberta e hidratação, iniciado há 12 horas. Fez a tomografia de abdômen ilustrada a seguir. Conduta de maior risco para esta paciente:

- A. Laparoscopia.
- B. Manter o tratamento clínico por mais 12 horas.
- C. Laparotomia exploradora.
- D. Fazer trânsito intestinal com contraste baritado pela sonda gástrica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Suboclusão intestinal por brida (histerectomia prévia), sem sinais de estrangulamento, é tratada clinicamente. A conduta de MAIOR risco é dar contraste baritado pela sonda: se houver perfuração, o bário na cavidade causa peritonite química grave; usa-se contraste hidrossolúvel. Manter tratamento clínico é apropriado; laparoscopia/laparotomia são opções cirúrgicas se falhar. O bário na obstrução é o passo perigoso. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Uma senhora de 62 anos procura o pronto-socorro por dor abdominal em mesogástrio há 1 dia. A dor tem irradiação para todo o abdômen. Nega náuseas e vômitos, febre ou sintomas urinários. Tem diarreia desde o início do quadro. É portadora de úlceras venosas em membros inferiores, fazendo uso de anti-inflamatórios há 18 meses, para controlar a dor em úlcera maleolar. Sinais vitais: FC: 88 bpm, frequência respiratória: 16 irpm, PA: 100 x 60 mmHg. O abdômen não é doloroso à palpação. Não tem sinais de irritação peritoneal. Hemoglobina: 12,7 g/dL, leucócitos: 8.630/mm³, plaquetas: 278.000/mm³, PCR: 45 mg/L, ureia: 24 mg/dL, creatinina: 0,68 mg/dL, Na⁺: 138 mEq/L, K⁺: 3,8 mEq/L, bilirrubina total: 0,41 mg/dL, bilirrubina indireta: 0,17 mg/dL, gama-GT: 87 U/L, fosfatase alcalina: 86 U/L, amilase: 29 U/L, lipase: 18 U/L, INR: 1,01, R (TPA): 0,84. A melhor conduta para esta paciente é:

- A. Ultrassonografia de abdômen superior.
- B. Radiografia simples de abdômen.

C. Sintomático e observação. ✓

- D. Colonoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa em uso crônico de AINE com dor abdominal difusa, exame abdominal pobre, sinais vitais e laboratório sem grande alteração: quadro compatível com evolução benigna/autolimitada. A melhor conduta é sintomático e observação, reavaliando. Radiografia e ultrassom têm baixo rendimento nesse contexto; colonoscopia não é o passo agudo. Diante de abdome mole e exames tranquilos, observar é adequado. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Um homem de 61 anos, com IMC: 29 kg/m², que nunca fumou nem tem doença pulmonar, foi submetido à operação de Hartmann, por abdômen agudo obstrutivo por neoplasia de sigmoide. Não tinha ascite nem carcinomatose. A operação foi feita respeitando-se os princípios cirúrgicos oncológicos. No sexto pós-operatório, notou-se saída de grande quantidade de líquido serossanguinolento (aspecto de “água de carne”) pela ferida operatória. Está afebril, já com boa aceitação de dieta leve. A colostomia funciona bem. Melhor alternativa para prevenção da complicação apresentada por este paciente:

- A. Hemostasia muito cuidadosa durante a operação.
- B. Uso de tela profilática. ✓**
- C. Drenagem da cavidade com dreno de aspiração.
- D. Fechamento da parede abdominal com pontos subtotais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Saída de líquido serossanguinolento em 'água de carne' pela ferida no pós-operatório sinaliza deiscência aponeurótica (com risco de evisceração). A medida preventiva mais eficaz dessa complicação é o reforço da parede — tela profilática — sobretudo em cirurgia oncológica de grande porte. Hemostasia previne hematoma; dreno não previne deiscência; pontos subtotais ajudam menos que a tela. Tela profilática reduz a falha de parede. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Inicia-se uma colectomia direita por neoplasia de ceco, com acesso por laparotomia, numa paciente de 50 kg. A previsão é que a operação dure 3 horas. O valor estimado de cristaloide que deve ser infundido para repor as perdas insensíveis intraoperatórias é de

- A. 250 mL.
- B. 1.000 mL.
- C. 750 mL. ✓**
- D. 500 mL.

COMENTÁRIO OSCELABS

As perdas insensíveis intraoperatórias em laparotomia estimam-se em torno de 5-8 mL/kg/h de exposição. Para 50 kg em 3 horas, o cálculo aproximado (~5 mL/kg/h) resulta em torno de 750 mL de cristaloide. As demais opções sub ou superestimam o volume. A conta kg x horas x fator dá cerca de 750 mL. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Uma mulher de 72 anos apresenta claudicação intermitente, não limitante, em panturrilhas, há vários anos. Tem hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito e hipercolesterolemia. Prescreve-se hipoglicemiante oral, estatina, anti-hipertensivo e ácido acetilsalicílico. Uma semana após, a paciente retorna com queixa de dor contínua em membros inferiores, incluindo ambas as coxas, que piora com a movimentação. Não tem quaisquer alterações de perfusão, sensibilidade ou motricidade das pernas. Causa mais provável desta alteração no quadro clínico:

- A. Miosite induzida pela estatina. ✓**
- B. Progressão da aterosclerose no território aorto-ilíaco.
- C. Neuropatia diabética.
- D. Dissecção aórtica, pela hipertensão arterial.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tinha claudicação estável (dor ao esforço) e passou a ter dor CONTÍNUA em coxas que piora ao movimento, SEM alteração de perfusão, sensibilidade ou motricidade. Isso não é isquemia (pulsos/perfusão preservados) e sim mialgia — efeito adverso muscular da estatina recém-iniciada. Progressão aterosclerótica daria isquemia com déficit de perfusão; neuropatia dá parestesia; dissecção daria quadro agudo. Dor muscular pós-estatina é a causa. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Em uma paciente que será submetida a gastrectomia por laparotomia, como deve ser disposto o material de diérese, hemostasia, afastadores e síntese? Dados: Considere a mesa de instrumentos cirúrgicos dividida em quadrantes: superior direito (SD), inferior direito (ID), superior esquerdo (SE) e inferior esquerdo (IE)

- A. Diérese (SD), hemostasia (SE), afastadores (IE), síntese (ID).
- B. Diérese (ID), hemostasia (IE), afastadores (SE), síntese (SD). ✓**
- C. Diérese (IE), hemostasia (ID), afastadores (SE), síntese (SD).
- D. Diérese (ID), hemostasia (IE), afastadores (SD), síntese (SE).

COMENTÁRIO OSCELABS

Na disposição padrão da mesa cirúrgica para laparotomia, seguindo o tempo operatório: diérese no inferior direito, hemostasia no inferior esquerdo, afastadores no superior esquerdo e síntese no superior direito. Essa é a arrumação que a banca adota como correta entre as alternativas. As demais trocam os quadrantes. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Um rapaz de 28 anos, vítima de queda de motocicleta, necessitou de drenagem de tórax por hemotórax associado a fratura de dois arcos costais à direita. Não apresenta outras lesões significativas. Está estável e consciente. Está hoje no quinto dia pós--drenagem. Débitos diários do dreno: 1o dia: 400 mL, conteúdo hemático; 2o dia: 300 mL, conteúdo sero- hemático, escuro (espesso); 3o dia: 300 mL, conteúdo sero-hemático, claro; 4o dia: 150 mL, conteúdo seroso; 5o dia: 90 mL, conteúdo seroso. O dreno continua oscilante. Não há evidência de escape aéreo, mesmo com manobra de Valsalva. Murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico. FR: 14 irpm; saturação: 98%, em ar ambiente. Em relação à retirada do dreno, é correto afirmar:

- A. Ponderar a retirada apenas após nova avaliação tomográfica.
- B. Independentemente do débito, manter o dreno, pois ainda está oscilante.
- C. Retirar apenas quando o débito for inferior a 50 mL por dia.
- D. Sacar já, pois o débito é inferior a 100 mL por dia, sendo o conteúdo seroso. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dreno de tórax pode ser retirado quando o débito diário é baixo (<100-150 mL) e seroso, sem escape aéreo, com pulmão expandido. Aqui o débito caiu para 90 mL seroso, sem escape mesmo à Valsalva: pode-se sacar já. A oscilação isolada não contraindica a retirada; não é preciso aguardar débito <50 nem TC de rotina. Débito <100 mL/dia seroso + sem fuga aérea = retirar. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Um homem de 79 anos é internado por icterícia obstrutiva, que se acentuou nos últimos dois meses. É tabagista de 1 maço/dia, há 40 anos. Nega febre. Relata apenas leve desconforto abdominal. Diz que perdeu 10 kg no período. No exame físico, não se nota linfonodomegalia, mas observa-se sinal de Courvoisier Terrier. A localização mais provável da lesão deste paciente é:

- A. Corpo pancreático.
- B. Ducto hepático comum.
- C. Região periampular. ✓**
- D. Confluência das vias biliares direita e esquerda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso, tabagista, com icterícia progressiva indolor, perda ponderal e sinal de Courvoisier (vesícula palpável indolor) indica obstrução biliar maligna baixa — a lesão mais provável fica na região periampular/cabeça do pâncreas. Corpo pancreático dá dor e diabetes, não Courvoisier típico; lesões altas (hilo hepático, confluência) não distendem a vesícula. Courvoisier positivo aponta obstrução distal periampular. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Um rapaz de 23 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade, é atendido na emergência de hospital secundário. A: Via aérea pérvia, com intubação orotraqueal; B: murmúrio vesicular presente, com dreno em hemitórax esquerdo, com saída de 400 mL de sangue na primeira hora; saturação de O₂: 98%; C: PA: 70 x 40 mmHg, pulso: 135 bpm, pelve instável, toque retal sem alterações, sonda vesical com urina concentrada; D: Glasgow: 3T, pupilas isofotorreagentes; E: fratura bilateral de fêmur, fechada, com pulsos distais presentes. A radiografia de tórax mostra dreno de tórax bem posicionado; a radiografia de bacia confirma a fratura pélvica, com padrão CAP (compressão anteroposterior) tipo III. Após medidas de estabilização no atendimento primário, o tratamento mais eficaz para este paciente, entre as opções a seguir, para conter o sangramento da pelve inicialmente é:

- A. Aplicação de C-Clamp.
- B. Arteriografia com embolização.
- C. Tamponamento extraperitoneal. ✓**
- D. Fixação externa de bacia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura pélvica instável (padrão APC III) com choque hemorrágico refratário: após estabilizar/amarrar a pelve, o método mais eficaz para conter o sangramento venoso pélvico predominante é o tamponamento (packing) extraperitoneal. C-clamp e fixador externo estabilizam o anel, mas não controlam o sangramento venoso; angioembolização trata sangramento arterial e demanda sala de hemodinâmica. No instável, packing extraperitoneal contém o sangramento. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Vítima de atropelamento por auto, um rapaz de 20 anos é atendido na sala de emergência. A: Intubação orotraqueal; B: murmúrio vesicular presente bilateralmente, saturação 98%, com FiO₂ de 100%; C: PA: 100 x 60 mmHg, pulso: 110 bpm, tempo de enchimento capilar: 4 segundos, pelve estável, toque retal sem alterações, abdômen sem distensão; D: Glasgow 3T; E: hematúria franca, observada na sondagem vesical. Hematoma extenso em flanco esquerdo. Mesmo tendo recebido 2 litros de solução cristaloide, a pressão caiu para 80 x 40 mmHg. Solicitada transfusão de hemocomponentes e iniciada a infusão de droga vasoativa. O exame/procedimento mais apropriado neste momento é:

- A. Urografia excretora.
- B. Angiotomografia de abdômen.
- C. Ultrassom de via urinária à beira leito.
- D. Laparotomia exploradora. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma fechado com hematúria macroscópica, hematoma em flanco e choque que não responde a cristaloide (persistente 80x40) tem indicação de laparotomia exploradora — instabilidade hemodinâmica no trauma abdominal fechado manda operar, não investigar. Urografia, angio-TC e USG são para o paciente estável. Choque refratário = sala de cirurgia. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Uma senhora de 68 anos procura o pronto-socorro por dores abdominais em cólica, mais localizadas em baixo-ventre, e dificuldade para evacuar, que foi piorando ao longo dos últimos 6 meses. Vinha evacuando a cada 4 dias, sendo que atualmente está há 1 semana sem evacuar. Queixa-se ainda de náuseas e vômitos. Não tem antecedentes relevantes, salvo hipertensão arterial, que trata com diurético. Refere tabagismo de 1 maço/dia, por “mais de 20 anos”. Nega febre. Refere emagrecimento de 10 kg (de 80 para 70 kg) nos últimos 6 meses. Está desidratada. Tem distensão abdominal, sem peritonismo. Fez a radiografia ilustrada a seguir. A conduta neste momento deve ser:

- A. Tomografia de abdômen e pelve, com contraste por via retal.
- B. Preparo anterógrado para colonoscopia.
- C. Lavagem retal, inicialmente. ✓**
- D. Laparotomia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa, tabagista, com quadro de obstrução colônica baixa e emagrecimento (suspeita de neoplasia de reto/sigmoide) precisa antes de tudo desimpactar e aliviar; a conduta inicial descrita é a lavagem/enema retal para desobstruir, antes de estudos eletivos. Colonoscopia com preparo anterógrado é perigosa em obstrução; laparotomia de urgência não se justifica sem sinais de perfuração. Aliviar com lavagem retal primeiro. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Um homem de 47 anos faz seguimento ambulatorial por queixa de refluxo gastroesofágico. Em endoscopia solicitada após exacerbação dos sintomas dispépticos, notou-se que a mucosa do esôfago distal, junto à transição com o estômago, tem cor de salmão, numa extensão de 2 cm. A biópsia mostrou esôfago de Barrett, sem displasia. A opção de tratamento mais indicada neste momento é:

- A. Cirurgia de Heller-Pinotti.
- B. Cirurgia de Nissen.
- C. Bromoprida, 10 mg, três vezes ao dia, antes das refeições.
- D. Omeprazol, 20 mg, duas vezes ao dia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Esôfago de Barrett curto (2 cm), sem displasia, num paciente com DRGE, tem tratamento clínico com inibidor de bomba de prótons em dose plena (omeprazol 20 mg 2x/dia) e vigilância endoscópica. Fundoplicatura de Nissen é opção cirúrgica antirrefluxo, não indicada de primeira linha aqui; Heller trata acalasia; procinético isolado não controla o Barrett. IBP + seguimento é a conduta. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Criança do sexo feminino, com 5 meses e previamente hígida, apresenta quadro de irritabilidade, dor abdominal, febre, mal-estar, náuseas e vômitos. Mãe nega episódios semelhantes anteriores. Realizado exame de urina com o seguinte resultado: numerosos leucócitos; hemácias: 20.000 mL; nitrito positivo; presença de contagem bacteriana > 100.000 ufc/mL. Paciente foi internada e, após 24 horas de tratamento com antibioticoterapia, recebe alta em bom estado geral e afebril. No seguimento ambulatorial. Em relação à investigação por imagem desta criança, dentre as condutas abaixo, a melhor é:

- A. realizar cintilografia renal com DMSA.
- B. expectante e deve ser realizada após o segundo episódio de ITU.
- C. realizar uretrocistografia miccional após urocultura negativa.

D. realizar ultrassonografia de rins e vias urinárias em até 6 semanas. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente com primeiro episódio de ITU febril: a investigação por imagem inicial recomendada é a ultrassonografia de rins e vias urinárias, feita em até algumas semanas, para avaliar anatomia e complicações. DMSA e urotrastografia miccional ficam para casos selecionados (US alterado, ITU recorrente ou atípica). Conduta expectante não é adequada em primeira ITU de lactente. US de rins e vias urinárias é o primeiro exame. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Fernando, três anos, é levado pela mãe à uma Unidade de Pronto Atendimento com história de irritabilidade e recusa a andar ou ficar em pé há quatro dias. Nega anorexia e febre. Mãe refere episódio de infecção de vias aéreas superiores antecedendo o quadro clínico atual. Exame físico normal com exceção de dor a manipulação do quadril e fêmur à direita. Encontra-se em bom estado geral e afebril. Dentre os achados laboratoriais abaixo, o mais provavelmente encontrado neste paciente é:

- A. cintilografia de fêmur evidenciado sequestro ósseo.
- B. ressonância magnética demonstrando espessamento do periósteo.
- C. ultrassonografia com alargamento do espaço articular. ✓**
- D. radiografia da pelve em AP e Lowenstein evidenciando colapso da epífise.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança pequena com recusa a andar, dor no quadril e IVAS recente, afebril e em bom estado, tem sinovite transitória do quadril. O achado esperado é o ultrassom mostrando derrame/alargamento do espaço articular. Sequestro ósseo indica osteomielite crônica; espessamento periósteo sugere infecção/tumor; colapso da epífise é Legg-Calvé-Perthes. Derrame articular ao US casa com a sinovite transitória. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Criança de 4 anos de idade foi levada à Unidade Básica de Saúde por ser contactante de tuberculose. A mãe foi diagnosticada com tuberculose pulmonar há uma semana. Os familiares referem que a criança está bem, sem sintomas respiratórios, negam perda de peso, febre, adinamia ou anorexia. Ao exame físico, o pré-escolar apresenta cicatriz de BCG id, que recebeu na maternidade, e não foi detectada nenhuma outra alteração. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, entre as condutas terapêuticas propostas a seguir, a melhor para esta criança, nesta consulta, é:

- A. solicitar prova tuberculínica e iniciar tratamento com rifampicina.
- B. solicitar radiografia de tórax, frente e perfil e iniciar tratamento com isoniazida.
- C. manter a criança em observação sem necessidade de exames, no momento.
- D. solicitar prova tuberculínica e radiografia de tórax, frente e perfil. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança contactante de tuberculose bacilífera, assintomática e com BCG prévia: a conduta do Ministério da Saúde é investigar antes de tratar — solicitar prova tuberculínica (PT) e radiografia de tórax (frente e perfil) para decidir entre tratar doença ou infecção latente. Tratar às cegas com rifampicina ou isoniazida, ou apenas observar sem exames, não seguem o protocolo. Investigar com PT + RX é o correto. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Paciente de 5 meses de idade, apresenta, há mais ou menos 40 dias, lesões cutâneas com eritema, pápulas, vesículas e formação de crostas, com prurido intenso, localizadas em face, nas regiões malares, frontal e mentoniana, poupando o maciço central. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo, é:

- A. dermatite atópica. ✓**
- B. varicela.
- C. dermatite seborreica.
- D. dermatofitose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com placas eritematosas, pápulas, vesículas e crostas pruriginosas nas regiões malares e frontal, POUPANDO o maciço central da face, é dermatite atópica do lactente. A dermatite seborreica atinge couro cabeludo e regiões centrais (não poupa maciço central) e não coça tanto; varicela é vesicular disseminada; dermatofitose é anular. Distribuição malar poupando centro + prurido = atopia. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Lactente de 2 meses de vida é levado à Unidade Básica de Saúde porque, há 2 dias, a mãe notou uma lesão eritematosa, indolor, que tem aumentado de tamanho, em braço direito. Ao exame, a criança apresenta um abscesso frio, de 2 cm de diâmetro, com um ponto de flutuação, na região ao redor do local de aplicação da vacina BCG id. Neste caso a melhor conduta, dentre as seguintes opções, é:

- A. antibiótico para bactérias Gram-positivas por 21 dias.
- B. isoniazida até a completa resolução da lesão. ✓**
- C. rifampicina por 6 meses.
- D. tranquilizar os pais e observar a resolução espontânea da lesão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso frio (indolor, flutuante) na região da vacina BCG num lactente é reação adversa à BCG (becegite). A conduta recomendada é isoniazida até a resolução da lesão. Antibiótico para Gram-positivos trataria abscesso piogênico, não micobacteriano; rifampicina por 6 meses é excesso; apenas observar não é a orientação padrão para a complicação. Isoniazida resolve a becegite. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Lactente de 4 meses de vida é levado a UPA com história de obstrução nasal, coriza clara e tosse há 4 dias. Há 1 dia houve piora do quadro com tosse mais intensa, dificuldade para respirar e respiração rápida. Nega febre, sonolência, gemência ou apneia. Mãe refere que a criança nasceu de termo, por cesariana, e nega doenças anteriores. Negou também sintomas respiratórios em casa. Ao exame, o lactente está em bom estado geral, acianótico, hidratado, ativo, FR: 66 ipm e discreta tiragem intercostal. SatO₂: 95%. À ausculta pulmonar, apresenta murmúrio vesicular presente e sibilos bilateralmente. O teste RT-PCR de swab nasal para Covid-19 colhido hoje apresentou resultado negativo. Entre as seguintes propostas terapêuticas, a melhor para este caso é:

- A. adrenalina por via inalatória e medidas de suporte.
- B. broncodilatador por via inalatória e prednisolona 1 mg/kg.
- C. inalação com soro fisiológico e medidas de suporte. ✓**
- D. amoxicilina, por via oral, durante 10 dias e retorno em 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 4 meses com coriza, tosse, taquipneia, tiragem, sibilos difusos e SatO₂ 95%, PCR de Covid negativo, tem bronquiolite viral aguda. O tratamento é de suporte — hidratação, oxigênio se necessário, lavagem/inalação com soro fisiológico; broncodilatador, corticoide, adrenalina e antibiótico não têm benefício comprovado de rotina. Bronquiolite = suporte + soro fisiológico. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Criança de 2 meses e 10 dias de idade, internada por bronquiolite viral aguda, com possibilidade de realimentação após um breve período de suspensão alimentar. Vinha recebendo aleitamento materno exclusivo. A mãe, 19 anos de idade, há dois dias apresenta doença diarreica, sem muco ou sangue. Em relação ao aleitamento materno, dentre as recomendações seguintes, a melhor para este caso é:

- A. liberar o aleitamento uma semana após o término da diarreia.
- B. liberar o aleitamento materno, com os devidos cuidados higiênicos. ✓**
- C. contraindicar o aleitamento materno pelo período de duração da diarreia.
- D. introduzir fórmula láctea para complementar o aleitamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe com diarreia aguda sem sangue/muco NÃO contraindica a amamentação: deve-se manter o aleitamento reforçando higiene das mãos, já que os anticorpos maternos protegem o lactente. Suspender ou substituir por fórmula priva o bebê da proteção e é desnecessário. Diarreia materna comum = manter amamentação com cuidados higiênicos. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Lactente de 8 meses, previamente hígido, apresenta história de febre diária de 38,5° a 39 °C há 5 dias e irritabilidade. Há um dia apresenta manchas rosadas em tronco que se espalharam para os membros. Não apresentou tosse, coriza ou diarreia. Está se alimentando normalmente e afebril desde ontem. Ao exame físico apresenta bom estado geral, otoscopia com leve hiperemia bilateral, orofaringe sem alteração e exantema maculopapular, não coalescente e sem descamação, localizado em tronco, raiz dos membros e discreto em face. Restante do exame físico sem alteração. Dentre os agentes etiológicos abaixo, o mais provável neste caso é:

- A. Epstein-Barr vírus.
- B. Parvovírus humano B19.
- C. Herpes vírus 6. ✓**
- D. Coxsackie vírus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com febre alta por 3-5 dias que cessa abruptamente, seguida do surgimento de exantema maculopapular no tronco quando a criança já está afebril e em bom estado, é o exantema súbito (roséola), causado pelo herpes-vírus humano tipo 6. EBV, parvovírus B19 (eritema infeccioso) e coxsackie têm outros padrões. Febre que some e depois vem o rash = HHV-6. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Paciente de 4 anos de idade previamente hígido estava internado com pneumonia bilateral na enfermaria. Evoluiu com insuficiência respiratória necessitando de intubação orotraqueal e ventilação mecânica sob sedação e analgesia contínua. Iniciado modo de ventilação com pressão controlada (PCV), com fração inspirada de oxigênio de 100%, pressão expiratória final de 8 cmH₂O, pressão inspiratória final de 20 cmH₂O, FR: 20 ipm e tempo inspiratório de 0,5 seg. A gasometria mostrou pH 7,38 com bicarbonato 24 mEq/L, pO₂: 74 mmHg e normocapnia. Neste momento, entre as condutas seguintes, a mais adequada para este caso é:

- A. aumentar a frequência respiratória.
- B. aumentar a pressão inspiratória final.
- C. diminuir pressão expiratória final.

D. aumentar o tempo inspiratório. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança em ventilação mecânica por SDRA com FiO₂ 100% e hipoxemia (pO₂ 74) mas normocapnia (ventilação adequada): o problema é oxigenação, não ventilação. Para melhorar a oxigenação sem elevar picos de pressão, aumenta-se o tempo inspiratório (aumenta a pressão média das vias aéreas e o recrutamento). Aumentar FR/pressão inspiratória mexe na CO₂ (já normal) ou aumenta barotrauma; reduzir PEEP piora oxigenação. Prolongar o Ti melhora a oxigenação. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

MP, sexo feminino, 7 anos de idade, com queixa de dor de garganta e febre de 38,9 °C há 3 dias, lesões na pele há 1 dia e dor abdominal difusa hoje. Nega tosse, coriza e alteração do hábito intestinal. Apresenta, ao exame físico, exantema cutâneo micropapular áspero generalizado, com palidez perioral e hiperemia em dobras cutâneas. Linfonodos palpáveis menores do que 1 cm em cadeia cervical e submandibulares bilateralmente. Orofaringe hiperemiada com petéquias em palato e língua em framboesa. Ausculta cardiopulmonar sem alteração. Abdome flácido sem visceromegalias, com descompressão brusca negativa. Entre as seguintes propostas terapêuticas, a mais adequada para este paciente é:

A. Dipirona e Amoxicilina. ✓

- B. Paracetamol, Ibuprofeno e Hidroxizine.
- C. Paracetamol e Ibuprofeno.
- D. Azitromicina, Hidroxizine e Dipirona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com febre, exantema micropapular áspero (lixa) generalizado, palidez perioral, língua em framboesa, hiperemia em dobras e faringite tem escarlatina, causada pelo *Streptococcus pyogenes*. O tratamento é antibiótico (amoxicilina/penicilina) associado a antitérmico/analgésico (dipirona). Anti-histamínico e azitromicina não são a base; escarlatina exige betalactâmico. Dipirona + amoxicilina cobre febre e o estreptococo. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Paciente de 3 anos e 6 meses de idade, previamente hígido, veio ao pronto atendimento com história de febre há 4 dias de 38,4 °C, tosse leve, alguns episódios de vômito e dor abdominal. Ao exame ele se encontra em REG, descorado, hidratado, anictérico, afebril. Conjuntivite bilateral. Taquidispneico, com estertores grossos bilateralmente à ausculta pulmonar. Ritmo cardíaco em galope sem sopros. Fígado a 3 cm do RCD. Perfusão periférica normal. FC: 140 bpm, FR: 52 ipm, PA: 100 x 55 mmHg. Os exames iniciais mostram alteração do TP e TTPa, proteína C reativa e D-dímero elevados. A radiografia de tórax evidenciou área cardíaca aumentada e infiltrado pulmonar bilateral com predomínio em bases bilateralmente. Entre os seguintes exames laboratoriais, o que confirma a hipótese diagnóstica mais provável para este caso é:

- A. sorologia para Sarampo com IgM elevado.
- B. aneurisma em coronária.
- C. ferritina acima de 500 ng/mL.
- D. sorologia para Covid-19 com IgG elevado. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pré-escolar com febre prolongada, conjuntivite, taquidispneia, ritmo de galope, cardiomegalia, infiltrado bilateral e coagulopatia (TP/TTPa alterados, D-dímero e PCR elevados) no contexto pandêmico sugere síndrome inflamatória multissistêmica pós-Covid (SIM-P). O exame que confirma a etiologia é a sorologia para Covid-19 com IgG elevado (infecção prévia). Aneurisma de coronária e ferritina são achados de suporte/gravidade, não a confirmação etiológica; sarampo não explica o conjunto. Sorologia IgG para SARS-CoV-2 fecha o nexo. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Recém-nascido de parto vaginal, filho de mãe HIV positivo há 5 anos, apresenta peso ao nascer de 3.247 g, Apgar de 1' e 5': 7 e 9 respectivamente e Capurro: 39 semanas e 2/7. A mãe fez uso correto de terapia antirretroviral durante toda a gestação e tem carga viral indetectável do 3º trimestre. Entre os esquemas profiláticos seguintes, o mais adequado para esse recém nascido, a ser prescrito preferencialmente até 4 horas de vida é:

- A. Raltegravir por 28 dias.
- B. Zidovudina e Lamivudina por 28 dias.
- C. Zidovudina por 28 dias. ✓**
- D. Zidovudina por 28 dias e Nevirapina por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de mãe HIV+ com boa adesão à TARV e carga viral indetectável no 3º trimestre é de BAIXO risco de transmissão; a profilaxia recomendada é zidovudina (AZT) isolada por 28 dias, iniciada preferencialmente até 4 horas de vida. Esquema ampliado (AZT + nevirapina ou AZT+3TC+raltegravir) reserva-se ao alto risco (carga viral detectável/desconhecida, má adesão). Baixo risco = AZT por 28 dias. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Recém-nascido, sexo masculino, nascido de parto vaginal a termo, apresentou Apgar 7 (1') e 9 (5'), peso de 3.520 g e exame físico normal. Os dados no cartão de pré-natal evidenciam presença de anticorpos IgM e IgG com 80% de avides contra o T. gondii, realizados na primeira consulta com 7 semanas. Em relação à toxoplasmose, entre as seguintes condutas iniciais, a melhor para este recém-nascido é:

- A. solicitar a avaliação do infectologista.
- B. não realizar maiores investigações. ✓**
- C. realizar exames para o diagnóstico de toxoplasmose congênita.

D. iniciar tratamento para toxoplasmose congênita.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM e IgG anti-Toxoplasma com ALTA avidéz (80%) no primeiro trimestre indicam infecção ANTIGA, anterior à gestação — sem risco de toxoplasmose congênita. A conduta é não realizar maiores investigações no RN. Iniciar tratamento, investigar congênita ou encaminhar infectologista seriam necessários se houvesse infecção aguda gestacional. Alta avidéz precoce = imunidade prévia, tranquilizar. Resposta B.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Recém-nascido pré-termo tardio, com 36 semanas e 4 dias de idade gestacional, é levado ao pronto-socorro no quinto dia de vida com queixa de coloração amarelada em todo o corpo. A dosagem das bilirrubinas evidenciou: BT: 20 mg/dL e BI: 19,1 mg/dL. Peso de nascimento de 2.950 g e, na consulta, 2.620 g. A tipagem sanguínea da mãe e do RN é A Rh+. A mãe refere que a criança chora muito e não evacua desde a alta hospitalar no terceiro dia de vida. Entre as seguintes opções de fototerapia, a melhor conduta nesse caso é fototerapia

A. dupla, com irradiância entre 16 e 30 uW/cm²/nm.

B. padrão, com irradiância entre 8 e 10 uW/cm²/nm.

C. de alta irradiância > 30 uW/cm²/nm, superior e inferior. ✓

D. padrão e suspensão do aleitamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN pré-termo tardio no 5º dia com BT 20 (BI 19), perda ponderal >10% e sinais de desidratação/baixa ingesta (icterícia do aleitamento) tem hiperbilirrubinemia importante que exige fototerapia intensiva (alta irradiância >30, superior e inferior). Fototerapia padrão/simples é insuficiente para esse nível; suspender aleitamento não é a conduta. Nível alto de bilirrubina = fototerapia de alta irradiância dupla. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Pais de pré-escolar, sexo feminino, 4 anos, em consulta de rotina com pediatra referem que as fotos de sua filha, quando tiradas com flash, apresentam a seguinte alteração: O exame ocular revelou: reflexo vermelho alterado no olho direito e normal no esquerdo. Fundo de olho normal à esquerda e à direita com múltiplas massas rosadas, vascularizadas, parcialmente calcificadas, preenchendo a cavidade vítrea. Entre as seguintes hipóteses diagnósticas, a mais provável para este caso é:

A. descolamento de retina.

B. retinoblastoma. ✓

C. catarata congênita.

D. doença de Coats.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leucocoria (reflexo vermelho alterado) com massas rosadas, vascularizadas e calcificadas preenchendo o vítreo é retinoblastoma — as calcificações intraoculares são a marca. Doença de Coats causa exsudação sem calcificação; catarata congênita opacifica o cristalino sem massa vascularizada; descolamento não dá massa calcificada. Leucocoria + massa calcificada = retinoblastoma. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Mulher de 32 anos de idade chega ao pronto-socorro com queixa intensa de dor pélvica há cerca de 3 horas. Refere que estava na academia quando sentiu dor aguda e intensa na pelve, causando náusea e sensação de desmaio. Faz uso irregular de pílula contraceptiva. Tomou medicação analgésica e colocou bolsa de água quente, sem melhora, decidindo ir ao PS. Ao exame encontra-se normotensa, corada e afebril. Abdome bastante doloroso com descompressão brusca presente em fossa ilíaca direita. O toque vaginal demonstrou dor intensa à mobilização do colo, impossibilitando exame adequado. Realizada ultrassonografia pélvica, que mostrou imagem sólido-cística em região pélvica direita, medindo 8 cm. A equipe indicou cirurgia. Entre os seguintes achados cirúrgicos, o mais provável é:

- A. apendicite aguda bloqueada.
- B. abscesso tubo-ovariano.
- C. tumor ovariano com torção anexial. ✓**
- D. gravidez ectópica íntegra.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica súbita e intensa em mulher jovem, com massa anexial sólido-cística de 8 cm ao US e abdome agudo, aponta para torção anexial de tumor ovariano — a torção compromete a irrigação e é emergência cirúrgica. Gravidez ectópica íntegra não daria abdome agudo tão exuberante; abscesso tubo-ovariano cursa com febre; apendicite não forma massa anexial cística. Massa + dor súbita = torção do ovário. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Mulher de 50 anos de idade foi submetida a histerectomia total abdominal por miomas e volume uterino de 800 cm³. No 1º dia de pós-operatório, refere perda de urina constante, apesar de urinar a cada 2 horas com fluxo bom. Ao exame especular, observa-se urina coletada no interior da vagina, não sendo possível observar a presença de orifício fistuloso. A equipe instala sonda vesical, por onde se introduzem 200 mL de solução fisiológica corada com azul de metileno e solicita-se que a paciente deambule por alguns minutos. Repete-se o exame especular e observa-se apenas urina amarela no canal vaginal. Entre as seguintes hipóteses diagnósticas, a mais provável é:

- A. lesão iatrogênica de colo vesical.
- B. bexiga hiperativa por lesão vesical.
- C. fístula vésico-vaginal supratrígona.
- D. fístula ureterovaginal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda urinária contínua após histerectomia; ao instilar azul de metileno na bexiga, a vagina recolhe urina AMARELA (não azul), o que exclui fístula vesicovaginal e indica que a urina vem de cima — fístula ureterovaginal (lesão de ureter). Se fosse vesical, a vagina se coraria de azul. Urina limpa na vagina após teste do azul negativo = lesão ureteral. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Mulher de 47 anos de idade, hígida, procurou atendimento com queixa de aumento do volume menstrual há cerca de um ano. Refere usar cerca de 10 absorventes ao dia e, por vezes, ocorrem vazamentos. O intervalo menstrual é de 40 a 50 dias. Ao exame, encontra-se descorada ++/4+, normotensa, hidratada e afebril. O exame ginecológico mostra útero de tamanho e consistência normais, anexos palpáveis e normais. Sem sangramento no momento do exame. Exames subsidiários mostram hemoglobina de 9,8 g/dL, coagulograma normal, citologia cervicovaginal normal, ultrassonografia pélvica normal. Esse quadro sugere sangramento uterino anormal de causa

- A. adenomiose.
- B. ovulatória. ✓**
- C. iatrogênica.
- D. não classificada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento menstrual aumentado com ciclos longos e irregulares (40-50 dias) na perimenopausa, com útero, anexos, US e coagulograma normais, corresponde a sangramento uterino anormal de causa ovulatória/disfunção ovulatória (padrão O do PALM-COEIN). Adenomiose daria útero alterado; iatrogênica pressuporia medicação; não classificada é diagnóstico de exclusão. Ciclos espaçados na transição menopausal = disfunção ovulatória. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Uma mulher de 22 anos de idade procura atendimento ginecológico de rotina na UBS. Refere, que às vezes, apresenta sangramento após relação sexual. Não tem parceiro fixo, é nuligesta e utiliza contraceptivo hormonal combinado. Tem ciclos menstruais regulares. No exame especular, observa-se secreção mucopurulenta no colo uterino, em pequena quantidade. A passagem da espátula no colo causa sangramento. Nesse caso, entre as seguintes opções terapêuticas, a mais indicada é

- A. ceftriaxona 500 mg IM dose única mais azitromicina 1 g VO dose única. ✓**
- B. penicilina benzatina 1.200.000 UI IM dose única.
- C. doxiciclina 500 mg VO dose única.
- D. ciprofloxacina 500 mg VO 1 vez por dia por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colo friável com secreção mucopurulenta e sangramento ao toque da espátula, em jovem com sangramento pós-coito, é cervicite (gonococo/clamídia). O tratamento cobre ambos: ceftriaxona IM dose única mais azitromicina VO dose única. Penicilina benzatina trata sífilis; doxiciclina em dose única é subdose; ciprofloxacina não cobre bem clamídia e há resistência gonocócica. Ceftriaxona + azitromicina é o esquema da cervicite. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Primigesta, 23 anos de idade, 36 semanas, vai em consulta de pré-natal de rotina sem nenhuma queixa. Ao aferir a pressão arterial (PA), observam-se níveis de 140 x 95 mmHg. A aferição é repetida após repouso em decúbito lateral esquerdo e mantém-se em 140 x 90 mmHg. Foram solicitados exames, que mostraram hemoglobina: 11,5 g/dL, plaquetas: 170 mil/mm³, e proteinúria: 400 mg em 24 horas. O feto encontra-se no percentil 50 de peso, com cardiotocografia de padrão normal. Entre as seguintes propostas terapêuticas, a melhor é

- A. internação para controle pressórico e laboratorial e administração de corticoide.
- B. medir a PA semanalmente e instruir a paciente quando retornar. ✓**

- C. indicar cesária nesse momento.
- D. indicar indução de parto nesse momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-eclampsia SEM sinais de gravidade (PA 140x90-95, proteinúria 400 mg/24h, plaquetas e feto normais, sem sintomas) com 36 semanas. Nesse cenário a conduta é EXPECTANTE com vigilância ambulatorial rigorosa — medir a PA semanalmente e orientar sinais de alarme para retorno —, reservando a resolução para 37 semanas. Internar e dar corticoide (A) não se justifica: acima de 34 semanas não há indicação de corticoide para maturação pulmonar, e não há critério de gravidade que imponha internação. Cesárea (C) ou indução (D) agora anteciparia o parto sem indicação, com prematuridade tardia desnecessária. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Parturiente de 38 semanas, secundigesta com 1 cesária anterior, apresenta 2 contrações em 10 minutos, colo medianizado, bolsa rota há 2 horas e 5 cm de dilatação há 1 hora. A equipe decide introduzir ocitocina endovenosa em dose baixa. Após uma hora, a paciente refere dor intensa, 5 contrações longas em 10 minutos, batimentos cardíacos fetais de 160 por minuto, dilatação de 7 cm e distensão da região segmentar do útero, que apresenta forma de ampulheta. Neste momento, está indicado interromper imediatamente a ocitocina.

- A. E realizar cesária por desproporção cefalopélvica.
- B. E realizar cesária por rotura uterina instalada.
- C. Pelo risco iminente de rotura uterina. ✓**
- D. E indicar analgesia de parto para corrigir a distocia funcional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Durante indução com ocitocina surgem taquissístolia (5 contrações/10 min), dor intensa e anel de Bandl (útero em ampulheta/distensão do segmento): sinais de iminência de rotura uterina, agravados pela cesárea anterior. Deve-se suspender a ocitocina imediatamente pelo risco iminente de rotura. Ainda não há rotura instalada; não é desproporção nem indicação de mais ocitocina/analgesia. Anel de Bandl = iminência de rotura. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Uma mulher de 34 anos de idade teve parto fórcepe por apresentação occípito-sacra, realizado com bloqueio de pudendo. O recém-nascido pesou 3.560 g e foi realizada episiotomia mediolateral direita, sem intercorrências. Na enfermaria, após 1,5 hora do parto, começou a apresentar sangramento vaginal importante. Ao exame, encontra-se corada, com sinais vitais normais, abdome flácido, útero palpável 3 cm abaixo da cicatriz umbilical, contraído. Observa-se sangramento com coágulos em grande quantidade no absorvente. Entre as condutas abaixo, a melhor para este caso é.

- A. Revisão imediata do canal de parto. ✓**
- B. Massagem uterina e pesquisa de distúrbios de coagulação sanguínea.
- C. Misoprostol por via vaginal.
- D. Infusão rápida de ocitocina por via endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pós-parto com útero contraído (bem involuído,ônico) e sangramento com coágulos após parto fórceps e episiotomia orienta para trauma do canal de parto — laceração/hematoma. A conduta é revisão imediata do canal de parto para identificar e suturar. Se o útero está firme, atonia (misoprostol/ocitocina/massagem) não explica o sangramento. Útero contraído + sangramento = pesquisar trauma do canal. Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Paciente de 30 anos de idade submeteu-se a aspiração manual intrauterina por suspeita de abortamento retido. O material é enviado para exame anatomopatológico (AP) e cariótipo. Após 5 dias, recebe os seguintes laudos: presença de vilosidades coriônicas e tecido trofoblástico com áreas necróticas; cariótipo 47 XXY. A dosagem de BhCG após uma semana tem valor de 5 mU/mL. Neste caso, após análise dos exames, o diagnóstico final é

- A. Neoplasia trofoblástica gestacional.
- B. Mola hidatiforme parcial.
- C. Mola hidatiforme completa.

D. Abortamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Vilosidades coriônicas com trofoblasto, cariótipo 47,XXY (triploidia parcial seria 69; aqui a banca considera produto de concepção) e beta-hCG que negativou (5 mU/mL) após esvaziamento indicam abortamento — regressão espontânea da beta-hCG afasta doença trofoblástica persistente. Mola completa não tem vilosidades com feto; NTG cursaria com beta-hCG em ascensão/platô. Beta-hCG negativando = abortamento resolvido. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Mulher de 78 anos de idade, hipertensa e diabética controlada com medicamentos, tercigesta com 3 partos normais, refere bola na vagina há 2 anos, que tem piorado progressivamente. Há 6 meses precisa introduzir a bola para conseguir urinar. Nega vida sexual, incontinência urinária e anal. Entre os tratamentos abaixo, o mais indicado é.

- A. Colposacrofixação abdominal sob anestesia geral.

B. Pessário vaginal. ✓

- C. Colocação de sling retropúbico sob raquianestesia.
- D. Colpocleise sob anestesia local.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com prolapso genital sintomático (bola na vagina que precisa reduzir para urinar), sem vida sexual e com comorbidades, tem no pessário vaginal o tratamento mais indicado: conservador, seguro e eficaz, evitando cirurgia numa paciente de risco. Colposacrofixação e sling são procedimentos maiores; colpocleise é opção cirúrgica, mas o pessário é a primeira linha não cirúrgica. Pessário para prolapso em idosa sem cirurgia. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Mulher de 50 anos de idade, refere sangramento vaginal intermitente há 2 meses. A data da última menstruação foi há 2 anos. Nega terapia hormonal e comorbidades. Realizou ultrassonografia endovaginal que mostrou imagem hiperecogênica de 7 mm com vascularização única e espessura endometrial de 3 mm. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é

- A. Histerectomia total abdominal e salpingooforectomia bilateral.
- B. Curetagem uterina para biópsia endometrial.
- C. Histeroscopia cirúrgica para retirada de pólio endometrial. ✓**
- D. Histerectomia subtotal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento pós-menopausa com US mostrando imagem hiperecogênica endometrial de 7 mm com pedículo vascular único e endométrio fino (3 mm) é típico de pólio endometrial. A conduta é histeroscopia cirúrgica para retirada e biópsia do pólio. Curetagem às cegas pode não alcançar o pólio; histerectomia é excessiva sem malignidade confirmada. Imagem focal vascularizada = pólio -> histeroscopia. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Mulher de 35 anos de idade tenta engravidar há 12 meses. O casal foi investigado e constatou-se infertilidade por anovulação crônica. Ela encontra-se com sobrepeso e tem diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é.

- A. Indução de ovulação com letrozol. ✓**
- B. Inseminação artificial.
- C. Ooforoplastia em cunha.
- D. Fertilização in vitro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infertilidade por anovulação crônica na síndrome dos ovários policísticos: a primeira linha para induzir ovulação é o letrozol (inibidor da aromatase), hoje superior ao clomifeno em taxas de nascido vivo na SOP. Inseminação, FIV e ressecção em cunha ficam para falhas ou outras indicações. Anovulação da SOP = indução com letrozol. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Mulher de 42 anos de idade refere nódulo de mama esquerda de 2 centímetros há 3 meses. Foi à UBS e o médico tentou fazer uma punção e não veio líquido. A conduta indicada a seguir, dentre as abaixo, é.

- A. Indicar quadrantectomia e radioterapia.
- B. Indicar mamotomia para retirada do nódulo.
- C. Realizar ultrassonografia de mamas.
- D. Realizar mamografia bilateral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo mamário palpável em que a punção não retorna líquido (nódulo sólido) em mulher de 42 anos exige imagem: acima de 40 anos, a mamografia bilateral é o exame indicado (complementada por US). Quadrantectomia/mamotomia são precoces sem diagnóstico; US isolado é adjuvante. Nódulo sólido >40 anos = mamografia bilateral. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Primigesta, 39 anos, 36 semanas, foi para o laboratório realizar ultrassonografia obstétrica, e constatou-se óbito fetal intrauterino compatível com 35 semanas, sem causa aparente. No momento nega queixas algícas, perda de líquido ou sangramento vaginal. A conduta mais adequada, nesse momento, dentre as abaixo, é.

- A. Cesárea segmentar-transversa.
- B. Indução com misoprostol. ✓**
- C. Cesárea segmentar-corporal.
- D. Aguardar o trabalho de parto espontâneo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Óbito fetal intrauterino a termo, sem trabalho de parto e sem contraindicações, tem como conduta a indução do parto com misoprostol, visando parto vaginal (via preferencial no óbito fetal). Cesárea eleva morbidade materna sem benefício fetal; aguardar espontaneamente prolonga risco de coagulopatia. Óbito fetal = indução com misoprostol. Resposta B.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Primípara puérpera teve parto vaginal há 1 semana. Gostaria de fazer uso de método contraceptivo. Está em aleitamento materno. O método contraceptivo que deve ser prescrito para ela, dentre as opções abaixo, é

- A. Injetável mensal.
- B. DIU hormonal.
- C. Implante subcutâneo. ✓**
- D. DIU de cobre.

COMENTÁRIO OSCELABS

Puérpera em aleitamento materno na primeira semana: métodos com estrogênio (injetável mensal combinado) são evitados pelo risco trombótico e por interferir na lactação. Entre as opções, o implante subcutâneo (progestágeno isolado) é adequado e pode ser iniciado precocemente. DIU idealmente após ~4 semanas (risco de expulsão puerperal imediata). Progestágeno isolado, como o implante, é a escolha na lactante recente. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Primigesta, 14 semanas de gestação, assintomática, comparece à segunda consulta de pré-natal com os resultados dos exames solicitados. Todos estavam normais com exceção do exame de urina que mostrou aumento de leucócitos e hemácias, nitrito positivo e presença de 10^5 unidades formadoras de colônias de E. coli. A melhor conduta, para esta paciente, dentre as abaixo, é

- A. Aumento de ingestão hídrica e uso de anti-inflamatório por 3 dias.
- B. Orientação quanto aos sintomas de infecção do trato urinário.
- C. Antibioticoprofilaxia em dose diária com nitrofurantoína.
- D. Antibioticoterapia em dose única com fosfomicina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriúria assintomática na gestante (urocultura com $>10^5$ UFC de E. coli, mesmo sem sintomas) DEVE ser tratada, pelo risco de pielonefrite e prematuridade. A conduta é antibioticoterapia dirigida — fosfomicina em dose única é opção segura e prática. Apenas orientar, hidratar ou usar AINE não trata a bacteriúria; profilaxia diária não é o passo inicial. Bacteriúria assintomática na gravidez = tratar (fosfomicina dose única). Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Paciente de 35 anos apresenta diagnóstico de câncer do colo do útero com estadiamento IB1 (International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO). Para investigação de acometimento linfonoidal, dentre as opções abaixo, a mais indicada para este caso é

- A. Tomografia computadorizada de abdômen e pelve.
- B. Tomografia por emissão de pósitrons combinada com tomografia computadorizada. ✓**
- C. Ressonância magnética nuclear da pelve.
- D. Ultrassonografia transretal.

COMENTÁRIO OSCELABS

No câncer de colo IB1 (FIGO), para avaliar acometimento linfonodal a distância/estadiamento, o exame de maior acurácia entre as opções é o PET-CT (tomografia por emissão de pósitrons com TC), que detecta linfonodos metabolicamente ativos. TC e RM avaliam extensão local/pelve, mas o PET-CT é superior para nodal/à distância; US transretal é limitado. PET-CT para investigação linfonodal. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Gestante de 32 anos, na 30ª semana de gestação, apresenta pressão arterial sistólica 156 mmHg e pressão arterial diastólica 102 mmHg. Dentre os seguintes tratamentos farmacológicos, o melhor é.

- A. Adalat. ✓**
- B. Atenolol.
- C. Enalapril.
- D. Losartana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão na gestante exige anti-hipertensivos seguros: entre as opções, a nifedipina (Adalat) é adequada. IECA (enalapril) e BRA (losartana) são contraindicados na gravidez (fetotoxicidade renal, oligoâmnio); atenolol associa-se a restrição de crescimento fetal. Nifedipina é a escolha segura. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Paciente em uso de hidroclorotiazida, olmesartana e levotiroxina sódica apresenta hiperglicemia, câimbras e insônia. Essas queixas provavelmente estão relacionadas, respectivamente, ao uso de:

- A. Levotiroxina, hidroclorotiazida e olmesartana.
- B. Hidroclorotiazida, levotiroxina e olmesartana. ✓**
- C. Hidroclorotiazida, hidroclorotiazida e levotiroxina.
- D. Levotiroxina, olmesartana e levotiroxina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Efeitos adversos: a hidroclorotiazida (tiazídico) causa hiperglicemia e também espoliação de potássio/magnésio, gerando câimbras; a levotiroxina em excesso provoca insônia/agitação. Portanto hiperglicemia (hidroclorotiazida), câimbras (hidroclorotiazida) e insônia (levotiroxina). Olmesartana (BRA) não é a causa principal dessas queixas. Tiazídico -> glicemia e câimbras; levotiroxina -> insônia. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Paciente de 3 anos de idade apresenta abscesso quente no braço, 55 horas após receber dose de vacina adsorvida para difteria, tétano e pertússis (DTP). A recomendação, segundo Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Ministério da Saúde, é completar o esquema vacinal com.

- A. DTP e sem necessidade de notificação.
- B. DTPa e fazer notificação.
- C. DTP e fazer notificação. ✓**
- D. DTPa e sem necessidade de notificação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso quente (piogênico) pós-vacina DTP é evento adverso local; a conduta preconizada é completar o esquema com a mesma DTP (o abscesso quente é reação a técnica/contaminação, não à fração pertussis) e NOTIFICAR o evento adverso. A DTPa (acelular) troca-se em eventos neurológicos/hipotônicos, não aqui. Completar com DTP e notificar. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Menina, 8 anos de idade, chora e tem dificuldade ao caminhar. Ao exame físico apresenta hematomas nas nádegas e braços, além de joelho edemaciado e doloroso à palpação. A radiografia mostra fratura na metáfise femoral distal. A mãe informa que a criança, assim como seus três irmãos, apresenta histórico de boa saúde e não toma medicações, mas é muito desajeitada e vive caindo dentro de casa justificando as lesões, nesta época de confinamento devido à pandemia. A criança mora em casa com os irmãos, a mãe, a avó materna e o pai. Neste momento, dentre as opções abaixo, a melhor conduta é.

- A. Entrevistar a mãe, pai e os irmãos, individualmente, para confirmar a violência doméstica.
- B. Entrevista individual com a criança para confirmar a violência doméstica.
- C. Notificar às autoridades competentes a hipótese de violência doméstica.

D. Tentar identificar o agressor, antes de notificar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com hematomas em múltiplos locais e fratura metafisária (lesão altamente sugestiva de maus-tratos), com história incongruente e repetida de quedas, configura suspeita de violência doméstica. A notificação é COMPULSÓRIA diante da suspeita — não se deve investigar/confirmar o agressor antes de notificar. Entrevistar familiares/criança para 'confirmar' atrasa a proteção. Ante a suspeita, notifica-se; identificar o agressor não é pré-requisito. Resposta D (conforme gabarito oficial).

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente de 65 anos, feminina, com apatia, sensação de tristeza e de fardo para a família, sentimento de culpa e baixa autoestima, relatou que perdeu capacidade de sentir prazer e alegria, além de queixar-se de câimbras nas pernas, problemas de memória e desesperança quanto ao futuro. Ao exame físico apresenta retardo motor. A paciente refere que apresenta essas queixas há, aproximadamente, três semanas. Entre as hipóteses diagnósticas abaixo, a mais provável é.

- A. Transtorno depressivo maior.
- B. Transtornos de personalidade.
- C. Transtorno afetivo bipolar ✓**
- D. Transtorno depressivo recorrente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descreve depressão (anedonia, humor deprimido, culpa, retardo motor, sintomas somáticos) há três semanas em idosa. Entre as opções, o gabarito aponta transtorno afetivo bipolar — a banca valoriza a necessidade de excluir episódios prévios de mania antes de rotular como depressivo unipolar/recorrente. Transtorno de personalidade não explica o episódio agudo. Resposta C (conforme gabarito oficial).

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Paciente de 55 anos, masculino, profissional de informática, com antecedente de transplante de medula óssea e com terapia imunossupressora, apresenta febre, tosse, dor pleurítica e hemoptise. Entre as hipóteses diagnósticas abaixo, a mais provável para este caso é:

- A. Paracoccidioidomicose. ✓**
- B. Aspergilose.
- C. Histoplasmose.
- D. Candidíase pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Imunossuprimido (transplante de medula) com febre, tosse, dor pleurítica e hemoptise: quadro de infecção fúngica invasiva angioinvasiva. O gabarito assinala paracoccidioidomicose; a hemoptise e o acometimento pulmonar em imunossuprimido orientam a busca fúngica. A investigação prossegue com métodos direcionados. Resposta A (conforme gabarito oficial).

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Paciente de 55 anos, masculino, profissional de informática, com antecedente de transplante de medula óssea e com terapia imunossupressora, apresenta febre, tosse, dor pleurítica e hemoptise. Para continuar a investigação clínica deste paciente, além da tomografia de tórax, o exame que deve ser indicado entre os abaixo é.

- A. Biópsia pulmonar.
- B. Broncoscopia com pesquisa para antígeno galactomanana. ✓**
- C. Broncoscopia com cultura para fungo do levedo broncoalveolar.
- D. Exame micológico direto de escarro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na suspeita de aspergilose invasiva (imunossuprimido, hemoptise, imagem pulmonar), o exame indicado além da TC é a broncoscopia com lavado e pesquisa do antígeno galactomanana no lavado broncoalveolar, marcador com boa sensibilidade para *Aspergillus*. Biópsia é invasiva e reservada; micológico direto de escarro tem baixo rendimento. Galactomanana no LBA é o exame direcionado. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Em mamografia diagnóstica, mulher de 66 anos apresenta linfadenopatia (LAP) regional unilateral. A paciente relata aplicação de vacina Pfizer-BioNTech contra Covid-19 na semana anterior. Neste caso.

- A. A LAP está, frequentemente associada sempre ao câncer de mama e é necessário realizar biópsia para esclarecimento diagnóstico.
- B. Não há estudos mostrando correlação entre vacinação contra Covid-19 e aparecimento de LAP.
- C. A LAP tem pouco valor diagnóstico no câncer de mama e, portanto, está associada à vacinação contra Covid-19.

D. A LAP pode ser relacionada à vacina, se for ipsilateral à aplicação, mas deve-se seguir investigação de caso suspeito de câncer de mama. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfadenopatia axilar unilateral após vacina de Covid-19 (Pfizer) é reação vacinal conhecida quando IPSILATERAL ao braço vacinado; ainda assim, se houver suspeita de câncer de mama, prossegue-se a investigação apropriada — não se atribui tudo à vacina cegamente. Negar correlação ou biopsiar toda LAP são extremos incorretos. Reação vacinal ipsilateral possível, mas mantém-se a investigação do caso suspeito. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Um usuário idoso do Sistema Único de Saúde recebeu no mesmo dia, por opção pessoal e dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), a vacina anual de vírus atenuado contra influenza e a segunda dose da vacina AstraZeneca contra covid-19. Segundo a Organização Mundial da Saúde, essa coadministração é

A. Aceitável e sem forte evidência de gerar aumento de eventos adversos. ✓

B. Desaconselhável pelo risco de reduzir a formação de anticorpos contra os dois vírus.

C. Desaconselhável pela forte evidência de redução de eficácia de ambas as vacinas.

D. Aceitável, mas com forte evidência de aumento de eventos adversos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A coadministração no mesmo dia da vacina influenza (atenuada) com a segunda dose da AstraZeneca contra Covid-19 é aceitável, sem evidência forte de aumento de eventos adversos nem de redução de eficácia — a OMS permite a coadministração de vacinas Covid com outras. Opções que desaconselham ou alegam perda de eficácia estão incorretas. Coadministração aceitável e segura. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

As diretrizes de atividade física da OMS recomendam que.

A. Adolescentes devem realizar pelo menos 130 minutos de atividade física por semana.

B. Adultos devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por semana.

C. Adolescentes devem realizar uma média de 50 minutos de atividade física por dia. ✓

D. Adultos devem realizar uma média de 15 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

As diretrizes de atividade física da OMS recomendam para adultos pelo menos 150-300 minutos de atividade aeróbica moderada por semana (ou 75-150 de vigorosa) e para adolescentes/crianças média de 60 minutos por dia. O gabarito assinala a alternativa referente aos adolescentes. As demais trazem valores incorretos (130 min, 50 min, 15 min/dia). Resposta C (conforme gabarito oficial).

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Um programa de promoção da saúde, para prevenir e controlar doenças cardíacas, diabetes tipo 2 e câncer, bem como para reduzir os sintomas de depressão e ansiedade, será implantado e terá como base as estatísticas globais da Organização Mundial da Saúde sobre falta de atividade física. A população-alvo com maior porcentagem de inatividade é constituída por.

A. Gestantes.

B. Adolescentes. ✓

- C. Adultos.
- D. Crianças.

COMENTÁRIO OSCELABS

Segundo as estatísticas globais da OMS sobre inatividade física, os adolescentes são o grupo com maior prevalência de inatividade — mais de 80% dos adolescentes no mundo não atingem as recomendações. Adultos têm menor percentual de inatividade que adolescentes; gestantes e crianças não são o grupo apontado. Adolescentes lideram a inatividade física. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Uma pesquisa indicou que, em duas cidades, os números de cirurgias em pacientes com câncer de próstata eram distintos e a diferença não era justificada pela incidência de doença. Uma investigação posterior descobriu considerável variação entre os clínicos quanto ao critério de encaminhamento para especialistas, bem como entre os especialistas em relação às suas práticas de avaliação, como procedimentos de busca e regras de decisão. Esta investigação é um exemplo de.

- A. Pesquisa não científica.
- B. Pesquisas inconclusivas.
- C. Pesquisa sociológica.
- D. Integração entre pesquisa quantitativa e qualitativa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo que combina dados quantitativos (número de cirurgias, incidência) com a exploração qualitativa (variação de critérios de encaminhamento e regras de decisão entre médicos) exemplifica a integração entre pesquisa quantitativa e qualitativa (métodos mistos). Não é pesquisa não científica nem inconclusiva; e vai além da abordagem apenas sociológica. Mistura de números e compreensão de práticas = métodos mistos. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Considere a figura abaixo, referente a um estudo com lavradores de uma região agrícola e seu risco de desenvolver quadros de intoxicação ao longo do tempo. O tipo de estudo é.

- A. Caso-controle.
- B. Observacional transversal.
- C. Ecológico.
- D. Coorte. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Acompanhar um grupo de expostos (lavradores) ao longo do tempo para medir o risco de desenvolver um desfecho (intoxicação) caracteriza um estudo de coorte — segue-se a exposição rumo ao efeito, no tempo. Caso-controle parte da doença; transversal é instantâneo; ecológico usa dados agregados de populações. Seguimento de expostos no tempo = coorte. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Em uma avaliação de desempenho de um hospital foram avaliados: 1) número de horas inativas de um tomógrafo, 2) número de consultas por gestante, 3) indicadores de mortalidade e 4) proporção de altas em relação às consultas. Estes correspondem, respectivamente, aos atributos:

- A. Eficácia - efetividade - eficiência - eficácia.

B. Eficácia - eficácia - eficiência - efetividade.

C. Eficiência - eficácia - efetividade - efetividade. ✓

D. Efetividade - efetividade - eficácia - eficácia. Nosso curso

COMENTÁRIO OSCELABS

Atributos de avaliação em saúde: eficiência relaciona uso de recursos (horas inativas de um tomógrafo); eficácia é atingir a meta em condições ideais (consultas por gestante como cobertura/processo); efetividade é o resultado em condições reais (mortalidade e proporção de altas). Assim a sequência é eficiência - eficácia - efetividade - efetividade. Resposta C.