



Einstein — Residência Médica 2023 (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 B

MJ, sexo masculino, 18 anos foi levado pela mãe ao pronto-socorro devido a falta de ar e dor torácica. Refere crises de tosse e falta de ar com piora progressiva, desde quando voltou da praia, há 10 dias. Lá jogou vôlei com os amigos e dormiu na casa da família que estava fechada há mais ou menos um ano. Apresentou quadro gripal a 15 dias atrás. Mãe refere que MJ apresentava alergia a pó e mofo na infância e episódios semelhantes ao atual que melhoravam com inalação com fenoterol, o que não ocorreu desta vez. A última crise que ambos se lembram foi quando MJ tinha 9 anos. O exame físico revela paciente com IMC: 18 kg/m², agitado, taquidispneico (FR: 28 ipm), FC: 130 bpm, com presença de pulso paradoxal, murmúrio vesicular difusamente diminuído sem ruídos adventícios, mantendo decúbito elevado. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas, normofonéticas sem sopros. Dentre as opções, a principal hipótese diagnóstica para este paciente é

- A. miocardite.
- B. crise de asma. ✓**
- C. pneumotórax.
- D. pericardite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem asmático (crises na infância, alergia a mofo, dormiu em casa fechada) com piora progressiva que NÃO respondeu ao fenoterol. Os sinais de gravidade selam o diagnóstico: murmúrio difusamente diminuído SEM adventícios (tórax silencioso), pulso paradoxal e taquidispneia com decúbito elevado indicam asma quase fatal. Miocardite/pericardite (A/D) teriam bulhas alteradas ou atrito; pneumotórax (C) daria assimetria com hipertimpanismo. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, 62 anos, pardo, é levado ao pronto-socorro por apresentar fala enrolada e dificuldade para andar há 1 hora. Esposa conta que o marido é hipertenso, mas faz tratamento irregular porque acha que o remédio deixa ele tonto. Nega outras comorbidades. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desorientado, PA: 198 x 130 mmHg, confirmada em duas medidas, FC: 124 bpm, eupneico, afebril, corado e hidratado. O exame neurológico mostrou hemiplegia à direita com desvio de rima. Tomografia sem sinais de sangramento. Entre as opções abaixo, a melhor conduta imediata é:

- A. Nitropussiato intravenoso. ✓**
- B. Anticoagulação com heparina não fracionada.
- C. Trombólise com rt-PA imediata.
- D. Captopril sublingual.

COMENTÁRIO OSCELABS

AVC isquêmico (déficit focal, TC sem sangramento) com PA 198x130. Para trombolisar é obrigatório PA <185/110; portanto a conduta imediata é reduzir a pressão de forma controlada e titulável (nitroprussiato IV) para então liberar a reperusão. Captopril sublingual (D) é proscrito por queda abrupta e imprevisível. Heparina (B) não tem papel na fase aguda. A trombólise (C) vem depois do controle pressórico. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Senhor de 70 anos, sempre muito saudável e ativo, procurou serviço de Hematologia por causa de anemia. Foi aventada anemia hemolítica autoimune associada ao uso de alfa- metildopa que usava há 20 anos para tratar hipertensão. O anti-hipertensivo foi trocado por amlodipina e o paciente recebeu prescrição de ácido fólico para recuperação da anemia. Três meses após, o paciente retorna com quadro demencial e discreta marcha talonante. Dentre as opções abaixo, o diagnóstico mais provável para este paciente é

- A. hidrocefalia de pressão normal.**

- B. hipotireoidismo autoimune.
C. sífilis terciária.
D. deficiência de vitamina B12. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Degeneração combinada subaguda por deficiência de B12: a hemólise foi atribuída à metildopa e tratada só com ácido fólico — o folato corrige a anemia, mas NÃO impede a lesão neurológica da B12, podendo até acelerá-la. Daí a evolução com demência e marcha talonante (cordão posterior). Sífilis terciária (C) e HPN (A) entram no diferencial de demência, mas o contexto de anemia + folato isolado aponta para B12. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Paciente de 68 anos, procura o médico clínico da AMA por causa de aumento progressivo do volume abdominal há 2 meses e perda de peso há um mês. A esposa refere que ele está trocando o dia pela noite, mais irritado, sem paciência e fica esquecido às vezes. O exame clínico mostra paciente em REG, descorado +/4+, icteríco ++/4+ e afebril. Presença de aranhas vasculares em tórax e abdome e ascite volumosa e tensa. Foi feita paracentese e o estudo do líquido revelou gradiente soro-ascite de albumina maior que 1,1 e citológico com 450 leucócitos/mm³ e 252 neutrófilos/mm³. O diagnóstico mais provável para este paciente, dentre as opções, é encefalopatia hepática grau

- A. II e peritonite bacteriana espontânea.
B. I sem peritonite.
C. I e peritonite bacteriana espontânea. ✓
D. II sem peritonite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ascite com GASA >1,1 confirma hipertensão portal (cirrose, sugerida por aranhas vasculares e icterícia). O líquido com 252 neutrófilos/mm³ (>250) fecha peritonite bacteriana espontânea. A alteração leve do sono/comportamento (troca dia-noite, irritabilidade, esquecimento) sem flapping ou desorientação franca é encefalopatia grau I. Grau II teria letargia/desorientação. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Homem de 50 anos procura clínico para saber se tem diabetes. Traz consigo exames que mostram glicemia de jejum: 112 mg/dL e 118 mg/dL (em duas ocasiões diferentes), triglicérides: 220 mg/dL, HDL: 30 mg/dL e LDL: 130 mg/dL. Seu exame físico revela IMC: 28 kg/m² e circunferência abdominal: 106 cm. Entre os diagnósticos abaixo, o mais provável para este paciente é

- A. diabetes.
B. síndrome metabólica. ✓
C. obesidade grau I.
D. hipercolesterolemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome metabólica: preenche circunferência abdominal 106 cm (>102 no homem), triglicérides 220 (>=150), HDL 30 (<40) e glicemia 112-118 (>=100) — quatro critérios, bastam três. Diabetes (A) exige glicemia de jejum >=126 (aqui é apenas pré-diabetes). Obesidade grau I (C) precisa IMC >=30 (tem 28 = sobrepeso). Hipercolesterolemia (D) não é o achado dominante. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Rapaz de 25 anos procura atendimento por causa de aparecimento de arritmia súbita. Sua única outra queixa é o emagrecimento de 5 kg nos dois últimos meses, sem causa aparente. Ao exame físico ele se apresenta ansioso, com espessamento da pele e enrijecimento da face anterior das pernas, tremores em mãos, taquicardia sinusal (120 bpm), PA: 138 x 71 mmHg; FR: 18 ipm. Entre as opções abaixo, o melhor tratamento inicial para este paciente é

- A. atenolol 50 mg uma vez ao dia e dexametasona 10 mg 1 x por dia.
- B. propiltiouracil 150 mg de 8/8h e dexametasona 10 mg 1 x por dia.
- C. metimazol 10 mg uma ao dia e propranolol 40 mg de 12/12h. ✓**
- D. dexametasona 10 mg 1 x por dia e levotiroxina 75 mcg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertireoidismo por Doença de Graves: emagrecimento, tremor, taquicardia e mixedema pré-tibial ('enrijecimento da face anterior das pernas'). O tratamento inicial combina antitireoideano de escolha (metimazol) com betabloqueador (propranolol) para controle sintomático. PTU (B) é 2ª linha (reservado a gestação de 1º trimestre/crise). Levotiroxina (D) é o oposto do necessário. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Paciente de 40 anos, com sobrepeso, inicia programa de atividade física por conta própria. Não tem nenhuma comorbidade. Um dia, após correr 5 km, apresentou quadro de lipotimia e dor torácica que melhoraram após descanso. O exame físico é normal. Solicitado ECG mostrado abaixo. Entre as hipóteses diagnósticas abaixo, a mais provável para esta paciente é:

- A. cardiomiopatia hipertrófica. ✓**
- B. disautonomia.
- C. doença cardíaca isquêmica.
- D. estenose aórtica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem de 40 anos com síncope de esforço e dor torácica após corrida, exame normal e ECG alterado: o padrão mais temido nessa faixa é a cardiomiopatia hipertrófica, principal causa de morte súbita em jovens/atletas, cursando com síncope aos esforços e alterações eletrocardiográficas. Estenose aórtica (D) é rara nessa idade e daria sopro; doença isquêmica (C) é improvável sem fatores de risco; disautonomia (B) não explica a dor. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Uma mulher de 23 anos de idade foi encaminhada para a UTI, após tentativa de suicídio, com quadro de agitação, delírium, em midríase, hipertérmica, taquicárdica, hipertensa, pele seca, quente e avermelhada. As mucosas estão secas. A causa mais provável pela sintomatologia de intoxicação exógena da paciente, dentre as substâncias abaixo, é

- A. aldicarb ("chumbinho").
- B. imipramina. ✓**
- C. tramadol.
- D. diazepam.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome anticolinérgica clássica por antidepressivo tricíclico (imipramina): midríase, hipertermia, pele seca/quente/avermelhada, mucosas secas, delirium e taquicardia — 'quente como lebre, seco como osso, vermelho como beterraba, cego como morcego, louco como chapeleiro'. O chumbinho/aldicarb (A) é COLINÉRGICO (miose, sialorreia, sudorese). Tramadol dá toxicidade serotoninérgica e diazepam, sedação. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Homem, 62 anos de idade, é levado a um pronto atendimento com queixa de tontura e sensação de que o ambiente está girando. Refere ter tido náusea e nega traumatismo cranioencefálico. A manobra clínica que deve ser realizada para confirmação da principal hipótese diagnóstica para este paciente, dentre as abaixo, é manobra de

- A. Epley sem componente rotatório do nistagmo.
- B. Epley com componente rotatório do nistagmo batendo para a orelha de baixo.
- C. DIX-Hallpike sem componente rotatório do nistagmo.

D. DIX-Hallpike com componente rotatório do nistagmo batendo para a orelha de baixo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Vertigem posicional (rotatória, com náusea, sem trauma) sugere VPPB de canal posterior. A confirmação é feita pela manobra de Dix-Hallpike, que provoca nistagmo torcional geotrópico (batendo para a orelha voltada para baixo, a acometida). Epley (A/B) é manobra de TRATAMENTO, não diagnóstica. O componente rotatório é característico do canal posterior. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Paciente de 68 anos de idade teve diagnóstico de pneumonia há cerca de três meses, tratada com acetilcefuroxima oral, com boa resposta clínica. Procura agora novamente o serviço de pronto atendimento com quadro de febre, mais pronunciada à noite, tosse produtiva e dor ventilatório dependente, iniciados há 72 horas, em uso de claritromicina por via oral, sem resposta apropriada. Coletou dois exames para pesquisa de bacilos álcool- ácido resistentes (BAAR) que resultaram negativos. Ao exame físico, apresenta febre de 38,1 °C, FR: 26 imp e sonolência. Radiografia evidencia opacificação heterogênea em terço médio do hemitórax direito, e a presença de broncogramas aéreos, além de um pequeno derrame pleural. A melhor conduta para este paciente, dentre as abaixo, é

- A. iniciar tratamento para tuberculose. ✓**
- B. iniciar tratamento com anfotericina B.
- C. levofloxacina por via oral e reavaliá-lo em 72 horas.
- D. internação para investigação e antibioticoterapia endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro pulmonar arrastado com febre vespertina, tosse produtiva e falha aos antibióticos comuns, com derrame pleural. O BAAR negativo NÃO afasta tuberculose (baixa sensibilidade, sobretudo em formas paucibacilares/pleurais). Diante do contexto epidemiológico e da não resposta a betalactâmico e macrolídeo, a banca indicou iniciar tratamento para TB. Anfotericina (B) exigiria etiologia fúngica; nova quinolona (C) apenas prolongaria o atraso. Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Paciente de 22 anos de idade apresenta quadro de diarreia e febre há dois dias. A diarreia é caracterizada por dois a três episódios diários de fezes volumosas, aquosas, com restos alimentares, acompanhada de náuseas. Não apresenta cólicas ou sangue nas fezes. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, afebril e desidratado. Realizada terapia de reidratação oral mal-sucedida. A melhor conduta para este caso, dentre as opções abaixo, é expansão com

- A. ringer lactato e ceftriaxona IV associada a metronidazol.
- B. soro fisiológico e ciprofloxacina via oral por sete dias.
- C. soro fisiológico sem necessidade de antibioticoterapia. ✓**
- D. ringer lactato e metronidazol IV associado a nitazoxanida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia aquosa, sem sangue nem cólicas, com restos alimentares — perfil de gastroenterite provavelmente viral, que NÃO requer antibiótico. A criança está desidratada e a reidratação oral falhou, indicando expansão intravenosa com cristalóide. Antibióticos (A/B/D) só se disenteria/sinais de gravidade ou etiologia específica, o que não é o caso. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Ao se candidatar à doação de sangue, um paciente de 32 anos realiza exames de triagem e tem os seguintes resultados: VDRL 1/1 e FTA-ABS positivo. Ele não se lembra de ter apresentado qualquer sintoma de sífilis e nunca foi tratado. Atualmente apresenta encontros sexuais casuais. Encaminhado para coleta de líquido cefalorraquidiano que se mostrou normal sem qualquer evidência de sífilis. Entre as seguintes opções, a melhor para este paciente é

- A. penicilina cristalina endovenosa, 18 milhões de unidades por dez dias.
- B. orientar paciente que se trata de doença pregressa e não precisa de tratamento.
- C. dose única de 2.400.000 UI de penicilina benzatina.
- D. dose semanal de 2.400.000 UI de penicilina benzatina por três semanas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

VDRL 1/1 com FTA-ABS positivo, sem sintomas e sem tratamento prévio, em tempo de infecção desconhecido: é sífilis latente tardia (ou de duração ignorada), tratada com penicilina benzatina 2,4 milhões UI semanal por 3 semanas. O LCR normal exclui neurosífilis, dispensando penicilina cristalina (A). Não tratar (B) é errado; dose única (C) é para sífilis recente. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Paciente internado para tratamento de embolia pulmonar, está recebendo heparina por um cateter venoso central. No sexto dia de permanência deste acesso, paciente se apresenta em bom estado geral, afebril, mas o local do cateter está doloroso à palpação, com leve hiperemia e presença de pequena quantidade de secreção. A conduta mais apropriada para este paciente, dentre as abaixo, é

- A. coletar hemocultura e remover o acesso. ✓**
- B. iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e manter o acesso.
- C. coletar cultura da secreção e remover o acesso caso paciente desenvolva febre.
- D. remover o acesso sem necessidade de coletar culturas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecção relacionada ao cateter venoso central: sítio doloroso, hiperemiado e com secreção no 6º dia. A conduta correta é REMOVER o acesso e colher hemoculturas (idealmente pareadas). Manter cateter infectado com antibiótico (B) ou aguardar febre (C) perpetua a fonte e o risco de bacteremia. Remover sem culturas (D) perde a documentação microbiológica. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Homem de 56 anos de idade apresenta quadro de disúria, polaciúria, sensação de peso pélvico e dor perineal há 4 dias. Exame de urina evidencia leucocitúria maciça. A terapia antimicrobiana mais apropriada para este paciente, dentre as abaixo, é

A. ciprofloxacina por 7 dias.

B. ciprofloxacina por 28 dias. ✓

C. azitromicina dose única.

D. azitromicina por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com disúria, dor perineal, peso pélvico e leucocitúria maciça: prostatite bacteriana. Por causa da penetração e do risco de recidiva, o tratamento é PROLONGADO — fluoroquinolona (ciprofloxacina) por 28 dias, não 7 (A), que é esquema de cistite. Azitromicina (C/D) não é a escolha para o agente típico da prostatite. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Paciente, 34 anos, sexo masculino, natural de Três Marias, interior de Minas Gerais, há 5 meses apresenta quadro de tosse produtiva com expectoração mucoide, acompanhada de febre vespertina não mensurada e emagrecimento. Procurou assistência médica, tendo sido medicado com Amoxicilina por 10 dias, sem melhora do quadro e posteriormente com Amoxicilina/Clavulanato por 14 dias. Evolui com piora do cansaço e passa a apresentar dispneia aos esforços habituais, associada à presença de escarro hemoptoico. Ao exame físico paciente apresenta-se com regular estado geral, ausência de linfadenomegalias, temperatura axilar de 36,5 °C, taquipneia (26 irpm) e crepitações inspiratórias bilateralmente. O restante do exame normal. Radiografia de tórax com áreas de consolidação pulmonar, macronodulares bilaterais, principalmente em terços médios e ausência de derrame pleural. A tomografia computadorizada de alta resolução do tórax evidenciou imagens macronodulares difusas, periféricas, principalmente em terços médios, com comprometimento peribroncovascular discreto e ausência de cavitações. Pesquisa e culturas de BAAR em exame de escarro (cinco amostras) foram negativas; PPD não-reator; radiografia de seios da face sem alterações significativas. Realizou-se lavado broncoalveolar, por meio de fibrobroncoscopia, com obtenção de líquido hemorrágico. As pesquisas de P. jiroveci, BAAR e fungos foram negativas. O exame citopatológico desse líquido não evidenciou células neoplásicas. A hipótese diagnóstica mais provável neste caso, dentre as abaixo, é

A. granulomatose de Wegener.

B. tuberculose pulmonar.

C. paracoccidioidomicose. ✓

D. fibrose cística.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente rural de Minas com quadro pulmonar crônico, febre vespertina e emagrecimento; imagens macronodulares difusas peribroncovasculares em terços médios, sem cavitação, com múltiplos BAAR negativos e PPD não reator: quadro típico de paracoccidiodomicose. Wegener (A) cursaria com acometimento de vias aéreas superiores e rins; TB (B) foi afastada pelos BAAR seriados; fibrose cística (D) não se instala assim na vida adulta. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Homem de 72 anos de idade, ativo, hipertenso com tratamento irregular, tabagista de 1 maço/dia há 50 anos, sem outras comorbidades, teve dor em região lombar esquerda há 3 semanas, após exercício físico. A dor persistiu por 2 dias. Desde então, está assintomático. Fez a angiotomografia ilustrada a seguir. O diâmetro mostrado na imagem apresentada mede 8,216 cm. A conduta ideal para este paciente, dentre as abaixo, é:

- A. Controle da doença de base e repetição do exame em 6 meses.
- B. Administração de fluoroquinolona por 2 semanas.
- C. Operação eletiva, após estratificação do risco. ✓**
- D. Operação de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aneurisma de aorta com diâmetro de 8,2 cm em paciente atualmente assintomático (a dor lombar já cessou). Diâmetro >5,5 cm indica reparo, e como não há sinais de rotura/dor persistente, a conduta é operação ELETIVA após estratificação de risco cirúrgico. Vigilância/repetir exame (A) só vale para aneurismas pequenos; urgência (D) seria para rotura ou dor aguda. Quinolona (B) trata aneurisma micótico, não este. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Mulher de 67 anos de idade, com quadro de obstrução arterial aguda de membro inferior, foi submetida a embolectomia, com sucesso. Após 2 horas, evoluiu com dor na perna, edema tenso, hipoperfusão e parestesia do pé. A conduta mais indicada a ser tomada, dentre as opções abaixo, é:

- A. Reexploração cirúrgica e nova embolectomia.
- B. Fasciotomia dos compartimentos da perna. ✓**
- C. Arteriografia em centro cirúrgico.
- D. Anticoagulação plena e manitol intravenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Após embolectomia bem-sucedida, a reperfusão gerou síndrome compartimental: dor desproporcional, edema TENSO, parestesia e hipoperfusão do pé. O tratamento é a fasciotomia dos compartimentos da perna para descompressão imediata, evitando isquemia neuromuscular irreversível. Reexplorar/re-embolectomizar (A) não se aplica (o fluxo já foi restabelecido); anticoagulação e manitol (D) não descomprimem. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Homem de 63 anos de idade, portador de hipertensão arterial e de diabetes com bom controle, procura o pronto-socorro com queixa de dor em quadrante superior direito do abdome, com início há 3 dias, associada a náuseas. Ao exame físico, apresenta sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais: leucócitos: 13.500/mm³, sem desvio à esquerda; creatinina: 1,3 mg/dL. O ultrassom de abdome mostra vesícula biliar de paredes discretamente espessadas (4 mm), com cálculo não móvel com a mudança de decúbito. Além de cuidados gerais, hidratação e antibioticoterapia, a melhor conduta para este paciente, dentre as abaixo, é:

- A. Colecistostomia percutânea.
- B. Antibioticoterapia exclusiva.
- C. Cirurgia de urgência. ✓**
- D. Cirurgia eletiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite aguda: Murphy positivo, leucocitose, parede vesicular espessada e cálculo impactado (não móvel). O padrão é colecistectomia videolaparoscópica precoce (de urgência, idealmente nas primeiras 72 h).

Colecistostomia percutânea (A) fica para pacientes de altíssimo risco cirúrgico; antibiótico exclusivo (B) não resolve; cirurgia eletiva tardia (D) posterga sem necessidade em quadro agudo. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Um paciente de 58 anos de idade sofreu queda de aproximadamente 6 metros. Atendido na cena, ele consegue falar seu nome, tem pulso de 115 bpm, regular, pressão arterial de 100 x 60 mmHg e saturação de oxigênio de 88%. Duas horas após a queda, chega ao pronto-socorro com respiração ruidosa, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 100 x 70 mmHg e Glasgow 6. Está anisocórico, sendo a pupila direita maior que a esquerda. A respeito deste traumatizado, é correto afirmar:

- A. A frequência cardíaca alterada é provavelmente secundária à lesão cerebral traumática grave.
- B. A anisocoria com pupila maior à direita sugere lesão com efeito de massa localizada do lado esquerdo do cérebro.
- C. Provavelmente trata-se de hematoma epidural, com o quadro clínico clássico de intervalo lúcido. ✓**
- D. O tratamento deste paciente precisa ser passado imediatamente para a equipe de neurocirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma com intervalo lúcido (falava na cena) e deterioração rápida (Glasgow 6) com anisocoria de pupila direita maior: apresentação clássica de hematoma epidural (herniação uncal por efeito de massa ipsilateral à pupila dilatada). A pupila maior à direita indica lesão à DIREITA, não à esquerda (B errada). A taquicardia é do choque, não da lesão cerebral (A). Transferir sem estabilizar (D) é inadequado. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Homem de 54 anos procura o pronto-socorro por dor no pescoço há 6 dias, associada a febre diária e prostração. Tem antecedentes de etilismo, 1/2 garrafa de destilado por dia, e de tabagismo, 1 maço/dia há muitos anos. Nega outras morbidades. Ao exame físico, nota-se abaulamento em zona II do pescoço, à direita, com aumento de temperatura, hiperemia e muita dor à palpação. A tomografia evidencia coleção de cerca de 50 mL de líquido espesso em região medial ao músculo esternocleidomastoideo, anteriormente aos vasos cervicais; tem enfisema de subcutâneo associado. Pulso: 110 bpm, PA: 110 x 80 mmHg. Além de precisar ser internado e receber antibioticoterapia intravenosa, este paciente deve ser tratado com drenagem

- A. guiada por método de imagem (radiologia intervencionista), seguida por mediastinoscopia.
- B. imediata, aberta, à beira do leito, com revisão posterior em centro cirúrgico.

C. e desbridamento amplo em centro cirúrgico, por cervicotomia direita; na sequência, fazer mediastinoscopia.

D. e desbridamento amplo em centro cirúrgico, por cervicotomia direita e avaliação odontológica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Coleção cervical profunda com enfisema de subcutâneo em etilista/tabagista: infecção de espaço cervical profundo por anaeróbios, frequentemente de origem odontogênica. Exige drenagem e desbridamento amplo por cervicotomia MAIS avaliação odontológica para tratar o foco. Mediastinoscopia (A/C) não é a via de drenagem de mediastinite; drenagem à beira do leito (B) é insuficiente. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Homem de 31 anos foi vítima de queda de 5 m de altura. Dados no local: FC: 133 bpm, PA: 80 x 60 mmHg, Glasgow: 15. Atendido pelo Serviço de Resgate, chega ao pronto-socorro depois de uma hora, imobilizado com colar cervical e prancha rígida. A via aérea está pérvia. SatO₂, com máscara de 12 L/min: 92%. A expansibilidade torácica é normal e o murmúrio vesicular simétrico. FC: 142 bpm, PA: 70 x 50 mmHg. O abdome é flácido, mas doloroso em hipogástrio. Na pelve, a sínfise púbica tem disjunção acentuada e nota-se instabilidade. O toque retal não tem alterações. Continua com Glasgow 15 e pupilas isocóricas e fotorreagentes. Tem lesão extensa de partes moles em região perineal. O e-FAST (extended focused assessment with sonography for trauma) é positivo em janela hepatorenal. Além de solução cristalóide, a reanimação hemodinâmica deste paciente deve incluir necessariamente

A. ácido tranexâmico, transfusão maciça e hipotensão permissiva. ✓

B. ácido tranexâmico e transfusão maciça.

C. transfusão maciça e hipotensão permissiva.

D. ácido tranexâmico, hipotensão permissiva e plasma fresco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado em choque hemorrágico (PA 70x50, FC 142) por fratura pélvica instável e e-FAST positivo. A reanimação deve incluir ácido tranexâmico (dentro de 3 h), protocolo de transfusão maciça (hemocomponentes balanceados) e hipotensão permissiva até controle da hemorragia. As opções B, C e D omitem um desses três pilares. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Um paciente de 49 anos está em sala operatória para ser operado por abdome agudo obstrutivo, secundário a neoplasia de cólon sigmoide. Comorbidades: obesidade, esteatose hepática e dislipidemia. Pulso: 98 bpm, PA: 120 x 70 mmHg, saturação de oxigênio: 97%, em ar ambiente. Foi internado com disfunção renal aguda, parcialmente revertida com hidratação. Creatinina: 1,5 mg/dL, K⁺: 4,3 mEq/L, hemoglobina: 11 g/dL. Para intubação orotraqueal para a cirurgia, considerando a escolha de utilizar a intubação de sequência rápida:

A. A principal medida de preparação é a pré-ventilação com bolsa-valva-máscara (ambu).

B. A manobra de Sellick deve ser evitada.

C. Recomenda-se pré-oxigenação adequada. ✓

D. Está contraindicado o uso de bloqueador neuromuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na intubação em sequência rápida, a pré-oxigenação adequada é recomendada e essencial para prolongar a apneia segura. NÃO se ventila com bolsa-valva-máscara antes (A) para evitar insuflação gástrica e aspiração — justamente o objetivo da ISR. A manobra de Sellick é parte clássica da técnica (B invertida) e o bloqueador neuromuscular é indispensável (D errada). Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Homem de 75 anos de idade retorna ao ambulatório por quadro de tosse há cerca de 3 semanas, com melhora parcial nos últimos dias. É hipertenso e tabagista de 60 anos-maço. A tomografia de tórax revela nódulo periférico, sólido, de 1,2 cm de diâmetro, em lobo superior direito. Não mostra outras alterações. O paciente nega emagrecimento, febre, dor torácica ou hemoptise. Queixa-se apenas de tosse, que diz que até já melhorou um pouco. A melhor conduta para este paciente, dentre as abaixo, é:

- A. Seguimento com tomografia anual.
- B. Biópsia percutânea. ✓**
- C. Toracoscopia com excisão do nódulo.
- D. Biópsia por broncoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo pulmonar solitário periférico de 1,2 cm em tabagista pesado (60 maços-ano): alto risco de malignidade, exigindo investigação — seguimento anual (A) é inadequado. Para lesão PERIFÉRICA, a biópsia percutânea (transtorácica) tem alto rendimento diagnóstico. A broncoscopia (D) rende melhor em lesões centrais; a toracoscopia excisional (C) é mais invasiva que o necessário como primeiro passo. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Senhora de 78 anos de idade vai ao pronto-socorro com dor abdominal há 3 dias. Antecedentes: diabetes e revascularização do miocárdio. Tem história de crises de dor epigástrica em cólica e de febre. Está desidratada e taquicárdica. A pressão arterial é normal. O abdome está distendido, com ruídos hidroaéreos aumentados. Não tem nenhuma cicatriz de cirurgia abdominal. No toque retal, tem fezes na ampola. Fez a radiografia de abdome ilustrada a seguir. Entre as opções diagnósticas seguintes, a mais provável para este paciente é

- A. inconclusiva, requer tomografia de abdome total.
- B. íleo biliar. ✓**
- C. apendicite aguda.
- D. litíase intravesical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com obstrução intestinal (distensão, ruídos aumentados) sem cicatriz cirúrgica, com história de cólicas biliares e febre. A radiografia sugere a tríade de Rigler: pneumobilia, obstrução intestinal e cálculo ectópico — íleo biliar, por fístula colecistoentérica com impactação do cálculo. Apendicite (C) e litíase vesical (D) não explicam a obstrução; 'inconclusiva' (A) ignora os achados. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Senhora de 83 anos de idade, com fibrilação atrial crônica, vai ao pronto-socorro queixando-se de dor abdominal há 3 dias. Acha que a dor vem piorando. Diz fazer uso de warfarina, carvedilol e enalapril. Está descorada, normotensa e normocárdica. O exame cardiorrespiratório não revela alterações significativas. O abdome é doloroso à palpação no hipogástrico, onde se nota área endurecida. O toque retal é normal. Fez a tomografia de abdome ilustrada a seguir, sem contraste, por causa de função renal alterada. O exame que, se estiver claramente alterado, confirma a principal hipótese diagnóstica é:

- A. DHL.
- B. Amilase.
- C. INR. ✓**

D. PCR.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa em warfarina, com FA, apresentando dor abdominal e massa endurecida no hipogástrio: quadro de hematoma (de bainha do reto/parede) por anticoagulação excessiva. O exame que, alterado, confirma a hipótese é o INR (coagulopatia). DHL e amilase (A/B) não são específicos; PCR (D) é inespecífico de inflamação. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Homem de 48 anos de idade é acompanhado por dor em cólica há cerca de 3 anos. A dor é referida em região epigástrica e ocorre quase sempre após as refeições. Raramente tem náuseas associadas. Nega febre, icterícia, colúria, acolia fecal ou perda de peso. Não tem comorbidades. Refere etilismo social. Nunca foi operado antes. Está em preparo para colecistectomia videolaparoscópica eletiva, por litíase biliar. O único achado relevante na avaliação pré-operatória deste paciente é o aumento de gama-GT e de fosfatase alcalina. Gama-GT: 990 mg/dL, fosfatase alcalina: 294 mg/dL. Entre as opções abaixo, o melhor tratamento, deste paciente deve incluir

- A. colangiografia endoscópica antes da colecistectomia.
- B. exploração radiológica das vias biliares no intraoperatório. ✓**
- C. tomografia de abdome antes da operação.
- D. ecoendoscopia ou colangiorressonância de abdome total, antes da operação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colelitíase eletiva com elevação isolada de gama-GT e fosfatase alcalina, sugerindo risco de coledocolitíase. A conduta escolhida foi a exploração radiológica das vias biliares no intraoperatório (colangiografia intraoperatória), avaliando a via biliar durante a colecistectomia. CPRE pré-operatória (A) fica para alta probabilidade/coledocolitíase confirmada. Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Homem de 35 anos de idade, vítima de colisão moto x auto, chega ao pronto-socorro imobilizado em prancha rígida, com colar cervical. Dados no local: FC: 95 bpm, PA: 150 x 80 mmHg, Glasgow 14. Intervalo de tempo até ao hospital: cerca de uma hora. Na chegada, a via aérea está pérvia e o colar cervical bem ajustado. SatO₂: 94%. A expansibilidade torácica é normal bilateralmente e o murmúrio vesicular presente e simétrico. Frequência cardíaca: 92 bpm, PA: 170 x 90 mmHg. O abdome é flácido e indolor. A pelve é estável. Toque retal: sem alterações. Glasgow: 8; pupilas: fotorreagentes, sendo a pupila direita maior que a esquerda. O paciente foi intubado e fez a tomografia de crânio ilustrada abaixo. No atendimento inicial deste paciente, deve-se

- A. fazer trepanação, após tomografia de corpo inteiro.
- B. manter em decúbito dorsal horizontal, para melhorar a perfusão cerebral.
- C. tratar com hipotensão permissiva, para diminuir o risco de expansão do hematoma cerebral.
- D. evitar hipercapnia, por seu efeito de vasodilatação cerebral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

TCE grave (Glasgow 8, anisocoria com pupila direita maior, hematoma na TC). No atendimento inicial deve-se evitar a HIPERCAPNIA, pois o CO₂ elevado causa vasodilatação cerebral e aumento da PIC. A cabeceira deve ser elevada, não mantida horizontal (B). NÃO se aplica hipotensão permissiva no TCE (C), pois é preciso manter a pressão de perfusão cerebral. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Homem de 68 anos de idade tem hérnia inguinoescrotal volumosa, cronicamente encarcerada, há 5 anos. É hipertenso, diabético e dislipidêmico. IMC: 30 kg/m². Já fez prostactectomia radical, por adenocarcinoma de próstata. Foi feita a correção da hérnia, com sucesso. Recomendação para o pós-operatório deste paciente:

- A. Repouso relativo por 60 dias.
- B. Não utilizar suspensório escrotal nos dois primeiros dias.
- C. Repouso absoluto no leito nas primeiras 24 horas.
- D. Não levantar mais do que 10 kg nos primeiros 30 dias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pós-operatório de hernioplastia inguinal: orientação de evitar esforço, não levantando mais que 10 kg nos primeiros 30 dias, protegendo o reparo. Repouso absoluto no leito (C) e 60 dias de repouso (A) são exagerados e favorecem tromboembolismo; o suspensório escrotal (B) é útil para conforto e edema, não deve ser evitado. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Um homem de 35 anos de idade, com antecedente de hérnia incisional há 2 anos, decorrente de laparotomia mediana por ferimento de arma branca, vai ao pronto-socorro com queixa de um dia de dor abdominal, náuseas, vômitos e abaulamento irreduzível no local da incisão abdominal. O abdome está distendido e é difusamente doloroso. Os ruídos hidroaéreos estão aumentados e têm timbre alterado. Não tem sinais de peritonite. A área da hérnia está hiperemiada. Entre as opções abaixo, a melhor conduta para este paciente, além de jejum, hidratação venosa e sonda gástrica aberta deve ser:

- A. Cirurgia de urgência, corrigindo a hérnia com tela de polipropileno. ✓**
- B. Redução manual da hérnia e observação.
- C. Tratamento inicial com antibioticoterapia e observação.
- D. Cirurgia de urgência, corrigindo a hérnia com tela absorvível.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hérnia incisional encarcerada com obstrução intestinal (dor, vômitos, abaulamento irreduzível, ruídos com timbre metálico), sem sinais de peritonite/estrangulamento franco e campo limpo. A conduta é cirurgia de urgência, corrigindo com tela de polipropileno (não absorvível). Redução manual (B) é contraindicada na obstrução; antibiótico e observação (C) postergam o tratamento definitivo. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Uma mulher de 54 anos de idade é encaminhada pela dermatologista, após biópsia excisional de lesão cutânea enegrecida de cerca de 2,2 cm de extensão em face anterior do braço direito. A análise histológica revelou melanoma nodular de 2,8 mm de profundidade, com ulceração. Após o estadiamento adequado, a melhor conduta, entre as seguintes, é:

- A. Seguimento clínico, com nova avaliação em 4 meses.
- B. Ampliação de margens em 2 cm.
- C. Ampliação de margens em 2 cm, com pesquisa de linfonodo sentinela. ✓**
- D. Ampliação de margens em 0,5 cm, com pesquisa de linfonodo sentinela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Melanoma com Breslow 2,8 mm e ulceração. A espessura entre 2-4 mm indica ampliação de margens em 2 cm; espessura >0,8 mm ou presença de ulceração indica pesquisa de linfonodo sentinela. Portanto: ampliação de 2 cm COM linfonodo sentinela. Margem de 0,5 cm (D) é para melanoma in situ; só seguimento (A) é insuficiente. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Menina de 3 anos de idade é atendida no setor de emergência com quadro de hematúria aguda, sendo relatado pela mãe que a criança apresentou dor abdominal e diarreia sanguinolenta há 6 dias. A criança evoluiu com anemia hemolítica microangiopática e lesão renal aguda, sem sinais meníngeos ou alterações pulmonares. Dentre os seguintes achados laboratoriais, os mais prováveis de serem encontrados são:

- A. Coombs direto positivo e bilirrubina indireta aumentada.
- B. Coombs direto negativo e plaquetas diminuídas. ✓**
- C. desidrogenase láctica aumentada e plaquetas normais.
- D. presença de esquizócitos e reticulócitos normais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome hemolítico-urêmica pós-diarreia sanguinolenta (E. coli): anemia hemolítica microangiopática, lesão renal aguda e plaquetopenia. Por ser hemólise MECÂNICA (não imune), o Coombs direto é NEGATIVO, e as plaquetas estão diminuídas por consumo. Coombs positivo (A) seria hemólise autoimune; plaquetas normais (C) ou reticulócitos normais (D) contrariam a microangiopatia. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Menina de sete meses de idade apresenta infecção urinária acompanhada de febre com queda do estado geral. A bactéria isolada foi E.coli sensível a todos os antimicrobianos testados, tratada inicialmente com ceftriaxona e posteriormente com cefalexina, com boa resposta clínica e laboratorial. Entre as condutas seguintes, a melhor para este caso é

- A. realizar ultrassonografia de vias urinárias. ✓**
- B. prescrever antibioticoprofilaxia por um ano.
- C. realizar cintilografia renal.
- D. coletar urocultura trimestralmente por um ano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primeira infecção urinária febril em lactente (7 meses): a conduta recomendada é a ultrassonografia de vias urinárias para avaliar anomalias estruturais. Antibioticoprofilaxia (B) e urocultura trimestral (D) não são rotina inicial; a cintilografia renal (C) fica para casos selecionados (avaliação de cicatriz/refluxo) após a investigação inicial. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Lactente do sexo feminino de 12 meses de idade, previamente hígida, chega à Unidade Básica de Saúde com quadro de febre e diarreia há um dia. Apresentou oito episódios de eliminação de fezes líquidas em grande quantidade, sem sangue ou muco. Ao exame clínico, apresenta-se em regular estado geral, alerta, choro sem lágrima, boca e língua secas, pulsos cheios, enchimento capilar de 2 segundos e Sinal da Prega desaparecendo rapidamente. Seu peso atual é de 10 kg. Segundo as orientações do Ministério da Saúde, neste momento, dentre as condutas propostas, a mais adequada para a reidratação da criança deve ser administração de:

- A. 200 mL de Soro Fisiológico 0,9% endovenoso durante 30 minutos.
- B. 100 a 200 mL de solução de reidratação oral no período de 2 horas.
- C. 500 a 1.000 mL de solução de reidratação oral no período de 4 a 6 horas. ✓**
- D. 100 a 200 mL de solução de reidratação oral após cada evacuação, no domicílio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desidratação moderada (choro sem lágrima, mucosas secas, prega que desaparece lentamente, sem choque): Plano B do Ministério da Saúde — terapia de reidratação oral 50-100 mL/kg em 4-6 h. Com 10 kg, corresponde a 500-1.000 mL nesse período. A hidratação venosa (A) fica para choque/Plano C; manutenção domiciliar (D) é o Plano A, para casos sem desidratação. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Lactente do sexo masculino de 3 meses de idade chega para consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. A mãe realizou pré-natal adequado, sendo diagnosticada com sífilis primária no 6º mês de gestação; foi medicada com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, dose única. A criança nasceu a termo, de parto vaginal, com peso de 3.050 g, comprimento de 50 cm e exame clínico normal. Na maternidade, o VDRL materno foi de 1:4 e do recém-nascido foi de 1:2. Hemograma, TGO, TGP, radiografia de ossos longos e torácica e análise líquórica da criança não apresentaram alterações. Recebeu alta hospitalar sem nenhum tratamento medicamentoso dirigido à sífilis. Na consulta ambulatorial realizada no 1º mês de vida, foi solicitado VDRL cujo resultado foi de 1:1. De acordo com o Protocolo Clínico para Sífilis Congênita do Ministério da Saúde, nesta consulta, o médico deverá.

- A. prescrever penicilina benzatina.
- B. pedir Teste Treponêmico.
- C. encerrar seguimento laboratorial.
- D. solicitar exame de VDRL. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Seguimento de sífilis congênita: RN com VDRL menor que o materno, exames normais e sem tratamento na maternidade, seguindo com VDRL seriado (1, 3, 6, 12 meses). No 1º mês o VDRL caiu para 1:1, evolução favorável, e a conduta é solicitar novo VDRL de controle. Penicilina (A) só se houver aumento/persistência de títulos ou sinais de doença; teste treponêmico (B) permanece reagente e não guia o seguimento. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Primigesta, 15 anos, com pré-natal tardio, dá à luz um recém-nascido com 38 semanas e peso de 1.894 g. Ao exame na sala de parto observou-se hepatoesplenomegalia, petéquias e púrpuras por todo corpo. A criança evoluiu com icterícia precoce e o ultrassom transfontanela indicou calcificações periventriculares. Entre as seguintes hipóteses diagnósticas, a mais provável para este recém-nascido é

- A. toxoplasmose congênita. ✓**

- B. sífilis congênita.
- C. infecção pelo vírus Zika.
- D. infecção pelo citomegalovírus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido PIG com hepatoesplenomegalia, petéquias/púrpura, icterícia precoce e calcificações intracranianas: quadro de infecção congênita, e a banca considerou toxoplasmose congênita — associada à tétrade clássica (calcificações intracranianas difusas, coriorretinite, hidrocefalia, alterações líquóricas) com hepatoesplenomegalia. Sífilis (B) teria acometimento ósseo; Zika (C), microcefalia proeminente. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Na consulta de rotina de um lactente de 40 dias de vida, o médico nota que a criança apresenta estridor inspiratório ao choro. A mãe realizou adequadamente o seguimento pré-natal e não apresentou intercorrências relevantes. Nasceu a termo, de parto vaginal, Boletim de Apgar 9-10, pesando 3.100 g e medindo 51 cm; evoluiu sem intercorrências e recebeu alta da maternidade no 2o dia de vida. Atualmente está em aleitamento materno exclusivo, com peso atual de 4.100 g; não apresenta queixas e o restante do exame clínico está normal. Dentre as hipóteses diagnósticas seguintes, a mais provável neste caso é

- A. paralisia de corda vocal.
- B. hemangioma subglótico.
- C. estenose subglótica.

D. laringomalácia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Estridor inspiratório que aparece ao choro/esforço em lactente com bom ganho de peso e exame normal: laringomalácia, a causa mais comum de estridor no lactente, benigna e autolimitada, tipicamente pior ao choro e em decúbito. Paralisia de corda vocal, hemangioma subglótico e estenose (A/B/C) cursariam com sintomas mais persistentes ou progressivos. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Uma criança do sexo masculino, com 11 meses de idade, é avaliada quanto ao seu desenvolvimento em consulta de rotina. A mãe pergunta ao pediatra se a criança está com o desenvolvimento adequado. Considerando que a criança já atingiu os marcos do desenvolvimento esperados em idades anteriores, neste momento, para que esta criança seja considerada como tendo seu desenvolvimento normal, espera-se que ela.

- A. imite gestos; faça pinça e ande com apoio. ✓**
- B. mostre o que quer; coloque blocos na caneca e ande sem apoio.
- C. mostre o que quer; empilhe três blocos e ande sem apoio.
- D. imite gestos; coloque blocos na caneca e fique parada em um pé só.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 11 meses espera-se: fazer pinça (motor fino), imitar gestos (social) e andar com apoio. Andar SEM apoio surge por volta dos 12-15 meses e empilhar/colocar blocos na caneca ~12-15 meses, marcos ainda não esperados agora (B e C erram por antecipá-los). Ficar em um pé só (D) é marco de pré-escolar. Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Neonato de 40 semanas nasceu de parto cesáreo por alteração na cardiotocografia e líquido amniótico meconial bem espesso. Apresenta choro forte, tônus muscular em flexão e boa vitalidade. Dentre as seguintes condutas, a melhor neste caso é

- A. aspiração das vias aéreas no momento do desprendimento do polo cefálico.
- B. clampeamento tardio do cordão umbilical e oferecer os primeiros cuidados junto à mãe. ✓**
- C. realização dos passos iniciais na mesa de reanimação com aspiração de vias aéreas superiores.
- D. laringoscopia sob visualização direta imediata seguida de aspiração traqueal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo com líquido meconial espesso, mas VIGOROSO (choro forte, tônus em flexão, boa vitalidade): a conduta é clampeamento tardio do cordão e cuidados de rotina junto à mãe. A aspiração traqueal sob laringoscopia (D) só se indica em RN NÃO vigoroso. Aspiração no desprendimento cefálico (A) foi abandonada. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

A mãe de um menino de 4 anos de idade, leva-o à consulta, porque acha que ele é muito baixo. O paciente nasceu a termo, com peso de 3.200 g e comprimento de 49 cm. Foi amamentado até os 9 meses de idade e sempre comeu pouco. A mãe refere que é uma criança hígida, sem patologias graves ou internações anteriores. É esperto, tem bom desenvolvimento neuropsicomotor para a idade e gosta de brincadeiras como pega-pega e esconde-esconde. A mãe refere que apresentou a menarca aos 12 anos de idade e mede 1,58 m; o pai entrou em puberdade na mesma época que os amigos, e mede 1,73 m. Recuperando as medidas anteriores, anotadas na caderneta da criança, observa-se que a criança mantém uma curva de IMC adequada para idade, enquanto o comprimento/estatura para a idade apresenta o seguinte gráfico. Entre as condutas apresentadas, a melhor neste caso é:

- A. Aguardar até a puberdade, sendo a principal hipótese, o atraso constitucional do crescimento.
- B. Tranquilizar a família, uma vez que o diagnóstico mais provável é atraso constitucional do crescimento.
- C. Manter o paciente em observação, com retornos mensais para acompanhar o crescimento.
- D. Iniciar a investigação para déficit de crescimento, com o cálculo da velocidade de crescimento e a idade óssea. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Baixa estatura com CRUZAMENTO de canais na curva estatura/idade (queda progressiva), embora com IMC adequado: desvio da curva é sinal patológico e obriga investigação — cálculo da velocidade de crescimento e idade óssea. Não se pode assumir atraso constitucional (A/B) diante de canal em queda; observar sem investigar (C) atrasa o diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

GP, sexo feminino, dez anos, foi a consulta acompanhada por sua mãe, com história de dores articulares em joelhos e tornozelos, além de febre de 37,8 °C. O quadro evoluiu com movimentos involuntários em membros superiores, perda de coordenação motora, irritabilidade e fala empastada. Exame físico: úlceras orais, alopecia, vasculite em palma das mãos e artrite em joelhos e tornozelos e sopro sistólico suave ++/+6 e pancardíaco. Exames realizados mostraram anemia, leucopenia, hematúria microscópica, teste de Coombs direto positivo e ASLO (antiestreptolisina O): 250 UI/mL. Entre os seguintes diagnósticos, a mais provável para essa paciente é

- A. doença de Behçet.
- B. febre reumática.

C. lúpus eritematoso sistêmico juvenil. ✓

D. artrite idiopática juvenil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina com artrite, coreia, úlceras orais, alopecia, vasculite, anemia, leucopenia, hematúria e Coombs direto positivo: múltiplos critérios de lúpus eritematoso sistêmico juvenil. Embora a coreia e a cardite lembrem febre reumática, as úlceras orais, alopecia, citopenias, Coombs positivo e o acometimento renal apontam LES. ASLO apenas limítrofe não sustenta FR. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Felipe, dois anos, é levado para atendimento médico devido a um quadro súbito da palidez, irritabilidade e dor abdominal. Há três dias apresenta quadro de tosse e coriza. Hoje pela manhã apresentou febre de 38 °C, fazendo uso de dipirona pela primeira vez. Exame físico: regular estado geral, mas brinca com o médico, afebril, palidez importante, baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito, PA: 100 mmHg x 60 mmHg e FC: 140 bpm. Mãe trouxe hemograma demonstrando anemia normocítica normocrômica, reticulocitose, plaquetopenia e leucocitose. O esfregaço de sangue periférico evidenciou células em alvo, dacríócitos, eritroblastos, esquisócitos, corpos de Howell-Jolly e pontilhados basófilos. Entre as seguintes hipóteses diagnósticas para este paciente, a mais provável é:

- A. Deficiência de G6PD.
- B. Anemia Hemolítica Autoimune.
- C. Leucemia Linfóide Aguda.

D. Anemia Falciforme. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Criança com crise súbita de palidez e esplenomegalia (sequestro esplênico) e esfregaço com corpos de Howell-Jolly, células em alvo, dacríócitos, esquisócitos e pontilhado basófilo: achados de anemia falciforme (asplenia funcional gera os corpos de Howell-Jolly). Deficiência de G6PD (A) e AHAI (B) não dão esse esfregaço; LLA (C) não cursa com esse padrão morfológico. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Criança de 7 anos de idade é levada a serviço de saúde porque mãe teve diagnóstico de tuberculose pulmonar bacilífera. Está assintomática e radiografia de tórax é normal, tem carteira vacinal atualizada. Prova tuberculínica de 7 mm. Entre as opções abaixo, a conduta mais apropriada para este paciente é

A. tratar infecção latente pelo M. tuberculosis. ✓

- B. tratar tuberculose ativa.
- C. colher escarro induzido.
- D. repetir radiografia de tórax em três meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança contactante de tuberculose bacilífera, assintomática, com radiografia normal e PT de 7 mm. Em contatos, PT ≥ 5 mm indica infecção latente, e a conduta é tratar a ILTB (isoniazida ou esquema com rifampicina). Tratar TB ativa (B) exigiria doença; escarro induzido (C) e repetir RX (D) não se aplicam à criança assintomática com RX normal. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

MCS, sexo masculino, seis anos, apresenta história de dor abdominal há quatro meses. A dor ocorre uma vez por semana, na região periumbilical com irradiação para epigástrio, durando de minutos até algumas horas. Mãe refere que a dor não se relaciona com alimentação, cedendo espontaneamente na maioria das vezes. Entretanto, a criança geralmente para com as suas atividades habituais durante os períodos de dor. Apresentou cólicas aos três meses de vida, que sumiram espontaneamente. Nega febre, perda de peso, alterações do hábito intestinal. Exame físico: criança eutrófica, sem alterações. A hipótese diagnóstica mais provável, dentre as abaixo, é

A. parasitose.

B. dor abdominal funcional. ✓

C. doença celíaca.

D. intolerância a lactose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal recorrente periumbilical em criança eutrófica, sem sinais de alarme (sem febre, perda de peso ou alteração do hábito intestinal) e com exame normal: dor abdominal funcional (critérios de Roma). Parasitose, doença celíaca e intolerância à lactose (A/C/D) costumam cursar com sinais/sintomas adicionais ausentes aqui. Resposta B.

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Lactente de 10 meses de idade, com quadro de bronquiolite há 4 dias, apresentou piora da febre e há 2 dias necessitou de intubação. Radiografia de tórax evidenciou opacidade em base de hemitórax esquerdo, realizado o diagnóstico de pneumonia e introduzido antibioticoterapia. Puncionado acesso venoso central em veia subclávia esquerda. Hoje pela manhã, apresentou piora do padrão respiratório, com queda da saturação do oxigênio ao oxímetro para 85% e capnografia normal. Encontra-se corada, hidratada, febril. Cânula orotraqueal 4,0 com cuff, fixada em 16 cm no lábio superior com vapor exalado evidente. BRNF sem sopros com FC: 138 bpm. Expansibilidade torácica reduzida em hemitórax esquerdo. Percussão torácica com som claro pulmonar à direita e maciço à esquerda. Murmúrio vesicular presente à direita com sibilos e expiração prolongada; murmúrio vesicular abolido à esquerda. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias. Perfusão periférica 1,5 segundos. Pulsos presentes normais. A causa de descompensação ventilatória mais provável para este caso, dentre as abaixo, é

A. intubação seletiva. ✓

B. pneumotórax.

C. derrame pleural.

D. rolha na cânula traqueal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente intubado com cânula fixada em 16 cm (profunda) que evolui com queda de saturação, hemitórax esquerdo com expansibilidade reduzida, PERCUSSÃO MACIÇA e murmúrio abolido: padrão de intubação seletiva (tubo no brônquio direito, atelectasia à esquerda). Pneumotórax (B) daria timpanismo/hipertimpanismo; a solução é tracionar a cânula. Resposta A.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Lactente 4 meses de idade, previamente hígido, há 1 semana apresentou quadro de coriza, tosse e febre baixa. Hoje com dificuldade para mamar, fazendo pausas, parecendo cansado. Ao exame físico, REG, agitado, palidez leve, hidratado, anictérico, acianótico, T: 36 °C. FR: 60 ipm, SatO₂: 93% em ar ambiente. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas normofonéticas em 2 tempos sem sopros. FC: 162 bpm, PA: 90 x 40 mmHg, pulsos periféricos finos, tempo de enchimento capilar de 3 segundos; ausculta pulmonar com estertores em ambas as bases, tiragem subdiafragmática leve. Abdome globoso, flácido, indolor, fígado 4 cm RCD, baço não palpável. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente, dentre as seguintes, é:

- A. choque séptico.
- B. miocardite. ✓**
- C. bronquiolite.
- D. pneumonia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com IVAS prévia evoluindo com insuficiência cardíaca: taquipneia e taquicardia desproporcionais, pulsos finos, enchimento capilar lento e hepatomegalia de 4 cm — sinais de ICC/baixo débito. O quadro pós-viral aponta miocardite. Bronquiolite (C) e pneumonia (D) não explicam a hepatomegalia congestiva; choque séptico (A) teria contexto infeccioso mais evidente. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Mulher, 62 anos de idade, hipertensa, obesa e diabética refere queixa de sangramento vaginal há 3 meses. Sem alterações no exame físico. No ultrassom transvaginal identificou-se espessamento endometrial (8 mm). Realizada histeroscopia e biópsia do endométrio com resultado anatomopatológico de adenocarcinoma endometriode do endométrio G1. Pela ressonância magnética, o tumor invade menos que a metade do miométrio. A conduta mais adequada a ser tomada é realizar histerectomia total com

- A. salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica bilateral e coleta do lavado peritoneal.
- B. salpingectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral e coleta do lavado peritoneal.
- C. salpingectomia bilateral e linfadenectomia pélvica bilateral e coleta do lavado peritoneal. ✓**
- D. salpingectomia bilateral e coleta do lavado peritoneal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de endométrio: o estadiamento cirúrgico envolve histerectomia total com anexectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e coleta do lavado peritoneal. A opção assinalada contempla a linfadenectomia e o lavado, que a banca considerou como conduta adequada. Só salpingectomia com lavado (D) omite a linfadenectomia estadiadora. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Mulher, 32 anos de idade, vai em consulta ginecológica devido a dismenorreia progressiva desde a menarca e dispareunia. Ao exame físico nota-se espessamento do septo retovaginal. A paciente trouxe uma ultrassonografia transvaginal que caracterizava presença de cisto com conteúdo hemático no ovário direito, medindo 30 mm de diâmetro. O próximo passo propedêutico é:

- A. Ressonância magnética de pelve para diagnóstico de outros focos de endometriose profunda. ✓**
- B. Tomografia computadorizada para excluir possível malignidade no cisto.
- C. Punção do cisto ovariano para confirmação diagnóstica.
- D. Solicitar colonoscopia para investigação de lesão intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometriose profunda: dismenorreia progressiva, dispareunia, espessamento do septo retovaginal e endometrioma ovariano. O próximo passo propedêutico é a ressonância magnética de pelve, para mapear os focos de endometriose profunda e planejar o tratamento. Punção do cisto (C) é contraindicada; TC (B) e colonoscopia (D) não são o exame de escolha inicial. Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Mulher, 28 anos de idade, assintomática, refere relacionamento com novo parceiro há 1 mês. Realizado exame físico ginecológico com identificação de corrimento vaginal. A orientação que o médico deve dar à paciente em caso de

- A. tricomoníase: não é necessário o tratamento do parceiro, pois não é mais considerada IST.
- B. vulvovaginite fúngica: só será considerada recidivante caso ocorra mais 3 episódios no próximo ano.

C. vaginose bacteriana: será realizado o tratamento, mesmo que assintomático. ✓

- D. detecção de protozoários na microscopia: está indicado a coleta do protoparasitológico de fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vaginose bacteriana identificada deve ser tratada, aqui inclusive com corrimento presente. As demais orientações estão erradas: tricomoníase É uma IST e o parceiro deve ser tratado (A); candidíase é recidivante com ≥ 4 episódios/ano (B); e a detecção de protozoário na microscopia vaginal (tricomonas) não indica protoparasitológico de fezes (D). Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Mulher, 26 anos de idade, profissional do sexo, dá entrada em pronto-socorro com dor tipo cólica suprapúbica de moderada intensidade e sangramento genital discreto. DUM: há 6 semanas. Uso irregular de preservativo. 2G1P normal 1A provocado. Refere ISTs prévias com tratamentos adequados. Faz uso de PREP devido a exposição de risco. Ao exame: bom estado geral, hidratada, FR: 20 irpm, FC: 98 bpm, PA: 90 x 50 mmHg. Abdome doloroso à palpação, sinal de Laffont positivo. Especular: pequena quantidade de sangramento acastanhado coletado em fundo vaginal. Toque vaginal: colo grosso, posterior, impérvio amolecido, doloroso. O diagnóstico mais provável, dentre as opções abaixo, é:

- A. sangramento por implantação.
- B. ameaça de aborto.
- C. abortamento em curso.

D. prenhez ectópica rota. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gravidez ectópica rota: DUM de 6 semanas, dor cólica suprapúbica, sangramento discreto, hipotensão (90x50), sinal de Laffont positivo (dor referida no ombro por irritação frênica do hemoperitônio) e toque com colo doloroso e impérvio. Sangramento de implantação (A) e ameaça de aborto (B) não cursam com instabilidade; abortamento em curso (C) teria colo pérvio. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Gestante, 34 anos de idade, 37 semanas e 4 dias, 4G2Pc1A, chega no PS com polo cefálico coroando. O parto é ultimado, sem intercorrências. O recém-nascido nasce vigoroso e vai ao colo da mãe. Após 2 minutos do nascimento, a paciente apresenta sangramento vaginal abundante e queda do estado geral, com índice de choque de 0,9. Nota-se que houve dequitação parcial espontânea placentária. O útero está fortemente contraído na cicatriz umbilical e não existem lacerações de trajeto. Ao tentar terminar a dequitação da placenta, percebe-se que não há desprendimento placentário e solicita-se transferência à sala cirúrgica. Entre as opções abaixo, a conduta ideal para esta paciente deverá ser laparotomia exploradora de emergência e

A. tentativa de reparo do local de lesão.

B. histerectomia puerperal com placenta in loco. ✓

C. histerectomia puerperal.

D. retirada da placenta com posterior histerorrafia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pós-parto com placenta que NÃO descola apesar da tração, útero contraído e sem lacerações de trajeto: acretismo placentário. A conduta é laparotomia com histerectomia puerperal COM a placenta in loco (não se deve tentar removê-la, sob risco de hemorragia catastrófica). Retirar a placenta e suturar (D) agrava o sangramento. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Mulher, 35 anos de idade, com sangramento uterino anormal há 1 ano, secundigesta secundípara, tendo realizado laqueadura tubária há 8 anos. Durante a investigação foram encontrados 3 leiomiomas uterinos submucosos com componente intramural. Realizou tratamento clínico sem sucesso com manutenção do sangramento. Entre as seguintes propostas terapêuticas, a mais adequada é:

A. Miomectomia histeroscópica.

B. Embolização de artérias uterinas.

C. Miomectomia laparoscópica.

D. Histerectomia laparoscópica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino anormal por múltiplos leiomiomas submucosos com componente intramural, em paciente com prole constituída (laqueadura) e falha do tratamento clínico. A miomectomia histeroscópica (A) é limitada a submucosos sem grande extensão intramural. Com prole completa e falha clínica, a histerectomia (via laparoscópica) é a opção definitiva. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Após 6 meses de um resultado de citologia oncológica de colo uterino com resultado de atipia de células escamosas, provavelmente não neoplásicas (ASC-US), uma paciente de 34 anos repete o exame e apresenta o resultado: lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG). De acordo com as Diretrizes para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, o próximo passo para o tratamento adequado é:

A. Nova coleta de citologia oncológica em 6 meses.

B. Encaminhar paciente à colposcopia. ✓

C. Nova coleta de citologia oncológica em 12 meses.

D. Realizar teste de DNA-HPV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia inicial ASC-US que, repetida em 6 meses, mostra lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG/LSIL): duas citologias alteradas indicam encaminhamento à colposcopia. Repetir citologia (A/C) posterga a avaliação da lesão; o teste de DNA-HPV (D) não é o próximo passo nessa diretriz de rastreamento. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Mulher, 80 anos de idade, refere urgência e urge-incontinência há 6 meses. É hipertensa e diabética controlada com medicações. Refere noctúria 3 vezes por noite. Nega cirurgias. Nega tabagismo. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é:

- A. Injeção intravesical de toxina botulínica.
- B. Prescrição de tolterodine ou oxibutinina.
- C. Prescrição de tiroprium ou mirabegrona. ✓**
- D. Neuromodulação vesical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bexiga hiperativa (urgência, urge-incontinência, noctúria) em idosa de 80 anos. Preferem-se fármacos com menor efeito cognitivo: tiroprium (não atravessa a barreira hematoencefálica) ou mirabegrona (agonista beta-3). Oxibutinina/tolterodina (B) têm mais efeitos anticolinérgicos centrais, a evitar em idosos. Toxina botulínica (A) e neuromodulação (D) são linhas subsequentes. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Mulher, 53 anos de idade, refere ondas de calor (8 episódios/dia), sudorese e rubor facial há 8 meses. Refere hipercolesterolemia e que a mãe teve câncer uterino aos 50 anos de idade. Última menstruação há 1 ano. Nuligesta. Nega cirurgias prévias. Nega tabagismo. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é:

- A. Inserção de DIU hormonal.
- B. Fitohormonioterapia com ácido gama-linolênico.
- C. Estrogenioterapia vaginal.
- D. Terapia hormonal combinada transdérmica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome climatérica sintomática (fogachos, sudorese) em mulher de 53 anos sem contraindicações. A terapia hormonal sistêmica combinada (estrogênio + progestagênio, pois tem útero) por via TRANSDÉRMICA controla os sintomas vasomotores com menor risco tromboembólico e melhor perfil metabólico. Estrogênio vaginal (C) trata apenas atrofia local, não o fogacho. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Mulher, 21 anos de idade, refere ciclos menstruais a cada 90 dias, com duração de 5 dias. Nega dismenorrea. Refere uso de preservativo nas relações sexuais. Exame físico: bom estado geral, IMC: 28 kg/m², apresenta acne no rosto e manchas arroxeadas na axila e virilha. Entre os diagnósticos abaixo, o mais provável é:

- A. hipotireoidismo secundário a síndrome dos ovários policísticos.
- B. síndrome dos ovários policísticos com resistência insulínica aumentada. ✓**
- C. síndrome de Cushing associada a síndrome dos ovários policísticos.
- D. deficiência da 21-hidroxilase associada a síndrome dos ovários policísticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome dos ovários policísticos: oligomenorreia (ciclos de 90 dias), acne (hiperandrogenismo) e acantose nigricans (manchas escurecidas em axila/virilha), marcador de resistência insulínica, num IMC de sobrepeso. SOP com resistência insulínica aumentada. Cushing (C) traria estigmas próprios; deficiência de 21-hidroxilase (D) e hipotireoidismo (A) não explicam melhor o conjunto. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Mulher de 56 anos dá entrada no PS da Ginecologia com disúria e polaciúria há 1 dia, nega febre e relata início de relacionamento com novo parceiro. Refere ter pesquisado no Google sobre seus sinais e sintomas e pede que o médico de plantão solicite exames de urina, urocultura, ultrassom de rins e vias urinárias e ressonância nuclear magnética de abdome e pelve. Nesse caso,

- A. não existe a necessidade de exames subsidiários para o diagnóstico de cistite aguda não complicada. ✓**
- B. os exames de urina e urocultura são necessários para nortear a antibioticoterapia em mulheres sexualmente ativas.
- C. há necessidade de ultrassonografia de vias urinárias superiores, por ser caso de cistite que ocorre acima dos 50 anos.
- D. a ressonância nuclear magnética é exame preferencial para a exclusão de pielonefrite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cistite aguda não complicada (disúria e polaciúria, sem febre, em mulher jovem/sadia): o diagnóstico é clínico e o tratamento empírico, SEM necessidade de urina, urocultura ou imagem. Solicitar urocultura de rotina (B), USG (C) ou ressonância (D) é excessivo para cistite não complicada. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Primigesta, 25 anos de idade, 33 semanas de gestação, refere perda de líquido em grande quantidade há 2 horas. Nega dores abdominais, nega comorbidades. Realizou pré-natal adequado. Entre as seguintes condutas, a mais adequada é:

- A. Realizar neuroproteção com sulfato de magnésio e aguardar parto espontâneo.
- B. Antibioticoterapia com ampicilina e azitromicina para prolongar o tempo de latência.
- C. Realizar neuroproteção fetal e realizar parto cesáreo. ✓**
- D. Colher cultura de secreção vaginal e indução de parto com misoprostol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas a 33+ semanas. A banca optou pela resolução da gestação com neuroproteção fetal (sulfato de magnésio) e parto por via cesárea. Antibiótico para prolongar latência (B) e conduta expectante pura (A) são a alternativa conservadora; indução com misoprostol (D) não seria a via aqui indicada. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Primigesta, 24 semanas, procura maternidade com disúria e polaciúria há 3 dias. Nega outras queixas. Médico que a atende verifica o cartão de pré-natal e identifica uma glicemia de jejum realizada com 10 semanas de 91 mg/dL e um teste de tolerância oral a glicose (TTOG) 75 g realizado com 21 semanas de 94 mg/dL (jejum)/140 mg/dL (pós 1 hora)/104 mg/dL (pós 2 horas). Nesse caso,

- A. o TTOG 75 g realizado está normal e indicação adequada, pois recomenda-se a realização do mesmo para investigação de diabetes mellitus gestacional entre as 20a e 24a semanas de gestação.
- B. a paciente não tem diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, pois o diagnóstico, feito por glicemia de jejum tem como valor positivo acima de 126 mg/dL, sendo que pode ser feito em qualquer idade gestacional.
- C. a paciente realizou corretamente a glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal, pois deve-se avaliar gestantes sem diagnóstico prévio com objetivo de detectar overt diabetes versus diabetes mellitus gestacional. ✓**
- D. a paciente não realizou hemoglobina glicada, apesar de ser o principal exame laboratorial para diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e pode ser realizado em qualquer momento da gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreamento de diabetes na gestante SEM diagnóstico prévio começa com glicemia de jejum na primeira consulta, cujo objetivo é distinguir diabetes pré-gestacional (overt, glicemia ≥ 126) do diabetes gestacional. O TTOG 75 g é o exame indicado entre 24 e 28 semanas (não 20-24, tornando A imprecisa). A afirmação correta descreve justamente esse rastreamento inicial. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Em uma maternidade de São Paulo, durante a passagem de plantão, dois colegas começam a discutir sobre uma paciente em trabalho de parto: primigesta, 40 semanas e 1 dia, na fase ativa, no segundo período do parto há 2 horas e 45 minutos, em imersão na banheira desde o último toque, com frequência cardíaca fetal: 144 bpm verificada a 25 minutos atrás juntamente com o início de oxitocina em bomba 24 mL/h. A argumentação correta do colega que está pegando o plantão é:

- A. o segundo período está prolongado para uma primigesta sem analgesia.
- B. a paciente pode ficar na banheira e está indicada a ultimação do parto em imersão.
- C. não existia indicação para iniciar a oxitocina em bomba.
- D. a avaliação da frequência cardíaca fetal deveria ter sido verificada a cada 15 minutos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No segundo período do parto, a ausculta da frequência cardíaca fetal deve ser frequente; um intervalo de 25 minutos é claramente excessivo, devendo ser realizada em intervalos muito menores (a cada ~15 minutos ou menos em baixo risco). É o argumento correto do colega. As demais afirmações sobre banheira e oxitocina não configuram a inadequação central do caso. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Primigesta, 31 anos de idade, gestante no 3º trimestre (36 semanas), realizando consultas de pré-natal a cada 3 meses, apresenta-se assintomática na consulta atual. Observou-se, na primeira consulta, PA: 120 x 80 mmHg. Na consulta do 2º trimestre a medida foi de 120 x 70 mmHg e na consulta atual 120 x 90 mmHg. Refere ter buscado pronto-socorro há 1 semana por cefaleia e a pressão aferida foi de 140 x 90 mmHg quando realizou exames com resultados normais e a pressão normalizou com repouso. A conduta mais adequada é:

- A. Aguardar 37 semanas e realizar parto cesáreo eletivo.
- B. Prescrever hidralazina e realizar controle pressórico.

C. Indução de parto, imediato com misoprostol.

D. Prescrever metildopa e realizar controle pressórico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão gestacional leve: PA em elevação progressiva (120x90 a termo) com episódio de 140x90 e cefaleia, porém exames normais e sem proteinúria/critérios de pré-eclâmpsia. A conduta é anti-hipertensivo oral de primeira linha na gestação (metildopa) e controle pressórico. Hidralazina (B) é para crise hipertensiva; interromper a gestação de imediato (A/C) não se justifica. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Gestante 7 semanas vai à primeira consulta de pré-natal. É hígida e refere ser doadora de sangue frequente. A última doação foi há 2 meses, sem intercorrências. Os exames de sorologia que devem ser solicitados são:

A. Hepatite A, hepatite B e herpes.

B. Hepatite A, hepatite C e Covid-19.

C. Hepatite B, hepatite C e HIV. ✓

D. Não precisa solicitar sorologias pois é doadora frequente.

COMENTÁRIO OSCELABS

As sorologias obrigatórias do pré-natal incluem hepatite B (HBsAg), hepatite C, HIV (além de sífilis, toxoplasmose). Ser doadora de sangue frequente NÃO dispensa a triagem gestacional (D errada). Hepatite A (A/B) e herpes não fazem parte do rastreamento sorológico de rotina. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Mulher, 43 anos de idade, com abstinência sexual há 15 anos e papanicolau sem alterações significativas há 2 anos, vai à consulta na UBS muito preocupada com risco de câncer de colo uterino pois sua vizinha foi diagnosticada recentemente com essa afecção. A orientação mais adequada é:

A. Não há indicação de coleta cérvico-vaginal. ✓

B. Indicar a realização de teste DNA-HPV.

C. Realizar colposcopia e vulvoscopia.

D. Discutir a histerectomia profilática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com abstinência sexual há 15 anos e citologia normal recente: baixíssimo risco de lesão cervical e, com rastreamento em dia, não há indicação de nova coleta cérvico-vaginal neste momento. Teste DNA-HPV (B), colposcopia (C) e histerectomia profilática (D) são condutas desproporcionais ao risco. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Mulher, 22 anos de idade, sem comorbidades, iniciou vida sexual recente, vai a consulta com médica da saúde da família na UBS. Gostaria de método contraceptivo de menor risco tromboembólico. A melhor opção para essa paciente, dentre as abaixo, é:

A. Etinilestradiol e levonorgestrel.

B. Estradiol e nomegestrol.

C. Medroxiprogesterona.

D. Drospirenona. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Para minimizar o risco tromboembólico, evita-se o estrogênio: a melhor opção é um contraceptivo apenas de progestagênio, como a drospirenona (pílula isolada de progestagênio). As formulações com etinilestradiol/estradiol (A/B) aumentam o risco trombótico. Assim, a droga sem estrogênio é a preferida. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Primigesta de 20 semanas de idade gestacional apresenta quadro de tosse e leve dor de garganta. Teste para Covid-19 positivo. Nesse caso, a melhor conduta entre as seguintes é:

- A. introdução de imunoglobulina semanal por 8 semanas se temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$.
- B. adiar a ultrassonografia morfológica do segundo trimestre por 30 dias.
- C. repouso relativo, uso de sintomáticos e observação de sinais de alerta. ✓**
- D. realização de cordocentese para investigação de contaminação fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com COVID-19 leve (tosse e dor de garganta discreta, sem sinais de gravidade): a conduta é suporte — repouso relativo, sintomáticos e observação de sinais de alerta. Imunoglobulina semanal (A), adiar a morfológica (B) e cordocentese (D) não têm respaldo nessa situação. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Criança de 3 anos foi levada à Unidade Básica de Saúde por apresentar tosse produtiva, redução de apetite e emagrecimento há um mês. Recebeu amoxicilina há 15 dias, sem melhora do quadro. A ausculta pulmonar estava normal. A prova tuberculínica solicitada foi de 6 mm, e a radiografia de tórax apresentava adenomegalia hilar. A mãe referiu que avô foi internado com diagnóstico de tuberculose. Segundo a recomendação do Ministério da Saúde, entre as seguintes condutas, a melhor para essa criança é:

- A. Tratar tuberculose com Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida. ✓**
- B. Solicitar escarro para pesquisa de BAAR em 4 semanas.
- C. Repetir a prova tuberculínica e a radiografia de tórax em 8 semanas.
- D. Tratar Infecção latente pelo Mycobacterium tuberculosis (ILTB) com Isoniazida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança sintomática (tosse, emagrecimento) sem resposta a antibiótico, contactante de TB (avô), com PT de 6 mm e radiografia com adenomegalia hilar: pela pontuação do Ministério da Saúde, o conjunto (quadro clínico + imagem sugestiva + contato + PT) autoriza o diagnóstico e o tratamento de TB ativa. Tratar apenas ILTB (D) seria insuficiente diante do quadro ativo. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Menina de 3 anos e 6 meses de idade apresenta o índice de massa corpórea (IMC) para a idade de 19 kg/m^2 IMC por Idade MENINAS Do nascimento aos 5 anos (percentis) De acordo com as informações fornecidas pelo gráfico, a indicação para manejo desse caso deve ser

- A. dieta e atividade física. ✓**
- B. lipidograma e ECG.
- C. dieta e lipidograma.
- D. atividade física e ECG.

COMENTÁRIO OSCELABS

Com IMC/idade elevado para a faixa, a criança está com excesso de peso, e o manejo inicial e prioritário é a mudança de estilo de vida: dieta e atividade física. Lipidograma, ECG (B/D) e outros exames não são a conduta de primeira linha nesse momento, que foca a intervenção comportamental. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Adolescente de 15 anos, boa aluna, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS), com sua amiga de mesma idade, porque acha que está grávida. É recebida pelo profissional de saúde, que a considera com bom desenvolvimento psíquico, orientada e muito preocupada com o que pode acontecer, questionando o médico sobre como será sua vida caso esteja grávida. Entre as condutas seguintes, a mais adequada para este caso é:

- A. não atender e solicitar que retorne com um responsável para poder realizar os testes e iniciar o pré-natal.
- B. atendimento pelo Médico de Família da UBS e dependendo do teste de gravidez iniciar pré-natal. ✓**
- C. atendimento pela enfermeira, realizar o teste de gravidez e se positivo, convocar os pais.
- D. não atender, convocar os pais ou responsável legal e encaminhar para ginecologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 15 anos, com bom desenvolvimento e autonomia, tem direito ao atendimento e à confidencialidade (ECA): deve ser acolhida pelo Médico de Família, realizar o teste e, se positivo, iniciar o pré-natal. Exigir responsável para atender (A/D) ou convocar os pais sem seu consentimento (C) viola o direito da adolescente. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Fábio, 19 anos, homem transgênero, negro, estudante cotista de administração em uma faculdade particular. Acompanhado pela mãe, vai à consulta em UBS com Médico de Família e Comunidade (MFC) por queixa de dor abdominal intensa em crises, há 6 meses. Procurou a emergência 3 vezes neste período e foi medicado com soro e analgésicos endovenosos com melhora parcial dos sintomas. Refere dor em pontada em regiões diferentes do abdome, acompanhadas de náuseas. Nega febre, vômitos, alterações urinárias. Realizou exames de sangue, ultrassom abdominal e exames de urina sem alterações. Está muito preocupado, com medo de ter alguma doença grave. Sente-se culpado porque sua mãe está preocupada e perde o sono por isso. Não tem histórico pessoal de doenças, seus pais são vivos e saudáveis e não tem irmãos. O médico de família investiga alimentação, hábitos, prática de exercícios físicos e percebe que desde que começou a faculdade, há 9 meses, parou de ter hábitos saudáveis, embora praticasse corrida e futebol antes. O paciente considera que deveria estar feliz na faculdade, que era um sonho realizado poder estudar, mas tem se sentido rejeitado pelos colegas e não sabe se vai conseguir continuar, refere tristeza maior parte do tempo. Exame físico normal. Entre os seguintes planos de tratamento e seguimento o melhor a ser oferecido pelo MFC é:

- A. Repetir os exames laboratoriais e solicitar novos exames de imagem caso aparecerem sinais de alerta com o objetivo de avaliar surgimento de lesões e para tranquilizar o paciente. Seguir com equipe multiprofissional na UBS.
- B. Explicar para o paciente e à sua mãe que a ausência de alterações no exame físico e nos exames suplementares indicam ausência de doenças físicas. Prescrever analgésicos e encaminhar para avaliação com psiquiatra.
- C. Explicar ao paciente que seus sintomas são característicos de transtorno mental causado pelas alterações em sua vida. Prescrever antidepressivo e encaminhar o paciente para seguimento com o psiquiatra da UBS.
- D. Utilizar o método clínico centrado na pessoa para compreender os sentimentos relacionados ao sofrimento do paciente e prejuízo em suas funções. Prescrever analgésico. Seguir com equipe multiprofissional na UBS. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal funcional/somatização em contexto de sofrimento psíquico (jovem transgênero com rejeição social e humor deprimido). A melhor abordagem do Médico de Família é o método clínico centrado na pessoa, compreendendo os sentimentos e o impacto funcional, com analgesia e seguimento pela equipe multiprofissional na UBS. Encaminhar de imediato ao psiquiatra ou repetir exames (A/B/C) medicaliza e fragmenta o cuidado. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Mulher de 30 anos apresenta crise de agitação intensa, nervosismo, choro e fala incoerente há 2 horas. Faz consultas com psicólogo por sintomas depressivos e ansiosos, há 2 meses. É levada à UBS por vizinha que a encontrou quebrando objetos dentro de casa e sabe que ela toma remédio para depressão. Paciente encontra-se agitada e ao entrar na sala de acolhimento começou a gritar e se arranhar e a falar de modo desconexo. Em relação à rede de atenção à saúde, entre as seguintes condutas, a melhor para essa paciente é

- A. encaminhá-la ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) junto com um responsável.
- B. aguardar familiares para obter anamnese qualificada.

C. chamar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para encaminhá-la ao pronto-socorro. ✓

- D. entrar em contato urgente com psiquiatra matriciado da UBS.

COMENTÁRIO OSCELABS

Agitação psicomotora aguda com auto-agressão e comportamento desorganizado configura urgência psiquiátrica com risco iminente: a conduta é acionar o SAMU para conduzir ao pronto-socorro e conter o quadro com segurança. Encaminhar ao CAPS acompanhada (A) ou aguardar familiares/matriciamento (B/D) não atende à urgência imediata. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Uma queixa frequente de pacientes que tiveram Covid-19 é de uma alteração cognitiva leve, caracterizada principalmente por dificuldade de lembrar nome de objetos e detalhes de conversas. Pretendendo investigar se existe uma relação entre Covid-19 e essa alteração tardia, um grupo de médicos de um hospital resolveu convocar os pacientes que procuram este serviço com suspeita de Covid-19 no último. Conseguiram contato com 2000 pacientes. Destes, 925 apresentaram testes positivos para Covid-19 e, entre estes, 75 referiram alguma alteração cognitiva. Entre os 1075 com teste negativo, 12 referiram alteração cognitiva. O tipo de estudo descrito é:

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Os pacientes foram convocados e classificados pela EXPOSIÇÃO (COVID-19 positivo vs negativo) e então verificado o desfecho (alteração cognitiva): desenho de coorte (aqui retrospectiva). Caso-controle (A) parte do desfecho; transversal (C) mede exposição e desfecho simultaneamente; ecológico (D) usa dados agregados de populações. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Uma queixa frequente de pacientes que tiveram Covid-19 é de uma alteração cognitiva leve, caracterizada principalmente por dificuldade de lembrar nome de objetos e detalhes de conversas. Pretendendo investigar se existe uma relação entre Covid-19 e essa alteração tardia, um grupo de médicos de um hospital resolveu convocar os pacientes que procuram este serviço com suspeita de Covid-19 no último. Conseguiram contato com 2000 pacientes. Destes, 925 apresentaram testes positivos para Covid-19 e, entre estes, 75 referiram alguma alteração cognitiva. Entre os 1075 com teste negativo, 12 referiram alteração cognitiva. A partir dos achados descritos e considerando que estes foram estatisticamente significativos pode-se concluir que:

- A. a Covid-19 é responsável por 6,78% dos casos de alteração cognitiva na população.
- B. pacientes sem Covid-19 apresentam 78,2% menor probabilidade de apresentarem a alteração cognitiva
- C. para cada paciente que desenvolva alteração cognitiva, existirão 6,25 que não a desenvolverão.

D. pacientes com Covid-19 apresentam 7,26 vezes maior probabilidade de apresentarem a alteração cognitiva. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Risco relativo: incidência nos COVID+ = $75/925 \sim 8,1\%$ e nos COVID- = $12/1075 \sim 1,12\%$. O RR $\sim 8,1/1,12 \sim 7,26$, ou seja, quem teve COVID-19 tem cerca de 7,26 vezes MAIOR probabilidade da alteração cognitiva. As demais alternativas confundem RR com fração atribuível/odds ou invertem a leitura. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Foi realizado um estudo sobre a eficácia de uma vacina contra a Covid-19. Os resultados foram os seguintes: De acordo com os dados acima, a eficácia desta vacina contra Covid-19 a partir da segunda dose foi de:

- A. 45,5%
- B. 37,8%
- C. 62,5% ✓**
- D. 70%

COMENTÁRIO OSCELABS

Eficácia vacinal = redução relativa de risco = $(\text{risco nos não vacinados} - \text{risco nos vacinados}) / \text{risco nos não vacinados}$, expressa em porcentagem. Aplicando os dados do estudo, a eficácia a partir da segunda dose corresponde a 62,5%. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Mulher de 68 anos de idade, previamente hígida, que não toma nenhum remédio, procura a Unidade Básica de Saúde por queixa de fraqueza e um cansaço, que nunca teve antes. Conta que há dois meses vem tendo fadiga e desânimo. O único antecedente relevante que refere é uma tendência a ressecamento. Mas nega sangramento nas fezes e queixas dispépticas. Ao exame clínico, está eutrófica, mas bastante descorada. Além de discreta taquicardia, não foi achada nenhuma outra alteração nem no exame físico geral nem específico. Foi feito exame de sangue que mostrou anemia hipocrômica e microcítica. Hemoglobina: 7,2 g/dL; hematócrito: 21%. O exame protoparasitológico de fezes teve a primeira amostra negativa. A melhor conduta para esta paciente, neste momento, dentre as abaixo, é:

- A. Tratar parasitose empiricamente.
- B. Encaminhar para hematologista.
- C. Solicitar colonoscopia. ✓**
- D. Reposição de ferro por via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher idosa com anemia ferropriva (hipocrômica, microcítica, Hb 7,2) sem sangramento aparente e protoparasitológico negativo: anemia por deficiência de ferro no idoso obriga a investigar perda oculta pelo trato gastrointestinal — colonoscopia para rastrear neoplasia colorretal. Tratar parasitose (A) ou repor ferro (D) sem investigar mascara a causa; hematologista (B) não é o primeiro passo. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

No segundo semestre de 2022, entre os meses de julho a setembro, a cidade de São Paulo registrou um surto de meningite. Com o intuito de prevenir o aumento de casos, o bloqueio vacinal realizado com a vacina contra Meningococo C deve ser aplicado nas regiões onde casos foram identificados em moradores e trabalhadores

- A. entre 3 meses e 64 anos de vida. ✓**
- B. independente da idade e da situação vacinal.
- C. crianças não vacinadas e adultos até 64 anos.
- D. menores de 5 anos e maiores de 60 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

No bloqueio vacinal durante surto de doença meningocócica C, a vacinação abrange a faixa recomendada de 3 meses a 64 anos de idade nos moradores e trabalhadores das áreas com casos identificados. As demais delimitações etárias (C/D) ou a vacinação irrestrita independentemente de idade (B) não correspondem à orientação. Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Senhora de 47 anos de idade, tabagista, obesa e etilista social, é atendida no ambulatório por dispepsia há vários anos. Já fez tratamento para erradicação de *Helicobacter pylori*, há muito tempo. Não fez controle. Sempre teve “dor de estômago”, mas agora queixa-se de perda ponderal significativa no último mês. O fator de risco a que este tumor está mais comumente relacionado é

- A. obesidade.
- B. tabagismo.
- C. etilismo.
- D. infecção por *H. pylori*. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Câncer gástrico (dispepsia crônica com perda ponderal significativa, história de *H. pylori* não controlado): o fator de risco mais comumente relacionado ao adenocarcinoma gástrico é a infecção pelo *Helicobacter pylori*, classificado como carcinógeno. Tabagismo, etilismo e obesidade (A/B/C) contribuem, mas em menor grau do que o *H. pylori*. Resposta D.