



Einstein — Residência Médica 2026 (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 C

Prova escrita objetiva (Teórica) ACESSO DIRETO Programas: Anestesiologia | Cirurgia Geral | Clínica Médica | Ginecologia e Obstetrícia | Medicina de Emergência | Medicina de Família e Comunidade | Medicina Intensiva | Neurologia | Ortopedia e Traumatologia | Patologia Clínica e Medicina Laboratorial | Pediatria | Psiquiatria | Radiologia e Diagnóstico por Imagem ■Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 75 questões objetivas. ■Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas. ■Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno. ■Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta. ■Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu. ■A duração da prova é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas. ■Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova. ■Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova e assine o termo respectivo. ■Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno. ■Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas. Aguarde a ordem do fiscal para abrir este caderno. Confidencial até o momento da aplicação. 3 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. Clínica Médica

COMENTÁRIO OSCELABS

O texto arquivado desta questão corresponde apenas a folha de capa do caderno (instruções ao candidato), sem enunciado clínico nem alternativas recuperáveis. Não há, portanto, conteúdo médico a comentar: o item não pode ser reconstruído a partir do material disponível. Fica registrado apenas o gabarito oficial divulgado pela banca, sem qualquer análise de mérito. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Sobre a apresentação e o diagnóstico de artropatias induzidas por cristais, todas as alternativas estão corretas, exceto:

- A. a cervicalgia aguda, associada a restrição de motricidade, com achado tomográfico compatível com síndrome de dente coroado é suficiente para diagnóstico de doença por depósito de pirofosfato de cálcio.
- B. a artropatia destrutiva de ombro com lesão de manguito rotador em mulheres idosas é compatível com doença de depósito de hidroxapatita, devendo ser confirmada por artrocentese.
- C. a artrite aguda da primeira metatarsofalangiana é suficiente para o diagnóstico de gota, dispensando a avaliação por exame de imagem ou artrocentese. ✓**
- D. a doença por depósito de cristais de oxalato é rara, devendo causar suspeita em pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise com artrite, com necessidade de artrocentese para confirmação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de 'exceto'. A artrite aguda da 1ª metatarsofalangiana (podagra) é altamente sugestiva de gota, mas não dispensa confirmação: o padrão-ouro segue sendo a identificação de cristais de urato monossódico na artrocentese, e a US/DECT ajuda quando a punção não é viável. Síndrome do dente coroado na TC fecha doença por pirofosfato (A); ombro de Milwaukee em idosa sugere hidroxapatita (B); oxalose é rara e ligada à DRC dialítica (D). Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Uma paciente de 67 anos, do sexo feminino, está internada em leito de enfermaria para tratamento de infecção urinária complicada. Ao 5º dia de internação, inicia novo quadro febril (T: 38,2 °C), associado a taquipneia (FR: 24 ipm) e taquicardia (FC: 110 bpm), normotensa (PA: 136 x 79 mmHg) e bem perfundida, além de ausculta com estertores crepitantes em base esquerda do tórax. Submetida a tomografia computadorizada, com achado compatível com processo infeccioso broncopneumônico multifocal. Foi escalonada antibioticoterapia de ceftriaxona para cefepime e vancomicina. Quanto ao restante da investigação complementar, pode-se afirmar, exceto:

A. a coleta de swab nasal para pesquisa de staphylococcus resistente a meticilina pode ajudar no descalonamento antimicrobiano.

B. a coleta de painel molecular para vírus respiratórios não está recomendada, pois não mudará a terapia instituída. ✓

C. é oportuna a coleta de procalcitonina e seu monitoramento para auxiliar na avaliação de resposta antimicrobiana.

D. a coleta de culturas é recomendada, mesmo que a paciente não desenvolva sepse.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de 'exceto'. O painel molecular para vírus respiratórios é recomendado: identificar influenza/SARS-CoV-2 muda a terapia (antiviral) e permite descalonar antibióticos, além de orientar precauções. As demais estão corretas: swab nasal para MRSA tem alto valor preditivo negativo e autoriza suspender vancomicina; procalcitonina seriada auxilia a monitorar resposta e encurtar antibiótico; culturas devem ser colhidas mesmo sem sepse. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Mulher de 50 anos, sem comorbidades, comparece à consulta de rotina para saber sobre exames para rastreio de câncer de cólon. Está assintomática, mas preocupa-se, pois seu pai foi diagnosticado com câncer de colorretal aos 65 anos. O exame físico na consulta é normal. Qual das seguintes estratégias é a mais apropriada para esta paciente?

A. Colonoscopia de rastreamento agora e repetir a cada 5 anos pelo histórico familiar.

B. Colonoscopia aos 55 anos e repetir a cada 10 anos, caso o resultado seja normal.

C. Pesquisa de sangue oculto imunológica anual, como alternativa válida à colonoscopia. ✓

D. Sigmoidoscopia flexível a cada 2 anos, combinada com pesquisa de sangue oculto. 4
FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parente de 1º grau com câncer colorretal diagnosticado aos 65 anos (≥ 60 anos) NÃO configura risco aumentado: a paciente segue como risco habitual. Nessa condição, sangue oculto imunológico (FIT) anual é estratégia validada e alternativa legítima à colonoscopia. Colonoscopia a cada 5 anos (A) só quando o parente foi diagnosticado antes dos 60 ou há dois parentes de 1º grau; adiar para 55 anos (B) atrasa o rastreio; sigmoidoscopia a cada 5-10 anos, não 2 (D). Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Uma mulher de 58 anos apresenta dor lombar crônica após múltiplas cirurgias de coluna. Está em uso de oxicodona oral 40 mg/dia há 9 meses, e relata que inicialmente obteve bom alívio, mas agora apresenta aumento progressivo da dor difusa, incluindo nos membros superiores, com piora da sensibilidade dolorosa mesmo a estímulos leves. Ela está ansiosa e relata dificuldade para dormir por conta da dor. Ao exame físico: pressão arterial e frequência cardíaca normais, exame neurológico sem déficits focais, mas queixa-se de dor difusa no corpo com sensação de queimação aos mínimos estímulos, como trocar de roupa. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Aumentar a dose de oxicodona para contornar a provável tolerância ao opioide.
- B. Manter a dose de oxicodona e associar antidepressivo tricíclico como medicação adjuvante para controle da dor.
- C. Prescrever benzodiazepínico associado para reduzir a ansiedade relacionada à dor e trocar a oxicodona por morfina.

D. Considerar redução da oxicodona e associar gabapentina para auxiliar o controle da dor. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Piora progressiva da dor sob opioide crônico, com dor DIFUSA que se estende para além do sítio original e alodinia a estímulos leves: o quadro é hiperalgesia induzida por opioide, não tolerância simples. A conduta é reduzir o opioide e otimizar adjuvantes (gabapentinóides, antidepressivos, medidas não farmacológicas). Aumentar a dose (A) alimenta o círculo vicioso; manter a dose (B) não trata a causa; benzodiazepínico com opioide (C) só soma risco de depressão respiratória. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Homem de 58 anos, com diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, apresenta pressão arterial de 150 x 92 mmHg em exame de monitorização ambulatorial de pressão arterial 24 horas. Não há história de doença cardiovascular prévia. Exames mostram função renal preservada (TFG > 60 mL/min/1,73 m²) e microalbuminúria positiva. Qual a melhor conduta inicial, além de terapia de estilo de vida, para o controle da hipertensão neste paciente?

- A. Iniciar betabloqueador em monoterapia, pela proteção cardiovascular.
- B. Iniciar diurético tiazídico em monoterapia, pela boa eficácia em idosos.

C. Iniciar um inibidor da ECA e um bloqueador de canal de cálcio. ✓

- D. Adiar tratamento farmacológico e recomendar apenas terapia de estilo de vida. 5
FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético com PA de 150x92 mmHg na MAPA está em hipertensão estágio 2 e com microalbuminúria: as diretrizes atuais indicam já iniciar terapia combinada, de preferência IECA (ou BRA, pela nefroproteção/antiproteínúria) associado a bloqueador de canal de cálcio. Betabloqueador (A) não é primeira linha sem indicação compelling; tiazídico isolado (B) não cobre a proteinúria e é insuficiente no estágio 2; adiar fármaco (D) é inaceitável com lesão renal já instalada. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Em relação à diferenciação dos tipos de BAV de 2º grau, assinale a alternativa correta.

- A. No BAV de 2º grau Mobitz I (Wenckebach), o intervalo PR bloqueado, há intervalo PR maior no batimento conduzido antes que no batimento conduzido depois. ✓**
- B. No BAV de 2º grau Mobitz II, o intervalo PR se alonga progressivamente antes do bloqueio.
- C. No BAV 2:1, é sempre possível distinguir se se trata de Mobitz I ou Mobitz II apenas pelo ECG de repouso.

D. O BAV Mobitz I é geralmente mais grave e tem maior risco de evolução para bloqueio total que o Mobitz II.

COMENTÁRIO OSCELABS

Truque clássico do ECG: no Mobitz I (Wenckebach) o PR alonga progressivamente e 'reseta' após a pausa — logo, olhando a onda P bloqueada, o PR do batimento conduzido ANTES dela é maior que o do batimento conduzido depois. B inverte os conceitos (o alongamento progressivo é do Mobitz I, não do II). No BAV 2:1 (C) é impossível distinguir Mobitz I de II apenas pelo ECG de repouso, pois não há dois PR consecutivos para comparar. Mobitz II é que é mais grave (D). Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

O médico atendeu um paciente na sala vermelha para o qual fez a hipótese principal de tromboembolismo pulmonar. Nenhuma medida ou exame foi feito ainda. Quais são os exames e medicações iniciais indicadas de acordo com a estratificação de risco por escore na suspeita de tromboembolismo pulmonar?

A. Pacientes de baixo risco pré-teste têm indicação de enoxaparina 1 mg/kg SC e realização de dímero-D.

B. Pacientes de médio risco pré-teste têm indicação de enoxaparina 1 mg/kg SC e realização de dímero-D. ✓

C. Pacientes de alto risco pré-teste têm indicação de enoxaparina 1,5 mg/kg SC e realização de dímero-D.

D. Pacientes de médio risco pré-teste, com PERC positivo, têm indicação de enoxaparina 1,5 mg/kg SC e angiotomografia de aorta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na suspeita de TEP a estratificação pré-teste (Wells/Genebra) comanda tudo. Risco intermediário: colhe-se dímero-D e, como a investigação se prolonga, já se anticoagula empiricamente com enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12h se não houver contraindicação. Baixo risco (A) resolve-se com PERC/dímero-D, sem anticoagular antes de confirmar. Alto risco (C) dispensa dímero-D — vai direto a angio-TC de TORAX. E o exame nunca é angio-TC de aorta (D). Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Paciente de 26 anos apresenta-se ao pronto atendimento com quadro de cefaleia há 3 dias, náuseas e febre, sem outros sintomas associados. Nega comorbidades ou medicações de uso habitual. Não apresenta alterações nos sinais vitais, além da elevação da temperatura. Não apresenta rigidez de nuca, Kernig e Brudzinski são negativos. Relata piora da cefaleia após mexer a cabeça horizontalmente por alguns segundos.

Hemograma sem alterações. Realizado LCR com o seguinte resultado: celularidade: 153 leucócitos/microL com predomínio de linfócitos, 0 hemácia. Não há alteração em lactato, glicose ou proteína. Considerando as hipóteses diagnósticas mais prováveis, qual a conduta correta para o caso?

A. Manter antibioticoterapia endovenosa por 48 horas, mesmo considerando o provável caso de meningite viral, enquanto aguarda resultado de culturas e painel molecular (quando disponível no serviço). ✓

B. Orientar alta hospitalar com anti-inflamatórios não esteroidais para tratamento de cefaleia, pois o exame físico associado ao resultado do líquido indica baixa probabilidade de meningite.

C. Prosseguir a investigação de cefaleia com sinais de alarme com tomografia de crânio e, caso negativa, com ressonância magnética, uma vez que está descartada a hipótese de meningite neste cenário.

D. Manter uso de corticoide, antibiótico empírico, terapia para herpes-vírus e infecções fúngicas, enquanto aguarda resultados de painel molecular (se disponível), pois o exame de líquido possui alta taxa de falso-negativo. 6 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

LCR com 153 leucocitos as custas de linfócitos, glicose, lactato e proteína normais aponta meningite viral — mas a decisão segura no pronto-socorro é manter o antibiótico empírico até 48h, aguardando culturas e painel molecular, porque meningite bacteriana precocemente tratada ou parcialmente tratada pode cursar com perfil semelhante. Alta com AINE (B) ignora a pleocitose; o líquido já definiu meningite, então investigar cefaleia por imagem (C) é desnecessário; corticoide com antifúngico e antiviral amplos (D) é excesso injustificado. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 33 anos, apresenta-se ao departamento de emergência por quadro de disúria, polaciúria, náuseas e febre há 01 dia. Nega corrimento vaginal, possibilidade de gestação, cirurgias ou quadros anteriores semelhantes. Os sinais vitais apresentavam frequência cardíaca de 98 batimentos por minuto, pressão arterial de 118 x 62 mmHg e frequência respiratória de 18 incursões por minuto. Os exames séricos evidenciaram leucocitose às custas de neutrófilos, sem elevação da proteína C reativa ou alteração da função renal. A urina apresenta leucocitúria, nitrito positivo, sem proteína, hematuria ou cilindros. Não há disfunção renal associada. Qual a conduta correta nesse momento?

- A. Alta hospitalar com nitrofurantoína, dado quadro de infecção de trato urinário não complicada em paciente jovem.
- B. Solicitação de ultrassonografia de vias urinárias e iniciar antibioticoterapia com ceftriaxona parenteral em regime de internação hospitalar.
- C. Pode-se realizar a primeira dose de antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona no pronto atendimento, seguida de alta hospitalar com ciprofloxacino via oral. ✓**
- D. Alta hospitalar com sulfametoxazol+trimetoprima, dado quadro de infecção de trato urinário não complicada em paciente jovem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Disúria e polaciúria com febre, náuseas e leucocitose sistêmica caracterizam pielonefrite (ITU alta), não cistite. Sem sepse, vômitos incoercíveis, gestação ou disfunção renal, cabe manejo ambulatorial: primeira dose parenteral de ceftriaxona no pronto-socorro e alta com quinolona oral e reavaliação. Nitrofurantoína (A) e SMX-TMP (D) não atingem concentração adequada no parênquima renal — servem à cistite. Internar e imagem (B) só em falha terapêutica, cálculo ou instabilidade. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Paciente de 52 anos, com antecedente de hipertensão e dislipidemia, encontra-se em seu segundo dia de internação após ressecção transesfenoidal de adenoma hipofisário. Ao checar seus exames séricos de rotina, nota-se Cr: 1,2 mg/dL; ureia: 40 mg/dL; sódio: 153 mEq/L; potássio: 3,5 mEq/L. Quais dados auxiliariam na confirmação da principal hipótese diagnóstica e seu tratamento?

- A. Redução do volume urinário associada à redução de ingestão hídrica, administração de fluidos endovenosos hipotônicos.
- B. Poliúria associada à osmolaridade urinária reduzida, administração de desmopressina. ✓**
- C. Polidipsia, poliúria, osmolaridade urinária reduzida, introdução de tiazídicos.
- D. Redução do volume urinário associada à redução de ingestão hídrica, reposição hídrica com cloreto de sódio 0,9%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sódio de 153 mEq/L no 2o dia de pos-operatório transefenoidal e o cenário típico do diabetes insípido central (deficiência de vasopressina) por manipulação hipotálamo-hipofisária. A confirmação vem da tríade poliúria + osmolaridade urinária BAIXA com hipernatremia/osmolaridade sérica alta, e o tratamento é a desmopressina. Redução do volume urinário (A e D) não explica hipernatremia por perda renal de água livre; tiazídico (C) e recurso do diabetes insípido NEFROGENICO. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Homem de 63 anos, com diabetes tipo 2 controlado (HbA1c: 7,1%), em uso de metformina e dapagliflozina, é internado para artroplastia eletiva de quadril. Está em jejum há 12 horas, glicemia capilar de 148 mg/dL e exames laboratoriais normais. O anestesista responsável questiona sobre a segurança do uso pré-operatório da dapagliflozina (inibidor de SGLT2). Considerando as evidências atuais e as recomendações de sociedades médicas, qual é a conduta mais adequada em relação ao uso de iSGLT2 no perioperatório?

- A. Manter dapagliflozina até o dia da cirurgia, já que o risco de hipoglicemia perioperatória é menor em comparação a outras drogas orais.
- B. Suspender a dapagliflozina apenas no dia do procedimento, visto que o jejum prolongado associado ao uso não aumenta risco metabólico relevante.
- C. Suspender o iSGLT2 pelo menos 3 dias antes da cirurgia eletiva, devido ao risco aumentado de cetoacidose diabética euglicêmica no perioperatório. ✓**
- D. Evitar o uso de insulina no perioperatório de pacientes em uso crônico de iSGLT2, pois essa combinação potencializa o risco de cetoacidose diabética euglicêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Inibidor de SGLT2 no perioperatório é gatilho de cetoacidose diabética EUGLICÊMICA — o jejum prolongado e o estresse cirúrgico somam-se a glicosúria e a cetogênese, e a glicemia normal mascara o diagnóstico. Por isso as sociedades recomendam suspender a droga pelo menos 3 dias (alguns protocolos: 3-4 dias) antes de cirurgia eletiva. Manter até o dia (A) ou suspender só no dia (B) não elimina o risco; a insulina (D) é justamente parte do TRATAMENTO da CAD euglicêmica, não um fator de risco. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Um homem de 52 anos, IMC: 30,2 kg/m², histórico familiar de diabetes tipo 2, apresenta glicemia de jejum de 112 mg/dL e HbA1c de 6,0%, configurando pré-diabetes. Ele relata falha em atingir perda ponderal significativa após 6 meses de intervenção com dieta e exercício supervisionados. Considerando a evidência atual e as diretrizes internacionais sobre o uso de análogos do GLP-1 nesse contexto, qual é a conduta mais adequada?

- A. Postergar o análogo de GLP-1 até paciente preencher critérios para DM2, pois o seu papel preventivo ainda é controverso no pré-diabetes na ausência de complicações metabólicas adicionais.
- B. Considerar o análogo de GLP-1 como adjuvante no pré-diabetes com obesidade após falha de intervenção no estilo de vida, visando a perda de peso e prevenção da progressão do diabetes. ✓**
- C. Evitar o uso de análogo de GLP-1 em pacientes no pré-diabetes com o objetivo de controle metabólico, pois não há evidência de redução na incidência de diabetes tipo 2 nesse grupo.
- D. Indicar GLP-1 apenas em casos de pré-diabetes associados a doença cardiovascular aterosclerótica documentada, pois o seu benefício está restrito à proteção macrovascular. 7 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-diabetes com obesidade (IMC 30,2) após 6 meses de mudança de estilo de vida bem conduzida e sem resposta: há evidência sólida (programas de liraglutida e semaglutida na obesidade) de que o análogo de GLP-1 promove perda ponderal relevante e reduz a progressão para DM2. Postergar até preencher critério de diabetes (A) desperdiça a janela de prevenção; negar evidência de redução de incidência (C) contraria os ensaios; restringir o benefício à doença aterosclerótica documentada (D) confunde indicação cardiovascular com indicação metabólica. Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Um homem de 55 anos, com doença renal do diabetes e em acompanhamento ambulatorial, relata seguir dieta com 1,6 g/kg de proteína por dia, orientado por seu treinador esportivo para manutenção de massa muscular. Traz exames laboratoriais: creatinina sérica: 2,9 mg/dL (VR 0,6-1,3), taxa de filtração glomerular: 25 mL/min/1,73 m², albuminúria: 220 mg/g (VR <30), potássio sérico: 4,9 mEq/L (VR 3,5-5,0), bicarbonato sérico: 21 mEq/L (VR 22-28). Qual conduta apresenta maior impacto na progressão da doença renal e no controle das complicações metabólicas?

- A. Manter a ingestão proteica conforme orientado pelo treinador físico como estratégia para preservar massa muscular.
- B. Reduzir a ingestão proteica pela metade e orientar dar preferência por alimentos proteicos de origem vegetal. ✓**
- C. Reduzir em 5-10% a ingestão de proteínas em paralelo ao uso de inibidor de SGLT2 para neutralizar possíveis efeitos do excesso proteico.
- D. Priorizar a restrição de cálcio e sódio, preservando a possibilidade de a dieta ser hiperproteica ou normoproteica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal do diabetes com TFG de 25 mL/min e ingestão de 1,6 g/kg/dia de proteína: essa carga acelera a hiperfiltração, agrava a acidose metabólica (bicarbonato 21) e a retenção de fósforo e potássio. A conduta de maior impacto é reduzir a proteína para cerca de 0,8 g/kg/dia (metade do atual) privilegiando fontes vegetais, que geram menor carga ácida e menor absorção de fósforo. Manter a dieta (A) é deletéreo; reduzir apenas 5-10% (C) é insuficiente; restringir cálcio e sódio mantendo hiperproteica (D) erra o alvo. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Homem de 69 anos, com antecedente de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, procura o ambulatório queixando-se de episódios frequentes de tontura e visão borrada ao se levantar, especialmente pela manhã e após refeições volumosas. Refere dois episódios pré-síncope na última semana, um deles ao sair do banho. Usa metformina 850 mg 2x/dia para controle do diabetes. Ao exame, apresenta PA após cinco minutos em decúbito de 138 x 84 mmHg e FC de 72 bpm; após três minutos em posição ortostática, PA: 108 x 70 mmHg e FC: 70 bpm. Ausculta cardíaca com bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros. Ao exame neurológico, reflexos discretamente reduzidos nos tornozelos e sensibilidade vibratória diminuída nos pés, com força preservada. Qual é o diagnóstico mais provável para os sintomas desse paciente?

- A. Hipotensão ortostática neurogênica por neuropatia autonômica do diabetes. ✓**
- B. Hipotensão ortostática não neurogênica induzida por metformina.
- C. Síncope vasovagal desencadeada por banhos quentes.
- D. Síndrome de Taquicardia Postural Ortostática.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pista está na frequência cardíaca: queda de 30 mmHg na sistólica ao ortostatismo SEM elevação compensatória da FC (72 para 70 bpm) e a assinatura da hipotensão ortostática NEUROGENICA — aqui por neuropatia autonômica do diabetes de longa data, corroborada pela neuropatia sensitiva distal (reflexos aquileus reduzidos, vibratória diminuída) e pela piora pos-prandial e matinal. Metformina (B) não causa hipotensão ortostática; síncope vasovagal (C) é situacional e com prodromos autonômicos; POTS (D) exige aumento da FC ≥ 30 bpm. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Mulher de 65 anos, com antecedente de hipertensão arterial sistêmica e câncer de mama, iniciou quadro de dor abdominal em abdome inferior há 3 dias, associado a febre baixa de 37,9 °C. Nega alterações de hábito intestinal no período ou previamente, bem como nega náuseas, vômitos, perda de peso e sintomas urinários. Refere episódio prévio de dor semelhante há 6 meses, de menor intensidade, com resolução espontânea. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com frequência cardíaca de 82 bpm e pressão arterial de 140 x 90 mmHg. Abdome globoso, normodistendido, ruídos hidroaéreos presentes, sem visceromegalias ou massas palpáveis, doloroso à palpação de hipogastro e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal sem alterações. Exames laboratoriais iniciais: hemoglobina: 13,2 g/dL; hematócrito: 40%; leucograma: 12.770 u/L; amilase: 69 u/L (0-110); creatinina: 1,0 mg/dL. Levando em conta a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse momento.

A. Jejum, sintomáticos e preparo de cólon para colonoscopia.

B. Jejum, sintomáticos e tomografia computadorizada de abdome com contraste. ✓

C. Dieta leve sem resíduos, ceftriaxone e metronidazol e tomografia de abdome com contraste.

D. Sintomáticos, orientações de sinais de alarme e investigação ambulatorial. 8 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipogastrio e fossa ilíaca esquerda, febre baixa, leucocitose e episódio prévio autolimitado: diverticulite aguda é a hipótese principal. Antes de definir dieta, antibiótico e necessidade de drenagem, é preciso ESTADIAR com tomografia de abdome com contraste (abscesso? perfuração? Hinchey), mantendo jejum e sintomáticos. Colonoscopia na fase aguda (A) está contraindicada pelo risco de perfuração — fica para 6-8 semanas depois. Tratar as cegas (C) ou mandar para casa com investigação ambulatorial (D) num quadro febril com leucocitose é imprudente. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Homem de 32 anos, previamente hígido, com história de dor abdominal em andar superior de forte intensidade há 2 dias, associada a dois episódios de vômito, nega sintomas prévios a esse período, mas refere episódio de ingestão de bebida alcoólica em grande quantidade há 3 dias. Apresenta dor constante, graduação 8 em 10, sem fatores de melhora ou piora, acometendo todo o andar superior. Ao exame físico, estava em regular estado geral e com fácies de dor, tendo apresentado vômito na admissão. A frequência cardíaca é de 125 bpm e a pressão arterial de 110 x 85 mmHg. Pouco colaborativo, não permite exame físico abdominal adequado por dor. Realizou o exame de imagem exibido a seguir e, após retornar do exame, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência, hipotensão e má perfusão periférica. (Arquivo pessoal; imagens usadas com autorização) Diante do quadro, assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica adequada nesse momento.

A. Laparotomia exploradora. ✓

B. Laparoscopia diagnóstica.

C. Suporte

D. Suporte

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal alta intensa após liberação alcoólica que evolui, após o exame de imagem, com rebaixamento do nível de consciência, hipotensão e má perfusão: e abdome agudo com instabilidade hemodinâmica. Paciente em choque com abdome cirúrgico não volta para exames nem espera — vai para laparotomia exploradora, que é diagnóstica e terapêutica e permite controle de dano. A laparoscopia diagnóstica (B) não se aplica ao instável (o pneumoperitônio piora o retorno venoso). Suporte clínico isolado, com ou sem antibiótico (C e D), condena o paciente ao retardo cirúrgico. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Homem de 28 anos sofreu trauma doméstico com serena elétrica, evoluindo com perda de substância na ponta do II quírodáctilo direito, com exposição da polpa, porém sem exposição óssea ou tendínea. O paciente encontra-se estável, sem outras lesões associadas. Qual é a melhor opção de fechamento para este defeito cutâneo?

- A. Enxerto de pele parcial da coxa.
- B. Fechamento primário com descolamento amplo para sutura sem tensão.
- C. Fechamento por segunda intenção.

D. Retalho de avanço V-Y local. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda de polpa da ponta do dedo SEM exposição óssea ou tendínea, com leito bem vascularizado: o retalho de avanço V-Y local é a melhor opção — reconstrói com pele glabra sensível, de mesma cor e textura, preservando comprimento e a sensibilidade discriminativa essencial à polpa digital. Enxerto de pele parcial (A) resulta em coto insensível e aderido, com intolerância ao frio; fechamento primário com descolamento amplo (B) encurta o dedo e cria tensão; segunda intenção (C) serve a defeitos pequenos (< 1 cm), não a perda ampla de polpa. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Homem de 69 anos, natural da Bahia, tabagista 50 anos/maço vem à Unidade Básica de Saúde com queixa progressiva de dificuldade para se alimentar há 4 meses, tendo perdido 5 kg no período. Refere que, inicialmente, apresentava dificuldade apenas com carnes e com alimentos mais sólidos, mas atualmente tem dificuldade também com líquidos, associada a episódios de regurgitação noturna. Nega odinofagia, hematêmese ou histórico familiar de câncer. Diz também que tem o hábito de tomar água com as refeições para ajudar a empurrar o alimento e refere ter tido conhecidos com doença de Chagas. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, corado, normotenso, sem outras alterações relevantes ao exame clínico. Com base nesse caso, a conduta inicial adequada é

- A. solicitar esofagografia baritada para diferenciar acalásia primária de neoplasia de esôfago distal.
- B. solicitar endoscopia digestiva alta para investigação de obstrução mecânica ou neoplasia. ✓**
- C. solicitar manometria esofágica de alta resolução para confirmar o diagnóstico de acalásia secundária.
- D. iniciar nifedipina sublingual e omeprazol, considerando acalásia como diagnóstico mais provável e aguardar resposta clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia progressiva de sólidos para líquidos em 4 meses, com perda de 5 kg, em tabagista pesado (50 anos/maco): ainda que regurgitação noturna e contexto chagásico sugiram acalasia, o dever inicial é EXCLUIR neoplasia. A endoscopia digestiva alta e o primeiro exame — visualiza a mucosa e permite biópsia, o que nenhum outro método faz. Esofagografia (A) e manometria (C) tem papel funcional e vem depois de afastado o câncer; iniciar nifedipina e omeprazol (D) sem diagnóstico e tratar as cegas uma disfagia com sinal de alarme. Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Mulher de 48 anos vem com queixa de nódulo cervical de aparecimento há 2 meses. Nega sintomas localizados, mas acredita estar havendo crescimento. Nega febre, sudorese noturna, perda de peso, infecções recentes, tabagismo ou etilismo. À palpação cervical, apresenta nódulo palpável em nível II direito de 2 cm, consistência firme, móvel, indolor e sem sinais flogísticos. Sem outras alterações palpáveis. Traz ultrassonografia solicitada pelo clínico geral descrevendo linfonodomegalia arredondada, única em nível II direito de 2,1 cm, com hilo central não caracterizado. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- A. A ultrassonografia associada ao perfil da paciente torna a possibilidade de neoplasia baixa, estando indicada a investigação com sorologias.
- B. A ultrassonografia não é um exame adequado para investigação inicial desse caso, e deve ser solicitada tomografia computadorizada de face e pescoço.
- C. Não há indicação de realização de oroscopia, uma vez que a paciente é não tabagista.

D. Deve-se prosseguir a investigação diagnóstica, uma vez que há sinais de alarme para neoplasia nas informações apresentadas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfonodo cervical de nível II com 2,1 cm, crescimento progressivo em 2 meses, consistência firme e — o detalhe decisivo — HILO CENTRAL NÃO CARACTERIZADO a ultrassonografia: são sinais de alarme para neoplasia e obrigam a prosseguir a investigação (oroscopia/nasofibroscopia, TC e PAAF ou biópsia). Chamar de baixo risco e pedir sorologias (A) ignora os achados; a US e sim o exame inicial adequado (B); e a oroscopia (C) é mandatória independentemente de tabagismo — carcinoma de orofaringe por HPV incide justamente em não tabagistas. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Mulher de 38 anos, sem histórico de doenças relevantes, chega ao pronto-socorro com dor súbita e intensa no flanco esquerdo, associada a hematúria macroscópica. Não apresenta febre. Ao exame físico, apresenta dor à palpação na região do flanco esquerdo. A tomografia computadorizada mostra um cálculo de 6 mm no ureter distal esquerdo e uma leve dilatação do sistema coletor renal. Qual é a melhor opção de manejo inicial para essa paciente?

- A. Cirurgia aberta para remoção do cálculo.
- B. Internação para observação e antibiótico profilático.

C. Terapia medicamentosa expulsiva (por exemplo, com alfabloqueadores). ✓

- D. Litotripsia intracorpórea com laser. 9 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Calculo ureteral DISTAL de 6 mm, sem febre, sem sinais de infecção e com hidronefrose leve em paciente com dor controlável: há boa chance de eliminação espontânea, e a conduta inicial e terapia medicamentosa expulsiva com alfabloqueador (tansulosina) somada a analgesia e hidratação, com reavaliação em até 4 semanas. Cirurgia aberta (A) e excepcional na litíase; antibiótico profilático com internação (B) não tem indicação sem infecção; ureteroscopia com laser (D) fica para falha do tratamento clínico, dor refratária, sepsis ou rim único. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Mulher de 65 anos, diabética e obesa, foi submetida à mastectomia por câncer de mama. No 5o dia de pós-operatório, apresenta eritema e calor ao redor da incisão, com exsudato purulento e odor fétido. As glicemias capilares que a paciente fez em casa demonstraram diabetes fora do controle, com hiperglicemia em todas as medidas. O exame físico mostra uma área de deiscência parcial e presença de necrose superficial da ferida operatória. A paciente refere uso recente de suplementos de cálcio para osteoporose e está em terapia com insulina para o controle do diabetes. Adicionalmente, a paciente tem histórico de vasculite e faz uso de corticoides por via oral. Diante do caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a terapêutica indicada.

- A. Aumento da dose de corticoides para controlar a inflamação.
- B. Início de antibioticoterapia oral (por exemplo, cefadroxila) e compressas quentes para controle local.
- C. Início de antibioticoterapia oral (por exemplo, cefadroxila) e compressas frias para controle local.
- D. Desbridamento cirúrgico e administração de anti-bióticos intravenosos (por exemplo, meropenem e vancomicina). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabética descompensada, obesa e em corticoterapia crônica que evoluiu no 5o dia de pós-operatório com exsudato purulento de ODOR FÉTIDO, necrose e deiscência: o quadro sugere infecção necrosante de partes moles, e não celulite simples. O tratamento é tempo-dependente: desbridamento cirúrgico amplo e imediato somado a antibiótico intravenoso de amplo espectro com cobertura para Gram-negativos, anaeróbios e MRSA. Antibiótico oral com compressa quente ou fria (B e C) subtrai; aumentar corticoide (A) agrava a imunossupressão e a necrose. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Um paciente será submetido a cistectomia radical aberta e reconstrução urinária com conduto ileal à Bricker. Qual é o momento adequado para realizar a profilaxia antimicrobiana?

- A. Até uma hora antes da intubação orotraqueal.
- B. Até uma hora antes da incisão cirúrgica. ✓**
- C. Imediatamente após instalar o acesso venoso.
- D. Imediatamente após o paciente entrar na sala operatória.

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia antimicrobiana cirúrgica só cumpre seu papel se houver concentração tecidual adequada no momento da INCISÃO — por isso a regra é infundir até 1 hora antes da incisão (2 horas para vancomicina e fluoroquinolonas, pela infusão lenta), com redose intraoperatória conforme meia-vida e sangramento. Ancorar o horário na intubação (A), no acesso venoso (C) ou na entrada em sala (D) são referências variáveis, que podem antecipar demais ou atrasar a dose em relação ao único marco que importa. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Mulher de 42 anos, vítima de capotamento de veículo a 90 km/h seguido de colisão com árvore, há uma hora, condutora do veículo, com cinto de segurança, é levada pelo resgate em prancha rígida e com colar cervical. A avaliação, quando a paciente foi admitida na unidade de saúde, demonstra: · ■A: conversa, respiração sem ruídos, saturação de O₂ igual a 92% com máscara não reinalante a 15 L/min; · ■B: frequência respiratória de 18 ipm, MV+ sem ruídos adventícios, escoriações em tórax anterior e posterior, sem alterações à inspeção e à palpação; · ■C: pressão arterial de 100 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, escoriações abdominais e hematoma em flanco direito e dor difusa à palpação abdominal, FAST positivo em quadrante espleno renal e hepato renal, pelve estável, membro inferiores sem deformidade ou sangramento externo; · ■D: pupilas isocóricas e fotorreagentes, escala de coma de Glasgow: AO 4 RV 5 RM 6; · ■E: escoriações em dorso, sem dor à palpação da coluna vertebral. Considerando o quadro, é correto afirmar que, no momento de admissão da paciente, as condutas pertinentes envolvem fazer expansão volêmica com

- A. 500 mL de cristalóide aquecido e solicitar tipagem sanguínea, gasometria arterial com lactato e realizar laparotomia de urgência.
- B. um concentrado de hemácias O negativo, solicitar tomografia de abdome com contraste, tipagem sanguínea, gasometria arterial com lactato e avaliação pela cirurgia.

C. 500 mL de cristalóide aquecido e solicitar tipagem sanguínea, gasometria arterial com lactato e avaliação pela cirurgia. ✓

- D. 500 mL de cristalóide aquecido e um concentrado de hemácias O negativo, solicitar tipagem sanguínea e reavaliar necessidade de avaliação cirúrgica após a reanimação volêmica. 10 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma com FAST positivo em dois quadrantes, taquicardia, TEC de 4 segundos e PA limitrofe: a paciente é respondedora potencial, não está em choque franco refratário. Pelo ATLS atual, faz-se reposição inicial restritiva com 500 mL a 1 L de cristalóide AQUECIDO, coleta-se tipagem e gasometria com lactato e aciona-se a cirurgia imediatamente. Levar ao tomógrafo (B) é inseguro com sangramento abdominal ativo e hemodinâmica limitrofe; laparotomia já indicada de saída (A) antecipa a reavaliação; hemocomponente e reanimação antes de acionar o cirurgião (D) atrasa o controle do foco. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Uma mulher de 35 anos foi socorrida pelo resgate após incêndio no seu local de trabalho. A paciente trabalhava em um ambiente pequeno e fechado e foi retirada do local, agitada e confusa, após vinte minutos do início do incêndio. Sinais vitais no local: pressão arterial de 120 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 95 bpm, frequência respiratória de 22 ipm, saturação de O₂ de 96% em ar ambiente. Chega ao serviço de emergência em prancha rígida, com colar cervical e máscara de O₂ com fluxo de 12 L/min. Queixa-se de dor em face e tórax. Respiração sem ruídos. Queimadura de face e região anterior e superior do tórax não circunferencial, saturação de O₂ de 98%. Escala de coma de Glasgow: AO 4 RV 5 RM 6. Diante desse quadro, assinale a alternativa que descreve corretamente alteração(ões) do exame físico que é(são) indício(s) de gravidade e, respectivamente, a conduta prioritária no atendimento.

A. Cílios e vibrissas queimadas; a intubação orotraqueal é indicada. ✓

- B. Escarro carbonáceo; a aspiração da orofaringe é necessária.
- C. Rouquidão ao falar; a utilização de spray de lidocaína trata essa condição.
- D. Fuligem em cavidade oral; a remoção mecânica reduz a inflamação local.

COMENTÁRIO OSCELABS

Incendio em ambiente fechado com queimadura de face: o achado que anuncia lesão inalatória e obriga a ação e a queimadura de cílios e vibrissas (com rouquidão, escarro carbonáceo e estridor). Como o edema de via aérea progride rapidamente, a conduta prioritária é a INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL precoce, antes que a via aérea se torne inabordable. Aspiração de orofaringe (B), spray de lidocaína (C) e remoção mecânica de fuligem (D) são medidas locais que não protegem a via aérea — e a rouquidão, longe de ser tratável topicamente, é sinal de alarme. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Homem de 47 anos foi submetido a hemorroidectomia aberta por doença hemorroidária grau III pela técnica de Milligan-Morgan. Evoluiu bem no pós-operatório imediato. Entretanto, cerca de 4 semanas após a cirurgia, passou a apresentar evacuações progressivamente difíceis, fezes afiladas e dor anal persistente. O mecanismo mais provavelmente responsável por esse quadro é a

- A. ressecção excessiva da mucosa e pele anorretal. ✓**
- B. lesão inadvertida de fibras nervosas do esfíncter anal externo.
- C. infecção tardia do leito cirúrgico, determinando estenose secundária.
- D. deiscência parcial da ferida operatória, com formação de cicatriz irregular e retração subsequente. 11 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Evacuação progressivamente difícil, fezes afiladas e dor anal cerca de 4 semanas após hemorroidectomia aberta e o quadro clássico de ESTENOSE ANAL, complicação cuja causa principal é a ressecção excessiva da mucosa e anoderma com pontes cutâneas insuficientes entre os coxins. Lesão do esfíncter externo (B) produziria incontinência, não obstrução. Infecção tardia (C) é rara após hemorroidectomia, pela rica vascularização do canal anal. Deiscência (D) ocorre, mas a cicatrização por segunda intenção no Milligan-Morgan é a regra e não a explicação usual da estenose. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Após colecistectomia laparoscópica em um homem de 55 anos, observa-se, durante análise macroscópica, que a vesícula biliar encontra-se muito distendida e preenchida por líquido transparente, semelhante à água, sem bile no interior. Qual é o achado mais provável associado a esse quadro?

- A. Lesão neoplásica mucinosa da mucosa vesicular.
- B. Orifício fistuloso com comunicação pancreatobiliar.
- C. Cálculo biliar impactado no infundíbulo/ducto cístico. ✓**
- D. Espessamento difuso da parede da vesícula por colelitíase aguda enfisematosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vesícula muito distendida, com conteúdo claro semelhante a água e SEM bile: é a hidropisia (mucocele) vesicular. O mecanismo é a obstrução crônica do infundíbulo ou do ducto cístico por cálculo impactado — a bile retida é reabsorvida e o epitélio segue secretando muco claro. Neoplasia mucinosa da mucosa vesicular (A) é raríssima; fístula pancreatobiliar (B) traria conteúdo biliar/entríco, não água; e a colecistite enfisematosa (D) cursa com parede espessada, gás e quadro séptico agudo, não com vesícula limpa e distendida. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Homem de 74 anos apresenta icterícia progressiva há 1 mês, colúria e prurido intenso. Relata também perda de 12 kg nos últimos 3 meses. Tem como comorbidades doença pulmonar obstrutiva crônica e hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico, tem abdome flácido, indolor, com massa fibroelástica palpável em hipocôndrio direito, além de pressão arterial de 140 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 80 bpm, icterico 3+/4+ e ECOG 3. Os exames laboratoriais relevantes são: bilirrubina total: 15,0 mg/dL; bilirrubina direta: 13,2 mg/dL; fosfatase alcalina (FA): 980 U/L; gama-GT (GGT): 820 U/L; INR: 1,3; e creatinina sérica: 0,9 mg/dL. O paciente realizou também uma tomografia de abdome que demonstrou uma lesão de 25 mm em cabeça de pâncreas, com dilatação de via biliar e ducto pancreático, sem contato com vasos mesentéricos superiores e sem evidência de metástases. A conduta apropriada neste cenário é

A. indicar duodenopancreatectomia.

B. realizar CPRE com drenagem biliar, sem tentativa de ressecção cirúrgica. ✓

C. realizar ecoendoscopia com punção para confirmar histologia antes de decidir conduta.

D. submeter o paciente a quimioterapia neoadjuvante, seguida de reavaliação clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumor de cabeça de pâncreas anatomicamente ressecável (25 mm, sem contato vascular, sem metástases), mas paciente de 74 anos com DPOC, perda de 12 kg e ECOG 3 — ou seja, capaz de autocuidado limitado e acamado mais da metade do dia. ECOG 3 contraindica duodenopancreatectomia (A), procedimento de altíssima morbidade, e também inviabiliza quimioterapia neoadjuvante com intenção curativa (D).

Ressecabilidade e do tumor; operabilidade e do paciente. A conduta é paliar a obstrução biliar com CPRE e prótese, aliviando icterícia e prurido intenso. Biópsia por ecoendoscopia (C) só faria sentido se mudasse a conduta. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Homem de 32 anos, portador de retocolite ulcerativa há 5 anos, em uso irregular de mesalazina, procura o pronto-socorro por dor abdominal difusa e intensa há 24 horas, acompanhada de distensão abdominal progressiva e febre (38,9 °C), além de diarreia sanguinolenta há 5 dias. Ao exame físico, apresenta abdome distendido, timpânico, difusamente doloroso e ruídos hidroaéreos diminuídos. A frequência cardíaca é de 124 bpm e a pressão arterial de 90 x 60 mmHg. Os exames laboratoriais relevantes para o caso são: leucócitos: 18.500/mm³; hemoglobina: 10,2 g/dL; PCR: 160 mg/L; e creatinina: 1,9 mg/dL. A radiografia simples do abdome é demonstrada na imagem a seguir: (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) Foram iniciados jejum, hidratação, antibioticoterapia e corticoterapia, porém sem melhora dos parâmetros clínicos nas primeiras 24 horas. Dessa forma, a conduta indicada neste momento é:

A. colectomia subtotal com ileostomia terminal. ✓

B. transversostomia em alça.

C. proctocolectomia total com bolsa ileal.

D. neostigme e colonoscopia descompressiva. 12 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retocolite ulcerativa grave com distensão, timpanismo, febre, taquicardia, hipotensão e leucocitose — megacolon tóxico — que não responde a 24-72 horas de corticoide, antibiótico e suporte: é indicação de cirurgia de urgência. O procedimento de escolha é a colectomia subtotal com ileostomia terminal, preservando o coto retal para reconstrução eletiva futura. Transversostomia (B) não remove o colon doente. Proctocolectomia com bolsa ileal (C) tem alta taxa de falha e deiscência no doente séptico e desnutrido, sendo procedimento eletivo. Neostigmina e colonoscopia (D) são de pseudo-obstrução colônica (Ogilvie). Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Sobre as contraindicações e precauções relacionadas ao uso de anestésicos locais nas diferentes técnicas anestésicas, assinale a alternativa correta.

- A. A anestesia com lidocaína associada à adrenalina é contraindicada em bloqueios peridurais devido ao risco aumentado de neurotoxicidade.
- B. A anestesia tópica com lidocaína a 5% pode ser aplicada em mucosa oral em crianças pequenas, desde que a dose total não ultrapasse 10 mg/kg.
- C. A infiltração com lidocaína 1% associada à adrenalina na 1:200.000 deve ser evitada em áreas com circulação terminal, como dedos, pênis, nariz e orelhas, devido ao risco de isquemia e necrose. ✓**
- D. A bupivacaína a 0,5% não deve ser utilizada para bloqueios de nervos periféricos por seu alto risco de toxicidade, sendo restrita à anestesia raquidiana com dose máxima de 5 mg/kg. pediatria

COMENTÁRIO OSCELABS

O ensinamento clássico é que a lidocaína com adrenalina deve ser evitada em territórios de circulação terminal — dedos, penis, nariz, orelhas — pelo risco de vasoconstrição, isquemia e necrose. Lidocaína com adrenalina é amplamente usada em peridural, justamente para prolongar o bloqueio e reduzir a absorção sistêmica (A e falsa). Lidocaína tópica em mucosa oral de criança pequena com 10 mg/kg (B) excede a dose máxima segura (3-5 mg/kg sem adrenalina, até 7 mg/kg com) e já causou intoxicação fatal. Bupivacaína 0,5% é padrão em bloqueios periféricos, com dose máxima de 2-3 mg/kg (D e falsa). Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Menino de 10 anos, portador de anemia falciforme, é admitido com febre, dor torácica e taquipneia. A gasometria arterial revela PaO₂ de 55 mmHg, e a radiografia de tórax demonstra infiltrado pulmonar multilobar, confirmando o diagnóstico de síndrome torácica aguda (STA). Iniciado tratamento com oxigenoterapia, hidratação venosa, ceftriaxona e azitromicina. Após 24 horas, a saturação de oxigênio permanece abaixo de 90%, e a hemoglobina caiu para 6,5 g/dL. Qual a conduta imediata indicada nesse momento?

- A. Introduzir corticosteroide sistêmico em alta dose.
- B. Indicar transfusão sanguínea, simples ou de troca. ✓**
- C. Iniciar anticoagulação profilática com heparina.
- D. Observar por 24h em UTI com suporte clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome torácica aguda em falciforme que, após 24 horas de oxigênio, hidratação e antibiótico, mantém saturação abaixo de 90% e apresenta queda da hemoglobina para 6,5 g/dL: a piora clínica com anemia e indicação formal de transfusão — simples se a hemoglobina está baixa, ou de troca (exsanguineotransfusão) nos casos graves ou com hemoglobina próxima do normal. Corticoide em alta dose (A) associa-se a rebote e reinternação; heparina profilática (C) não trata o quadro; apenas observar (D) diante de hipoxemia progressiva e perder o tempo da intervenção que reduz mortalidade. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Menina de 1 ano e 8 meses, previamente saudável, apresenta febre há 3 dias, irritabilidade, recusa alimentar e vômitos isolados. Ao exame, encontra-se em mau estado geral, febril (38,8 °C), taquicárdica, com dor à palpação do flanco esquerdo. Exames laboratoriais revelam leucocitose de 16.000/mm³, neutrofilia, leucocitúria +++, hematúria microscópica e nitrito positivo. Urocultura por cateterismo foi coletada, e o antibiograma estará disponível em 72h. Frente aos achados clínico-laboratoriais, qual o manejo terapêutico apropriado?

A. Ceftriaxona intravenosa e troca para antibiótico oral após 48h sem febre. ✓

B. Cefalexina por via oral por 10 dias, com reavaliação ambulatorial em 48h.

C. Manutenção de suporte clínico até que saia o resultado da urocultura.

D. Ciprofloxacina por via intravenosa até que saia o resultado da urocultura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 20 meses com febre, mau estado geral, vômitos, dor em flanco e urina com leucocitúria e nitrito positivo: e pielonefrite aguda. Nessa faixa etária, com toxemia e recusa alimentar, indica-se antibiótico PARENTERAL (ceftriaxona), podendo-se trocar para via oral guiada pelo antibiograma após 48 horas de estabilidade e afebril, completando 10-14 dias. Cefalexina oral ambulatorial (B) não serve ao lactente toxemiado. Esperar a urocultura (C) atrasa o tratamento e aumenta o risco de cicatriz renal. Ciprofloxacina (D) não é primeira escolha em pediatria. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Lactente de 12 meses com quatro episódios de sibilância desde os 8 meses, um deles com necessidade de hospitalização. Todos os episódios ocorreram após quadros respiratórios virais. Entre crises, permanece com sintomas respiratórios leves. Ao exame: eutrófico, eupneico, ausculta com roncos de transmissão, lesões eczematosas em fossas cubitais e poplíteas. Com base no GINA 2025 para menores de 5 anos, qual a conduta terapêutica correta?

A. Manter salbutamol inalatório sob demanda durante as crises.

B. Corticoide inalatório diariamente, associado a salbutamol sob demanda. ✓

C. Tratamento de suporte exclusivo nas crises.

D. Associar corticoide oral a salbutamol por um período de 3 a 5 dias nas crises.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com quatro episódios de sibilância em quatro meses, um deles com internação, sintomas respiratórios PERSISTENTES entre as crises e eczema em dobras (índice preditivo de asma positivo): o GINA recomenda teste terapêutico com corticoide inalatório diário por 2-3 meses, mantendo o broncodilatador de alívio conforme necessidade, e reavaliar a resposta. Manter só salbutamol de resgate (A) ou apenas suporte nas crises (C) deixam sem tratamento a inflamação de base. Corticoide oral repetido a cada crise (D) expõe a efeitos sistêmicos cumulativos sem controlar a doença. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Lactente de 6 meses, irmão de criança com alergia alimentar grave a castanhas, encontra-se em fase de introdução alimentar. Considerando o risco aumentado para alergia alimentar, qual a orientação adequada, conforme as diretrizes atuais?

A. Mensurar as IgE específicas para os alimentos mais alergênicos (leite, ovo, peixes, amendoim e castanhas) antes da introdução.

B. Postergar a introdução de alimentos potencialmente alergênicos para depois do primeiro ano de vida.

C. Iniciar qualquer alimento a partir deste momento, respeitando valor nutricional e cultura alimentar. ✓

D. Evitar castanhas e utilizar fórmula extensamente hidrolisada caso seja necessário complementar o leite materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

A recomendação atual inverteu o paradigma antigo: a introdução PRECOCE de alimentos alergênicos (a partir dos 6 meses, junto com a alimentação complementar) reduz o risco de alergia alimentar — evidência dos estudos LEAP e EAT. Mesmo com irmão alérgico, orienta-se oferecer os alimentos respeitando valor nutricional e cultura alimentar, sem rastreio prévio. Dosar IgE específica antes de introduzir (A) gera falso-positivos e restrições desnecessárias; postergar após 1 ano (B) aumenta o risco; evitar castanhas e usar fórmula hidrolisada (D) não tem respaldo em lactente sem alergia diagnosticada. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Menino de 14 anos apresenta febre alta há 7 dias, dor de garganta e surgimento de exantema maculopapular disseminado. Nega uso recente de antibióticos. Ao exame físico, observam-se exsudato amarelado em amígdalas, linfadenopatia generalizada, esplenomegalia e hepatomegalia discretas. O exantema acomete tronco, face e membros, sem prurido. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual achado laboratorial é mais característico?

- A. Anemia normocítica com reticulocitose.
- B. Leucopenia intensa com neutropenia absoluta.
- C. Eosinofilia periférica significativa.

D. Linfocitose com presença de linfócitos atípicos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com febre prolongada, faringoamigdalite exsudativa, linfadenopatia GENERALIZADA, hepatoesplenomegalia e exantema maculopapular sem uso de antibiótico: o quadro é mononucleose infecciosa por Epstein-Barr. O achado laboratorial mais característico é a linfocitose com linfócitos ATÍPICOS (células de Downey), que costumam ultrapassar 10% do diferencial. Anemia com reticulocitose (A) sugere hemólise; leucopenia com neutropenia absoluta (B) aponta outras viroses ou agranulocitose; eosinofilia (C) remete a parasitose, atopia ou reação a droga. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Um paciente de 7 anos encontra-se internado em UTI pediátrica devido a queimaduras que acometem 40% da superfície corpórea. Está intubado e em ventilação mecânica, sem necessidade de drogas vasoativas. Nas últimas 24 horas, apresentou piora ventilatória importante (radiografia de tórax a seguir). Não apresenta disfunção hemodinâmica grave; ecocardiograma funcional sem alterações. (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) No momento, encontra-se em modo assistido-controlado, pressão controlada, com os seguintes parâmetros: PEEP: 8 cmH₂O; frequência respiratória: 30 irpm; pressão controlada (acima do PEEP): 18 cmH₂O; tempo inspiratório: 0,8 s; FiO₂: 100%; média de volume corrente: 7 mL/kg; pressão média das vias aéreas (Paw): 15 cmH₂O. Gasometria arterial: pH: 7,24; pCO₂: 60; pO₂: 100; bic: 23; BE: -2; SatO₂: 84%. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que contenha o valor mais adequado do Índice de Oxigenação (IO) e a melhor conduta ventilatória a ser instituída nesse momento.

A. IO: 15 - Aumentar PEEP para 10, tentar baixar PC para 15, objetivando volume corrente de 4 a 6 mL/kg por ciclo ventilatório, diminuir FR para 25; tolerar hipercapnia até pH de 7,2. ✓

B. IO: 18 - Aumentar PEEP para 12, tentar baixar PC para 15, objetivando volume corrente de 4 a 6 mL/kg por ciclo ventilatório; tolerar hipercapnia até pH de 7,15.

C. IO = 15 - Aumentar PEEP para 10, aumentar PC para 20, objetivando melhora do volume corrente e da hipercapnia; diminuir FR para 22.

D. IO = 18 - Aumentar PEEP para 10, manter PC em 18, com alvo de volume corrente de 6 a 8 mL/kg por ciclo ventilatório; diminuir FR para 25. 13 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Calculo direto: $IO = (FiO_2 \times Paw \times 100) / PaO_2 = (100 \times 15) / 100 = 15$ — SDRA pediátrica já em faixa de gravidade. A conduta e ventilacao protetora: subir a PEEP (8 para 10) para recrutar e melhorar a oxigenacao, reduzir a pressao controlada (18 para 15) buscando volume corrente de 4-6 mL/kg, reduzir a frequencia e aceitar hipercapnia permissiva com pH ate cerca de 7,20. As alternativas B e D erram o calculo do indice (18). A alternativa C aumenta a pressao controlada e o volume corrente, exatamente o oposto da estrategia protetora, agravando o volutrauma. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Uma criança de 8 anos, previamente saudável, é avaliada por quadro de febre baixa, náuseas, prostração, dor abdominal e icterícia. Há 2 dias, os pais notaram urina escura e fezes claras. A criança frequenta escola pública, e, recentemente, colegas de classe apresentaram sintomas semelhantes. No exame, observam-se hepatomegalia dolorosa e icterícia. AST e ALT estão significativamente elevadas; bilirrubina total: 6,5 mg/dL (direta: 4,2 mg/dL). Aguarda resultado de sorologias. De acordo com os dados apresentados, a conduta imediata adequada consiste em

- A. iniciar antibioticoterapia empírica com ceftriaxona, devido à possibilidade de colangite aguda.
- B. realizar lavagem gástrica e uso de carvão ativado devido à suspeita de intoxicação exógena.
- C. instituir medidas de suporte clínico e sintomático, com hidratação, alimentação leve e observação. ✓**
- D. iniciar tratamento com antivirais, como ribavirina, enquanto aguarda sorologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escolar com síndrome icterícia + colúria + acolia, febre baixa, hepatomegalia dolorosa, transaminases muito elevadas e colegas de classe com quadro semelhante: e hepatite A aguda, doença de transmissão fecal-oral e curso autolimitado. O tratamento é de SUPORTE — hidratação, dieta leve conforme aceitação, evitar hepatotóxicos e vigiar sinais de insuficiência hepática aguda. Ceftriaxona por suspeita de colangite (A) não cabe sem dor biliar, febre alta e dilatação de vias biliares; lavagem gástrica (B) e descabida dias após; e não há antiviral indicado para hepatite A — ribavirina (D) não trata esse vírus. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Lactente de 5 meses é admitido no pronto-socorro com febre há 6 dias, conjuntivite bilateral não purulenta, língua em framboesa, exantema polimorfo e edema de mãos e pés. Os exames laboratoriais revelam: PCR de 120 mg/L, plaquetas de 600.000/mm³ e leucocitose. Ecocardiograma realizado no 6º dia revela Z-score de 2,7 na artéria coronária direita. De acordo com as diretrizes atuais da American Heart Association (AHA) de 2024, qual terapêutica está indicada nos pacientes classificados como alto risco na patologia em questão?

- A. Imunoglobulina intravenosa 2 g/kg + corticoterapia ou agentes biológicos associada ao ácido acetilsalicílico. ✓**
- B. Imunoglobulina intravenosa 1 g/kg + corticoterapia ou agentes biológicos associada ao ácido acetilsalicílico.
- C. Imunoglobulina intravenosa 2 g/kg + ácido acetilsalicílico.
- D. Imunoglobulina intravenosa 1 g/kg + ácido acetilsalicílico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com febre ≥ 5 dias, conjuntivite não purulenta, língua em framboesa, exantema polimorfo e edema de extremidades: doença de Kawasaki. Há marcadores de ALTO RISCO — idade abaixo de 6 meses, PCR muito elevada e Z-score coronariano de 2,7 (dilatação já presente). Para esse subgrupo, a AHA recomenda intensificar a terapia inicial: imunoglobulina 2 g/kg ASSOCIADA a corticoide ou agente biológico, além do AAS. A dose de imunoglobulina é sempre 2 g/kg em infusão única — 1 g/kg (B e D) e subdose; e IVIG com AAS isolados (C) e o esquema do paciente de risco habitual. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Durante uma consulta pediátrica de rotina, os pais de um menino de 8 anos relatam uso excessivo de telas e ausência de prática de atividade física, exceto pelas aulas de Educação Física realizadas duas vezes por semana na escola. O hábito alimentar é inadequado, com baixa ingestão de frutas e legumes, associado a preferência por alimentos ultraprocessados. O índice de massa corporal (IMC) está representado na curva a seguir: (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) Assinale a alternativa que apresenta a classificação do estado nutricional do paciente em questão e os exames complementares iniciais indicados de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria.

A. Obesidade grave; insulina, LDL, TGP, hemograma.

B. Obesidade; glicemia jejum, perfil lipídico e TGP. ✓

C. Obesidade grave; TSH, perfil lipídico e perfil de ferro.

D. Sobrepeso; glicemia jejum, LDL, insulina, hemograma. 14 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela curva de IMC por idade da OMS/SBP, escore-z entre +2 e +3 em maior de 5 anos define OBESIDADE (acima de +3 seria obesidade grave). A avaliação complementar inicial preconizada pela Sociedade Brasileira de Pediatria é simples e dirigida às comorbidades mais prevalentes: glicemia de jejum, perfil lipídico completo e transaminase (TGP), pela doença hepática gordurosa. Insulina e HOMA (A e D) não são recomendados na triagem inicial; TSH e perfil de ferro (C) não fazem parte do rastreio de rotina da obesidade exógena. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Uma criança do sexo feminino, 4 anos, é levada ao pronto atendimento com história de febre há 48 horas, de até 38,8 °C. Nas últimas 12 horas, os pais referem alteração do comportamento, incluindo episódios de confusão mental, irritabilidade e sonolência progressiva. Durante a avaliação na sala de emergência, a paciente apresentou pico febril e crise convulsiva focal, com necessidade de midazolam e fenitoína intravenosos para controle de crise. Após estabilização, foram solicitados exames complementares. Considerando o quadro clínico descrito, assinale a alternativa que apresenta as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

A. Meningoencefalite e convulsão febril complexa.

B. Meningite bacteriana e convulsão febril complexa.

C. Meningoencefalite e crise convulsiva sintomática aguda. ✓

D. Meningite bacteriana e crise convulsiva sintomática aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise convulsiva FOCAL, em criança de 4 anos, precedida por 12 horas de alteração de comportamento, confusão e sonolência progressiva: a encefalopatia caracteriza meningoencefalite, e a crise, por ocorrer no contexto de agressão aguda do SNC, e uma crise sintomática aguda — não uma convulsão febril. Convulsão febril, mesmo complexa (A e B), exige criança neurologicamente normal entre as crises, sem rebaixamento sustentado. Meningite bacteriana isolada (B e D) não explica a alteração de consciência e o déficit cortical, que apontam acometimento do parênquima. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, 10 anos, é atendido na unidade básica de saúde com queixa de urina avermelhada há dois dias; nega febre, disúria ou queixas abdominais. Refere ter apresentado episódio de faringoamigdalite há aproximadamente 2 semanas, tratado ambulatorialmente. Ao exame físico, apresenta edema palpebral discreto (1+/4+) e pressão arterial de 130 x 85 mmHg, compatível com valores acima do percentil 95 para idade. Foram solicitados exames complementares, e o paciente permanece em acompanhamento na unidade. Com base na hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa correta.

- A. A presença de hipocomplementemia (C3 e CH50 reduzidos) é achado patognomônico dessa glomerulopatia.
- B. A biópsia renal revela, classicamente, depósitos de IgA no mesângio.
- C. A hematúria observada nesses casos é predominantemente formada por hemácias isomórficas.

D. A hematúria microscópica persistente pode durar até 18 meses, sem representar critério de mau prognóstico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematuria macroscópica 2 semanas após faringoamigdalite, com edema palpebral e hipertensão: glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica. A hematuria microscópica pode persistir por 12 a 24 meses (até cerca de 18 meses) sem significar mau prognóstico — a resolução e a regra na criança. A hipocomplementemia é característica, mas não patognomônica (A) e deve normalizar em até 8 semanas; depósito mesangial de IgA (B) e da nefropatia por IgA, cuja hematuria é sinfaringítica; e a hematuria glomerular é formada por hemácias DISMORFICAS e cilindros hemáticos, não isomórficas (C). Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 8 anos de idade, é levada ao pediatra em consulta de puericultura para avaliação de crescimento. Sua altura está abaixo do percentil 3 para a idade, com velocidade de crescimento de 3 cm/ano. Ao exame físico, apresenta linfedema residual em dorso dos pés, pescoço curto e alado. Considerando o diagnóstico mais provável nesse caso, outras características comumente encontradas nesta patologia são:

- A. valva aórtica bicúspide e cúbito varo.
- B. puberdade precoce e hipotireoidismo.

C. valva aórtica bicúspide e falência ovariana. ✓

- D. infertilidade e hirsutismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Baixa estatura com velocidade de crescimento reduzida, linfedema residual em dorso dos pés e pescoço curto e alado compoem o fenotipo da síndrome de Turner (45,X). As associações clássicas são a valva aortica bicuspíde (além de coarctação da aorta e risco de dissecação) e a falência ovariana precoce por disgenesia gonadal, que causa atraso puberal e infertilidade. O cotovelo típico e o cubito VALGO, não varo (A). Puberdade precoce (B) e o oposto do esperado, e hipotireoidismo autoimune, embora frequente, não vem com ela nessa combinação. Hirsutismo (D) não é característico. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Durante consulta de rotina, o pediatra não consegue palpar o testículo direito na bolsa escrotal de um menino de 1 ano e 6 meses, e ainda observa hipotrofia da bolsa testicular correspondente. Considerando o diagnóstico de criptorquidia, assinale a alternativa correta em relação às informações que devem ser dadas à família.

A. Infertilidade e risco de malignidade são complicações possíveis nos testículos não descidos e variam conforme a localização testicular. ✓

- B. O tratamento cirúrgico da criptorquidia deveria ter sido realizado antes dos 6 meses de idade.
- C. O testículo criptorquídico deve ser removido cirurgicamente assim que o diagnóstico for estabelecido, devido ao risco de câncer testicular.
- D. O tratamento deve ser conservador, pois a maioria dos casos se resolve espontaneamente após os 18 meses de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na criptorquidia, as duas complicações que devem ser explicitadas à família são a infertilidade e o risco aumentado de malignização, e ambas variam com a POSICAO do testículo: quanto mais alto (intra-abdominal), maior o risco. A orquidopexia é indicada entre 6 e 18 meses de vida (idealmente 6-12), portanto não 'deveria ter sido feita antes dos 6 meses' (B) — antes disso ainda se aguarda descida espontânea. Orquiectomia de rotina (C) não se faz na criança. E a descida espontânea praticamente não ocorre após os 6 meses de idade, o que invalida a conduta expectante da alternativa D. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Um bebê de 1 mês de vida está mamando no seio materno quando de repente apresenta sinais de engasgo com tosse e cianose perioral, mantendo-se consciente. A mãe chama por ajuda. Qual a conduta imediata está indicada?

- A. Fazer manobra de Heimlich comprimindo a região superior do abdome.
- B. Levantar o bebê, remover excesso de leite visível e fazer estímulo tátil nas costas. ✓**
- C. Fazer manobra dos cinco golpes entre as escápulas e cinco compressões torácicas.
- D. Iniciar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente que engasga durante a mamada, TOSSE e mantém-se consciente tem obstrução PARCIAL com tosse eficaz: a tosse é o melhor mecanismo de desobstrução e não se deve interferir. A conduta é posicionar o bebê, remover o excesso de leite visível e estimular, observando. A manobra de Heimlich (A) é contraindicada em menores de 1 ano pelo risco de lesão hepática. Os cinco golpes dorsais com cinco compressões torácicas (C) só entram quando a tosse se torna ineficaz ou há silêncio/cianose progressiva. RCP (D) só na vítima irresponsiva. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, 4 anos, com histórico de epilepsia em uso regular de ácido valproico há 8 meses, sem outras comorbidades, é levado ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal epigástrica intensa há dois dias, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, desidratado (2+/4+), com dor à palpação epigástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Está afebril, anictérico, com padrão evacuatório preservado. Os exames laboratoriais revelam: TGO: 28 U/L (VR até 40); TGP: 30 U/L (VR até 41); amilase: 450 U/L (VR até 100); lipase: 650 U/L (VR até 60). Gama GT, bilirrubinas e transaminases normais. Considerando os achados clínicos e laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Hepatite aguda de etiologia medicamentosa.
- B. Colecistite alitiásica associada a uso de anticonvulsivante.
- C. Gastrite aguda funcional por irritação gástrica.

D. Pancreatite aguda induzida por ácido valproico. 15 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica intensa com vômitos e lipase 650 U/L (mais de 10 vezes o limite superior) fecham pancreatite aguda — o critério laboratorial exige elevação acima de 3 vezes o valor de referência, e a lipase é mais específica que a amilase. Em criança sem litíase e sem trauma, o ÁCIDO VALPROICO é causa medicamentosa clássica, dose-independente e potencialmente grave. Transaminases, GGT e bilirrubinas normais afastam hepatite medicamentosa (A) e doença biliar (B); gastrite funcional (C) não eleva enzimas pancreáticas. A conduta é suspender o valproato. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Paciente de 57 anos, assintomática, sem história familiar de câncer de mama, comparece ao serviço de ginecologia trazendo mamografia de rastreamento, reproduzida a seguir. O exame físico não evidencia nódulos palpáveis ou linfadenopatia axilar. (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) Qual a conduta diagnóstica mais apropriada neste caso e a hipótese histopatológica mais provável, caso se confirme malignidade?

- A. Core biopsy (agulha grossa), guiada por ultrassonografia; diagnóstico provável: carcinoma invasivo.
- B. Core biopsy (agulha grossa), guiada por estereotaxia; diagnóstico provável: carcinoma ductal in situ.

C. Biópsia percutânea vácuo-assistida (mamotomia), guiada por estereotaxia; diagnóstico provável: carcinoma ductal in situ. ✓

- D. Biópsia percutânea vácuo-assistida (mamotomia), guiada por estereotaxia; diagnóstico provável: carcinoma invasivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Achado mamográfico impalpável em rastreamento — tipicamente microcalcificações agrupadas — não é visível à ultrassonografia, o que obriga a guiar por ESTEREOTAXIA. Nesses casos, a biópsia percutânea a vácuo (mamotomia) é preferida à core biopsy porque retira maior volume de tecido e reduz muito a subestimação diagnóstica das calcificações. É o correlato histológico mais provável de microcalcificações pleomórficas agrupadas, sem nódulo palpável, e o carcinoma ductal in situ. Por isso as opções guiadas por US (A) ou que apostam em carcinoma invasivo (B e D) não se sustentam. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Uma paciente de 16 anos procura o ambulatório de ginecologia por nunca ter menstruado. Informa que sua mãe teve menopausa precoce aos 37 anos. O exame físico evidencia desenvolvimento das mamas e pelos pubianos (Tanner IV), índice de Ferriman = 7, e seu peso e altura são 59 kg e 1,65 m, respectivamente. Ela traz alguns exames laboratoriais recentes já solicitados previamente em outro serviço: **■FSH:** 5 mUI/mL (Valores de referência: Fase folicular: 3,5 a 12,5 mUI/mL Meio do ciclo: 4,7 a 21,5 mUI/mL Fase lútea: 1,7 a 7,7 mUI/mL Pós-menopausa: 25,8 a 134,8 mUI/mL **■LH:** 7 mUI/mL (Valores de referência: Fase folicular: 2,4 a 12,6 mUI/mL Meio do ciclo: 14,0 a 95,6 mUI/mL Fase lútea: 1,0 a 11,4 mUI/mL Pós-menopausa: 7,7 a 58,5 mUI/mL **■Prolactina:** 17 ng/mL (Valores de referência: 5 - 20 ng/mL) **■TSH:** 2,6 uUI/mL (Valores de referência: 0,4 - 4,3 uUI/mL) Qual é o próximo passo na investigação diagnóstica dessa paciente?

- A. Solicitar ressonância nuclear magnética da hipófise.
- B. Solicitar ultrassonografia pélvica e abdominal. ✓**
- C. Solicitar cariótipo a partir de sangue periférico.
- D. Solicitar outras dosagens hormonais, incluindo estradiol e testosterona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária aos 16 anos com caracteres sexuais secundários PRESENTES (Tanner IV) e eixo hipofisário normal (FSH, LH, prolactina e TSH dentro da faixa) desloca a suspeita para anomalia do trato de saída: agenesia mülleriana (Mayer-Rokitansky), septo vaginal transversal ou hímen imperfurado. O próximo passo, barato e não invasivo, é a ultrassonografia pélvica e abdominal — que avalia útero, vagina e também as vias urinárias, frequentemente malformadas nesse contexto. RM de hipófise (A) só com hiperprolactinemia ou hipogonadismo hipogonadotrófico; cariótipo (C) e novas dosagens (D) vêm depois da imagem. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Em relação aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal de mulheres portadoras de HIV, é incorreto afirmar que

- A. se recomenda administrar vacina para hepatite A em todas as gestantes suscetíveis.
- B. provas de função renal e hepática são parte da rotina propedêutica laboratorial.
- C. a vacinação para Haemophilus deve ser evitada naquelas mulheres com menos de 19 anos. ✓**
- D. o tratamento da tuberculose latente, em mulheres com contagem CD4 < 350 células/mm³, deve ser realizado com isoniazida, associado à piridoxina. 16 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de 'incorreto'. A vacina contra Haemophilus influenzae tipo b NAO deve ser evitada: pessoas vivendo com HIV tem risco aumentado de doença invasiva por germes encapsulados e a vacinação é recomendada, sem restrição pela faixa etária citada. As demais estão corretas: vacina para hepatite A é indicada a gestantes suscetíveis com HIV; provas de função renal e hepática integram a rotina propedêutica, pela nefro e hepatotoxicidade dos antirretrovirais; e o tratamento da infecção latente por tuberculose com CD4 < 350 se faz com isoniazida associada a piridoxina, para prevenir neuropatia. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Quanto ao rastreio de pré-eclâmpsia, assinale a alternativa correta.

- A. Na avaliação dopplervelocimétrica, o aumento do índice de pulsatilidade da artéria oftálmica materna traduz o aumento da resistência vascular periférica materna. ✓**
- B. Nas gestantes classificadas como de alto risco, recomenda-se administrar ácido acetilsalicílico 1,0 g/dia, preferencialmente à noite.

- C. O rastreio realizado, entre 11 e 13 semanas, por uma combinação de fatores maternos, índices biofísicos e dosagens bioquímicas, apresenta sensibilidade de 95% para pré-eclâmpsia pré-termo.
- D. A dosagem do fator de crescimento placentário se encontra aumentada entre 11 e 13 semanas de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dopplervelocimetria da artéria oftálmica materna funciona como janela da circulação sistêmica: o aumento do índice de pulsatilidade traduz aumento da resistência vascular periférica materna, alteração hemodinâmica central da pré-eclâmpsia, e por isso vem sendo estudada como ferramenta de rastreio e predição. A profilaxia correta é AAS em dose BAIXA, 100-150 mg/dia a noite — nunca 1 g (B). O rastreio combinado de 11-13 semanas tem sensibilidade em torno de 75-90% para pré-eclâmpsia pré-termo, não 95% (C). E o fator de crescimento placentário (PIGF) está REDUZIDO, não aumentado (D). Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Para uma paciente gestante com diagnóstico de síndrome de antifosfolípidos, assinale a alternativa correta.

- A. O uso da aspirina deve ser suspenso 12 horas antes do parto, para permitir a raquianestesia ou peridural.
- B. Quando houver histórico de perdas gestacionais de repetição, a pesquisa de polimorfismos da metileno-tetra-hidrofolato redutase norteia o uso de ácido acetilsalicílico durante o período pré-concepcional.
- C. A administração de anticoagulante injetável durante a gestação é restrita àquelas mulheres com histórico pessoal de eventos trombóticos prévios e/ou atuais.

D. Diante do diagnóstico de trombocitopenia imune induzida pela heparina durante a gestação, o uso da heparina deve ser suspenso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trombocitopenia induzida por heparina é reação imunomediada protrombótica: confirmado o diagnóstico, a heparina deve ser suspensa imediatamente e substituída por anticoagulante alternativo (não heparínico). O AAS em dose baixa não contraindica bloqueio de neuroeixo e não precisa ser suspenso 12 horas antes (A). A pesquisa de polimorfismos da MTHFR não é recomendada na investigação de perdas gestacionais de repetição e não norteia conduta (B). E na SAF obstétrica, mesmo sem trombose prévia, indica-se AAS associado a heparina profilática durante a gestação (C e falsa). Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Quanto à vigilância do bem-estar fetal diante de quadro de restrição do crescimento, é correto afirmar que

- A. o aumento da variação de curto prazo da frequência cardíaca fetal é marcador precoce de hipóxia fetal.
- B. o fenômeno de centralização hemodinâmica fetal pode ser demonstrado pela redução da relação - cérebro-placentária, no estudo dopplervelocimétrico. ✓**
- C. se evita o uso do mobilograma devido à sua baixa reprodutibilidade e a elevados índices de falso-positivo.
- D. diante de quadro de restrição grave do crescimento fetal com peso estimado abaixo do percentil 1, mesmo sem alterações dopplervelocimétricas, recomenda-se parto com 34 semanas de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na restrição de crescimento fetal, a centralização hemodinâmica — redistribuição de fluxo para cérebro, coração e adrenais — é traduzida no Doppler pela queda da relação cérebro-placentária (IP da cerebral média dividido pelo IP da umbilical), marcador precoce e sensível de deterioração. A variação de curto prazo da FCF DIMINUI, não aumenta, na hipóxia (A). O mobilograma segue recomendado como método simples de vigilância materna (C). E na restrição grave com Doppler normal a resolução se programa por volta de 37 semanas, não 34 — antecipar expõe a prematuridade iatrogena (D). Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Gestante G2P1, 39 semanas, durante palpação obstétrica pelas manobras de Leopold, apresenta: polo duro, regular e globoso no fundo uterino; superfícies irregulares e pequenas partes palpáveis bilateralmente, sem dorso definido; polo volumoso, duro e móvel sobre a sínfise púbica; e estrutura mole e volumosa ocupando o estreito superior, sem pés palpáveis. Assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais provável.

- A. Apresentação cefálica defletida, dorso posterior.
- B. Apresentação cefálica fletida, dorso à esquerda.
- C. Apresentação pélvica completa, dorso anterior, atitude fletida.

D. Apresentação pélvica incompleta, dorso posterior, atitude fletida. 17 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tradução das manobras de Leopold: polo DURO, regular e globoso no fundo uterino = cabeça no fundo, portanto apresentação PELVICA. Estrutura mole e volumosa ocupando o estreito superior, SEM pes palpáveis = nádegas isoladas, isto é, pelvica INCOMPLETA (modo de nádegas), com atitude fletida. Pequenas partes palpáveis bilateralmente e ausência de dorso bem definido indicam dorso posterior. Apresentações cefálicas (A e B) são incompatíveis com polo cefálico no fundo; e pelvica COMPLETA (C) exigiria pes palpáveis junto às nádegas. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Gestante G3P0, 40 semanas, período expulsivo há 50 min, analgesiada por duplo bloqueio, apresenta desaceleração prolongada de 6 min na cardiocografia, não responsiva a medidas iniciais de ressuscitação fetal. Ao toque: dilatação total, occípito-direita-anterior, plano +2 de De Lee, pelve adequada e líquido claro. Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- A. Monitorar e aguardar recuperação.
- B. Cesariana de emergência.
- C. Iniciar ocitocina para abreviar expulsivo.

D. Parto vaginal instrumental imediato (fórcepe/vácuo). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Desaceleração prolongada de 6 minutos, refratária às medidas de reanimação intrauterina, e emergência fetal: precisa de resolução em minutos. Com dilatação total, variedade occípito-direita-anterior, plano +2 de De Lee, pelve adequada e líquido claro, todos os pré-requisitos para parto vaginal instrumental estão preenchidos — o fórcepe ou o vácuo resolvem mais rápido que a cesariana, que exigiria transporte, anestesia e histerotomia (B). Aguardar recuperação (A) desperdiça tempo com bradicardia sustentada, e ocitocina (C) piora a hipoxia ao aumentar a atividade uterina. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Paciente, 28 anos, G2P0A1, 6 semanas pela DUM, apresenta dor pélvica de leve intensidade e sangramento genital vinhoso. USG transvaginal: massa anexial esquerda de 2,5 cm de diâmetro médio, sem líquido livre em fundo de saco. beta-hCG inicial: 3.200 mUI/mL. Opta-se por metotrexato dose única (50 mg/m²). No 4o dia: beta-hCG 3.050 mUI/mL; no 7o dia: 2.750 mUI/mL. Paciente permanece assintomática. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- A. Conduta expectante com controle de beta-hCG em 48 horas.

B. Repetir dose de metotrexato. ✓

- C. Manter seguimento semanal do beta-hCG até negativação.
- D. Indicar salpingectomia laparoscópica imediata.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra do metotrexato em dose unica na gestacao ectopica: compara-se o beta-hCG do 4o com o do 7o dia e exige-se queda de pelo menos 15%. Aqui foi de 3.050 para 2.750, ou seja, cerca de 10% — resposta INADEQUADA. Em paciente estavel, assintomatica e sem sinais de rotura, a conduta e repetir a dose de metotrexato e reiniciar o controle. Conduta expectante (A) nao se aplica a falha terapeutica; seguimento semanal ate negativar (C) so vale quando o criterio de queda foi cumprido; e salpingectomia (D) fica reservada a instabilidade, rotura ou falha de nova dose. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero, utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico, foram aprova- das em 2025. Assinale a alternativa que NÃO está em acordo com as recomendações de transição do rastreamento citológico para o rastreamento com teste de DNA-HPV oncogênico.

- A. Mulheres previamente identificadas no rastreamento citológico com indicação de colposcopia também devem ser testadas para DNA-HPV oncogênico para reavaliar essa indicação. ✓**
- B. Recomenda-se, após introdução do teste de DNA-HPV oncogênico, que ele seja utilizado em substituição à citologia na próxima data de rastreio.
- C. Recomenda-se interromper definitivamente o rastreio com a citologia em locais em que a transição para o teste de DNA-HPV oncogênico já foi implementada.
- D. Recomenda-se, para cenários em que o teste de DNA-HPV oncogênico ainda não esteja disponível, manter o rastreamento utilizando-se a citologia trienal após dois resultados anuais consecutivos negativos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao pede a alternativa que NAO esta de acordo. Na transicao para o teste de DNA-HPV, mulheres que ja tem indicacao de colposcopia pela citologia devem SEGUIR para a colposcopia — refazer um teste de HPV para 'reavaliar' essa indicacao apenas atrasa o diagnostico de lesao possivelmente ja existente. As demais reproduzem as recomendacoes de 2025: substituir a citologia pelo teste molecular na proxima data de rastreio, encerrar a citologia onde a transicao ja ocorreu e, onde o teste ainda nao esta disponivel, manter a citologia trienal apos dois exames anuais negativos. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Mulher cis de 62 anos comparece à consulta por queixa de urgeincontinência e episódios de infecção urinária - 3 nos últimos 6 meses. Refere hipertensão arterial sistêmica e faz uso de losartana 50 mg/dia. Nuligesta, menopausa aos 49 anos, nega terapia hormonal da menopausa; atualmente sem atividade sexual, pois é divorciada há 5 anos. Ao exame físico: órgãos genitais externos hipotróficos e sem perdas urinárias ao esforço solicitado. Exame especular com conteúdo vaginal escasso, diminuição da rugosidade das paredes vaginais e petéquias subepiteliais na mucosa. Assinale a alternativa correta em relação à abordagem terapêutica para os sintomas dessa paciente.

- A. O uso de laser de CO2 fracionado é considerado atualmente o tratamento de primeira linha para mulheres com sintomas unicamente da síndrome genitourinária.
- B. A terapia hormonal da menopausa sistêmica contendo estrogênio é uma alternativa para melhora dos sintomas genitourinários da paciente em questão.
- C. Para pacientes tratadas da síndrome genitourinária da pós-menopausa com estrogênio vaginal contínuo a longo prazo, não se recomenda uso de progestágeno para proteção endometrial. ✓**

D. O uso de estrogênio unicamente por via vaginal não é capaz de melhorar os sintomas urinários, como bexiga hiperativa, urgeincontinência e infecções urinárias de repetição.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome genitúrinária da menopausa (atrofia vulvovaginal com urgeincontinência e ITU de repetição) tratada com estrogênio vaginal em baixa dose: a absorção sistêmica é mínima e não há estímulo endometrial clinicamente relevante, portanto NÃO se associa progestágeno para proteção endometrial, mesmo no uso prolongado. O laser de CO₂ não é primeira linha (A) — o estrogênio local é. Terapia sistêmica (B) é desproporcional para sintomas exclusivamente genitúrinários. E o estrogênio vaginal comprovadamente melhora urgência, urgeincontinência e reduz recorrência de ITU, o que torna D falsa. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Mulher cis de 25 anos, nulípara, com ciclos menstruais irregulares, procura orientação contraceptiva. Ela relata que teve episódios de enxaqueca com aura nos últimos 6 meses em acompanhamento com neurologista. Qual é a melhor opção contraceptiva para essa paciente?

- A. Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG), pois não contém etinilestradiol. ✓**
- B. Mulheres com enxaqueca com aura não podem utilizar nenhum método contraceptivo hormonal, sendo o preservativo considerado o único método elegível para essa paciente.
- C. Anel vaginal combinado (etinilestradiol + etonogestrel) por evitar a primeira passagem hepática e disponibilizar dose mínima de hormônios sistêmicos.
- D. Adesivo transdérmico contraceptivo (etinilestradiol + norelgestromina), pois seu progestágeno não é trombogênico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enxaqueca COM aura é contraindicação absoluta (categoria 4 dos critérios de elegibilidade da OMS) a qualquer contraceptivo hormonal COMBINADO, pelo risco de AVC isquêmico — o vilão é o etinilestradiol, independentemente da via. Isso elimina o anel vaginal (C) e o adesivo (D): nenhuma via de administração anula o risco trombótico do estrogênio. Métodos só de progestágeno e os não hormonais permanecem liberados, de modo que o DIU de levonorgestrel é excelente opção, ainda mais em ciclos irregulares. Dizer que só resta o preservativo (B) é erro grosseiro. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Paciente de 50 anos, com fluxo menstrual volumoso, dismenorreia e dor pélvica há um ano, presumivelmente por mioma, sendo essa a única alteração aos testes de rastreamento e exames diagnósticos pré-operatórios. Passará por histerectomia total laparoscópica, e seu médico destaca não ser possível a extração do órgão de forma íntegra, devido às suas grandes dimensões. Por isso, necessitará realizar fragmentação (morcelamento) do conjunto útero e nódulo tumoral de forma protegida, ou seja, com o produto de histerectomia dentro de um saco de contenção intra-abdominal, para que não haja espalhamento tecidual na superfície peritoneal e vísceras. Dessa forma, na eventualidade de um achado incidental de tumor maligno no pós-operatório, que era previamente suposto como mioma, espera-se não piorar estadiamento e prognóstico da paciente. Qual é a neoplasia que justifica essa conduta cirúrgica?

- A. Carcinoma espinocelular do colo uterino.
- B. Adenocarcinoma do endométrio.
- C. Sarcoma uterino. ✓**
- D. Carcinoma seroso do ovário.

COMENTÁRIO OSCELABS

O risco que justifica o morcelamento em bolsa de contenção e o SARCOMA UTERINO oculto — leiomiossarcoma que se apresentava clinicamente como mioma. A fragmentação sem proteção dissemina fragmentos tumorais pela cavidade peritoneal, elevando o estadiamento e piorando drasticamente a sobrevida, o que motivou o alerta regulatório sobre morceladores. Carcinoma de colo (A) e diagnosticado por rastreamento citológico e colposcopia; adenocarcinoma de endométrio (B) manifesta-se por sangramento e é detectado por biópsia prévia; carcinoma seroso de ovário (D) não está no espectro do 'mioma'. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Dentre as indicações para o tratamento cirúrgico da endometriose, qual é considerada relativa e não absoluta?

- A. Estenose ureteral pélvica, com uretero-hidronefrose ipsilateral e função renal preservada.
- B. Lesão de endometriose no apêndice cecal.
- C. Endometriose em retossigmoide, com semioclusão intestinal.
- D. Endometriose como causa única de infertilidade conjugal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometriose como causa ÚNICA de infertilidade conjugal e indicação RELATIVA de cirurgia: a decisão pesa idade, reserva ovariana, tempo de infertilidade e estágio, e frequentemente a reprodução assistida e alternativa igual ou superior — além de a cistectomia de endometrioma poder reduzir a reserva ovariana. São absolutas as situações com dano orgânico instalado ou iminente: estenose ureteral com uretero-hidronefrose, mesmo com função renal ainda preservada (A), lesão em apêndice cecal (B) e acometimento de retossigmoide com semioclusão intestinal (C). Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Dentre as afirmações a seguir, assinale a alternativa correta.

- A. Embora as gestações não aumentem o risco de incontinência urinária ou distopias genitais no futuro, o parto normal predispõe a esses desfechos.
 - B. Pacientes idosas são grupo de risco para incontinência urinária mista, devendo-se atentar a esse diagnóstico na decisão terapêutica. ✓**
 - C. A cirurgia de Burch, ou colposuspensão, é a técnica preferencial para o tratamento da incontinência urinária de esforço em pacientes obesas e com deficiência esfíncteriana intrínseca.
 - D. A identificação do tipo de incontinência urinária passa pela classificação POP-Q, que esclarece os quadros de hiper mobilidade uretral e quantifica os níveis pressóricos da perda urinária em cmH₂O. 18
- FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL E MEDICINA DA FAMÍLIA E SAÚDE COLETIVA

COMENTÁRIO OSCELABS

A incontinência urinária MISTA (esforço somada a urgência) e particularmente prevalente na mulher idosa, e reconhece-la é decisivo para a escolha terapêutica — tratar apenas um componente leva à insatisfação. A gestação em si, independentemente da via de parto, já aumenta o risco de incontinência e distopia (A e falsa). Em obesas com deficiência esfíncteriana intrínseca, o sling é preferido à colposuspensão de Burch (C). E o POP-Q quantifica o PROLAPSO genital: não classifica tipo de incontinência nem mede pressão de perda urinária (D). Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Uma mulher de 84 anos é levada à UBS por alteração do comportamento há 36 horas, com momentos de apatia alternando com agitação noturna. Nega febre, tosse ou dor torácica. Sem queixas urinárias. Refere constipação há cinco dias. Medicações atuais: enalapril 10 mg/d; amitriptilina 25 mg à noite (iniciada há dez dias para dor neuropática); oxibutinina 5 mg 2x/d para bexiga hiperativa; difenidramina 50 mg à noite “para dormir” nas últimas cinco noites; ciclobenzaprina ocasional. Ao exame físico, apresenta: PA: 138 x 82 mmHg; FR: 18 rpm; SatO₂: 96% em ar ambiente; afebril; mucosas ressecadas; abdome timpânico com fecaloma palpável; sem sinais neurológicos focais. Teste 4AT: 6 (alteração de alerta, inatenção e curso flutuante). Qual é a conduta mais apropriada para o manejo inicial do caso?

- A. Iniciar haloperidol em baixa dose para controle da agitação e programar reavaliação em 24 a 48 horas com TC de crânio se não houver melhora.
- B. Corrigir hidratação e tratar constipação, suspender amitriptilina, introduzir benzodiazepínico de curta ação e reavaliar em 24 a 48 horas.
- C. Iniciar medidas de reorientação, mobilização precoce e hidratação, suspender difenidramina e amitriptilina, revisar oxibutinina e reavaliar em 24 horas. ✓**
- D. Solicitar urocultura e TC de crânio, tratar bacteriúria assintomática se presente e adiar mudanças no esquema medicamentoso até estabilização clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com início agudo (36 horas) de alteração de alerta, desatenção e curso flutuante, com 4AT de 6: e delírium. A causa está escancarada — carga anticolinérgica somada (amitriptilina, oxibutinina, difenidramina, ciclobenzaprina) mais desidratação e fecaloma. O manejo inicial é não farmacológico e etiológico: reorientação, mobilização precoce, hidratação, desimpactação e retirada dos fármacos culpados. Antipsicótico (A) só para agitação com risco, nunca como primeira medida; benzodiazepínico (B) agrava o delírium; e postergar a revisão de medicamentos (D), tratando bacteriúria assintomática, e tratar o exame e não a paciente. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Uma mulher de 72 anos procura a UBS por dor crônica em ambos os joelhos, sem horário preferencial, mas pior ao subir escadas. Nega sinais inflamatórios. Tem hipertensão diagnosticada há quinze anos, atualmente com níveis controlados com uso de enalapril 20 mg ao dia. Usa paracetamol “de vez em quando”, pois não gosta de tomar comprimidos, com pouco alívio da dor. Nega outras comorbidades. Sem história de úlcera péptica, sangramento ou doença hepática. Queixa de dispepsia esporádica. Ao exame físico, notam-se crepitação bilateral em joelhos, dor à palpação da interlinha medial. IMC: 29 kg/m². Raios-X prévios mostram osteófitos e redução do espaço articular tibiofemoral bilateral. TFG estimada: 80 mL/min/1,73 m². Considerando as melhores evidências científicas, assim como as preferências da paciente, qual é a melhor conduta para o caso?

- A. Prescrever sulfato de glucosamina, iniciar reabilitação fisioterápica e associar ibuprofeno 600 mg + omeprazol se necessário.
- B. Oferecer programa de exercícios e perda ponderal, associando AINE tópica como primeira linha, com plano de revisão em seis semanas. ✓**
- C. Oferecer programa de perda ponderal e manter paracetamol 1 g em dose única diária, suspender exercícios e reavaliar em seis semanas.
- D. Encaminhar para infiltração intra-articular de glicocorticoide, por oferecer alívio mais duradouro que medidas não farmacológicas nesse caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Osteoartrite de joelhos com dor mecânica, crepitação e osteofitos: o alicerce do tratamento e não farmacológico — programa estruturado de exercícios e perda ponderal, que tem o maior tamanho de efeito e modificam a história natural. Como a paciente prefere evitar comprimidos, o AINE TÓPICO é a primeira linha farmacológica, com eficácia comparável ao oral e risco sistêmico muito menor. Glucosamina (A) não tem benefício demonstrado e o AINE oral é evitável; suspender exercícios (C) contraria a evidência; e infiltração com corticoide (D) alivia por poucas semanas, não mais que as medidas não farmacológicas. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Durante uma visita domiciliar, o médico atende Carolina, de 76 anos, com história de duas quedas nos últimos seis meses (uma ao levantar-se à noite e outra no banheiro). Refere tontura ao levantar, medo de cair e sente que está diminuindo sua capacidade de fazer as atividades do dia a dia. Atualmente está em uso de hidroclorotiazida 25 mg/d, metoprolol 50 mg 2x/d e clonazepam 0,5 mg à noite, sem modificação recente nas medicações. No domicílio, notam-se tapetes soltos na sala e iluminação fraca no corredor para o banheiro. Carolina usa chinelos moles e, às vezes, caminha de meias. Ao exame físico, nota-se marcha lenta, sem sinais neurológicos focais. PA sentada: 140 x 85 mmHg; PA ortostática: 130 x 80 mmHg. Qual é a conduta com maior impacto imediato na redução do risco de novas quedas nesse caso?

- A. Aplicar o Timed Up and Go para classificar o risco de queda e rastrear sarcopenia antes de definir a intervenção prioritária.
- B. Prescrever treino de força e equilíbrio supervisionado, remover tapetes e melhorar a iluminação do domicílio.
- C. Iniciar esquema de desprescrição do clonazepam e encaminhar para programa supervisionado de força e equilíbrio. ✓**
- D. Reduzir o diurético tiazídico, ajustar a dose do beta-bloqueador e fornecer bengala para a instabilidade postural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois quedas em seis meses em idosa que usa clonazepam: o benzodiazepínico é o fator de risco modificável de maior peso e efeito mais rápido, e a desprescrição gradual somada a treino supervisionado de força e equilíbrio e a intervenção com maior impacto comprovado na redução de novas quedas. As medidas ambientais e o exercício (B) são corretos, mas deixam intacto o principal culpado. Aplicar escalas antes de intervir (A) adia uma conduta já óbvia. E mexer no diurético e no betabloqueador (D) não se justifica: não houve hipotensão ortostática documentada (140x85 para 130x80 mmHg). Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Rita, 44 anos, trabalhadora doméstica, procura a UBS em uma sexta-feira, por demanda espontânea, por dor em região lombar há três meses, pior com esforços, sem irradiação. Já usou analgésicos por conta própria, com alívio parcial, e solicita encaminhamento para o ortopedista. No acolhimento, a enfermeira colhe história dirigida, verifica sinais de alerta (negativos) e agenda avaliação com a médica da equipe da UBS, para o início da semana seguinte, para definir plano terapêutico. Com base nos atributos da Atenção Primária à Saúde, assinale a alternativa que apresenta corretamente a interpretação mais adequada para a situação relatada.

- A. O atendimento no acolhimento indica que o acesso de primeiro contato foi respeitado, mesmo sem consulta médica imediata. ✓**
- B. O agendamento para a semana seguinte caracteriza a longitudinalidade, pois garante seguimento contínuo do caso ao longo do tempo.

- C. A integralidade ficou prejudicada nesse caso, porque não houve atendimento médico ou manejo clínico da queixa no primeiro momento.
- D. A coordenação do cuidado foi falha por não ter sido feito o encaminhamento ao especialista indicado para o caso. 19 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O acesso de primeiro contato — atributo essencial da Atenção Primária — significa que o serviço e a porta de entrada procurada e RESOLVE o problema na sua chegada, o que inclui acolhimento com escuta qualificada, avaliação de sinais de alerta e definição do momento adequado do atendimento. O acesso foi respeitado mesmo sem consulta médica imediata. Longitudinalidade (B) e o vínculo ao longo do tempo, não um agendamento isolado. A integralidade (C) não foi ferida, pois houve avaliação e plano. E coordenação (D) não se confunde com encaminhar ao especialista — nem havia indicação, já que os sinais de alerta eram negativos. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Leia o caso e avalie a imagem a seguir: Diana tem 25 anos e fez tratamentos para acne desde o início da adolescência. Já utilizou diversos tratamentos tópicos e orais, mas de forma intermitente e curta (menos de trinta dias); logo que melhorava, parava o cuidado. Hoje ela foi à UBS pedindo para ser encaminhada para dermatologista porque quer dar fim ao problema. Atualmente trabalha e estuda, mora com os pais, está com vacinas em dia, não tem outras queixas, já tem prática sexual e faz uso de anticoncepcional oral (ACO), mas deseja passar para dispositivo intrauterino. Segue foto da paciente: (Imagem gerada por IA - ChatGPT5) Considerando todas as informações ofertadas, assinale a alternativa que apresenta corretamente a conduta adequada para o caso.

- A. Encaminhar à dermatologia, pois é um caso de acne grave com história de falhas de tratamento, e orientar a não trocar ainda o ACO, pois ele ajuda no tratamento da acne.
- B. Reiniciar o tratamento para acne moderada, com uso de tetraciclina oral e tratamento tópico com retinoide por sessenta dias, e solicitar Papanicolau para avaliar troca de método anticoncepcional. ✓**
- C. Iniciar o tratamento com uso de doxiciclina oral por três meses, corticoide tópico e manutenção do método anticoncepcional no primeiro momento, com reavaliação em trinta dias.
- D. Iniciar o tratamento para acne leve, com uso tópico de retinoide e peróxido de benzofila por sessenta dias; caso não haja melhora, a paciente deve ser encaminhada à dermatologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acne papulopustulosa moderada em paciente cujas falhas anteriores decorreram de tratamentos CURTOS e intermitentes (menos de trinta dias), e não de refratariedade verdadeira: antes de encaminhar, cabe ao generalista prescrever esquema adequado e por tempo suficiente — tetraciclina oral associada a retinoide tópico por cerca de sessenta dias, com reavaliação. Encaminhar de imediato (A) rotula como grave um caso manejável na APS. Corticoide tópico (C) não trata acne e piora a lesão. Tratar como acne leve, só com tópicos (D), subestima a gravidade. A troca de método contraceptivo se acompanha da avaliação ginecológica de rotina. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Christian tem 16 anos e foi à UBS sozinho buscar ajuda. Está preocupado porque fuma desde os 12 anos, e ontem seu tio foi internado por tosse com sangue, quadro que a família alega ser causado pelo cigarro. Fernanda, médica de família, acolhe-o e, na anamnese, percebe que ele está em fase de ação para parar de fumar. Registra que ele não faz uso de medicamentos contínuos, bebe eventualmente cerveja com amigos e iniciou atividade sexual, mas no momento não tem parceria fixa. Em relação à conduta sobre o tabagismo, assinale a alternativa correta sobre o cuidado dessa pessoa.

- A. Adolescentes estão em fase de experimentação e são menos vulneráveis à dependência, então o aconselhamento breve individual é suficiente nesse caso.
- B. Considerando que o paciente está em fase de ação, deve-se introduzir tratamento em grupo e medicamento com uso de reposição de nicotina por adesivo.

C. Deve-se avaliar o grau de dependência e aproveitar o estágio de motivação para convidá-lo para participar de um grupo de aconselhamento para parar de fumar. ✓

- D. A abordagem individual tem melhor evidência do que a em grupo e, quando associada a bupropiona, tem apresentado resultados mais rápidos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente fumante desde os 12 anos e em estágio de ACAO segundo o modelo transteórico: o momento e de aproveitar a motivação. A conduta correta é avaliar o grau de dependência (Fagerstrom) e inserir o paciente em grupo de aconselhamento estruturado para cessação, que é a base do programa e tem a melhor relação custo-efetividade. Adolescentes não são menos vulneráveis à dependência — são MAIS (A é falsa). Reposição de nicotina em adolescentes só após avaliar dependência elevada, não de rotina (B). E a abordagem em grupo não é inferior à individual (D); a bupropiona tem uso restrito nessa faixa. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Roberto tem 80 anos e é um homem obeso, com hipertensão e diabetes, que tem uma vida ativa, sem limitações das suas atividades diárias, de idas ao clube, viagens aos fins de semana e acompanhamento de negócios junto aos filhos. Costuma fazer exame de rastreamento para câncer de próstata e, neste ano, voltou ao médico de família para solicitá-lo. Assinale a alternativa que descreve de forma completa as informações necessárias para decidir solicitar ou não o exame de rastreio, com base no conceito de prevenção quaternária.

- A. Além da idade, é importante considerar a relação médico-paciente e compartilhar a decisão de realizar o rastreamento.
- B. Os antecedentes pessoais e familiares são suficientes para a decisão no caso específico de pacientes fora da faixa etária recomendada para o rastreamento.

C. É preciso avaliar expectativa de vida, além de comorbidades e antecedentes familiares, para ofertar a possibilidade de rastreamento. ✓

- D. Considerando as características do exame de PSA e a expectativa de vida, o rastreamento deve ser solicitado para o paciente. 20 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção quaternária e evitar o excesso de intervenção e o dano iatrogeno do rastreamento. Aos 80 anos, a decisão sobre o PSA não se resolve só pela idade cronológica: exige estimar a EXPECTATIVA DE VIDA (o benefício do rastreio de próstata só aparece após cerca de 10-15 anos), pesar comorbidades e antecedentes familiares, e então ofertar a decisão compartilhada. Reduzir a análise a relação médico-paciente (A) ou a antecedentes (B) é incompleto. E concluir que o exame deve ser solicitado (D) inverte a lógica: o viés de tempo de antecipação e o sobrediagnóstico são justamente o risco a evitar. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Analise o boletim a seguir, considerando o seu objetivo: Boletim Çarê-IEPS n. 1/2022 Saúde Materna da Mulher Negra O Boletim Saúde Materna da Mulher Negra é uma iniciativa da Cátedra Çarê-IEPS. Esse é um projeto do instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) e do Instituto Çarê criado com o objetivo de produzir pesquisas e informações qualificadas sobre a saúde da população negra no Brasil. Saiba mais. Introdução O Boletim Çare-IEPS: Saúde Materna da Mulher Negra tem por objetivo analisar as intercorrências obstétricas graves mais recorrentes, bem como as causas de mortes maternas mais frequentes, segundo raça/cor. As intercorrências obstétricas graves são complicações durante o estado gravídico puerperal com “condições potencialmente ameaçadoras à vida” (da Saúde 2011). (https://ieps.org.br/wpcontent/uploads/2022/11/Boletim_Care-IEPS-1-Saude-Materna-Mulher_Negra.pdf) Considerando os princípios filosóficos do SUS, com qual dos princípios a seguir o boletim se relaciona?

- A. Universalidade.
- B. Controle social.
- C. Abordagem comunitária.

D. Equidade. 21 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Um boletim que recorta intercorrências obstétricas graves e mortalidade materna POR RACA/COR existe para expor desigualdades e fundamentar ações dirigidas a quem mais precisa — essa é a definição de EQUIDADE, o princípio que trata desigualmente os desiguais para reduzir iniquidades evitáveis. Universalidade (A) e o direito de todos ao sistema, sem recorte. Controle social (B) refere-se à participação da sociedade nos conselhos e conferências. E abordagem comunitária (C) é uma estratégia de atuação da APS, não um princípio filosófico do SUS. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Lúcia, 74 anos, viúva, aposentada, vive sozinha e apresenta hipertensão controlada com losartana, além de insuficiência renal leve (TFG estimada em 55 mL/min). Há catorze meses, queixa-se de dor difusa, fadiga intensa e insônia. Apresenta diagnóstico de fibromialgia realizado por reumatologista há oito meses. Refere que o uso regular de paracetamol não trouxe benefício relevante. Relata tristeza, isolamento social e redução importante das atividades que antes realizava, como encontros no grupo da igreja. Na consulta da APS, pede “um remédio mais forte” e diz que não acredita em “exercícios que nunca funcionaram”. Qual deve ser a conduta prioritária nesse caso?

- A. Introduzir antidepressivo tricíclico em baixa dose para manejo da dor e do sono, mantendo analgésico simples conforme necessidade.
- B. Iniciar anticonvulsivante, como gabapentina ou pregabalina, para tratamento da dor neuropática difusa, associado a seguimento clínico próximo.
- C. Fortalecer o plano terapêutico multiprofissional com exercícios supervisionados, psicoterapia e educação em saúde, podendo associar fármaco adjuvante. ✓**
- D. Escalar a dose de paracetamol até o limite terapêutico seguro, monitorando função hepática e reforçando adesão ao uso regular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fibromialgia com dor difusa, fadiga, insônia, sintomas depressivos e isolamento social: a primeira linha, com o melhor nível de evidência, é não farmacológica — exercício supervisionado e progressivo, psicoterapia (terapia cognitivo-comportamental) e educação em saúde, num plano multiprofissional, podendo-se associar fármaco adjuvante. Note que a paciente descreve o exercício precisa de suporte supervisionado, não de abandono da medida. Amitríptilina (A) em idosa com 74 anos carrega risco anticolinérgico relevante; gabapentinóides (B) são adjuvantes, não a base; e escalar paracetamol (D) é insistir no que já falhou, com DRC associada. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Um imigrante moçambicano de 35 anos, vivendo no Brasil há oito meses, divide um quarto com outros dez trabalhadores em moradia coletiva. Relata boa saúde, sem tosse, febre ou perda de peso. Foi identificado como contato domiciliar de caso bacilífero de tuberculose pulmonar confirmado na mesma residência. Realizou prova tuberculínica (PPD), com resultado de 5 mm, e radiografia de tórax normal. Não é HIV positivo e não tem comorbidades conhecidas. Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

A. Considerar PPD negativo, pois o valor de 5 mm não configura infecção em indivíduo imunocompetente; não indicar tratamento.

B. Interpretar como infecção latente por se tratar de contato de caso bacilífero com PPD $\geq$ 5 mm; iniciar esquema curto semanal de rifapentina + isoniazida por doze semanas. ✓

C. Repetir a PPD em oito semanas, pois o resultado de 5 mm não é suficiente para definir diagnóstico mesmo em contatos; aguardar para decidir tratamento.

D. Iniciar regime clássico com isoniazida por seis meses, independentemente do valor do PPD, pois todo contato de bacilífero deve receber tratamento preventivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato domiciliar de caso bacilífero com PPD $\geq$ 5 mm, radiografia normal e sem sintomas: esta afastada a doença ativa e confirmada a INFECCAO LATENTE. O ponto de corte de 5 mm vale para contatos, pessoas vivendo com HIV e imunossuprimidos — chamar de negativo (A) e erro conceitual. O tratamento preferencial hoje são os esquemas curtos, entre eles rifapentina com isoniazida semanal por 12 semanas (3HP), que tem adesão muito superior, vantagem decisiva em morador de habitação coletiva. Repetir o PPD (C) adia sem necessidade, e isoniazida por seis meses (D) e esquema mais longo e não se indica 'independentemente do PPD'. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Mulher, 36 anos, parda, mora em município do semiárido nordestino com baixo IDH. Mãe solo de três filhos, trabalha como diarista e recebe Bolsa Família. Relata insegurança alimentar frequente, especialmente no fim do mês, quando recorre a alimentos ultraprocessados por serem mais baratos. O acesso a frutas e verduras é limitado. Refere obesidade desde a adolescência (IMC: 34), pressão arterial limítrofe e fadiga constante. Diz que já tentou “dietas restritivas da internet” sem sucesso e manifesta desejo de emagrecer “para melhorar a saúde e cuidar dos filhos”. Qual deve ser a prioridade da equipe de APS diante desse caso?

A. Incentivar mudanças graduais no padrão alimentar e buscar articulação com programas sociais locais, mesmo que o impacto clínico inicial seja limitado. ✓

B. Considerar tratamento farmacológico como apoio ao emagrecimento, diante do histórico de falhas prévias e da motivação expressa pela paciente.

C. Estimular a participação em grupos comunitários de atividade física e saúde, aproveitando recursos disponíveis no território como ponto de partida.

D. Solicitar avaliação em nível secundário para ampliar opções terapêuticas e compartilhar o manejo do caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de obesidade determinada socialmente: insegurança alimentar, baixa renda e acesso restrito a alimentos in natura. Prescrever dieta ou fármaco sem tocar no determinante e garantir nova falha. A prioridade da equipe é pactuar mudanças graduais e viáveis no padrão alimentar e articular a rede intersetorial (CRAS, programas de transferência de renda, equipamentos de segurança alimentar), ainda que o efeito clínico imediato seja modesto. Fármaco (B) não corrige o contexto e é de acesso improvável; grupos de atividade física (C) são complemento útil, mas não resolvem a fome; e encaminhar ao nível secundário (D) fragmenta o cuidado sem necessidade. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Gestante de 24 anos, 30 semanas, procura atendimento por dor intensa e feridas em região genital há cinco dias, que no momento dificulta a sua deambulação. Há cerca de um ano, teve quadro muito semelhante, mas não procurou atendimento. Ao exame: múltiplas úlceras rasas, de fundo avermelhado, bordas irregulares, algumas já cicatrizando. Linfonodos inguinais discretamente aumentados e dolorosos. Perguntada, a paciente refere que o quadro iniciou com lesões bolhosas. Qual a conduta correta para esse caso?

A. Iniciar penicilina G benzatina em dose única, cobrir o sítio da sífilis, e observar evolução antes de introduzir outro tratamento.

B. Introduzir aciclovir oral, diante da suspeita de herpes recorrente, e solicitar testagem rápida para sífilis com eventual associação de penicilina se reagente. ✓

C. Prescrever ceftriaxona intramuscular associada a azitromicina oral, visando à cobertura para cancro mole e clamídia, postergando o início de antivirais.

D. Optar por tratamento sintomático com penicilina G benzatina + aciclovir, independentemente da confirmação diagnóstica, considerando riscos para mãe e feto. 22 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões que COMEÇARAM bolhosas e evoluíram para múltiplas úlceras rasas e dolorosas, com episódio semelhante previo: e herpes genital recorrente. Em gestante, o aciclovir oral é seguro e indicado — alivia os sintomas, encurta o surto e reduz a excreção viral, com supressão a partir de 36 semanas para diminuir o risco de herpes neonatal. Como a coinfeção é frequente, associa-se testagem rápida para sífilis. Penicilina isolada (A) trata o cancro DURO, que é úlcera única e indolor. Ceftriaxona com azitromicina (C) cobre cancro mole e clamídia, quadros distintos, e ainda adia o antiviral. Tratar tudo as cegas (D) é excesso. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Young et al. ("Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial") estudaram o automonitoramento de glicemia capilar (AMGC) no controle da hemoglobina A1c de pacientes com diabetes tipo 2. Para isso, os autores utilizaram de três estratégias cujos resultados da publicação são demonstrados na figura a seguir. O grupo-controle (sem AMGC) foi orientado apenas a manter o uso habitual de seus medicamentos e a realizar exames laboratoriais trimestrais. Os demais participantes foram instruídos a realizar o AMGC: um grupo de forma periódica, sem suporte adicional (AMGC - sem mensagens), e outro com o mesmo protocolo, mas recebendo lembretes por mensagens de texto (AMGC - com mensagens). 8.5 1.0 0.9 0.8 0.7 0.6 0.5 0.4 0.3 0.2 0.1 0 0 3 6 9 12 8.3 8.1 7.9 7.7 7.5 A1c' % 7.3 7.1 6.9 6.7 6.5 0 P = .014 P = .001 P = .005 P = .470 3 6 9 12 Meses do Estudo Meses do Estudo Proporção de Testes (AMGC) Realizados Sem AMGC AMGC (sem mensagens) AMGC (com mensagens) AMGC (sem mensagens) AMGC (com mensagens) (Young et al., "Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial") Sobre a interpretação desses resultados, assinale a alternativa correta.

A. A intervenção (AMGC) não se mostrou eficaz durante os quatro períodos da condução do estudo, o que é bem demonstrado pelos intervalos de confiança.

B. A não aderência à intervenção por parte dos pacientes pode ter sido um motivo para o resultado do estudo em doze meses. ✓

C. O lembrete, por mensagens de texto, de realizar a AMGC melhorou o controle da A1c nos três primeiros períodos do estudo.

D. Apesar da diferença significativa notada ao final dos doze meses do estudo, os três grupos retornaram aos valores de A1c basais. 23 FEAE2503/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O gráfico mostra diferença estatisticamente significativa nos primeiros períodos (P de 0,014 a 0,005) que DESAPARECE aos 12 meses ($P = 0,470$), enquanto a curva da proporção de testes efetivamente realizados cai ao longo do estudo — inclusive no grupo que recebia mensagens. A perda de adesão à intervenção e explicação plausível para o resultado neutro final. Dizer que a intervenção nunca foi eficaz (A) contraria os P significativos iniciais; atribuir melhora sustentada às mensagens (C) ignora que o próprio grupo com lembretes perdeu adesão; e não há diferença significativa aos 12 meses para se falar em retorno ao basal apesar dela (D). Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Forde et al. publicaram recentemente (“Overall survival with neoadjuvant nivolumab plus chemotherapy in lung cancer”) os resultados de sobrevivência global do estudo CheckMate 816, no qual 358 pacientes com câncer de pulmão foram randomizados em dois grupos iguais para receberem nivolumab (imunoterapia) + quimioterapia neoadjuvante (grupo experimental) em comparação a quimioterapia isoladamente (tratamento convencional; grupo-controle). O desfecho primário do estudo, ou seja, para o qual o cálculo amostral foi realizado, foi sobrevivência livre de evento e resposta patológica completa. Os principais resultados são demonstrados na imagem a seguir, sendo NA um resultado não alcançado: 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 0 0 179 179 168 170 159 159 151 139 147 124 140 114 137 112 129 104 122 98 117 97 111 91 67 58 29 29 9 6 0 1 6 12 18 24 30 36 42 48 54 60 66 72 78 84 NA (NA-NA) 73.7 (47.3-NA) Hazard ratio para morte, 0.72 (95%CI, 0.523 - 0.998) $P = 0.048$ Sobrevivência Global Porcentagem de Pacientes Meses Número de pacientes sob risco Mediana (meses) de Sobrevivência Global (Intervalo Confiança 95%) Nivolumab+Quimioterapia (N=179) Quimioterapia isoladamente (N=179) Nivolumab+ Quimioterapia Nivolumab+ Quimioterapia 65.4 (57.8-71.9) 70.6 (63.3-76.7) 55.0 (47.3-62.0) 57.3 (49.6-64.2) Quimioterapia isoladamente Quimioterapia isoladamente (Forde et al., “Overall survival with neoadjuvant nivolumab plus chemotherapy in lung cancer”) Sobre a interpretação dos dados fornecidos na imagem, assinale a alternativa correta.

- A. O baixo número de indivíduos válidos a partir dos 72 meses dificulta a validade externa do principal resultado demonstrado (sobrevivência acumulada de 73,7 meses no grupo que recebeu quimioterapia isoladamente).
- B. A maior parte das censuras de pacientes aconteceu nos primeiros cinco anos de acompanhamento, por isso a pouca quantidade de pacientes analisados tardiamente para o desfecho.
- C. A sobrevivência global foi maior no grupo que recebeu nivolumab e quimioterapia quando comparado aos pacientes que receberam somente quimioterapia, porém a mediana de sobrevivência não foi alcançada em ambos os grupos em 48 ou 60 meses. ✓**
- D. O largo intervalo de confiança (95%CI) demonstra uma diferença muito pequena da adição de nivolumab à quimioterapia neoadjuvante na sobrevivência global de pacientes com câncer de pulmão, fator esse que se reflete no valor de P limítrofe ($P = 0,048$) no cálculo de risco por regressão logística.

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura correta da curva: a sobrevivência global foi maior com nivolumabe somado a quimioterapia (HR 0,72; IC95% 0,523-0,998; $P = 0,048$), e a mediana de sobrevida não havia sido atingida em nenhum dos dois braços aos 48 ou 60 meses — no braço experimental ela é NA, e no controle é de 73,7 meses, ou seja, alcançada apenas depois de 6 anos. O valor de 73,7 meses e do braço de quimioterapia isolada, e o pequeno número em risco no fim do seguimento afeta a precisão da estimativa, não a validade externa (A). Perdas tardias, e não precoces, explicam a rarefação (B). E o HR vem de regressão de Cox, não logística (D). Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Um paciente de 62 anos, com histórico de hipertensão e diabetes, é atendido em pronto-socorro de um município do interior por um médico plantonista. Diante da suspeita de síndrome coronariana aguda, o profissional aciona, por telemedicina, um cardiologista de referência em hospital da capital, que orienta condutas diagnósticas e terapêuticas. Durante o processo, algumas condutas são adotadas pelo médico local sem registro detalhado das orientações recebidas do especialista remoto. O paciente evolui para complicações, e a família questiona judicialmente quem deve ser responsabilizado pelo desfecho. Considerando os princípios éticos e legais aplicáveis à prática médica, qual é a interpretação correta em relação à responsabilidade profissional nesse caso?

- A. A responsabilidade recai exclusivamente sobre o médico local, especialmente porque não registrou detalhadamente as orientações recebidas do especialista remoto e, também, por ser o executor das condutas por ter contato físico com o paciente.
- B. A responsabilidade é apenas do especialista remoto, pois foi ele quem definiu a conduta terapêutica diante do quadro clínico suspeito em razão de ter sido acionado.
- C. Ambos os médicos têm responsabilidade assistencial, devendo responder de forma solidária pela qualidade do atendimento, cada um dentro de sua esfera de atuação e decisão. ✓**
- D. Uma vez que a orientação foi remota e sem exame físico presencial, a atuação do especialista tem caráter consultivo e, em regra, não estabelece vínculo assistencial direto, não gerando sua responsabilidade pelo desfecho. Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na telemedicina, o teleconsultor não é um mero opinador: ao ser acionado e orientar condutas diagnósticas e terapêuticas para paciente identificado, ele assume responsabilidade assistencial. O médico local responde pela execução, pelo exame físico e pelo registro — que aqui foi falho, e o prontuário incompleto agrava sua posição probatória. A resposta é solidária, cada um no limite de sua esfera de atuação e decisão. Responsabilizar só o médico local (A) ou só o especialista (B) ignora a atuação do outro, e negar vínculo assistencial ao teleconsultor (D) contraria a normatização vigente da telemedicina. Resposta C.