



# HCPA — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

97 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](https://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 1 — Gabarito A**

Prematuro, pesando 1.200 g, com doença da membrana hialina e manifestações de insuficiência respiratória, necessitou de ventilação mecânica. A evolução clínica inicial foi satisfatória, com diminuição dos parâmetros do respirador. No 4º dia de vida, subitamente apresentou taquipneia, estertores crepitantes difusos e bilaterais, sopro sistólico na área infraclavicular esquerda (2+/4+) e má perfusão periférica. Tinha pulso periférico amplo. O fígado era facilmente palpável 5 cm abaixo do rebordo costal direito. Essa descompensação clínica provavelmente foi causada pela presença de

**A. padrão de circulação fetal. ✓**

B. comunicação interatrial.

C. persistência de canal arterioso.

D. tetralogia de Fallot.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prematuro com doença da membrana hialina que melhorava e, no 4º dia, faz taquipneia, crepitantes difusos, sopro sistólico infraclavicular esquerdo, pulsos amplos e hepatomegalia: é a repercussão do shunt esquerda-direita pelo canal arterial que não fechou — ou seja, a manutenção do padrão circulatório fetal quando a resistência pulmonar cai. CIA raramente descompensa nessa fase e não dá pulso amplo; Fallot cursa com cianose e sopro de estenose pulmonar. Registre-se que a descrição corresponde literalmente à persistência do canal arterial (C), mas a banca oficializou A. Resposta A.

**QUESTÃO 2 — Gabarito D**

A triagem neonatal para hipotireoidismo congênito é feita com a dosagem de TSH em papel filtro entre o 3º e o 5º dias de vida. Utilizando esse método, que diagnóstico de hipotireoidismo congênito, dentre os abaixo, pode deixar de ser triado?

A. Agenesia de tireoide

B. Hipotireoidismo transitório

C. Disormonogênese

**D. Hipotireoidismo central ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A triagem por TSH em papel filtro só detecta hipotireoidismo com TSH ALTO, isto é, o primário: agenesia/disgenesia, disormonogênese e as formas transitórias. No hipotireoidismo central (hipofisário/hipotalâmico) o T4 está baixo com TSH baixo ou normal — logo, escapa da triagem baseada apenas em TSH; só um protocolo que dose T4 o identifica. Resposta D.

**QUESTÃO 3 — Gabarito C**

Criança com 2 dias de vida, nascida de parto vaginal sem intercorrências (idade gestacional de 39 semanas, peso ao nascimento de 2.200 g) apresentou icterícia, hepatoesplenomegalia, petéquias difusas e fontanela anterior abaulada. A mãe de 25 anos, G2P2, informou não ter feito pré-natal de forma adequada e ter tido quadro de febre e exantema não investigado durante a gestação. Os exames do neonato indicaram hemoglobina de 11 g/dl, 4.800 leucócitos/mm<sup>3</sup> (sem desvio à esquerda) e 98.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>. A ultrassonografia transfontanelar evidenciou diversas pequenas calcificações periventriculares. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. O diagnóstico mais provável é toxoplasmose congênita, e o tratamento indicado é espiramicina.

B. O quadro é compatível com sífilis congênita precoce, e o tratamento indicado é penicilina cristalina, intravenosa, por 10 dias.

**C. Os achados são compatíveis com citomegalovirose congênita, e o tratamento pode incluir ganciclovir ou valganciclovir. ✓**

D. O diagnóstico mais provável é herpes congênito, e o tratamento indicado é aciclovir, intravenoso, por 21 dias.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

RN PIG com icterícia, hepatoesplenomegalia, petéquias, plaquetopenia e calcificações PERIVENTRICULARES à ultrassonografia transfontanelar é o padrão clássico de citomegalovirose congênita, tratada com ganciclovir IV ou valganciclovir VO por 6 meses nas formas sintomáticas. Na toxoplasmose as calcificações são difusas e o tratamento do RN é sulfadiazina + pirimetamina + ácido fólico (espiramicina é para a gestante); sífilis precoce dá lesões ósseas/rinite; herpes neonatal costuma se manifestar após a 1ª semana. Resposta C.

#### QUESTÃO 4 — Gabarito D

Lactente masculino, de 2 meses, nascido a termo de parto vaginal sem intercorrências, foi trazido à Emergência por desconforto respiratório, quadro iniciado há 2 dias. A mãe informou ter percebido congestão nasal e tosse antes do surgimento de sinais de esforço respiratório. Negou febre e contato com pessoas com sintomas respiratórios. Ao exame físico, a criança encontrava-se em bom estado geral, com secreção mucopurulenta em ambos os olhos, boa perfusão periférica e leve tiragem subcostal; à ausculta pulmonar, constatarem-se estertores crepitantes bilaterais. Radiografia de tórax revelou hiperinsuflação e opacidades intersticiais difusas. Leucograma não demonstrou leucocitose, mas mostrava eosinofilia (600 eosinófilos/mm<sup>3</sup>). Que tratamento, dentre os abaixo, é o mais indicado?

A. Lavagem nasal e ocular com soro fisiológico

B. Nitazoxanida 15 mg/kg/dia, por via oral

C. Amoxicilina 90 mg/kg/dia, por via oral

**D. Azitromicina 20 mg/kg/dia, por via oral ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses, AFEBRIL, com conjuntivite mucopurulenta, tosse, taquipneia, hiperinsuflação com infiltrado intersticial e EOSINOFILIA: é a pneumonia afebril do lactente por Chlamydia trachomatis, adquirida no canal de parto. O tratamento é macrolídeo — azitromicina 20 mg/kg/dia por 3 dias (ou eritromicina 14 dias) —, que trata pulmão e olho. Amoxicilina não cobre clamídia, nitazoxanida não tem papel e lavagem isolada não erradica o agente. Resposta D.

#### QUESTÃO 5 — Gabarito A

Lactente masculino, de 3 meses, foi trazido à consulta pelos pais por terem percebido que, em algumas ocasiões, os olhos do filho pareciam desalinhados. Relataram que o desvio era mais evidente quando a criança estava cansada ou olhando para objetos muito próximos. Ao exame, o reflexo de Brückner (Teste do Reflexo Vermelho) era simétrico, e o reflexo corneano, central em ambos os olhos. Não foram constatados sinais de anomalias oculares ou neurológicas. Qual a conduta mais apropriada?

**A. Orientar os pais sobre o estrabismo fisiológico e observar a evolução. ✓**

B. Encaminhar a criança ao oftalmologista para prescrição de óculos com correção de hipermetropia total.

C. Encaminhar a criança ao oftalmologista para realizar cirurgia de estrabismo.

D. Solicitar ressonância magnética de crânio para excluir lesão intracraniana.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Aos 3 meses o alinhamento ocular ainda está amadurecendo: desvio intermitente, mais evidente com cansaço ou fixação em objetos próximos, com reflexo vermelho (Brückner) simétrico e reflexo corneano centrado, é estrabismo fisiológico do lactente — espera-se resolução até 4-6 meses. A conduta é orientar e reavaliar. Óculos e cirurgia pressupõem desvio confirmado e erro refrativo documentado; imagem de crânio só se houver sinais neurológicos ou desvio fixo/paralítico. Resposta A.

**QUESTÃO 6 — Gabarito B**

Menino de 5 meses foi trazido à consulta de puericultura. Em seu histórico, constavam as seguintes anotações: Nascido de gestação única com peso ao nascimento de 2.300 g e 35 semanas de idade gestacional; mãe com descolamento de placenta; sem necessidade de internação em UTI neonatal; testes de triagem neonatal normais. Não havia registro de vômitos ou regurgitações, nem de intercorrências clínicas desde o nascimento, nem de uso de medicamentos ou suplementos. A mãe informou que a alimentação vinha sendo feita exclusivamente com leite materno em livre demanda desde o nascimento, que o filho apresentava boa pega e que ele conseguia esvaziar bem as mamas. A familiar referiu que a criança se mostrava hipoativa em alguns momentos. Verificou-se dificuldade de ganho de peso pela curva na Caderneta da Criança. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, que exame, dentre os abaixo, deve ser solicitado?

A. Videofluoroscopia da deglutição

**B. Hemograma ✓**

C. Phmetria

D. Dosagem de TSH e de T4 livre

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prematuro tardio (35 semanas, 2.300 g) em aleitamento materno exclusivo, SEM suplementação de ferro, que aos 5 meses fica hipoativo e com má curva ponderal: a hipótese óbvia é anemia (ferropriva/da prematuridade) — o prematuro nasce com reservas de ferro reduzidas e as esgota por volta do 2º-4º mês. O exame inicial é o hemograma. Não há vômitos/regurgitação que justifiquem pHmetria ou videofluoroscopia, e a triagem neonatal normal afasta hipotireoidismo congênito. Resposta B.

**QUESTÃO 7 — Gabarito C**

Criança de 6 meses foi trazida à Emergência com história de febre há 3 dias, sem identificação de foco. A mãe negou tosse, coriza, diarreia e alteração de humor. Ao exame físico, encontrava-se ativa, hidratada e corada, com temperatura axilar de 39,4° C; à oroscopia e otoscopia, não foram identificadas alterações; à ausculta cardíaca, o ritmo era regular, sem sopros; à ausculta respiratória, os pulmões estavam limpos; à palpação, o abdômen estava flácido e sem visceromegalias. As extremidades estavam com bons pulsos e boa perfusão periférica. Com base no quadro, assinale a alternativa que contempla o conjunto de condutas recomendado no momento.

A. Coleta de sangue para hemograma, hemocultura e PCR início de antibiótico

B. Coleta de sangue para hemograma, hemocultura e PCR realização de raio X de tórax sem antibiótico até os resultados dos exames

**C. Coleta de urina para EQU com urocultura sem antibiótico até o resultado do exame ✓**

D. Coleta de urina para EQU com urocultura realização de raio X de tórax - coleta de secreção nasal para pesquisa de vírus respiratórios - início de antibiótico

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 6 meses com febre sem sinais localizatórios há 3 dias, em bom estado geral: o foco oculto mais provável nessa idade é infecção do trato urinário. A conduta é coletar urina (EQU + urocultura) por técnica confiável e AGUARDAR o resultado antes de antibiótico, já que a criança está bem, hidratada e sem toxemia. Raio X de tórax só com sinais respiratórios, e antibiótico empírico imediato não se justifica em lactente maior de 3 meses, bem, com foco investigável. Resposta C.

**QUESTÃO 8 — Gabarito A**

Lactente feminina, de 9 meses, foi trazida à consulta de puericultura, sem queixas. Ao exame físico, detectou-se sopro cardíaco sistólico de curta duração, audível no terço médio da borda esternal esquerda, sem irradiação, de qualidade vibratória, com intensidade de 1+, que se tornava mais audível em decúbito dorsal (em comparação com a posição sentada). Qual o diagnóstico mais provável?

**A. Sopro inocente ✓**

- B. Persistência do canal arterial
- C. Defeito do septo interventricular
- D. Mixoma atrial

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sopro sistólico de curta duração, intensidade 1+, qualidade vibratória/musical, no terço médio da borda esternal esquerda, sem irradiação, que aumenta em decúbito dorsal, em lactente assintomática e com exame normal: é o sopro de Still, protótipo do sopro inocente. PCA dá sopro contínuo em maquinária infraclavicular; CIV, sopro holossistólico rude com frêmito em foco tricúspide; mixoma atrial é raríssimo em lactentes. Resposta A.

**QUESTÃO 9 — Gabarito A**

Menina de 2 anos foi trazida à consulta por febrículas e persistência da tosse em acessos, principalmente à noite, que chegava a provocar palidez de extremidades e em torno dos lábios. A expectoração era clara e viscosa. No pescoço anterior e nas pálpebras, havia várias petéquias. O quadro teve início com resfriado e congestão nasal há cerca de 4 semanas, com piora progressiva. A paciente não possuía a Caderneta da Criança (sem história de vacinação). Considerando a provável hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que contempla as mais frequentes alterações hematológicas que a acompanham.

**A. Leucocitose e linfocitoses absoluta e relativa ✓**

- B. Leucopenia e eosinofilia relativa
- C. Leucocitose e monocitose
- D. Linfopenia absoluta e neutrofilia

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Tosse em acessos (paroxística) de 4 semanas, iniciada como resfriado, com cianose perioral e de extremidades durante a crise, expectoração viscosa, petéquias em face e pescoço (por esforço) e criança NÃO vacinada: coqueluche. O hemograma típico traz leucocitose com linfocitose absoluta e relativa — quanto maior a linfocitose, pior o prognóstico no lactente. Eosinofilia, monocitose e neutrofilia não compõem o padrão da Bordetella pertussis. Resposta A.

**QUESTÃO 10 — Gabarito D**

Menino de 2 anos foi hospitalizado por febre alta, mau estado geral, taquicardia e dispneia rapidamente progressiva. Ao exame físico, foram observadas petéquias difusas no tórax, no dorso e no abdômen, com sufusões hemorrágicas maiores nos membros inferiores do que nos superiores. O paciente evoluiu rapidamente com choque séptico, disfunção multiorgânica e coagulação intravascular disseminada. Havia relato de que outra criança da mesma escola também apresentara febre, sufusões similares nas pernas e se encontrava hospitalizada em UTI pediátrica. A partir das manifestações clínicas, da principal hipótese diagnóstica e de seu agente etiológico, assinale a assertiva correta.

- A. O paciente deve permanecer em isolamento respiratório com pressão negativa durante 5 dias após o início da antibioticoterapia.
- B. O tratamento inicial de primeira escolha deve incluir cefepima ou meropenem.
- C. (Todos os contatos hospitalares e escolares do paciente devem receber quimioprofilaxia, por via oral, por 4 dias sequenciais.

**D. A taxa de letalidade da doença é menor quando acompanhada de meningite simultaneamente. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Petéquias e sufusões hemorrágicas de rápida progressão, choque séptico, CIVD e caso secundário na escola: doença meningocócica. A letalidade da meningococcemia PURA (sem meningite) é maior — a presença de meningite associa-se a melhor prognóstico. O isolamento é por gotículas por 24 h de antibiótico (não pressão negativa por 5 dias); o tratamento de escolha é ceftriaxona/penicilina, não cefepima ou meropenem; a quimioprofilaxia é restrita a contatos íntimos, com rifampicina por 2 dias. Resposta D.

**QUESTÃO 11 — Gabarito D**

Menino de 3 anos foi transportado até a UPA por ter apresentado episódio convulsivo, tônico-clônico, generalizado, em sua escola. A crise havia ocorrido há 1 hora e, segundo a professora, não durara mais de 4 minutos. O paciente, previamente hígido, apresentava desenvolvimento neuromotor normal. Ao exame físico admissional, estava febril, levemente taquicárdico, mas eupneico. Respondia adequadamente aos comandos verbais. O restante do exame físico não evidenciou alterações. Com base nas manifestações clínicas, assinale a assertiva correta.

- A. O paciente deve receber imediatamente diazepam intravenoso ou midazolam intramuscular.
- B. O diagnóstico mais provável é convulsão febril, devendo o paciente permanecer em observação clínica e fazer exame eletroencefalográfico após 24 horas da crise.
- C. Pelo risco de recorrência do episódio e pela idade do paciente, deve-se prescrever o uso profilático de medicamento anticonvulsivante.

**D. A família deve ser informada sobre o fato de que a evolução clínica esperada é benigna, e o prognóstico, favorável. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Crise tônico-clônica generalizada, com menos de 5 minutos, em criança de 3 anos febril, previamente hígida, com desenvolvimento normal e exame neurológico normal após: crise febril SIMPLES. A conduta é orientar a família — o prognóstico é benigno, sem aumento de risco de déficit cognitivo e com risco de epilepsia próximo ao da população geral. Benzodiazepínico só na crise em curso (esta já cessou há 1 hora), EEG não está indicado e profilaxia contínua com anticonvulsivante não é recomendada. Resposta D.

**QUESTÃO 12 — Gabarito B**

Menino de 3 anos e 6 meses, previamente higido, foi trazido, pela mãe à UBS por febre de até 38° C e cansaço acima do habitual, quadro iniciado há cerca de 5 dias. Na noite anterior, relatou ter percebido manchas roxas em pernas e braços. Ao exame físico, a criança encontrava-se um pouco prostrada, com palidez cutaneomucosa, equimoses e petéquias nas faces interna e externa dos membros superiores e inferiores. O fígado era palpável 3 cm abaixo do rebordo costal direito. Demais aspectos do exame não revelaram particularidades. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a conduta mais adequada?

- A. Solicitar sorologias para hepatite, enzimas hepáticas e perfil de coagulação.
- B. Solicitar hemograma, leucograma e contagem de plaquetas. ✓**
- C. Solicitar ultrassonografia abdominal, pesquisa de sangue oculto nas fezes e EQU.
- D. Encaminhar o caso para a assistente social por suspeita de maus-tratos.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pré-escolar com febre, astenia, palidez cutaneomucosa, equimoses/petéquias em membros e hepatomegalia: a tríade palidez + sangramento + visceromegalia aponta insuficiência medular, sendo a leucemia linfoblástica aguda a principal hipótese. O primeiro passo é o hemograma completo com plaquetas, que mostrará citopenias e eventuais blastos, indicando o encaminhamento à hematologia. Investigar hepatite, sangue oculto ou acionar suspeita de maus-tratos não contempla a hipótese principal. Resposta B.

**QUESTÃO 13 — Gabarito C**

Pré-escolar de 4 anos, com asma, foi trazido à consulta por não estar respondendo à medicação de controle (beclometasona spray oral, 50 mcg/jato, 3 jatos, 2 vezes/dia). Para melhorar a resposta clínica, recomenda-se fazer a medicação

- A. sem espaçador, com o spray na vertical, acoplado diretamente na boca da criança, com os lábios vedados.
- B. com espaçador, com a criança chorando no colo da mãe, com a máscara bem vedada em seu rosto.
- C. com espaçador, sem máscara, com os lábios vedados no bocal, com a criança respirando em volume corrente. ✓**
- D. com espaçador, disparando 3 jatos consecutivamente antes de a criança fazer 2-3 inalações pela máscara.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Aos 4 anos a criança já coopera com o BOCAL: usar espaçador sem máscara, lábios vedados no bocal, respirando em volume corrente por 5-10 ciclos, com UM jato por vez, maximiza o depósito pulmonar. Aplicar o spray direto na boca perde a maior parte da dose na orofaringe; criança chorando gera fluxo inspiratório inadequado (choro = expiração prolongada) e piora o depósito; disparar vários jatos juntos no espaçador provoca coalescência e perda das partículas. Resposta C.

**QUESTÃO 14 — Gabarito B**

Pré-escolar de 5 anos, previamente hígida, foi trazida à consulta por apresentar, há 3 dias, secreção nasal inicialmente hialina e, há 1 dia, espessa e esbranquiçada. A febre associada, de até de 37,8° C, foi controlada com antitérmicos. À oroscopia, constataram-se leve hiperemia faríngea e gota pós-nasal; à rinoscopia, edema e hiperemia de mucosa, além de secreção turva e espessa bilateralmente. Com esses dados clínicos, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Rinossinusite aguda bacteriana
- B. Rinossinusite aguda viral ✓**
- C. Rinossinusite aguda pós-viral
- D. Rinossinusite aguda alérgica complicada

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Três dias de evolução, secreção que passa de hialina a espessa/esbranquiçada, febre baixa controlada, sem piora após melhora e sem sinais de gravidade: rinossinusite aguda VIRAL — a mudança de coloração da secreção é fase natural do resfriado e não indica bactéria. Chamamos de pós-viral quando os sintomas persistem além de 10 dias ou pioram após o 5º dia; bacteriana exige sintomas graves, febre alta persistente ou dupla piora. Resposta B.

**QUESTÃO 15 — Gabarito A**

Menino de 6 anos foi trazido à UPA por apresentar diarreia há 3 dias (sem sangue ou muco) e vômitos alimentares (3 vezes antes da consulta). Ao exame físico, encontrava-se prostrado, com olhos encovados e pele com turgor diminuído e com temperatura axilar de 37,5° C; à ausculta pulmonar, não foram identificadas alterações; à ausculta cardíaca, o ritmo era regular, com frequência cardíaca de 100 bpm; à palpação, o abdômen encontrava-se globoso, depressível e com ruídos hidroaéreos aumentados; os pulsos eram palpáveis, e as extremidades estavam aquecidas. Com base no quadro, assinale o conjunto de condutas recomendado no momento.

- A. Manter a criança em observação na UPA e iniciar soro de reidratação oral, na dose de 100 ml/kg a cada 4 horas. ✓**
- B. Manter a criança em observação na UPA e administrar soro fisiológico intravenoso, na dose de 20 ml/kg.
- C. Encaminhar a criança para avaliação em ambiente hospitalar e administrar soro fisiológico intravenoso, na dose de 30 ml/kg em 1 hora.
- D. Encaminhar a criança para casa e, se constatados sinais de piora clínica, retornar à UPA e administrar soro de reidratação oral a cada evacuação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Diarreia e vômitos com prostração, olhos encovados e turgor diminuído, mas com pulsos palpáveis, extremidades aquecidas e FC normal: desidratação MODERADA sem choque — plano B. A conduta é terapia de reidratação oral supervisionada na unidade (50-100 ml/kg em 4 horas), com reavaliação. Expansão intravenosa é reservada ao plano C (choque/desidratação grave ou falha da TRO), e mandar a criança para casa nesse estado é inadequado. Resposta A.

**QUESTÃO 16 — Gabarito B**

Adolescente de 10 anos iniciou, há 1 semana, com mialgia, principalmente nos membros superiores, e cansaço, mesmo sem esforços; passou a apresentar há 3 dias, febre e dificuldade para engolir alimentos sólidos por dores na garganta e no pescoço. Foi trazido à UPA, tendo-lhe sido prescrita amoxicilina (90 mg/kg/dia) por orofaringe hiperemiada, ambas as tonsilas com exsudato e linfadenopatia cervical posterior. Após 24 horas, não teve mais febre, porém apresentou erupção exantemática macular na face, no abdômen e no tórax anterior. Assinale a alternativa que contempla a hipótese diagnóstica mais provável, os achados laboratoriais relacionados e a conduta mais adequada.

- A. Mononucleose - linfocitose com presença de linfócitos atípicos - Manter amoxicilina e associar aciclovir.
- B. Mononucleose - linfocitose com presença de linfócitos atípicos - Suspender amoxicilina e iniciar com medicamentos sintomáticos e repouso. ✓**
- C. Amigdalite bacteriana - leucocitose com neutrofilia - Substituir amoxicilina por macrolídeo, devido à alergia causada pelo medicamento betalactâmico.
- D. Amigdalite bacteriana - leucopenia - Substituir amoxicilina por amoxicilina-clavulanato.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Faringoamigdalite exsudativa com linfadenopatia cervical POSTERIOR, mialgia e astenia arrastadas, seguida de exantema maculopapular após amoxicilina: mononucleose infecciosa (EBV). O rash pós-aminopenicilina não é alergia verdadeira e não contraindica betalactâmico no futuro. O laboratório mostra linfocitose com linfócitos atípicos. A conduta é suspender o antibiótico, prescrever sintomáticos e repouso (com restrição de esporte de contato pelo risco de ruptura esplênica); aciclovir não altera o curso. Resposta B.

**QUESTÃO 17 — Gabarito C**

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Infecção do trato urinário (ITU) é a ..... infecção bacteriana mais prevalente em Pediatria. Entre as crianças com menos de 7 anos, acomete proporcionalmente mais ..... . Das manifestações clínicas relatadas, a piúria apresenta maior probabilidade de ocorrência quando a ITU tem como agente etiológico .....

- A. primeira - meninas - Klebsiella sp
- B. primeira - meninos - Escherichia coli
- C. segunda - meninas - Escherichia coli ✓**
- D. segunda - meninos - Klebsiella sp

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A ITU é a SEGUNDA infecção bacteriana mais prevalente em pediatria, atrás apenas das infecções respiratórias. Fora do primeiro ano de vida (quando meninos não circuncidados predominam), entre os menores de 7 anos ela acomete proporcionalmente mais as MENINAS, pela uretra curta. E a piúria é mais frequente quando o agente é a Escherichia coli, que expressa fímbrias e desencadeia resposta inflamatória intensa — Klebsiella e Proteus cursam com piúria menos exuberante. Resposta C.

**QUESTÃO 18 — Gabarito B**

Conforme o Calendário de Vacinação 2025, do Ministério da Saúde, qual o esquema de vacinação contra HPV?

- A. Dose única entre 9 e 14 anos apenas em meninas.
- B. Dose única entre 9 e 14 anos em meninas e meninos ✓**
- C. Duas doses entre 9 e 14 anos em meninas e meninos
- D. Duas doses entre 9 e 14 anos em meninas e dose única em meninos

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Desde 2024 o Ministério da Saúde adotou o esquema de DOSE ÚNICA da vacina HPV quadrivalente para meninas e meninos de 9 a 14 anos, com base em evidência de imunogenicidade e efetividade equivalentes ao esquema de duas doses. Esquemas de 2 ou 3 doses permanecem apenas para grupos especiais (imunossuprimidos, PVHIV, vítimas de violência sexual, transplantados e oncológicos). Resposta B.

**QUESTÃO 19 — Gabarito A**

No âmbito da Atenção Primária a crianças e adolescentes, todo médico é responsável pela orientação preventiva de injúrias por causas externas. Nesse sentido, é correto afirmar que há evidências científicas suficientes de que

- A. A estatura mínima para uma criança ocupante do banco traseiro de veículo automotor usar o cinto de segurança do carro isoladamente, sem a necessidade do uso de dispositivo de retenção, independentemente de sua idade, é de 1,35 metro segundo o padrão europeu e 1,45 metro segundo o padrão estadunidense. ✓**

- B. a orientação antecipatória é factível e comprovadamente eficaz na melhora do conhecimento sobre segurança, na mudança do comportamento para um estilo mais seguro e na redução efetiva de ocorrências de todos os tipos de injúrias por causas externas.
- C. o ensino de natação não é uma medida considerada eficaz na prevenção do afogamento de crianças e jovens, devendo-se dar preferência ao uso de dispositivos pessoais de flutuação, como as boias, e ao cercamento de piscinas com grades com altura mínima de 1,0 metro e portões com mola e tranca automática.
- D. a supervisão deficiente por parte de cuidadores é o fator de risco mais relevante para injúrias por causas externas, sobretudo não intencionais, havendo à disposição bons programas preventivos, especificamente focados em melhorá-la.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A recomendação sobre dispositivos de retenção é baseada em estatura, não só em idade: o cinto de três pontos isolado só se ajusta com segurança a partir de cerca de 1,35 m (padrão europeu) e 1,45 m (padrão estadunidense). As demais assertivas exageram a evidência: a orientação antecipatória melhora conhecimento, mas não comprovou redução de TODOS os tipos de injúria; o ensino de natação É medida eficaz de prevenção de afogamento; e não existem bons programas validados focados especificamente em melhorar a supervisão. Resposta A.

**QUESTÃO 20 — Gabarito D**

Assinale a assertiva sobre lesão pulmonar associada a uso de cigarro eletrônico (EVALI)

- A. Corticoesteroide inalatório em dose alta está indicado para tratamento de casos refratários
- B. Náusea, vômito e diarreia não fazem parte das manifestações clínicas descritas
- C. O diagnóstico é clínico não sendo necessários exames de imagem para investigação
- D. Pode evoluir para insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A EVALI (lesão pulmonar associada ao cigarro eletrônico) é doença potencialmente grave: até um terço dos casos evolui com insuficiência respiratória e necessidade de ventilação mecânica. Sintomas gastrointestinais (náusea, vômito, diarreia) são frequentes e ajudam a suspeitar do quadro; o diagnóstico exige imagem (opacidades em vidro fosco bilaterais na TC) e exclusão de infecção; o tratamento dos casos graves é corticoide SISTÊMICO, não inalatório. Resposta D.

**QUESTÃO 21 — Gabarito C**

Gestante de 20 anos, GIPO, sem pré-natal, foi trazida ao Centro Obstétrico por contrações e perda de líquido. Referiu ter feito uso de cocaína há 2 horas. Ao exame, apresentava sinais vitais estáveis, 3 contrações uterinas efetivas e regulares em 10 minutos, saída de líquido claro pelo orifício cervical externo e mudanças cervicais (dilatação de 5 cm e apagamento de 90%). Ultrassonografia (US) evidenciou feto único com movimentação ativa, em apresentação cefálica e idade gestacional compatível com 31 semanas. Assinale a assertiva correta sobre o caso clínico.

- A. São necessários testes adicionais, tais como US transvaginal evidenciando colo curto (< 25 mm) ou testes imunocromatográficos positivos, para estabelecer o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo.
- B. Por se tratar de ruptura prematura de membranas pré-termo, deve-se avaliar o bem-estar fetal, realizar tocólise e rastreamento para estreptococos do grupo B, além de administrar corticosteroides, antimicrobianos (para prolongar a latência) e progesterona.
- C. Deve-se avaliar o bem-estar fetal, investigar sinais de infecção intrauterina e administrar corticosteroides, antimicrobianos (para estreptococos do grupo B) e sulfato de magnésio. ✓**

D. Se o quadro clínico evoluir, na assistência ao parto e ao recém-nascido devem ser preconizadas a ordenha do cordão umbilical, a prevenção da hipotermia do recém-nascido e a amamentação na primeira hora.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 31 semanas com dilatação de 5 cm, contrações efetivas e líquido claro pelo orifício externo: o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo com rotura de membranas é CLÍNICO, dispensando colo curto ou testes imunocromatográficos. A conduta é avaliar vitalidade fetal, procurar corioamnionite, dar corticoide, antibiótico para profilaxia de estreptococo do grupo B e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Tocólise não se faz com dilatação avançada e bolsa rota, e progesterona não tem papel aqui. Resposta C.

### QUESTÃO 22 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre a infecção por toxoplasmose na gestante e no recém-nascido.

- A. No primeiro trimestre da gestação, a presença de IgM e IgG reagentes, associada à de IgG de alta avides, indica fortemente infecção aguda adquirida na gestação.
- B. Quando houver indicação, a amniocentese para obtenção de PCR para DNA de *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico deve ser realizada a partir de 14 semanas de gestação ou, no máximo, até 4 semanas após a data da infecção primária materna.
- C. O tratamento com esquema tríplice é o indicado quando o diagnóstico da infecção ocorrer após as 18 semanas de gestação; no primeiro trimestre, deve ser evitado, pois tanto a pirimetamina quanto a sulfadiazina atuam como antagonistas do ácido fólico. ✓**
- D. No recém-nascido com menos de 6 meses, a presença de anticorpos da classe IgG confirma a toxoplasmose congênita, já que eles não ultrapassam a barreira placentária.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O esquema tríplice (sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico) é indicado a partir de 18 semanas, quando o risco de transmissão sobe; no primeiro trimestre é evitado porque pirimetamina e sulfadiazina são antagonistas do ácido fólico e teratogênicos — usa-se espiramicina. IgG de ALTA avides no primeiro trimestre afasta infecção recente; a amniocentese é feita a partir de 18 semanas e após 4 semanas da infecção; e IgG materna atravessa a placenta, de modo que no lactente só IgM/IgA ou persistência de IgG após 12 meses confirmam. Resposta C.

### QUESTÃO 23 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre a toxicidade dos compostos do tabaco na gestante e no feto.

- A. O transporte de aminoácidos pela placenta está aumentado nas fumantes, o que interfere na síntese proteica e contribui para o mau desenvolvimento da membrana amniocoriônica.
- B. A nicotina causa vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto. ✓**
- C. O aumento de abortamentos em fumantes pode ser explicado pelo aumento da síntese placentária de óxido nítrico, um potente constritor do miométrio.
- D. A hemoglobina fetal tem uma ligação com o monóxido de carbono mais fraca do que a hemoglobina materna, resultando em níveis de carboxi-hemoglobina mais elevados na circulação fetal, responsáveis pela hipoxemia tecidual.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A nicotina é vasoconstritora: reduz o fluxo uteroplacentário e a oferta de oxigênio e nutrientes ao feto, explicando restrição de crescimento e baixo peso ao nascer. O transporte placentário de aminoácidos está REDUZIDO nas fumantes; o óxido nítrico é vasodilatador (e não constritor do miométrio); e a hemoglobina fetal tem afinidade MAIOR — não menor — pelo monóxido de carbono, o que eleva a carboxi-hemoglobina fetal e agrava a hipóxia tecidual. Resposta B.

**QUESTÃO 24 — Gabarito D**

Primigesta de 23 anos, com hipertensão arterial crônica desde os 17 anos, tratada com losartana (50 mg/dia, por via oral), teve seu tratamento modificado, desde o início da gestação, para metildopa (500 mg, por via oral, de 12/12 horas). O feto encontrava-se com crescimento adequado. A gestante vinha realizando profilaxia para pré-eclâmpsia com AAS e cálcio. Agora, com 36 semanas, apresenta aumento da pressão arterial, permanecendo com controle adequado por ter sido alterada a dose de metildopa (500 mg, 3 vezes/dia). À investigação diagnóstica, a relação proteína/creatinina urinária era de 0,29, a dosagem de fator de crescimento placentário (PIGF) de 160 pg/ml e o ácido úrico de 4,6 mg/dl. Que conduta, dentre as abaixo, está indicada?

- A. Internar a gestante para observação.
- B. Indicar o término imediato da gestação.
- C. Associar carvedilol a metildopa.
- D. Resolver a gestação com 38 semanas. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipertensa crônica com bom controle, feto crescendo bem e SEM pré-eclâmpsia sobreposta (relação proteína/creatinina 0,29, portanto  $< 0,3$ ; PIGF normal; ácido úrico normal): não há indicação de internação nem de interrupção imediata. O manejo é ambulatorial com resolução programada entre 37 e 39 semanas — 38 semanas é a conduta clássica. Carvedilol não é anti-hipertensivo de primeira escolha na gestação (metildopa, nifedipino e labetalol são). Resposta D.

**QUESTÃO 25 — Gabarito C**

Gestante de 28 anos, G2P1, com 32 semanas de gestação, deu entrada na Emergência após acidente automobilístico de média intensidade. Informou que estava usando cinto de segurança e não ter havido perda de consciência. Referiu dor abdominal difusa e movimentos fetais diminuídos. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com dor à palpação do hipogástrio, sem sangramento vaginal. A ausculta, os batimentos cardíofetais tinham frequência de 130 bpm. Ultrassonografia revelou placenta anterior sem descolamento evidente, feto único vivo e líquido amniótico em quantidade normal. Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Alta hospitalar após exame físico normal e vitalidade fetal confirmada, com orientação de retorno se houver sintomas.
- B. Administração de tocolítico imediatamente para prevenir parto prematuro relacionado ao trauma.
- C. Observação hospitalar por, pelo menos, 24 horas com monitorização fetal contínua. ✓**
- D. Realização de parto cesáreo imediatamente por risco fetal iminente, mesmo sem sinais de condição fetal não tranquilizadora.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trauma abdominal em gestante acima de 20 semanas exige monitorização cardiotocográfica prolongada, porque o descolamento prematuro de placenta pode ser TARDIO e a ultrassonografia tem baixa sensibilidade para detectá-lo. Havendo dor abdominal e redução dos movimentos fetais, o mínimo de 4 horas se estende para 24 horas de observação. Alta precoce é insegura; tocólise mascara contrações que são o principal marcador de descolamento; e cesárea imediata sem sofrimento fetal não se justifica. Resposta C.

**QUESTÃO 26 — Gabarito C**

Gestante de 40 anos, G3P2, foi encaminhada ao Centro Obstétrico por estar com 41 semanas e 2 dias de gestação. Fazia acompanhamento pré-natal de risco habitual. Os resultados de todos os exames estavam normais, e o crescimento fetal era adequado. Ao exame, o colo encontrava-se central, com 1 cm de dilatação, 30% de apagamento e consistência firme, com apresentação cefálica não insinuada. Considerando o perfil obstétrico apresentado, qual a conduta mais adequada no momento para promover o nascimento?

- A. Iniciar ocitocina intravenosa em infusão contínua.
- B. Realizar amniotomia e iniciar deambulação.

**C. Iniciar preparo cervical com análogo de prostaglandina (misoprostol) ou método mecânico (sonda de Foley), seguido de reavaliação em 6-12 horas. ✓**

- D. Indicar cesariana eletiva devido a colo desfavorável e idade materna avançada, condições que aumentam o risco de insucesso da indução.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestação de 41 semanas e 2 dias tem indicação de indução do parto, mas o colo está desfavorável (1 cm, 30% de apagamento, consistência firme, apresentação alta — Bishop baixo). Nesse cenário o primeiro passo é o PREPARO cervical com prostaglandina (misoprostol) ou método mecânico (sonda de Foley), reavaliando em 6-12 horas. Ocitocina e amniotomia com colo imaturo aumentam a chance de indução falha; e colo desfavorável, isoladamente, não é indicação de cesariana. Resposta C.

**QUESTÃO 27 — Gabarito A**

Assinale a assertiva correta sobre a infecção por sífilis na gestação.

**A. A transmissão vertical será maior quanto mais avançada for a gestação, sendo também maior nas fases primária e secundária do que nas fases latente e terciária. ✓**

- B. Apenas um teste não é suficiente para concluir o diagnóstico, pois testes sorológicos, principalmente os treponêmicos, estão associados a resultados falsos positivos por condições como drogadição, doenças reumáticas e até a própria gestação.
- C. Em gestante que se encontra assintomática e sem história de tratamento ou conhecimento da infecção, o diagnóstico é de sífilis primária, devendo ser tratada com penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, por via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- D. O tratamento deve ser realizado o mais precocemente possível e, para as gestantes alérgicas a penicilina, pode-se utilizar, como medicamento alternativo, doxiciclina (100 mg, por via oral, 2 vezes/dia, por 15 dias).

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A transmissão vertical da sífilis é maior quanto mais avançada a gestação (a placenta fica mais permeável) e nas fases com maior treponemia — primária e secundária (até 80-100%) — caindo nas fases latente tardia e terciária. Falsos positivos são típicos dos testes NÃO treponêmicos (VDRL) em gestação, drogadição e doenças reumáticas. Gestante assintomática sem histórico de tratamento é classificada como latente de duração ignorada e recebe 3 doses semanais. Doxiciclina é proscrita na gestação — alérgicas devem ser dessensibilizadas. Resposta A.

**QUESTÃO 28 — Gabarito B**

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Gestante de 22 anos, GIPO, com 25 semanas de gestação, assintomática, veio ao Centro Obstétrico por orientação do médico do pré-natal, trazendo os laudos de exames ultrassonográficos. Exame 1: Identifica-se um saco gestacional, contendo dois embriões com vitalidade; o comprimento cabeça-nádegas do embrião à esquerda tem 30 mm, e o do embrião à direita tem 25 mm. Conclusão: gestação gemelar; idade gestacional compatível com 9 semanas + 5 dias. Exame 2: Identificam-se dois fetos com vitalidade; massa placentária na região fúndica do útero; líquido em quantidade normal na cavidade amniótica à esquerda e diminuída à direita. Conclusão: gestação gemelar diamniótica, idade gestacional compatível com 24 semanas; o peso do feto à esquerda encontra-se no percentil 50, e o do feto à direita no percentil 8 para a IG; diferença de peso entre os fetos de 26%. Considerando as informações dos laudos trazidos pela gestante e as diretrizes para a realização de ultrassonografia na gestação gemelar, pode-se afirmar que se trata de gestação gemelar ..... A datação da gestação foi corretamente realizada pelo embrião de ..... comprimento cabeça- nádegas. A hipótese diagnóstica é .....

- A. monocoriônica - menor - síndrome de transfusão feto-fetal
- B. monocoriônica - maior - restrição de crescimento fetal seletiva ✓**
- C. dicoriônica - menor - restrição de crescimento fetal seletiva
- D. dicoriônica - maior - síndrome de transfusão feto-fetal

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ultrassonografia de primeiro trimestre com UM saco gestacional contendo dois embriões define corionicidade: gestação MONOCORIÔNICA. A datação em gemelares é feita pelo MAIOR comprimento cabeça-nádegas (30 mm), pois o menor pode já estar restrito. No segundo exame, um feto no percentil 50 e o outro no percentil 8, com discordância de 26% e líquido apenas reduzido de um lado (sem polidrâmnio contralateral), configura restrição de crescimento fetal seletiva, e não síndrome de transfusão feto-fetal. Resposta B.

**QUESTÃO 29 — Gabarito C**

Primigesta de 17 anos, com 38 semanas e 5 dias de gestação, com pré- natal de risco habitual, foi internada no Centro Obstétrico na fase ativa do trabalho de parto. Transcorridas 5 horas, evoluiu para parto vaginal com períneo íntegro. Após o nascimento, a paciente recebeu ocitocina intramuscular (10 UI). Foi realizado clampamento oportuno do cordão umbilical e a dequitação ocorreu com a placenta íntegra. A paciente passou a queixar-se de sudorese e mal-estar. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 90/60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, útero com volume aumentado (acima da cicatriz umbilical) e sangramento vaginal ativo. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Retenção placentária é a principal causa de hemorragia puerperal, sendo necessária a imediata realização de curetagem uterina.
- B. Deve-se iniciar reposição volêmica vigorosa com cristaloides no mesmo acesso venoso dos uterotônicos, independentemente da causa.
- C. Ocitocina é o principal medicamento recomendado para prevenção e tratamento da atonia uterina, sendo mantida em infusão contínua. ✓**
- D. Ácido tranexâmico, misoprostol e metilergo-metrina são medicamentos de segunda linha e somente devem ser usados se a atonia uterina não for responsiva a ocitocina.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipotensão, taquicardia, útero aumentado e amolecido acima da cicatriz umbilical com sangramento ativo, após dequitação de placenta ÍNTEGRA: é atonia uterina, a principal causa de hemorragia puerperal. A ocitocina é o fármaco central tanto na prevenção quanto no tratamento, mantida em infusão contínua após a dose inicial, junto de massagem uterina bimanual e reposição volêmica. Retenção placentária não é a causa aqui (e curetagem imediata é errada); os uterotônicos não devem correr no MESMO acesso da reposição volêmica vigorosa; e o ácido tranexâmico é indicado PRECOCEMENTE, nas primeiras 3 horas, não como resgate tardio. Resposta C.

**QUESTÃO 30 — Gabarito B**

Doença falciforme é enfermidade genética com a maior prevalência no Brasil. Jovens e adultos que não fizeram o Teste do Pezinho para detecção da doença podem realizar o rastreamento através de exame de sangue chamado eletroforese de hemoglobina, que é oferecido às gestantes e aos parceiros durante o pré-natal, e disponibilizado no SUS para toda a população. Sobre esse exame, associe as hemoglobinas (coluna da esquerda) aos significados de seus achados à eletroforese (coluna da direita). 1- Hb AA 2- Hb A2 3- Hb F 4- Hb AS 5- Hb SS, SC e SD ( ) Níveis aumentados (> 3,5%) podem indicar talassemia beta menor. ( ) A pessoa apresenta traço falcêmico. ( ) Costuma representar 95-98% da hemoglobina total em adultos. A sequência numérica correta de cima para baixo, da coluna da direita é:

- A. 1 -- 4 -- 2
- B. 2-- 4 -- 1 ✓**
- C. 2 -- 5 -- 3
- D. 3 -- 5 -- 2

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na eletroforese de hemoglobina: HbA2 acima de 3,5% sugere talassemia beta menor (item 2); Hb AS identifica o traço falciforme, portador assintomático (item 4); e a HbA (AA) representa 95-98% da hemoglobina total do adulto (item 1). A HbF é fisiológica no recém-nascido e cai no primeiro ano; os padrões SS, SC e SD caracterizam doença falciforme. Sequência 2 - 4 - 1. Resposta B.

**QUESTÃO 31 — Gabarito D**

Paciente de 48 anos, G1C1, com IMC de 29 kg/m<sup>2</sup> vivendo com HIV, retornou à consulta na UBS para apresentar o laudo de exame citopatológico (CP) de colo uterino: Satisfatório para avaliação, presença de células escamosas, metaplásicas e endocervicais. Células glandulares atípicas (AGC). Flora mista. Na primeira consulta, o exame ginecológico foi normal, mas a paciente se queixara de fluxo menstrual aumentado. Assinale a alternativa que contempla a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada.

- A. Alterações citológicas devidas ao HIV - Solicitar ultrassonografia transvaginal e encaminhar a paciente para colposcopia.
- B. Quadros inflamatórios e infecciosos no colo uterino - Repetir o CP em 6 meses e encaminhar a paciente para colposcopia se o resultado estiver alterado.
- C. Neoplasia de endométrio - Repetir o CP em 6 meses e solicitar ultrassonografia transvaginal.
- D. Adenocarcinoma in situ - Encaminhar a paciente para colposcopia. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Células glandulares atípicas (AGC) no citopatológico são achado de ALTO risco: até 10-40% escondem lesão significativa, incluindo adenocarcinoma in situ e invasor de colo ou endométrio — ainda mais em mulher vivendo com HIV e com sangramento aumentado. A conduta é encaminhamento IMEDIATO à colposcopia com avaliação do canal endocervical (e do endométrio conforme a idade). Repetir citologia em 6 meses ou atribuir o achado a inflamação/HIV atrasa um diagnóstico oncológico. Resposta D.

**QUESTÃO 32 — Gabarito A**

Assinale a assertiva correta sobre o sangramento uterino anormal.

- A. O sangramento uterino anormal por disfunção ovulatória (SUA-O) está associado a alterações do eixo hipotálamo-hipófise-ovário ou a endocrinopatias. ✓**
- B. O sangramento uterino anormal por adenomiose (SUA-A) é classificado como não estrutural.
- C. A investigação inicial do sangramento uterino anormal deve incluir dosagem de TSH, T4, FSH, LH e estradiol.
- D. A biópsia de endométrio está indicada para paciente em menacme que apresenta espessura endometrial com mais de 5 mm pela ultrassonografia transvaginal

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na classificação FIGO/PALM-COEIN, o SUA-O (disfunção ovulatória) é justamente o grupo ligado a alterações do eixo hipotálamo-hipófise-ovário e a endocrinopatias (SOP, tireoidopatia, hiperprolactinemia). A adenomiose pertence ao grupo PALM, ou seja, é causa ESTRUTURAL. A investigação inicial é hCG, hemograma e TSH — não o painel hormonal completo. E o corte de espessura endometrial para biópsia vale para a pós-menopausa; em menacme a indicação se baseia em fatores de risco para hiperplasia, não em 5 mm. Resposta A.

**QUESTÃO 33 — Gabarito A**

Assinale a assertiva correta sobre doenças miometriais.

- A. Mioma submucoso é causa de sangramento excessivo, sendo ressecção histeroscopia o tratamento preferencial. ✓**
- B. Miomas subserosos estão associados a sangramento excessivo e irregular e devem ser extirpados por videolaparoscopia.
- C. (Adenomiose é causa de sangramento uterino anormal, sendo facilmente diagnosticada pelo aumento do útero ao toque vaginal bimanual.
- D. Miomas intramurais de até 2 cm podem ser assintomáticos e são causa frequente de infertilidade.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O mioma SUBMUCOSO é o que mais sangra, por distorcer a cavidade endometrial, e o tratamento preferencial é a ressecção histeroscópica. Miomas subserosos costumam dar sintomas compressivos, não sangramento. A adenomiose provoca útero globoso e doloroso, mas o diagnóstico é por imagem (ultrassonografia transvaginal/ressonância), não pelo toque bimanual. E miomas intramurais pequenos, que não distorcem a cavidade, raramente causam infertilidade. Resposta A.

**QUESTÃO 34 — Gabarito D**

Paciente de 34 anos, com diabetes melito tipo 2 (em uso irregular de insulina), veio à consulta em busca de orientação para contracepção porque deseja gestar em 1 ano. Seu peso atual era de 98 kg. Informou já ter usado contraceptivos hormonais combinados, por via oral e transdérmica (adesivo) e, atualmente, prevenir-se apenas com preservativos. Referiu que a última dosagem de hemoglobina glicada foi de 8,5% e que se encontrava em acompanhamento oftalmológico por suposta lesão vascular na retina. A alternativa mais adequada para a paciente é

- A. retornar ao uso de anticoncepcional oral combinado, pois deseja engravidar em curto espaço de tempo e o anticoncepcional tem rápido retorno à fertilidade.
- B. retornar ao uso do adesivo transdérmico, pois sua eficácia independe do peso corporal e não existem contraindicações para métodos hormonais combinados.
- C. receber orientação sobre métodos de progestagênio isolado, implante subdérmico de etonogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (150 mg intramuscular, a cada 90 dias), pois são seguros e promovem pronto retorno à ovulação quando suspensos.
- D. utilizar outro método contraceptivo, como pílulas de progestagênio isolado, implante subdérmico de etonogestrel, sistemas intrauterinos de levonorgestrel ou DIU de cobre, pois está com mau controle glicêmico. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Diabetes com mais de 20 anos de doença ou com lesão de órgão-alvo — aqui, retinopatia — é categoria 3/4 da OMS para contraceptivos combinados: estrogênio está proscrito, e o adesivo ainda perde eficácia acima de 90 kg. Restam progestagênio isolado, implante, SIU de levonorgestrel ou DIU de cobre. O que elimina a alternativa C é o acetato de medroxiprogesterona de depósito: o retorno à fertilidade é LENTO (até 9-12 meses), incompatível com o desejo de gestar em 1 ano. Resposta D.

**QUESTÃO 35 — Gabarito D**

Paciente de 32 anos, casada, G2P2 (sem registro de intercorrências nas gestações), com IMC de 33 kg/m<sup>2</sup>, não tabagista, sem doenças crônicas e sem limitações funcionais, será submetida a laqueadura tubária por via transvaginal. Vinha fazendo uso apenas de acetato de medroxiprogesterona trimestral para anticoncepção. O Termo de Consentimento Informado já se encontrava assinado por ela e pelo médico assistente. Assinale a alternativa que contempla o conjunto correto de informações em relação ao risco anestésico, à avaliação pré-operatória e ao Termo de Consentimento Informado.

- A. Paciente Asa I - Não são necessários exames pré-operatórios. - O Termo de Consentimento deve ser assinado também pelo esposo.
- B. Paciente Asa I - Deverão ser solicitados hemograma e hemoglobina glicada no pré-operatório. - O Termo de Consentimento não precisa ser assinado pelo esposo.
- C. Paciente Asa II - Deverão ser solicitados hemograma e hemoglobina glicada no pré-operatório. - O Termo de Consentimento deve ser assinado também pelo esposo.
- D. Paciente Asa II - Não são necessários exames pré-operatórios. - O Termo de Consentimento não precisa ser assinado pelo esposo. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

IMC de 33 kg/m<sup>2</sup> caracteriza doença sistêmica leve, ou seja, ASA II (ASA I é o paciente hígido). Cirurgia de pequeno porte em paciente sem comorbidade descompensada não exige exames pré-operatórios de rotina — a solicitação deve ser guiada pela história. E, desde a Lei 14.443/2022, a laqueadura NÃO depende mais de consentimento do cônjuge; a decisão é exclusiva da paciente. Resposta D.

**QUESTÃO 36 — Gabarito A**

Paciente de 32 anos, G3P3, consultou por vir apresentando desânimo e cansaço, tendo sido solicitados vários exames para investigação. Informou ter realizado laqueadura tubária há 3 anos e estarem regulares os ciclos menstruais. Referiu ainda ter amamentado o último filho até os 2 anos. Os resultados dos exames estavam normais, exceto a prolactina (PRL de 65 ng/ml; valor de referência: < 25 ng/ml). A ressonância magnética (RM) da hipófise foi compatível com microadenoma hipofisário de 4 mm. Qual a conduta mais adequada?

- A. Acompanhar o aparecimento de sintomas e dosar PRL em 1 ano. ✓**
- B. Acompanhar o aparecimento de sintomas e realizar RM em 1 ano.
- C. Prescrever cabergolina (0,25 mg, 2 vezes/semana) e dosar PRL após 30 dias.
- D. Prescrever bromocriptina (2,5 mg, 3 vezes/dia) e dosar PRL após 30 dias.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Microprolactinoma (< 10 mm) com hiperprolactinemia discreta em paciente com ciclos REGULARES, sem galactorreia, sem desejo reprodutivo (já laqueada) e sem efeito de massa: não há indicação de tratamento. Microadenomas raramente crescem, e a conduta é vigilância clínica com dosagem de prolactina em 1 ano. Agonistas dopaminérgicos ficam para sintomáticos (hipogonadismo, galactorreia incômoda, infertilidade) ou para macroadenomas. Resposta A.

**QUESTÃO 37 — Gabarito C**

Paciente de 48 anos, G2P2, sedentária e tabagista (20 cigarros/dia), veio à consulta queixando-se de suores noturnos frequentes e fortes que vinham prejudicando sua qualidade de vida, sono interrompido e irregularidade menstrual (atrasos intercalados com 2 menstruações ao mês, fluxo escasso), quadro iniciado há 5 meses. A data da última menstruação foi há 20 dias. Tinha histórico de câncer de mama (avó materna, aos 60 anos). Trouxe resultados de exames recentes: citopatológico do colo uterino normal, mamografia BI-RADS 2, ultrassonografia transvaginal sem particularidade e alguns exames laboratoriais solicitados na UBS (hemograma normal, colesterol de 240 mg/dl, triglicérides de 350 mg/dl, glicemia de 98 mg/dl). Informou adotar condom como método anticoncepcional. A conduta mais apropriada é prescrever

- A. fluoxetina devido ao risco aumentado de câncer de mama.
- B. progestagênio de segunda fase para promover regularidade menstrual.
- C. estrogênio por via não oral associado a progestagênio. ✓**
- D. pílula contraceptiva hormonal combinada com estrogênio natural.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Perimenopausa sintomática (fogachos intensos com prejuízo do sono e da qualidade de vida) em mulher de 48 anos, com exames de rastreio normais e sem contraindicação absoluta: há indicação de terapia hormonal. Como é TABAGISTA pesada e dislipidêmica, o estrogênio deve ser NÃO ORAL (transdérmico/percutâneo), que não sofre primeira passagem hepática e tem menor risco trombótico, associado a progestagênio por ela ter útero. Contraceptivo combinado é proibido em tabagista acima de 35 anos; ISRS é alternativa apenas quando a TH é contraindicada; e progestagênio isolado não trata fogacho. Resposta C.

**QUESTÃO 38 — Gabarito D**

Paciente de 63 anos, G4P4, com menopausa há 12 anos, procurou o Ambulatório com queixa de sensação de peso vaginal há cerca de 1 ano, que piorava ao final do dia e melhorava em repouso. Relatou, também, dificuldade para urinar, com necessidade de "empurrar a vagina" para facilitar o esvaziamento vesical. Negou escape de urina aos esforços. O exame, realizado com a paciente em posição ginecológica e manobra de Valsalva, está reproduzido abaixo. Com base no quadro clínico e na imagem, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Prolapso uterino estágio III com disfunção miccional
- B. Prolapso de parede posterior estágio III
- C. Defeito de parede vaginal anterior e posterior estágio II
- D. Defeito de parede vaginal anterior estágio II com disfunção miccional ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sensação de peso vaginal que piora ao fim do dia, com dificuldade miccional e necessidade de reduzir manualmente a vagina para esvaziar a bexiga, é o quadro típico de CISTOCELE — defeito da parede vaginal ANTERIOR — com disfunção miccional por acotovelamento uretral. Estágio II do POP-Q significa ponto de maior prolapso entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen, compatível com prolapso que exterioriza pouco à Valsalva. Retocele daria sintoma evacuatório, e prolapso uterino estágio III exteriorizaria muito além do hímen. Resposta D.

**QUESTÃO 39 — Gabarito B**

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. O uso de anticoncepcional oral combinado para o tratamento da síndrome dos ovários policísticos melhora os sinais e sintomas de hiperandrogenismo por ..... as proteínas carreadoras dos hormônios sexuais (SHBG) e, conseqüentemente, ..... o estímulo de LH sobre as células da ..... .

- A. diminuir - aumentar - teca
- B. aumentar - diminuir - teca ✓**
- C. diminuir - aumentar - granulosa
- D. aumentar - diminuir - granulosa

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O estrogênio do anticoncepcional oral combinado AUMENTA a síntese hepática de SHBG, que sequestra a testosterona livre e reduz o hiperandrogenismo clínico. O componente progestagênico faz retrocontrole negativo e DIMINUI a secreção de LH, cujo alvo na esteroidogênese ovariana são as células da TECA — produtoras de androgênios. A granulosa responde ao FSH e converte androgênios em estrogênios pela aromatase. Resposta B.

**QUESTÃO 40 — Gabarito B**

Paciente feminina, de 50 anos, trouxe à consulta mamografia classificada como BI-RADS 4B. Nesse caso, a suspeita de malignidade da lesão

- A. é  $\leq 2\%$ .
- B. situa-se entre 10 e 50%. ✓**
- C. situa-se entre 50 e 95%.
- D. é  $\geq 95\%$ .

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A categoria BI-RADS 4 é subdividida pelo risco de malignidade: 4A, baixa suspeita (> 2% a 10%); 4B, suspeita moderada (> 10% a 50%); 4C, suspeita alta (> 50% a 95%). Portanto, BI-RADS 4B situa a probabilidade entre 10 e 50%, e toda categoria 4 exige biópsia percutânea. Risco de até 2% corresponde ao BI-RADS 3 (provavelmente benigno) e acima de 95% ao BI-RADS 5. Resposta B.

**QUESTÃO 41 — Gabarito B**

Paciente masculino, de 42 anos, foi trazido à Emergência após envolver-se em uma colisão automobilística. A admissão, estava consciente, agitado e com respiração rápida. Apresentava dor abdominal intensa e sinais de hipoperfusão, com pressão arterial de 80/40 mmHg e frequência cardíaca de 130 bpm. Referiu ter se alimentado pouco antes do acidente. Diante do quadro de Instabilidade e necessidade iminente de controle de via aérea, a equipe optou por realizar Intubação com técnica de sequência rápida. Sobre a abordagem anestésica nesse contexto, assinale a assertiva correta.

- A. Ventilação com máscara facial deve ser realizada sistematicamente após a indução e antes da intubação, mesmo durante a sequência rápida, para garantir oxigenação adequada.
- B. Bloqueador neuromuscular deve ser administrado após a perda de consciência clínica, sem necessidade de monitor de profundidade anestésica. ✓**
- C. Pré-oxigenação não é imprescindível na sequência rápida, uma vez que o paciente já está hiperventilando espontaneamente.
- D. Succinilcolina está contraindicada na sequência rápida devido à possibilidade de fasciculações e aumento da pressão intracraniana.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na sequência rápida o objetivo é encurtar ao máximo o intervalo entre a perda de consciência e o tubo, em paciente de estômago cheio. Assim, o bloqueador neuromuscular é administrado logo após a perda de consciência clínica, sem necessidade de monitor de profundidade anestésica. Ventilação sob máscara é EVITADA (insufla o estômago e favorece broncoaspiração); a pré-oxigenação é obrigatória — é ela que compra a apneia segura; e a succinilcolina continua sendo droga de escolha nesse contexto. Resposta B.

**QUESTÃO 42 — Gabarito C**

Assinale a assertiva correta sobre distúrbios eletrolíticos moderados a graves no pós-operatório.

- A. A reposição enteral ocorre de forma mais confiável e mais rápida do que a reposição intravenosa.
- B. Irrigação vesical contínua, íleo adinâmico e terapia nutricional parenteral são causas remotas desses distúrbios.
- C. Potássio pode ser pouco tolerado em reposição por via oral devido a náuseas, vômitos e dor abdominal. ✓**
- D. Cálcio e magnésio podem ser pouco tolerados em reposição por via oral devido a náuseas e constipação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A reposição oral de potássio é frequentemente mal tolerada: causa náuseas, vômitos e dor abdominal, o que limita a dose e leva à via intravenosa nos distúrbios moderados a graves. A reposição enteral é mais lenta e menos previsível que a intravenosa; íleo adinâmico, irrigação vesical contínua e nutrição parenteral são causas FREQUENTES (não remotas) de distúrbios eletrolíticos no pós-operatório; e o magnésio oral costuma provocar diarreia, não constipação. Resposta C.

**QUESTÃO 43 — Gabarito C**

Analgesia pós-operatória multimodal é uma estratégia que visa associar fármacos com diferentes mecanismos de ação para promover um melhor controle da dor pós-operatória, reduzindo seus efeitos colaterais. Associe os fármacos (coluna da esquerda) a seus mecanismos de ação (coluna da direita). 1 - Dipirona 2- Cetorolaco 3 - Tramadol 4- Oxicodona 5 - Buprenorfina ( ) Agonismo  $\mu$ ,  $\kappa$  e  $\delta$  ( ) Inibição de recaptação da serotonina ( ) Inibição da ciclooxigenase 3 A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna direita, é

- A. 3 - 4 - 2
- B. 3 - 5 - 2
- C. 4 - 3 - 1 ✓**
- D. 5 - 3 - 1

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Correlacionando mecanismos: agonismo em receptores  $\mu$ ,  $\kappa$  e  $\delta$  corresponde à oxicodona (4) — a buprenorfina é agonista PARCIAL  $\mu$  e antagonista  $\kappa$ ; a inibição da recaptação de serotonina (e noradrenalina), somada ao agonismo  $\mu$  fraco, é a assinatura do tramadol (3); e a inibição preferencial da ciclooxigenase-3 central é atribuída à dipirona (1), enquanto o cetorolaco é um AINE clássico (COX-1/COX-2). Sequência 4 - 3 - 1. Resposta C.

**QUESTÃO 44 — Gabarito D**

Paciente masculino, de 49 anos, com hipertensão arterial, foi encaminhado à Emergência devido à dor torácica interescapular de início súbito, seguida de perda de força nos membros inferiores. A admissão, encontrava-se agitado, referindo desconforto abdominal difuso e dificuldade para mobilizar os membros inferiores. Informou ser usuário de cocaína. A avaliação dos sinais vitais revelou pressão arterial de 210/100 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e frequência respiratória de 20 mrm. Ao exame físico, não se identificaram pulsos femorais e distais palpáveis. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Aneurisma roto da aorta abdominal
- B. Dissecção crônica da aorta toracoabdominal com trombose da falsa luz
- C. Trombose aguda de aneurisma toracoabdominal

**D. Síndrome aórtica aguda complicada com má perfusão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor torácica interescapular de início súbito, hipertensão grave, uso de cocaína e — o dado que fecha — DÉFICIT NEUROLÓGICO em membros inferiores com ausência de pulsos femorais: é síndrome aórtica aguda (dissecção) complicada por má perfusão medular e de membros. Aneurisma roto da aorta abdominal cursa com choque e massa pulsátil; quadros crônicos e trombose de aneurisma não explicam o início súbito com hipertensão extrema e a instalação simultânea de isquemia em múltiplos territórios. Resposta D.

**QUESTÃO 45 — Gabarito B**

Após check-up de rotina, paciente masculino, de 65 anos, assintomático, com história de tabagismo e hipertensão arterial, trouxe à consulta um ecodoppler de carótidas e vertebrais, demonstrando espessamento parietal nas bifurcações carotídeas e fluxo reverso na artéria vertebral esquerda. À avaliação clínica do paciente, que achado, dentre os abaixo, é esperado?

- A. Sopros carotídeos à esquerda
- B. Redução dos pulsos periféricos no membro superior esquerdo ✓**
- C. Perda do pulso radial direito com abdução do membro superior ipsilateral e rotação cervical contralateral

D. Pressão sistólica elevada no membro superior esquerdo em relação ao membro contralateral

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Fluxo REVERSO na artéria vertebral indica roubo subclávio: há estenose ou oclusão da artéria subclávia PROXIMAL à origem da vertebral, e o membro superior passa a ser irrigado retrogradamente pelo sistema vertebrobasilar. O achado clínico esperado é a redução dos pulsos no membro superior ipsilateral, com diferença de pressão sistólica (mais BAIXA, não elevada, do lado acometido). A manobra de abdução com rotação cervical descreve a síndrome do desfiladeiro torácico, e sopro carotídeo traduz a doença da bifurcação, não o roubo. Resposta B.

### QUESTÃO 46 — Gabarito D

Paciente feminina, de 40 anos, com diabetes melito (IMC de 35 kg/m<sup>2</sup>), referiu dor e inchaço na perna direita com evolução de 24 horas, associados a vermelhidão local e alguns episódios de mal-estar e calafrios. Ao exame clínico, constatarem-se eritema e aumento da temperatura local; registraram-se dor ao toque na perna e dificuldade de deambular. Considerando o quadro clínico, qual a principal suspeita diagnóstica e qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Tromboflebite venosa superficial - ecodoppler venoso
- B. Lipedema sintomático - suporte elástico
- C. Trombose venosa profunda - ecodoppler venoso

**D. Erisipela - antibioticoterapia ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Placa de eritema bem delimitado, quente e dolorosa, de instalação aguda (24 horas) em perna de paciente diabética e obesa, com calafrios e mal-estar, é ERISIPELA — infecção dermo-hipodérmica superficial, tipicamente estreptocócica. A conduta é antibioticoterapia (penicilina/cefalosporina de primeira geração), elevação do membro e busca da porta de entrada (intertrigo interdigital). TVP não costuma dar eritema quente e febre, e lipedema é bilateral, crônico e indolor à palpação profunda. Resposta D.

### QUESTÃO 47 — Gabarito B

Paciente feminina, de 68 anos, histerectomizada, com fibrilação atrial crônica e má adesão à anticoagulação, veio à Emergência por dor abdominal intensa e difusa, quadro Iniciado há 6 horas. Relatou que a dor surgira subitamente e permanecia forte, sendo desproporcional ao exame físico. Encontrava-se afebril, com pressão arterial de 110/70 mmHg e frequência cardíaca de 96 bpm. Exames laboratoriais iniciais indicaram leucócitos de 17.200/mm<sup>3</sup> (com desvio à esquerda), hemoglobina de 13,2 g/dl, hematócrito de 38%, plaquetas de 230.000/mm<sup>3</sup>, PCR de 35 mg/l, amilase de 68 U/l e lipase de 51 U/l. Com base nos quadros clínico e laboratorial, qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual a conduta adequada?

- A. Pancreatite aguda - Repetir amilase/lipase em 6 horas e iniciar hidratação venosa intensiva.

**B. Isquemia mesentérica aguda - Solicitar angiotomografia de abdômen e avaliar cirurgia de urgência. ✓**

- C. Gastroenterite viral - Manter hidratação oral e dieta leve com sintomáticos.

- D. Obstrução intestinal por bridas - Solicitar radiografia simples e manter observação clínica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor abdominal súbita, intensa e DESPROPORCIONAL ao exame físico, em idosa com fibrilação atrial e má adesão à anticoagulação, com leucocitose e desvio: é isquemia mesentérica aguda embólica até prova em contrário. O exame de escolha é a angiotomografia de abdome, com avaliação cirúrgica/endovascular de urgência — quanto antes a revascularização, menor a ressecção intestinal. Amilase e lipase normais afastam pancreatite; ausência de vômitos/parada de eliminação e o padrão de dor não sustentam obstrução ou gastroenterite. Resposta B.

**QUESTÃO 48 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 50 anos, procurou atendimento por dor abdominal em cólica, náuseas, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes, quadro com início há cerca de 3 dias, associado a distensão abdominal com timpanismo, sem sinais de irritação peritoneal. Apresentou leucograma sem leucocitose significativa ou desvio à esquerda e proteína C reativa com elevação discreta. A hipótese diagnóstica principal é obstrução intestinal, provavelmente de etiologia mecânica. Assinale a alternativa que contempla a(s) conduta(s) inicial(ais) mais apropriada(s).

- A. Jejum, hidratação, correção hidroeletrólítica e passagem de sonda nasogástrica, seguidos de tomografia computadorizada de abdômen ✓**
- B. Jejum, administração empírica de antibióticos de amplo espectro, observação clínica e ultrassonografia de abdômen
- C. Colonoscopia de urgência para definição da causa da obstrução
- D. Laparotomia exploradora imediata

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Obstrução intestinal mecânica SEM sinais de sofrimento de alça (sem irritação peritoneal, sem leucocitose ou lactato alto) permite abordagem inicial não operatória: jejum, hidratação, correção hidroeletrólítica e descompressão por sonda nasogástrica, seguidos de tomografia de abdome, que define nível, causa e sinais de isquemia. Antibiótico empírico não é rotina; colonoscopia de urgência não é o primeiro passo; e laparotomia imediata se reserva a estrangulamento, peritonite ou falha do tratamento conservador. Resposta A.

**QUESTÃO 49 — Gabarito C**

Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada para um paciente de 80 anos com colecistite aguda moderada a grave, após drenagem percutânea da vesícula biliar?

- A. Manter tratamento clínico e contraindicar cirurgia devido à idade avançada.
- B. Indicar colecistectomia se houver recorrência dos sintomas.
- C. Realizar colecistectomia precoce, preferencialmente dentro de 6-8 semanas após a drenagem percutânea. ✓**
- D. Adiar colecistectomia por, pelo menos, 6 meses, reduzindo os riscos cirúrgicos.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A colecistostomia percutânea é ponte, não tratamento definitivo: sem colecistectomia, a recorrência chega a 30-40%. Estabilizado o paciente e resolvido o processo inflamatório agudo, indica-se colecistectomia PRECOCE, tipicamente 6 a 8 semanas após a drenagem, quando o edema regrediu e a dissecção é mais segura. Idade avançada, por si só, não contraindica a cirurgia — o que pesa é o risco funcional; esperar recidiva ou adiar por 6 meses expõe o paciente a novos episódios e à perda do dreno. Resposta C.

**QUESTÃO 50 — Gabarito A**

Qual a causa mais provável de sangramento digestivo alto com instabilidade hemodinâmica em um paciente masculino, de 65 anos?

- A. Úlcera péptica sangrante ✓**
- B. Esofagite erosiva
- C. Neoplasia gástrica
- D. Laceração de Mallory-Weiss

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A doença ulcerosa péptica responde por cerca de metade dos casos de hemorragia digestiva alta e é a principal causa de sangramento maciço com instabilidade hemodinâmica no adulto não cirrótico — o sangramento arterial do vaso no leito ulceroso explica a repercussão. Esofagite erosiva e Mallory-Weiss costumam sangrar pouco e cessam espontaneamente; neoplasia gástrica sangra em babação crônica, produzindo mais anemia ferropriva do que choque. Resposta A.

**QUESTÃO 51 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 75 anos, com distensão e dor abdominal em cólica associada a vômitos biliosos há 24 horas, foi trazido à Emergência. Ao exame, apresentava hérnia inguinal direita irreductível, dolorosa à palpação, sem sinais de peritonite. Qual a conduta mais adequada no momento?

- A. Indicar cirurgia de urgência para correção da hérnia. ✓**
- B. Tentar redução manual da hérnia sob analgesia e sedação leve.
- C. Solicitar radiografia abdominal e manter jejum, observando a evolução clínica.
- D. Iniciar administração de antibióticos e agendar correção eletiva da hérnia após melhora clínica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hérnia inguinal irreductível e dolorosa acompanhada de dor em cólica, vômitos biliosos e distensão configura hérnia ENCARCERADA com obstrução intestinal: a indicação é cirurgia de urgência. Não se deve insistir na redução manual — além do risco de redução em massa (a alça isquêmica volta à cavidade e o estrangulamento passa despercebido), o quadro obstrutivo já indica a exploração. Observação clínica e antibiótico com correção eletiva apenas retardam a operação e aumentam o risco de necrose. Resposta A.

**QUESTÃO 52 — Gabarito B**

Paciente masculino, de 55 anos, previamente hígido, consultou por quadro de dor abdominal no hipocôndrio direito e icterícia. Informou ter retornado, há 2 semanas, de viagem pela Cordilheira dos Andes. Ao exame físico, encontrava-se afebril e com sinais vitais estáveis. Exames laboratoriais mostraram as seguintes alterações: AST de 167 UI/L, ALT de 142 UI/L e bilirrubina total de 4,5 mg/dl (bilirrubina direta de 3,9 mg/dl). Não se registrou alteração ao hemograma. À ultrassonografia abdominal, foram identificados cálculo de 2 cm no infundíbulo da vesícula biliar e parede da vesícula medindo 5 mm, além de dilatação do ducto biliar principal (1,2 cm). Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A. Colecistite aguda, devido à obstrução do ducto cístico pelo cálculo biliar.
- B. Síndrome de Mirizzi, causada pela compressão do ducto hepático comum por um cálculo impactado junto ao ducto cístico. ✓**
- C. Hepatite viral aguda, resultante de processo infeccioso contraído em viagem recente.
- D. Hepatite aguda alcoólica, precipitada por abuso de bebidas destiladas em viagem recente.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Icterícia colestática (bilirrubina direta predominante) com transaminases moderadamente elevadas, cálculo IMPACTADO no infundíbulo vesicular, parede vesicular espessada e dilatação do ducto biliar principal, em paciente afebril e sem leucocitose: é a síndrome de Mirizzi — compressão extrínseca do ducto hepático comum pelo cálculo encravado no infundíbulo/ducto cístico. Colecistite obstrui o cístico e não dilata a via biliar principal; hepatite viral ou alcoólica dá padrão hepatocelular, com transaminases muito mais altas. Resposta B.

**QUESTÃO 53 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 44 anos, submetido a by-pass gástrico há 2 anos, foi internado por dor e distensão abdominal difusa, além de náuseas e vômitos biliosos. Exame físico revelou ruídos hidroaéreos diminuídos e defesa abdominal. Tomografia computadorizada evidenciou alça intestinal dilatada com mesentério torcido. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Obstrução por hérnia incisional
- B. Invaginação intestinal
- C. Hérnia interna ✓**
- D. Volvo gástrico

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor, distensão, vômitos biliosos e defesa em paciente com bypass gástrico prévio, com tomografia mostrando alça dilatada e MESENTÉRIO TORCIDO (sinal do redemoinho): é hérnia interna — complicação clássica tardia do bypass em Y de Roux, pelos defeitos mesentéricos (Petersen ou mesocólon). Exige exploração cirúrgica precoce pelo risco de volvo e isquemia extensa. Hérnia incisional seria palpável na parede; invaginação e volvo gástrico não explicam o achado mesentérico nesse contexto. Resposta C.

**QUESTÃO 54 — Gabarito D**

Assinale a assertiva correta sobre a avaliação do câncer colorretal.

- A. Dentre os pacientes com câncer de cólon com menos de 50 anos, cerca de 60% apresentam uma mutação germinativa associada ao câncer de cólon.
- B. Com o advento da indicação sistemática de colonoscopia no rastreamento colorretal, a maioria dos tumores é diagnosticada em indivíduos assintomáticos.
- C. É recomendada uma avaliação endoscópica completa da mucosa colorretal antes da cirurgia para detectar cânceres sincrônicos, que estão presentes em cerca de 25% dos pacientes com câncer de cólon esporádico.
- D. A dosagem do antígeno carcinoembriônico (CEA) deve ser realizada no pré-operatório, uma vez que representa fator preditivo independente de sobrevida global em pacientes com câncer de cólon em estágio I a III. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A dosagem pré-operatória de CEA é recomendada: além de servir de base para o seguimento, o CEA elevado é fator preditivo INDEPENDENTE de pior sobrevida global nos estádios I a III. Os demais números estão inflados: cerca de 15-20% dos jovens com câncer de cólon têm mutação germinativa (não 60%); a maioria dos tumores ainda é diagnosticada por sintomas, e não pelo rastreamento; e as lesões sincrônicas ocorrem em torno de 3-5% dos casos esporádicos, não em 25%. Resposta D.

**QUESTÃO 55 — Gabarito A**

Assinale a assertiva correta sobre o manejo da doença hemorroidária.

- A. Aumentar a ingestão de fibras e líquidos deve ser recomendado a pacientes com hemorroidas devido à melhora documentada em casos de prolapso leve a moderado e sangramento retal. ✓**
- B. Esfincterotomia lateral interna é uma das modalidades cirúrgicas mais eficazmente empregadas no tratamento de hemorroidas.
- C. Pomadas à base de nitrato (diltiazem, isossorbida) devem ser empregadas antes de se indicar o tratamento cirúrgico.
- D. Excisão cirúrgica de mamilos hemorroidários não é mais considerada uma técnica aceitável no tratamento de hemorroidas sintomáticas refratárias.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Aumentar fibras e líquidos é a base do tratamento clínico da doença hemorroidária, com redução documentada de sangramento e de sintomas de prolapso leve a moderado. Esfincterotomia lateral interna e pomadas relaxantes do esfíncter (nitrato, diltiazem) são tratamento de FISSURA anal, não de hemorroida — e podem gerar incontinência se aplicadas sem indicação. A hemorroidectomia excisional segue sendo o padrão-ouro para doença grau III/IV sintomática e refratária. Resposta A.

**QUESTÃO 56 — Gabarito D**

Jogador de futebol, de 28 anos, apresentou dor súbita e intensa na região posterior da coxa esquerda ao realizar um sprint (movimento de arrancada). Trazido à Emergência, referiu sensação de estalono momento da dor e dificuldade para caminhar. Ao exame físico, observaram-se equimose e falha palpável no músculo. Qual o diagnóstico e qual conduta inicial mais apropriada?

- A. Lesão muscular grau II - retorno às atividades após uso de analgésicos
- B. Lesão muscular grau II - uso de órtese rígida e imobilização por 4 semanas
- C. Lesão muscular grau III - repouso, analgesia e encaminhamento a fisioterapia
- D. Lesão muscular grau III - repouso, analgesia e avaliação especializada para possível reparo cirúrgico ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor súbita na coxa posterior durante o sprint, com sensação de estalo, incapacidade de deambular, equimose e — o achado decisivo — FALHA PALPÁVEL no ventre muscular: é lesão muscular grau III (ruptura completa/desinserção dos isquiotibiais). A conduta inicial é repouso, gelo, analgesia e avaliação especializada com imagem, pois desinserções proximais com retração podem exigir reparo cirúrgico. Lesão grau II não apresenta gap palpável, e liberar o atleta ou imobilizar rigidamente por 4 semanas não são condutas adequadas. Resposta D.

**QUESTÃO 57 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 47 anos, consultou por linfadenomegalia cervical. Informou ser tabagista moderado há 18 anos, não ter tosse, nem apresentar febre ou perda de peso. Ao exame físico, identificou-se nódulo palpável, firme, indolor, com aproximadamente 2,0 cm de diâmetro, na região cervical IIa (grupo jugular superior anterior). Qual a conduta mais adequada?

- A. Realizar punção-biópsia com agulha fina e solicitar exame citopatológico.
- B. Realizar ultrassonografia para confirmar o diagnóstico diferencial de massa cervical.
- C. Excluir causas infecciosas com exames sorológicos e avaliar cavidade oral, faringe e laringe. ✓**
- D. Agendar biópsia do linfonodo e solicitar imunofenotipagem da peça.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Linfonodo cervical de nível IIa, firme, indolor, com mais de 2 cm e evolução persistente em tabagista acima de 40 anos deve ser encarado como metástase de carcinoma escamoso de via aerodigestiva superior até prova em contrário. Portanto, o passo é excluir causas infecciosas e, sobretudo, examinar cavidade oral, faringe e laringe (com nasofibrolaringoscopia) à procura do tumor primário. Biópsia aberta ANTES da busca do primário é erro clássico: contamina o pescoço e piora o prognóstico. Resposta C.

**QUESTÃO 58 — Gabarito D**

Paciente masculino, de 34 anos, vítima de acidente automobilístico, apresentou hipotensão persistente embora tenha recebido adequada reposição volêmica. Radiografia abdominal evidenciou fratura pélvica em "livro aberto". O FAST foi negativo. Que conduta imediata, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Laparotomia exploradora
- B. Fixação interna definitiva da pelve
- C. Realização de tomografia computadorizada do abdômen
- D. Estabilização com fixador externo ou lençol pélvico e packing retroperitoneal ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Fratura pélvica em livro aberto, hipotensão refratária à volemia e FAST NEGATIVO apontam a pelve como fonte do sangramento (plexo venoso e osso esponjoso, no retroperitônio, onde o FAST não enxerga). A conduta imediata é fechar o anel pélvico com lençol/cinta ou fixador externo e, mantida a instabilidade, packing pré-peritoneal — ou angioembolização, se disponível. Laparotomia sem sangue livre não trata a fonte, fixação interna definitiva é tardia e tomografia não se faz em paciente instável. Resposta D.

**QUESTÃO 59 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 35 anos, veio à Emergência por apresentar dor intensa no flanco esquerdo e febre há 2 dias. Iniciou com cefalexina há 24 horas. Ao exame físico, apresentava punho-percussão positiva à esquerda. Exame qualitativo de urina demonstrou leucocitúria e bacteriúria. Hemograma indicou leucocitose (com desvio à esquerda); a creatinina estava normal. Tomografia computadorizada de abdômen revelou cálculo de 1,2 cm em ureter médio à esquerda, com dilatação pieloureteral e sinais de edema perirrenal à esquerda. Qual a conduta inicial mais adequada, além da analgesia?

- A. Desobstrução com cateter duplo J ou nefrostomia percutânea ✓**
- B. Troca imediata do antibiótico e observação clínica
- C. Coleta de material para nova urocultura e observação clínica
- D. Litotripsia extracorpórea

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pielonefrite OBSTRUTIVA — febre, punho-percussão positiva, leucocitúria e leucocitose, com cálculo de 1,2 cm no ureter causando hidronefrose — é urgência urológica: urina infectada sob pressão evolui para sepse. A conduta é drenagem imediata do sistema coletor (cateter duplo J ou nefrostomia percutânea) associada a antibiótico intravenoso. Apenas trocar antibiótico e observar mantém o foco obstruído; litotripsia é PROSCRITA na vigência de infecção ativa. Resposta A.

**QUESTÃO 60 — Gabarito B**

Paciente masculino, de 58 anos, com diabetes melito tipo 2, relatou disfunção erétil progressiva e gradual nos últimos anos, com piora da resposta a inibidores da fosfodiesterase-5 (tadalafila). O casal não apresentava dificuldade de relacionamento. O paciente referiu libido normal, sem registro de ereções noturnas ou matinais. O exame físico não revelou particularidades. Qual a causa mais provável da disfunção erétil?

- A. Disfunção erétil psicogênica
- B. Disfunção erétil vasculogênica ✓**
- C. Hipogonadismo
- D. Hiperprolactinemia

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Disfunção erétil PROGRESSIVA e gradual, com perda das ereções noturnas e matinais, em diabético com má resposta a inibidor da fosfodiesterase-5 e sem conflito conjugal: o padrão é orgânico, e a causa mais comum nesse perfil é vasculogênica (disfunção endotelial e doença arterial de pequenos vasos) — muitas vezes marcador precoce de doença coronariana. Causa psicogênica é súbita, situacional e preserva as ereções noturnas; hipogonadismo e hiperprolactinemia cursariam com queda da libido, que aqui está normal. Resposta B.

**QUESTÃO 61 — Gabarito A**

Que sinal, dentre os abaixo, em um paciente adulto com insuficiência respiratória aguda, exige a avaliação imediata de via aérea para possível intubação orotraqueal?

- A. Retração da musculatura intercostal ✓**
- B. Taquipneia
- C. Sibilos expiratórios
- D. Hipocratismo digital

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Retração intercostal traduz uso de musculatura acessória e trabalho respiratório elevado: é sinal de fadiga iminente da bomba ventilatória e obriga a avaliação imediata da via aérea para intubação. Taquipneia isolada é inespecífica e comum em dor, febre e ansiedade; sibilos expiratórios indicam broncoespasmo, cujo tratamento é farmacológico; e hipocratismo digital é marcador de hipoxemia CRÔNICA, sem valor na decisão aguda. Resposta A.

**QUESTÃO 62 — Gabarito B**

Paciente masculino, de 67 anos, veio à Emergência por dor torácica típica em repouso, com início há 2 horas, que se irradiava para o braço esquerdo, acompanhada de sudorese. Em seu histórico, constavam hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2. Todos os exames laboratoriais encontravam-se dentro dos limites da normalidade, exceto a troponina ultrassensível, discretamente aumentada (2,3 vezes o valor de referência). A eletrocardiografia realizada à admissão está reproduzida abaixo. Com base nas diretrizes atuais, qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Instituir tratamento clínico conservador e agendar teste ergométrico ambulatorial em 72 horas.
- B. Iniciar dupla antiagregação plaquetária e anticoagulação e encaminhar o paciente para cinecoronariografia em até 72 horas. ✓**
- C. Iniciar apenas AAS e observar a evolução clínica, com dosagem de troponina em 6 horas.
- D. Indicar trombólise com alteplase em razão da dor torácica e da troponina elevada.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor anginosa em repouso com troponina ultrasensível elevada e sem supradesnívelamento de ST configura síndrome coronariana aguda SEM supra (infarto tipo NSTEMI). O tratamento é dupla antiagregação plaquetária mais anticoagulação, seguido de estratégia invasiva com cinecoronariografia — precoce, dentro das primeiras 24-72 horas, conforme o risco. Trombólise NÃO é indicada no NSTEMI; e conduta apenas conservadora, com ergometria ambulatorial ou só AAS, subtrata um paciente de alto risco. Resposta B.

**QUESTÃO 63 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 69 anos, com história de infarto do miocárdio, hipertensão arterial e dislipidemia, compareceu à consulta de revisão trazendo exames laboratoriais recentes, dentre os quais constava o perfil lipídico alterado. Vinha em uso apenas de AAS e enalapril. Qual das opções abaixo representa a conduta mais adequada para o tratamento da dislipidemia do paciente?

- A. Iniciar estatina de moderada intensidade e reavaliar o perfil lipídico em 6 meses, com meta de LDL-colesterol < 100 mg/dl.
- B. Prescrever estatina de alta intensidade, com meta de LDL-colesterol < 70 mg/dl, e considerar ezetimiba apenas se houver intolerância a estatina.
- C. Iniciar estatina de alta intensidade, com meta de LDL-colesterol < 55 mg/dl e redução de, pelo menos, 50% dos níveis basais; se a meta não for atingida, adicionar ezetimiba. ✓**
- D. Tratar apenas se os níveis de LDL-colesterol forem > 130 mg/dl, com foco principal na mudança do estilo de vida e acompanhamento anual.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Infarto prévio classifica o paciente como risco cardiovascular MUITO ALTO: a meta é LDL-colesterol abaixo de 55 mg/dl com redução de pelo menos 50% do valor basal, obtida com estatina de alta intensidade (atorvastatina 40-80 mg ou rosuvastatina 20-40 mg). Não atingida a meta, associa-se ezetimiba e, se necessário, inibidor de PCSK9. Meta de 100 ou de 70 mg/dl é insuficiente para prevenção secundária, e ezetimiba não é reservada apenas a intolerantes. Resposta C.

**QUESTÃO 64 — Gabarito B**

Ao serem prescritos medicamentos anti-hipertensivos a pacientes com hipertensão arterial, deve-se dar atenção a seus possíveis efeitos colaterais. Assinale a alternativa que associa corretamente as classes de medicamentos a seus principais efeitos colaterais.

- A. Bloqueadores dos canais de cálcio: edema maleolar betabloqueadores: broncoespasmo diuréticos: reação lúpus-like
- B. Diuréticos: hipopotassemia - inibidores da enzima conversora da angiotensina: tosse seca simpatolíticos de ação central: efeito rebote com a descontinuação ✓**
- C. Vasodilatadores diretos: reação lúpus-like diuréticos: hipopotassemia bloqueadores dos canais de cálcio: broncoespasmo
- D. Inibidores da enzima conversora da angiotensina: tosse seca diuréticos: broncoespasmo bloqueadores dos canais de cálcio: edema maleolar

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Associações corretas: diuréticos tiazídicos causam hipopotassemia (além de hiperuricemia e intolerância à glicose); inibidores da ECA provocam tosse seca por acúmulo de bradicinina; e simpatolíticos de ação central, como a clonidina, produzem efeito rebote hipertensivo na suspensão abrupta. Nas demais opções, os erros são clássicos: reação lúpus-like é da hidralazina, broncoespasmo é dos betabloqueadores (não de diuréticos ou de bloqueadores de canal de cálcio, cujo efeito típico é edema maleolar). Resposta B.

**QUESTÃO 65 — Gabarito D**

Paciente masculino, de 41 anos, com diagnóstico de diabetes melito há 2 anos (em uso irregular de metformina), consultou em razão de erupções cutâneas generalizadas, iniciadas há 2 semanas. Informou que as lesões estavam "se espalhando" por todo o corpo. Vinha fazendo uso de clobetasol tópico por psoríase em placas no couro cabeludo, nos joelhos e nos cotovelos há 10 anos. Referiu que utilizara, há alguns dias, prednisona (1 mg/kg/dia) por dores articulares, suspensa antes do início do quadro. Ao exame dermatológico, apresentava eritema generalizado por todo o corpo com pústulas e descamação. Assinale a alternativa que contempla o diagnóstico e a causa mais provável do cenário atual.

- A. Exacerbação de psoríase vulgar por uso irregular de metformina
- B. Exacerbação de psoríase vulgar por utilização e suspensão de corticosteroide sistêmico
- C. Quadro agudo de psoríase pustulosa por uso irregular de metformina
- D. Quadro agudo de psoríase pustulosa por utilização e suspensão de corticosteroide sistêmico ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Eritema generalizado com PÚSTULAS e descamação em paciente com psoríase em placas de longa data que usou e SUSPENDEU prednisona: é psoríase pustulosa generalizada (von Zumbusch). O corticoide sistêmico é o gatilho clássico — controla temporariamente e, na retirada, produz rebote com transformação pustulosa, motivo pelo qual corticoide oral é contraindicado na psoríase. Trata-se de emergência dermatológica, com risco de sepse e distúrbio hidroeletrólítico. Metformina não desencadeia o quadro. Resposta D.

**QUESTÃO 66 — Gabarito A**

Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico do diabetes melito.

- A. O ponto de corte de 209 mg/dl em 1 hora no teste oral com glicose sugere o diagnóstico. ✓**
- B. Não é necessário jejum para realização do teste de tolerância à glicose oral.
- C. O valor da glicose plasmática em jejum que sugere a presença de diabetes melito é 136 mg/dl.
- D. Duas dosagens de hemoglobina glicada com resultado  $\geq 6\%$  confirmam o diagnóstico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

As diretrizes recentes incorporaram o valor de glicose de 1 hora no teste oral de tolerância à glicose: 209 mg/dl ou mais sugere diabetes (e 155-208 mg/dl, risco intermediário). Os demais cortes estão errados: o TOTG EXIGE jejum de 8 horas antes da sobrecarga com 75 g; a glicemia de jejum diagnóstica é 126 mg/dl ou mais (não 136); e a hemoglobina glicada diagnóstica é 6,5% ou mais, não 6%. Resposta A.

**QUESTÃO 67 — Gabarito C**

Paciente feminina, de 45 anos, sem comorbidades, procurou atendimento por ter sido descoberto, de forma incidental em exame de imagem, um nódulo tireoidiano. Encontrava-se assintomática. Ao exame físico, palpou-se nódulo no lobo direito da tireoide. Ultrassonografia mostrou um nódulo sólido, hipoecogênico, com margens irregulares, microcalcificações e formato mais largo do que alto, medindo 1,3 cm no maior diâmetro. A dosagem de TSH estava normal. Segundo a classificação TI- RADS, do Colégio Americano de Radiologia (ACR-TI-RADS), qual a classificação do nódulo e qual a conduta a ser adotada?

- A. TI-RADS 3 - Manter observação clínica e realizar dosagem semestral de TSH.
- B. TI-RADS 4 - Repetir ultrassonografia em 12 meses.
- C. TI-RADS 5 - Realizar punção aspirativa por agulha fina (PAAF). ✓**
- D. TI-RADS 5 - Indicar cirurgia imediata.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pelo ACR TI-RADS, o nódulo soma pontos: sólido (2) + hipoeecogênico (2) + margens irregulares (2) + microcalcificações (3) + mais largo que alto (0) = 9 pontos, ou seja, TI-RADS 5 (altamente suspeito), no qual a punção aspirativa por agulha fina é indicada a partir de 1,0 cm — e o nódulo mede 1,3 cm. Observação isolada subestima o risco, e cirurgia sem citologia prévia é conduta precipitada: a PAAF é que define a estratégia. Resposta C.

**QUESTÃO 68 — Gabarito B**

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente masculino, de 78 anos, procurou a Emergência por febre, dor e diarreia pastosa, quadro iniciado há 4 dias (8 episódios/dia em pequena quantidade, associados a urgência e incontinência fecais, sem sangue ou pus visíveis). Informou internação recente por infecção urinária, tendo recebido antibioticoterapia de amplo espectro por via intravenosa, seguida de dose equivalente por via oral, tratamento finalizado há 3 dias. A chegada, apresentava temperatura axilar de 37,8° C e pressão arterial de 110/72 mmHg; a oximetria de pulso indicou saturação de oxigênio de 97% em ar ambiente. O exame físico mostrou mucosas coradas, algo desidratadas, e dor somente à palpação profunda do quadrante inferior esquerdo do abdômen. Pode-se afirmar que o quadro clínico é de....., de etiologia ....., sendo mandatória coleta de fezes de emergência para excluir .....

- A. diarreia aguda - parasitária - Cyclospora sp
- B. diarreia aguda - bacteriana - Clostridioides difficile ✓**
- C. diarreia persistente - bacteriana - Bacillus cereus
- D. diarreia persistente - viral - Rotavírus

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Diarreia com menos de 14 dias é AGUDA (persistente seria de 14 a 30 dias). O contexto — idoso, internação recente e antibiótico de amplo espectro finalizado há 3 dias, com febre, urgência/incontinência fecal e dor no quadrante inferior esquerdo — aponta colite por Clostridioides difficile, cuja pesquisa nas fezes (toxina/GDH ou PCR) é mandatória. Bacillus cereus causa toxinfecção de horas; rotavírus é do lactente; Cyclospora relaciona-se a água/alimentos contaminados e curso arrastado. Resposta B.

**QUESTÃO 69 — Gabarito D**

Paciente feminina, de 42 anos, com dor abdominal recorrente, veio encaminhada da UPA para a Emergência por dor abdominal no quadrante superior direito e no epigástrio, com irradiação para o dorso, com duração de mais de 24 horas, sem alívio com analgésico intravenoso, associada a urina escurecida e náuseas. Familiar informou coloração amarelada da esclera no dia anterior. Ao exame físico, apresentava-se anictérica, com pressão arterial de 110/72 mmHg, frequência cardíaca de 94 bpm, temperatura axilar de 36,8° C, abdômen globoso, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação profunda do hipocôndrio direito e do epigástrio, sem defesa. Exames iniciais indicaram hemoglobina de 12,1 g/dl, leucócitos de 10.200/mm<sup>3</sup>, AST de 124 U/l, ALT de 148 U/l, bilirrubina total de 1,7 mg/dl, bilirrubina direta de 1,2 mg/dl, creatinina de 1,1 mg/dl e amilase de 644 U/l. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Litíase biliar complicada é a principal hipótese diagnóstica; os cálculos biliares, em sua maioria, são pretos (> 50%) por bilirrubinato de cálcio decorrente do aumento da bilirrubina indireta.
- B. Para o diagnóstico de pancreatite aguda, são necessários 3 critérios: dor abdominal, aumento de amilase ou lipase > 5 vezes o limite da normalidade e exame de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) compatível.
- C. A paciente deve ser submetida a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com urgência.

**D. Pancreatite aguda biliar é o diagnóstico provável; a maioria dos casos é leve, estando indicada colecistectomia na mesma internação. ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em faixa no andar superior irradiada para o dorso, amilase acima de 3 vezes o limite (644 U/l) e padrão coleostático transitório fecham pancreatite aguda BILIAR — a causa mais comum no Brasil. A maioria dos casos é leve e a recomendação é colecistectomia na MESMA internação, para evitar recorrência. O diagnóstico exige 2 de 3 critérios (não 3), com amilase/lipase acima de 3 vezes; a CPRE de urgência só é indicada com colangite ou obstrução persistente; e os cálculos mais comuns são de colesterol. Resposta D.

#### QUESTÃO 70 — Gabarito C

Paciente feminina, de 82 anos, submeteu-se a procedimento cirúrgico por fratura de colo de fêmur. No 2º dia pós-operatório, passou a apresentar alteração do estado mental, com flutuação ao longo do dia, e agitação psicomotora. Em seu histórico, constavam diabetes melito, hipertensão arterial e dislipidemia, em tratamento. Também fazia uso de antidepressivos. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. O diagnóstico de delirium será estabelecido pela documentação de alteração na memória recente por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental.
- B. O uso de opioides está contraindicado para o manejo da dor de idosos no contexto hospitalar pelo risco elevado de delirium.

**C. O desenvolvimento de delirium nesse cenário é um fator de risco para o desenvolvimento de demência nos próximos anos. ✓**

- D. Devido à associação de delirium com polifarmácia, os medicamentos em uso devem ser suspensos até a elucidação da etiologia mais provável.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa em pós-operatório de fratura de fêmur com alteração aguda e FLUTUANTE do estado mental: delirium. Cada vez mais evidências mostram que o episódio de delirium é fator de risco independente para declínio cognitivo e demência nos anos seguintes — não é um evento benigno e reversível sem consequências. O diagnóstico é feito pelo CAM (o Mini Exame não diagnostica delirium); dor não tratada é gatilho, de modo que opioides bem titulados são permitidos; e a suspensão indiscriminada de todas as medicações pode gerar abstinência e piora. Resposta C.

#### QUESTÃO 71 — Gabarito B

Paciente masculino, de 38 anos, sem comorbidades conhecidas, procurou atendimento após apresentar sangramento nasal espontâneo e gengivorragia ao escovar os dentes. Não havia história de uso de anticoagulantes ou antiagregantes. O exame físico revelou petéquias nos membros inferiores. Considerando o mecanismo da hemostasia, que alteração, dentre as abaixo, é a mais compatível com o quadro apresentado?

- A. Deficiência de fator VIII
- B. Trombocitopenia ✓**
- C. Deficiência de vitamina K
- D. Coagulação intravascular disseminada

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Epistaxe espontânea, gengivorragia e petéquias caracterizam sangramento MUCOCUTÂNEO, assinatura do defeito de hemostasia PRIMÁRIA (plaquetas e parede vascular) — no adulto jovem previamente hígido, tipicamente trombocitopenia imune. Deficiência de fator VIII (hemofilia) altera a hemostasia secundária e sangra em articulações e músculos profundos; deficiência de vitamina K alarga o TAP; e a CIVD ocorre em paciente gravemente enfermo, com trombose e sangramento simultâneos. Resposta B.

**QUESTÃO 72 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 28 anos, previamente hígido, procurou a Emergência por quadro de febre alta há 3 dias, mialgia intensa, cefaleia retro-orbitária, náuseas e exantema. Ao exame, apresentava pressão arterial (PA) de 100/70 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm, temperatura axilar de 38,5°C, petéquias nos membros inferiores e prova do laço positiva. O hemograma realizado à admissão revelou leucopenia e plaquetas de 85.000/mm<sup>3</sup>, com hematócrito de 44%. Devido aos sinais de alarme, o paciente foi internado para hidratação intravenosa e monitorização. No 4º dia de sintomas, evoluiu com dor abdominal intensa, extremidades frias e PA sistólica de 85 mmHg. Foi iniciada a administração de um primeiro bolus de soro fisiológico 0,9%, 20 ml/kg em 20 minutos. A reavaliação, cerca de 30 minutos após, a PA era de 90/60 mmHg, as extremidades ainda continuavam frias, a diurese encontrava-se < 0,5 ml/kg/h e o novo hematócrito era de 48%. Considerando o provável diagnóstico, a conduta indicada é

**A. Repetir a administração de soro fisiológico por 20 ml/kg. ✓**

B. Iniciar imediatamente a administração de coloides, como a albumina (20%), 10-20 ml/kg em 30 minutos.

C. Transfundir imediatamente concentrado de hemácias e plaquetas.

D. Iniciar a administração de noradrenalina e reduzir o infundido de cristalóide para 1 ml/kg/h.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dengue com choque (extremidades frias, pressão arterial em queda, oligúria) e HEMATÓCRITO EM ELEVAÇÃO após o primeiro bolus indica extravasamento plasmático em curso e volume ainda insuficiente: repete-se o bolus de cristalóide 20 ml/kg — até três vezes — antes de escalar. Coloide só entra se o hematócrito continuar subindo apesar dos bolus repetidos; transfusão de plaquetas não se indica por número isolado, sem sangramento grave; e vasopressor com hipovolemia não corrigida é erro fisiopatológico. Resposta A.

**QUESTÃO 73 — Gabarito D**

Paciente masculino, de 20 anos, com diabetes mellitus tipo 1, foi trazido à Emergência por vir apresentando poliúria, dor abdominal, náuseas e vômitos há 24 horas. Relatou ter feito, no dia anterior, consumo abusivo de álcool. Ao exame físico, encontrava-se muito desidratado, taquipneico, com respiração de Kussmaul, hálito cetônico e temperatura axilar de 38°C. Os exames laboratoriais revelaram glicemia de 480 mg/dl, pH de 7,15, bicarbonato de 8 mEq/l, cetonemia positiva, leucocitose e elevação do nível de amilase. Considerando o diagnóstico de acidose metabólica por ânion gap aumentado, foram prontamente iniciadas reposição volêmica, insulinoterapia intravenosa contínua e monitorização intensiva. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. Pancreatite aguda é a causa mais provável da descompensação da cetoacidose.

B. Hiperglicemia marcada não ajuda no diagnóstico diferencial entre cetoacidose diabética e cetoacidose alcoólica.

C. Bicarbonato de sódio deve ser prontamente administrado.

**D. Todo o quadro pode ser explicado pela cetoacidose diabética. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A própria cetoacidose diabética explica todo o quadro: dor abdominal, náuseas e vômitos são manifestações da acidose; a leucocitose é reacional às catecolaminas e à desidratação (não significa infecção); e a amilase eleva-se em até 20-25% dos casos sem pancreatite, muitas vezes de origem salivar. Bicarbonato só se cogita com pH abaixo de 6,9. E a hiperglicemia MARCADA ajuda sim no diferencial: na cetoacidose alcoólica a glicemia costuma ser normal ou baixa. Resposta D.

**QUESTÃO 74 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 65 anos, é trazido à Emergência por quadro de confusão mental de início agudo. Familiar relatou que ele consumiu cerca de 1L de uísque por dia durante anos e interrompeu há umas 4 dias. Tremor, sudorese noturna e náuseas em casa. Mãe faleceu em momento semelhante há uns 4 anos. Nega outras comorbidades. Ao exame estável no momento em protocolo de AVC. Qual a terapêutica para iniciar inicialmente?

- A. Diazepam por via parenteral
- B. Dissulfiram por via oral
- C. Haloperidol por via parenteral ✓**
- D. Vitamina por via oral

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Etilista pesado que interrompeu o consumo há dias e evolui com tremor, sudorese, náuseas e confusão aguda tem síndrome de abstinência alcoólica, podendo estar em delirium tremens — e a estratégia inclui tiamina antes de glicose, hidratação e controle da agitação. A literatura consagra o BENZODIAZEPÍNICO como primeira linha (previne convulsão e reduz mortalidade), ficando o haloperidol como adjuvante para agitação e sintomas psicóticos refratários; o gabarito oficial, contudo, apontou o antipsicótico parenteral — divergência que vale registrar. Dissulfiram é para manutenção da abstinência, jamais na fase aguda. Resposta C.

**QUESTÃO 75 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 64 anos, com hipertensão arterial e diabetes melito há 10 anos, em uso regular de anlodipino, hidroclorotiazida, metformina e insulina NPH, veio à consulta de rotina referindo fadiga progressiva e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais indicaram creatinina de 2,5 mg/dl, ureia de 70 mg/dl, relação albumina/ creatinina urinária de 1.400 mg/g, HbA1c de 7,9%, TFG estimada de 28 ml/min/ 1,73 m<sup>2</sup>; ultrassonografia mostrou rins de tamanho normal, com aumento da ecogenicidade cortical. Qual a conduta mais apropriada para o manejo inicial?

- A. Suspender metformina, iniciar inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) e inibidor de SGLT-2, com monitoramento da função renal e dos eletrólitos. ✓**
- B. Encaminhar o paciente para biópsia renal para confirmação diagnóstica e avaliar a troca da insulina.
- C. Manter metformina, iniciar IECA e observar a evolução clínica e a evolução laboratorial por 3 meses.
- D. Iniciar pulso terapia com corticosteroides visando preservação da função renal residual.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Doença renal do diabetes em estágio avançado (taxa de filtração de 28 ml/min, albuminúria de 1.400 mg/g, rins de tamanho normal com hiperecogenicidade) dispensa biópsia — a apresentação é típica. O manejo é suspender metformina (contraindicada abaixo de 30 ml/min pelo risco de acidose láctica), iniciar IECA ou BRA para nefroproteção e inibidor de SGLT-2, que reduz progressão e desfechos cardiovasculares, monitorando creatinina e potássio. Corticoide em pulso não tem papel na nefropatia diabética. Resposta A.

**QUESTÃO 76 — Gabarito D**

Paciente feminina, de 40 anos, consultou por vir apresentando episódios recorrentes de litíase renal, com eliminação frequente de cálculos. Referiu história de litíase renal na família. A avaliação metabólica, foi identificada hipercalcúria idiopática. Diante do quadro, assinale a alternativa que contempla outras medidas adequadas, além da hidratação, para prevenir novos cálculos renais.

- A. Restrição severa de cálcio e sal na dieta
- B. Suplementação de vitamina C e suplementação de cálcio oral (carbonato de cálcio e colecalciferol)
- C. Aumento do consumo de proteínas animais e restrição do consumo de cálcio
- D. Restrição de sal na dieta e uso de diurético tiazídico (clortalidona) ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na hipercalcúria idiopática o tratamento é restringir SÓDIO (a excreção de cálcio acompanha a de sódio no túbulo) e usar diurético tiazídico, como a clortalidona, que aumenta a reabsorção tubular de cálcio e reduz a recorrência de cálculos. O cálcio da dieta deve ser MANTIDO em quantidade normal — restringi-lo aumenta a absorção intestinal de oxalato e piora a litíase. Vitamina C em altas doses eleva a oxalúria, e excesso de proteína animal acidifica a urina e aumenta a calciúria. Resposta D.

**QUESTÃO 77 — Gabarito C**

Paciente feminina, de 43 anos, informou, em consulta eletiva, ter, desde os 12 anos, cefaleia, bilateral, latejante, incapacitante, com fono e fotofobia. Os episódios usualmente duravam 12-48 horas quando não tratados. Na infância, ocorriam 6-10 dias/ano; no período da faculdade, 5-8 dias/mês; e, nos últimos anos, 20-25 dias/mês. Inicialmente, apresentava alívio completo das crises com dipirona associada a metoclopramida; atualmente, a dor não cedia por completo. Com base no caso clínico, assinale a assertiva correta.

- A. O manejo deve ser realizado com sumatriptano (50 mg) no início de todas as crises, podendo a dose ser repetida após 2 horas caso a dor não tenha cedido completamente.
- B. Por se tratar de cefaleia progressiva, está indicada investigação com exame de imagem e, se normal, punção lombar com medida da pressão de abertura.
- C. Durante o período da faculdade, deveria ter sido prescrita profilaxia para migrânea, evitando-se o quadro atual de migrânea crônica associada a uso excessivo de medicamentos. ✓**
- D. Devido ao diagnóstico de migrânea, a paciente, quando na menopausa, não deverá fazer uso de terapia hormonal.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Migrânea desde a adolescência que evolui de esporádica para 20-25 dias por mês, com perda progressiva da resposta ao analgésico: é migrânea CRÔNICA associada a uso excessivo de medicação — desfecho que a profilaxia, indicada já quando as crises passaram de 4 dias por mês (na faculdade), teria evitado. Não se trata de cefaleia progressiva com bandeira vermelha que justifique imagem e punção lombar; o padrão é antigo e estereotipado. Sumatriptano em todas as crises perpetuaria o uso excessivo, e migrânea sem aura não proíbe terapia hormonal na menopausa. Resposta C.

**QUESTÃO 78 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 68 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes melito e tabagismo, foi admitido na Emergência após início súbito (há 1 hora) de hemiparesia direita e afasia. Ao exame, apresentava NIHSS 12. Tomografia computadorizada de crânio não mostrou sinais de hemorragia. Angiotomografia revelou oclusão da artéria cerebral média à esquerda. O hospital dispunha de trombólise intravenosa e de equipe capacitada para realização de trombectomia mecânica. Qual a conduta a ser adotada?

- A. Realizar trombólise intravenosa com alteplase, pois trombectomia não traz benefício adicional.
- B. Realizar trombectomia mecânica sem trombólise, pois NIHSS elevado já indica benefício.
- C. Iniciar trombólise intravenosa com alteplase e encaminhar o paciente imediatamente para trombectomia mecânica. ✓**
- D. Não realizar reperfusão; iniciar apenas administração de antiagregante plaquetário e aguardar a evolução clínica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

AVC isquêmico com 1 hora de evolução, NIHSS 12, sem hemorragia e com oclusão de grande vaso (artéria cerebral média): o paciente é elegível para as DUAS terapias. A conduta baseada em evidência é iniciar a trombólise intravenosa com alteplase (dentro de 4,5 horas) e encaminhar imediatamente à trombectomia mecânica (janela de até 6 horas, ou mais com neuroimagem de perfusão favorável) — estratégia bridging. Pular a trombólise em paciente elegível ou apenas antiagregar reduz a chance de recanalização e de independência funcional. Resposta C.

**QUESTÃO 79 — Gabarito D**

Paciente masculino, com derrame pleural à direita, foi submetido a punção pleural. A análise mostrou líquido amarelo citrino, com predominância de linfócitos (90%) e ausência de células mesoteliais, pH de 7,35, glicose de 75 mg/dl, proteína total pleural de 4,6 g/dl (sérica de 6,0 g/dl), desidrogenase láctica pleural de 180 U/l (sérica de 200 U/l; limite superior da normalidade de 220 U/l) e adenosina deaminase (ADA) de 60 U/l. Com base nos resultados, pode-se afirmar que o diagnóstico mais provável é derrame pleural

- A. parapneumônico por bactéria típica.
- B. secundário a hepatopatia.
- C. secundário a insuficiência renal.
- D. tuberculoso. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O líquido é exsudato pelos critérios de Light (proteína pleural/sérica 0,77, acima de 0,5), com predomínio LINFOCITÁRIO (90%), ausência de células mesoteliais e ADA de 60 U/l — acima do corte de 40. Essa tríade é praticamente diagnóstica de derrame pleural tuberculoso. Parapneumônico por bactéria típica seria neutrofílico, com pH e glicose baixos; transudatos de hepatopatia e de insuficiência renal têm proteína baixa e não elevam a ADA. Resposta D.

**QUESTÃO 80 — Gabarito B**

Paciente feminina, de 72 anos, com dislipidemia e hipertensão arterial (uso regular de sinvastatina e hidroclorotiazida), buscou atendimento por dor no joelho direito, iniciada há 6 meses, com limitação funcional. Referiu episódios de dor em ambos os joelhos há mais de 5 anos, com duração de poucas semanas, que aliviavam com repouso. O IMC era de 35 kg/m<sup>2</sup>. Ao exame, identificaram-se aumento de volume endurecido em ambos os joelhos, discreto calor local e dor à palpação de linhas articulares, sem dor à mobilização passiva. Com base na principal hipótese diagnóstica, assinale a assertiva correta.

- A. Suplementação com altas doses de vitamina D deve ser iniciada.

**B. Redução de peso deve ser proposta para melhora funcional e da dor. ✓**

C. Exercício físico está contraindicado pelo risco de agravamento da lesão.

D. Uso regular de palmilhas está indicado para correção do dano estrutural.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor mecânica crônica em ambos os joelhos, que alivia com repouso, com aumento de volume ENDURECIDO (osteófitos) e dor nas linhas articulares em idosa com IMC de 35: osteoartrite. O pilar do tratamento é não farmacológico, e a redução de peso tem benefício documentado sobre dor e função — cada quilo perdido alivia várias vezes seu peso na carga articular. Exercício físico é INDICADO (fortalecimento de quadríceps), não contraindicado; vitamina D em altas doses e palmilhas não modificam a estrutura articular. Resposta B.

**QUESTÃO 81 — Gabarito B**

Um teste rápido para dengue tem sensibilidade de 85% e especificidade de 95%. Em um cenário de epidemia, observou-se valor preditivo positivo (VPP) de 90%. Se o mesmo teste for utilizado em uma cidade sem surto epidêmico, o VPP esperado será

A. maior, pois depende apenas da especificidade.

**B. menor, pois o VPP diminui quando a prevalência da doença é baixa. ✓**

C. igual, já que, teoricamente, sensibilidade e especificidade não variam com a prevalência.

D. inalterado, porque o teste foi validado para ser usado em qualquer população.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sensibilidade e especificidade são propriedades intrínsecas do teste e não variam com a prevalência; já os valores preditivos dependem dela. Com a mesma especificidade, uma população de baixa prevalência gera proporcionalmente mais falsos positivos entre os testes positivos, de modo que o valor preditivo POSITIVO cai (e o negativo sobe). Por isso um teste que se comporta bem na epidemia perde acurácia preditiva fora do surto. Resposta B.

**QUESTÃO 82 — Gabarito B**

Um ensaio clínico randomizado mostrou redução da pressão arterial com uso de um inibidor cotransportador de sódio-glicose tipo 2 (SGLT-2), resultado semelhante ao obtido previamente com outro fármaco da mesma classe. Qual critério de Hill está sendo exemplificado?

A. Plausibilidade biológica

**B. Consistência ✓**

C. Gradiente biológico

D. Especificidade

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Reprodução de um mesmo efeito em estudos diferentes, com fármacos distintos da mesma classe e em populações diferentes, é exatamente o critério de CONSISTÊNCIA (reprodutibilidade) de Bradford Hill. Plausibilidade biológica exigiria um mecanismo fisiopatológico que explicasse a associação; gradiente biológico é a relação dose-resposta; e especificidade é a associação de uma exposição a um único desfecho. Resposta B.

**QUESTÃO 83 — Gabarito A**

Pesquisadores planejaram avaliar a associação entre duração de viagens aéreas superiores a 8 horas e trombose venosa profunda (TVP). Definiram que um estudo de casos e controles seria apropriado devido à raridade do desfecho. Contudo, para avaliar melhor temporalidade e gradiente biológico, outro grupo sugeriu realizar um estudo de coorte prospectivamente planejado. Qual a principal vantagem do estudo de coorte nesse contexto?

- A. Possibilidade de estimar a incidência da TVP entre pessoas expostas e não expostas. ✓**
- B. Menor tempo e menor custo do que o estudo de casos e controles.
- C. Maior eficiência para estudar desfechos incomuns.
- D. Garantia de ausência de vieses de seleção.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A coorte parte da exposição e acompanha os participantes no tempo, permitindo calcular INCIDÊNCIA nos expostos e não expostos — e, com isso, risco relativo, temporalidade e gradiente dose-resposta, que é o objetivo declarado. Caso-controle não estima incidência (só odds ratio). As demais opções invertem as vantagens: a coorte é mais cara e demorada, é MENOS eficiente para desfechos raros (justamente por isso se cogitou caso-controle) e nenhum desenho observacional garante ausência de vieses. Resposta A.

**QUESTÃO 84 — Gabarito A**

A meta trianual para o rastreio do câncer de colo uterino é uma razão de 0,4 exames coletados em mulheres da faixa etária compreendida entre 25 e 64 anos. No último triênio, uma UBS alcançou a razão de 0,36, tendo realizado a média de 9 exames citopatológicos por mês, 108 por ano e 324 no triênio. Considerando 900 mulheres da faixa etária preconizada para o rastreio e a periodicidade do rastreio, quantos citopatológicos a mais - em relação ao ano anterior - por mês e por ano deverão ser realizados para alcançar a razão de 0,4?

- A. 1 a mais por mês - 12 a mais por ano ✓**
- B. 2 a mais por mês - 24 a mais por ano
- C. 3 a mais por mês - 36 a mais por ano
- D. 4 a mais por mês - 48 a mais por ano

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Com 900 mulheres de 25 a 64 anos e razão-meta de 0,4 no triênio, seriam necessários  $900 \times 0,4 = 360$  exames em três anos. Foram feitos 324 (razão de 0,36). Faltam 36 exames no triênio, ou seja, 12 por ano e 1 por mês a mais em relação ao que já vinha sendo realizado. Resposta A.

**QUESTÃO 85 — Gabarito C**

Em rastreamento de acuidade visual realizado pela UBS no programa Saúde na Escola, identificou-se redução de acuidade visual em uma estudante de 12 anos. Ela foi encaminhada, pela UBS, à consulta no oftalmologista e retornou com a receita de óculos. Na UBS, foi feita a solicitação de óculos na ótica de referência vinculada ao programa Porto Olhar Alegre para o fornecimento gratuito de óculos para a escolar. Essa ação é exemplo de qual princípio do SUS?

- A. Equidade
- B. Universalidade
- C. Integralidade ✓**
- D. Descentralização

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A INTEGRALIDADE é o princípio que garante o conjunto articulado de ações — do rastreamento na escola ao encaminhamento, ao diagnóstico e ao fornecimento do insumo (os óculos) — de modo que o cuidado não se interrompa na identificação do problema. Universalidade é o acesso de todos ao sistema; equidade é tratar desigualmente os desiguais, priorizando quem tem mais necessidade; e descentralização é diretriz organizativa da gestão. Resposta C.

**QUESTÃO 86 — Gabarito C**

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde. O documento contempla o pacto firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em 3 dimensões visando a consolidação do SUS. Assinale a alternativa que relaciona uma das dimensões do pacto a uma das ações previstas para a respectiva dimensão.

- A. Pacto pela Vida - Política Nacional de DST/ AIDS
- B. Pacto de Gestão - Fortalecimento da Atenção Básica
- C. Pacto em Defesa do SUS - Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS ✓**
- D. Pacto pela Prevenção - Promoção do envelhecimento ativo e saudável

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006) tem três dimensões: Pacto pela Vida (prioridades sanitárias, como saúde do idoso, câncer de colo e mama, mortalidade infantil, dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza e fortalecimento da atenção básica), Pacto de Gestão (descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, participação social) e Pacto em Defesa do SUS, que inclui a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e a mobilização em defesa do sistema. Não existe Pacto pela Prevenção. Resposta C.

**QUESTÃO 87 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 46 anos, consultou por apresentar tosse seca, sensação de aperto no peito, chiado e falta de ar, predominantemente no final do turno de trabalho, quadro iniciado há cerca de 1 ano. Informou que trabalhava em um curtume de médio porte há 3 anos. Inicialmente, os sintomas eram leves e esporádicos e atualmente interferiam em suas atividades diárias, com piora durante a semana e melhora no final de semana. Negou tabagismo. Relatou ausência de ventilação adequada no local de trabalho e uso irregular de equipamentos de proteção individual. Ao exame físico, foram constatados sibilos difusos bilaterais. A saturação de oxigênio era 93% em repouso. Considerando o quadro clínico e o histórico ocupacional, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Asma induzida por cromo ✓**
- B. Bronquite crônica
- C. Rinite alérgica
- D. Pneumonite química aguda

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sintomas de obstrução brônquica (tosse, aperto, sibilos, dispneia) com padrão temporal ligado ao trabalho — piora ao fim do turno e ao longo da semana, melhora nos fins de semana — em trabalhador de curtume exposto a cromo, sem ventilação e com uso irregular de EPI: é asma ocupacional. Bronquite crônica exige tosse produtiva por 3 meses em 2 anos e costuma ocorrer em tabagistas; rinite não produz sibilos difusos e dessaturação; e pneumonite química é aguda, após exposição maciça pontual. Resposta A.

**QUESTÃO 88 — Gabarito D**

Paciente masculino, de 38 anos, trabalhando há 10 anos na limpeza de comedouros e no abastecimento de ração para aves em um aviário, veio à consulta queixando-se de dor localizada na região lateral do cotovelo direito, que se intensificava ao realizar movimentos que exigiam esforço com o membro superior. Referiu piora progressiva da dor nos últimos 3 meses, acompanhada de fraqueza para segurar objetos e de dificuldade para realizar tarefas manuais. Negou parestesias. Ao exame físico, apresentava dor à palpação sobre o epicôndilo lateral do úmero e dor à extensão resistida do punho. O diagnóstico mais provável é

- A. tendinite de De Quervain.
- B. síndrome do túnel do carpo.
- C. compressão do nervo cubital ao nível do cotovelo.

**D. epicondilite. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor no epicôndilo LATERAL do úmero, que piora ao esforço com o membro superior, com fraqueza de preensão e dor à extensão resistida do punho, é epicondilite lateral (cotovelo de tenista) — tendinopatia dos extensores do punho, típica de movimentos repetitivos, portanto denexo ocupacional. De Quervain acomete o compartimento dorsal do punho (teste de Finkelstein); túnel do carpo e compressão do nervo cubital cursam com PARESTESIAS, ausentes aqui. Resposta D.

**QUESTÃO 89 — Gabarito C**

Paciente masculino, de 43 anos, procurou atendimento pela segunda vez no serviço ambulatorial da empresa onde trabalhava. Referiu fadiga, cefaleia, esquecimentos e irritabilidade, quadro iniciado há 2 meses. Trouxe resultados de exames solicitados na consulta anterior: hemograma, glicemia, TSH, dosagem de vitaminas, perfil lipídico, todos dentro dos padrões da normalidade. Há cerca de 2 semanas, apresentou algumas medidas de pressão arterial elevadas, o que nunca havia ocorrido. Negou tabagismo e uso abusivo de álcool ou outras drogas. Supervisor de estoque em uma rede de supermercados, há 3 meses passou a trabalhar no turno noturno, 4 vezes/semana, das 22 às 6 horas, com folga no dia seguinte. Informou que, quando chegava em casa, tomava café da manhã, ajudava a arrumar o filho para a escola e ia dormir. Não fazia uso de medicações contínuas. Diante da história, qual a hipótese mais provável e qual a intervenção possível na consulta?

- A. Transtorno de estresse agudo - Por provocar insônia, necessita de prescrição de antidepressivos e hipnóticos por curto período.
- B. Episódio depressivo moderado - Necessita de encaminhamento para psicoterapia e início de medicamento antidepressivo.
- C. Transtorno do ciclo circadiano gerando insônia aguda - Recomendam-se manejo comportamental e uso por curto tempo de hipnóticos. ✓**
- D. Transtorno de ansiedade leve com sintomas somáticos - Necessita de adoção de medidas não farmacológicas, como exercícios físicos e meditação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Fadiga, cefaleia, esquecimento, irritabilidade e elevações pressóricas surgidos exatamente 3 meses após a mudança para o turno NOTURNO, com investigação laboratorial normal e sono diurno fragmentado pela rotina familiar: é transtorno do ciclo sono-vigília relacionado ao trabalho em turnos, cursando com insônia. A intervenção é comportamental — higiene do sono, proteção do período de sono diurno, exposição controlada à luz —, com hipnótico apenas por curto período. Antidepressivo não é a primeira linha para um problema cronobiológico. Resposta C.

**QUESTÃO 90 — Gabarito A**

Paciente masculino, de 73 anos, previamente hígido, procurou a UBS por apresentar quadro de início súbito de mal-estar, calafrios, febre de até 38,5° I, mialgia, disúria e dor perineal. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a assertiva correta.

- A. Toque retal pode revelar uma próstata aumentada, com consistência firme. ✓**
- B. Massagem prostática vigorosa deve ser realizada para coleta de material para exame.
- C. PSA aumentado é fundamental para o diagnóstico.
- D. Solicitação de ultrassonografia da próstata deve fazer parte da avaliação inicial.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem com início súbito de febre, calafrios, mialgia, disúria e dor perineal tem prostatite aguda bacteriana. Ao toque retal — feito com delicadeza — a próstata está aumentada, quente, muito dolorosa e de consistência firme. A massagem prostática é CONTRAINDICADA na fase aguda pelo risco de bacteremia; o PSA eleva-se na inflamação, mas não tem valor diagnóstico nesse contexto; e a ultrassonografia inicial só se justifica na suspeita de abscesso ou má resposta ao tratamento. Resposta A.

**QUESTÃO 92 — Gabarito C**

Gestante, com 14 semanas de gestação, veio para a segunda consulta de pré-natal, trazendo os resultados de exames solicitados na primeira consulta: glicose de jejum de 94 mg/dl e demais exames dentro dos padrões da normalidade. Qual a conduta mais adequada?

- A. Encaminhar a paciente para pré-natal de alto risco, por se tratar de diagnóstico de diabetes melito gestacional.
- B. Encaminhar a paciente para pré-natal de alto risco, por se tratar de diagnóstico de diabetes melito na gestação.
- C. Orientar dieta e realização de glicemia capilar 4 vezes/dia, diariamente; manter acompanhamento na Atenção Primária, com reavaliação em 2 semanas. ✓**
- D. Iniciar tratamento com insulina NPH e orientar dieta; manter acompanhamento na Atenção Primária, com reavaliação em 2 semanas.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dl na gestação define diabetes mellitus GESTACIONAL (a partir de 126 mg/dl seria diabetes diagnosticado na gestação, o overt diabetes). O tratamento inicial é dieta e atividade física, com monitorização de glicemia capilar e reavaliação em 2 semanas — e o acompanhamento pode permanecer na Atenção Primária. Encaminha-se ao pré-natal de alto risco quando há necessidade de insulina, mau controle ou complicações; insulina de entrada, sem testar a dieta, é precipitada. Resposta C.

**QUESTÃO 93 — Gabarito A**

Paciente feminina, de 25 anos, veio à UBS para a segunda consulta de pré-natal, com 12 semanas de gestação, conforme a data da última menstruação. O exame obstétrico foi normal. Os exames de acompanhamento indicaram teste treponêmico (TT) positivo e teste não treponêmico (TNT) negativo. Os demais exames apresentaram resultados dentro dos padrões da normalidade. Não havia histórico de sífilis. Estava em um relacionamento fixo quando engravidou, mas rompeu com o parceiro e não tem mantido contato sexual com ele ou com outro parceiro. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Tratar com benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI em cada glúteo, intramuscular, semanal, por 3 semanas, e repetir TT e TNT mensalmente. ✓**
- B. Tratar com benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI em cada glúteo, intramuscular, em dose única, e repetir TT e TNT trimestralmente.

- C. Repetir TT e TNT mensalmente e tratar com benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI em cada glúteo, semanal, por 3 semanas se positivar o TNT.
- D. Repetir TNT por outra técnica; se positivo, tratar com 1 dose de benzilpenicilina benzatina 1,2 milhões UI, intramuscular, em dose única, em cada glúteo, e repetir TNT trimestralmente.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante com teste treponêmico REAGENTE e não treponêmico negativo, sem histórico de tratamento documentado, deve ser tratada — na gestação não se aposta em cicatriz sorológica, pelo risco de sífilis congênita. Sem saber a data da infecção, classifica-se como latente de duração ignorada: benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI por semana, por 3 semanas (total de 7,2 milhões UI), com controle mensal de VDRL até o parto. Dose única cobre apenas sífilis recente; e adiar o tratamento aguardando soroconversão expõe o feto. Resposta A.

**QUESTÃO 94 — Gabarito B**

Paciente masculino, de 53 anos, veio à consulta por desejar submeter-se a um check-up por insistência da esposa com quem se casara recentemente. Informou não realizar acompanhamento de saúde há muitos anos. No momento, não fazia uso de medicamentos nem apresentava queixas relacionadas à sua saúde. Trouxe resultado de um exame realizado há 11 anos em que constava: Amostra reagente para o anticorpo contra o vírus da hepatite C (anti-HCV). Informou nunca ter feito tratamento específico para hepatite C. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Solicitar AST e ALT; se os resultados estiverem dentro da faixa da normalidade, manter o acompanhamento com os mesmos exames anualmente.
- B. Solicitar carga viral para hepatite C; se estiver com carga viral indetectável, encerrar a investigação para hepatite C. ✓**
- C. Iniciar tratamento com antivirais de ação direta para hepatite C.
- D. Considerar o caso como cura espontânea com desenvolvimento de imunidade permanente para hepatite C e encerrar a investigação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Anti-HCV reagente indica apenas CONTATO prévio com o vírus — pode ser infecção ativa ou cura (espontânea ou pós-tratamento). O passo obrigatório é solicitar a carga viral (HCV-RNA): detectável, confirma hepatite C crônica e indica antivirais de ação direta; indetectável, afasta infecção ativa e encerra a investigação. Transaminases normais NÃO excluem doença ativa nem fibrose; tratar sem confirmação virológica é inadequado; e a cura da hepatite C não confere imunidade permanente — há risco de reinfecção. Resposta B.

**QUESTÃO 97 — Gabarito D**

Doença meningocócica é um agravo de notificação compulsória, que deve ser comunicado às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde em até 24 horas do diagnóstico. Além da notificação e da investigação de casos e surtos, é essencial a adoção de medidas de prevenção e controle. Na quimioprofilaxia dos contatos, não está indicado o uso de

- A. rifampicina.
- B. ceftriaxona.
- C. ciprofloxacino.
- D. cefepima. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A quimioprofilaxia da doença meningocócica é feita com rifampicina (droga de escolha, 2 dias), ceftriaxona intramuscular (opção em gestantes) ou ciprofloxacino em dose única (adultos), sempre nas primeiras 24-48 horas para contatos íntimos. A cefepima é cefalosporina de quarta geração de uso hospitalar intravenoso: não erradica o estado de portador na nasofaringe e não tem qualquer indicação profilática. Resposta D.

**QUESTÃO 98 — Gabarito A**

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente de 13 anos veio à UBS acompanhada da mãe por quadro de dor abdominal. A mãe suspeitava que a menina estivesse com vermes. Ao exame físico, observou-se aumento do volume abdominal, com fundo uterino palpável 2 cm abaixo da cicatriz umbilical. O teste rápido para gestação foi positivo. A paciente relatou que mantivera relações sexuais desprotegidas e consensuais com um colega da escola, fato desconhecido pela mãe. Durante o atendimento, a paciente e sua mãe questionaram sobre a possibilidade de realização de um aborto. O aborto.....A paciente deverá .....; e o profissional deverá .....

- A. é possível, por se tratar de estupro de vulnerável - ser orientada e encaminhada ao serviço de referência em atendimento de crianças vítimas de violência sexual e aborto legal - fazer a notificação de situação de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) ✓**
- B. é possível, desde que a paciente faça um boletim de ocorrência de estupro - ser encaminhada ao serviço de referência em atendimento de crianças vítimas de violência sexual e aborto legal - fazer a notificação de situação de violência no Sinan
- C. não é possível, por se tratar de um relacionamento consensual - ser orientada sobre a possibilidade de encaminhamento da criança para adoção - encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco
- D. não é possível, por não haver previsão de aborto legal realizar os exames iniciais de pré-natal e agendar retorno em breve à UBS encaminhar a paciente para acompanhamento no serviço de saúde mental devido à gestação não planejada

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Adolescente de 13 anos: qualquer relação sexual é legalmente estupro de vulnerável (menor de 14 anos), mesmo que descrita como consensual. Logo, o abortamento é permitido por previsão legal — não exige boletim de ocorrência, autorização judicial ou perícia, bastando o relato. A paciente deve ser orientada e encaminhada ao serviço de referência em violência sexual e aborto legal, e o profissional tem o dever de notificar a violência no Sinan (notificação compulsória imediata) e ao Conselho Tutelar. Resposta A.

**QUESTÃO 99 — Gabarito B**

Paciente feminina, de 32 anos, veio à consulta na Atenção Primária com queixa de dor precordial em aperto, sem irradiação, com duração de cerca de 1 hora ao final do dia, quadro iniciado há 6 meses. Relatou cansaço, razão pela qual ficava mais em casa. Negou ortopneia, dispneia paroxística noturna ou dispneia aos esforços; negou, também, tabagismo e etilismo; fazia ginástica 3 vezes/semana. Ao exame físico, não apresentava anormalidades. Informou ter estado na Emergência devido à dor, ocasião em que foram feitos exames laboratoriais e eletrocardiografia, todos normais. Referiu muita preocupação com a saúde desde que perdera a mãe por um infarto há 7 meses. Não acreditava que a dor no peito fosse de origem “psicológica”, como sugerido na última consulta na UPA, mas comentou ter pensamentos persistentes com a mãe, chorar quase todos os dias, ter dificuldade para dormir. Quando chegava ao final do dia, horário próximo ao da morte da mãe, apresentava sensações de formigamento na face e a impressão de ouvir a voz dela vindo do quarto. Considerando o quadro de sintomas relatado, assinale a alternativa que contempla o tipo de luto, a natureza dos sintomas somáticos e a proposta terapêutica para a situação.

A. Luto normal - sintomas devidos à somatização do infarto sofrido pela mãe - Prescrever o uso de antidepressivo para prevenir o transtorno do luto complexo persistente.

**B. Luto normal - sintomas somáticos decorrentes da vivência da perda da mãe - Indicar intervenção psicossocial (terapia de reatribuição) para o sintoma somático de dor no peito. ✓**

C. Transtorno do luto complexo persistente - sintomas somáticos relacionados ao luto - Iniciar medicamento antidepressivo.

D. Transtorno do luto complexo persistente - dor torácica a ser investigada com exames complementares - Encaminhar a paciente para psicoterapia para abordagem do luto.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Perda materna há 7 meses, com choro frequente, saudade intensa, insônia e até fenômenos pseudo-alucinatórios ligados à figura da mãe: tudo isso cabe no LUTO NORMAL, que só se torna transtorno do luto prolongado após pelo menos 12 meses de sintomas incapacitantes. A dor precordial, com exames e eletrocardiograma normais, é sintoma somático da vivência da perda. A abordagem é psicossocial — a terapia de reatribuição liga sintoma físico e sofrimento emocional sem invalidar a queixa da paciente. Antidepressivo não previne luto complicado, e repetir exames reforça a somatização. Resposta B.

**QUESTÃO 100 — Gabarito C**

Médica-residente de segundo ano (R2) encontrou no vestiário do Bloco Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre uma colega residente (R1). Como já fazia algum tempo que não se viam, R2 perguntou se havia ocorrido algo extraordinário. R1 referiu ter tido H1N1, o que a impossibilitara de vir ao hospital. A conversa evoluiu e, aproveitando o encontro, R1 solicitou um atestado retroativo de 3 dias para R2. Conforme o Código de Ética Médica, do Conselho Federal de Medicina,

A. é permitido atestar, no receituário do hospital, o período da doença com a data retroativa.

B. é permitido atestar, no receituário do hospital, o período da doença com a data atual.

**C. é vedado atestar, no receituário do hospital, o período da doença sem ter praticado e registrado o ato da consulta médica. ✓**

D. é vedado atestar, no receituário do hospital ou no pessoal, uma doença passada com data atual, mesmo tendo ocorrido a consulta.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O Código de Ética Médica veda ao médico atestar fato que não tenha verificado pessoalmente: é proibido fornecer atestado sem ter praticado e REGISTRADO o ato médico da consulta, ainda mais em favor de colega, em vestiário e sem avaliação. O problema central não é a data retroativa (que é lícita quando a consulta ocorreu e está documentada) nem o tipo de receituário, mas a ausência do atendimento. Resposta C.

