



Iamspe — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Uma paciente de 68 anos de idade, negra, foi levada por familiares ao pronto-socorro, devido a rebaixamento do nível de consciência. Contaram que ela se queixava de disúria e astenia e tivera febre. Ao exame físico, encontrava-se sonolenta e desidratada, com temperatura de 37,9 °C, PA de 80 x 50 mmHg. FC de 118 bpm, dor difusa à palpação abdominal, com DB negativo, e glicemia capilar de 52 mg/dl. Foi feita uma reposição de cristalóides, foram coletadas culturas, iniciou-se antibioticoterapia e optou-se pela internação. Após 48 h, a paciente sentia-se melhor e acordada, com PA de 90 x 60 mmHg, sem febre, sem disúria e sem déficits motores, mas reclamava, ainda, de muita fraqueza, que iniciara há algumas semanas. Exames laboratoriais após 48 h de internação mostravam sódio de 125 mEq/L; K 6,7 mEq/L; hemoglobina 11 g/dl; hematócrito 32%; creatinina sérica 1,4 mg/dl; e ureia 40 mg/dl. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico associado ao distúrbio eletrolítico mais provável.

- A. Hiperaldosteronismo primário.
- B. Insuficiência renal aguda.
- C. Insuficiência adrenal. ✓**
- D. Síndrome de Cushing.
- E. Síndrome de Bartter.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiponatremia (Na 125) + hipercalemia (K 6,7) + hipotensão que responde mal a volume + hipoglicemia + astenia arrastada: e a assinatura da insuficiência adrenal, descompensada pela infecção urinária. Sem aldosterona perde-se sódio e retém-se potássio; sem cortisol há hipoglicemia e vasoplegia.

Hiperaldosteronismo (A) e Cushing (D) cursam com hipocalemia e hipertensão; a creatinina de 1,4 não justifica K de 6,7 (B); Bartter (E) da hipocalemia. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Caso hipotético para as questões 2 e 3: Um paciente de 28 anos de idade, branco, com IMC de 24 kg/m², sem antecedentes prévios, procurou atendimento em UBS, pois, em um exame admissional, fora constatada uma PA de 170 x 100 mmHg. Negou história familiar de hipertensão arterial e doenças prévias. Ao exame físico na UBS, tinha PA de 200 x 100 mmHg e estava assintomático, sem outras alterações. Assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta de tratamento para o paciente.

- A. Encaminhar ao pronto-socorro para uso de nitroprussiato de sódio.
- B. Iniciar medidas de orientação dietética e atividade física e retomar avaliação em um mês.
- C. Iniciar medidas de orientação dietética e uso de losartan 50 mg (duas vezes ao dia), reavaliando-o em quatro semanas.
- D. Iniciar medidas de orientação dietética e uso de losartan 50 mg (duas vezes ao dia) e hidroclorotiazida 25 mg (uma vez ao dia), reavaliando-o em quatro semanas. ✓**
- E. Iniciar medidas de orientação dietética e uso de benzodiazepínico, reavaliando-o em quinze dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

PA 200x100 assintomático, sem lesão aguda de órgão-alvo: é urgência/hipertensão estágio 3, não emergência — nada de nitroprussiato (A) nem de correção rápida. Diretriz brasileira manda iniciar terapia combinada dupla já no estágio 3, junto com medidas não farmacológicas, e reavaliar em 4 semanas. So dieta (B) e insuficiente nesse patamar, monoterapia (C) dificilmente controla e benzodiazepínico (E) não trata hipertensão. Resposta D.

QUESTÃO 3 — ANULADA

Um paciente de 28 anos de idade, branco, com IMC de 24 kg/m², sem antecedentes prévios, procurou atendimento em UBS, pois, em um exame admissional, fora constatada uma PA de 170 x 100 mmHg. Negou história familiar de hipertensão arterial e doenças prévias. Ao exame físico na UBS, tinha PA de 200 x 100 mmHg e estava assintomático, sem outras alterações. Assinale a alternativa que apresenta a abordagem inicial correta para o paciente.

- A. Nenhum exame deverá ser solicitado por tratar-se de paciente jovem. Somente o controle da PA deverá ser feito.
- B. Somente exames cardiológicos (ECG, radiografia de tórax e ecocardiograma) deverão ser solicitados.
- C. Deverão ser solicitados os exames cardiológicos, de glicemia de jejum, de colesterol total e frações e de triglicerídeos.
- D. Deverão ser solicitados Doppler de artéria renal; atividade de renina e aldosterona.
- E. Os exames de urina I, uréia, creatinina, potássio, glicemia de jejum, colesterol, HDL, triglicerídeos e ácido deverão ser solicitados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O tema cobrado era a avaliação inicial do hipertenso: exames de rotina para todo paciente (urina tipo 1, creatinina, potássio, glicemia de jejum, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido urico e ECG), mais a suspeita de hipertensão secundária num jovem de 28 anos com PA em estágio 3 sem história familiar. Sem gabarito oficial, não há letra correta a afirmar.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Uma paciente gestante com vinte semanas apresentou exame anti-Ro positivo (repetido e confirmado). Com base nessa situação hipotética, é correto afirmar que a conduta mais adequada será

- A. Realizar a anticoagulação plena.
- B. Realizar ecocardiograma fetal se a gestante apresentar evidência de atividade de doença reumatológica.
- C. Realizar ecocardiograma fetal imediatamente. ✓**
- D. Acompanhar clinicamente a gestação, pois o risco de bloqueio cardíaco congênito está relacionado ao anticorpo antinucleossomo.
- E. Administrar dexametasona imediatamente, pelo risco de bloqueio cardíaco congênito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anti-Ro/SSA positivo atravessa a placenta e agride o sistema de condução fetal: o risco de bloqueio atrioventricular congênito existe mesmo com a doença materna inativa e mesmo em mães assintomáticas. Por isso o ecocardiograma fetal deve ser feito e repetido de forma seriada a partir do 2º trimestre — aqui, imediatamente, com 20 semanas. Não depende de atividade de doença (B), o anticorpo envolvido não é o antinucleossomo (D), corticoide fluorado só entra se o bloqueio for detectado (E) e anticoagulação é assunto de SAF (A). Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

A osteoporose é um distúrbio esquelético cuja principal característica é o comprometimento da resistência óssea e que constitui, atualmente, um grande problema de saúde pública. Quanto à osteoporose, assinale a alternativa correta.

- A. A principal causa da osteoporose secundária é o uso de glicocorticoide, acometendo quase 30% dos indivíduos tratados com corticoide por mais de seis meses. ✓**
- B. São fatores de risco associados à menor massa óssea: o sexo masculino; a obesidade; e o sedentarismo.
- C. Em mulheres pós-menopausa, a perda óssea acontece, principalmente, após os cinco primeiros anos.

- D. A fratura típica da osteoporose ocorre por fragilidade e caracteriza-se por acontecer em qualquer sítio ósseo, após trauma considerado como de baixo impacto em indivíduos com menos de cinquenta anos de idade.
- E. Pela definição da Organização Mundial da Saúde, o diagnóstico densitométrico de osteoporose acontece quando a DMO é igual a ou menor do que -2 desvio-padrão, em relação à média observada na população jovem (T-score).

COMENTÁRIO OSCELABS

O glicocorticoide é a principal causa de osteoporose secundária — a perda ossea é rápida nos primeiros meses e acomete boa parte dos tratados por mais de seis meses. Os demais itens invertem conceitos: risco maior é no sexo feminino e no baixo peso, não na obesidade (B); a perda pós-menopausa é máxima nos primeiros cinco anos (C); fratura por fragilidade define-se acima dos 50 anos e não em qualquer sítio, poupando crânio e mãos/pés (D); e o critério da OMS é T-score menor ou igual a -2,5 DP, não -2,0 (E). Resposta A.

QUESTÃO 6 — ANULADA

No que se refere aos exames laboratoriais nas doenças reumatológicas, assinale a alternativa correta.

- A. A ausência de um fator antinúcleo (FAN) exclui o diagnóstico de Lúpus eritematoso sistêmico (LES).
- B. O achado de um FAN com padrão homogêneo pode estar relacionado a alguns autoantígenos, como, por exemplo, o anti-DNA, o anti-histona e o anti-Ro.
- C. O padrão pontilhado fino denso geralmente é encontrado em indivíduos saudáveis, sem evidência de doença reumatológica, mesmo em altos títulos.
- D. O anti-DNA (dupla hélice) é um anticorpo com baixa especificidade para LES, embora tenha correlação com a glomerulonefrite proliferativa e com a atividade da doença.
- E. O FAN com padrão pontilhado fino está associado a alguns antígenos, como, por exemplo, o anti-Sm e o anti-U1-RNP, ambos relacionados, com frequência, à síndrome de Sjögren.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O conteúdo era a interpretação dos autoanticorpos em reumatologia: valor do FAN e de seus padrões (homogêneo ligado a anti-DNA nativo e anti-histona, pontilhado fino denso tipicamente sem doença, pontilhado grosso ligado a anti-Sm e anti-U1-RNP), além da alta especificidade do anti-DNA dupla hélice para lúpus e sua correlação com nefrite. Sem gabarito oficial, não se afirma alternativa correta.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Em relação aos casos de hematúria a esclarecer, assinale a alternativa correta.

- A. A ausência de hemácias dismórficas exclui o diagnóstico de hematúria glomerular.
- B. A presença de proteinúria a partir de 500 mg/dia é forte indício de hematúria glomerular. ✓**
- C. O dismorfismo eritrocitário é muito sensível, porém pouco específico de hematúria glomerular.
- D. A hematúria com leucocitúria só ocorre em infecções urinárias.
- E. A litíase renal é uma das causas mais frequentes de hematúria glomerular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Proteinúria significativa acompanhando a hematuria (a partir de ~500 mg/dia) aponta fortemente para origem glomerular, porque só a lesão do glomerulo deixa passar hemácias e proteína juntas. Os distratores invertem a estatística: a ausência de dismorfismo NÃO exclui glomerulopatia (A) e o dismorfismo eritrocitário, sobretudo com acantócitos, é pouco sensível mas bastante específico — o oposto do que diz C. Leucocitúria também ocorre em nefrite intersticial e glomerulonefrites (D), e litíase é causa clássica de hematuria NÃO glomerular (E). Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Um paciente com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica não dependente de oxigênio, sem queixas respiratórias nas últimas semanas, foi à consulta de rotina para a análise de exames. É diabético não insulino dependente e hipertenso. A gasometria arterial colhida em ar ambiente mostrava: pH 7,29; pCO 60 mmHg; pOI 50 mmHg; Bic 38 mEq/L; BE -7,5; e sat de OI de 84%. Os demais exames eram ureia; 58 mg/Dl, creatinina; 1,4 mg/Dl, Na: 135 mEq/L, K: 3,5 mEq/L e Cl: 92 mEq/L. Com base nesse caso hipotético assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico da gasometria e à indicação do uso de oxigênio domiciliar para o paciente.

- A. O diagnóstico é de acidose metabólica com ânion gap normal + alcalose respiratória e o paciente é candidato ao uso de oxigênio domiciliar.
- B. O diagnóstico é de acidose respiratória crônica compensada e o paciente não é candidato ao uso de oxigênio domiciliar.
- C. O diagnóstico é de alcalose respiratória aguda + acidose metabólica com ânion gap elevado e o paciente não é candidato ao uso de oxigênio domiciliar.
- D. O diagnóstico é de acidose respiratória crônica + alcalose metabólica e o paciente é candidato ao uso de oxigênio domiciliar. ✓**
- E. O diagnóstico é de alcalose metabólica compensada e o paciente não é candidato ao uso de oxigênio domiciliar.

COMENTÁRIO OSCELABS

pH 7,29 com pCO₂ 60 define acidose respiratória; o bicarbonato de 38 está acima do esperado para a compensação crônica (que ficaria em torno de 34) e vem com cloro baixo (92), denunciando alcalose metabólica associada — típico do DPOC em uso de diurético. E a PaO₂ de 50 mmHg em ar ambiente, abaixo de 55, já preenche critério de oxigenoterapia domiciliar prolongada. Não há ânion gap elevado nem alcalose respiratória para sustentar A, C ou E, e B erra ao negar o oxigênio. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta os achados diagnósticos na tomografia de tórax mais frequentes na Covid-19.

- A. Escavação e opacidade lineares.
- B. Nódulos discretos e pavimentação em mosaico.
- C. Linfadenopatia e escavação.
- D. Opacidades em vidro fosco e distribuição bilateral. ✓**
- E. Derrame pleural e consolidação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão tomográfico clássico da Covid-19 é a opacidade em vidro fosco, multifocal, bilateral, com predomínio periférico e nos lobos inferiores, podendo evoluir com pavimentação em mosaico e consolidação. Escavação, linfadenopatia e derrame pleural são achados ATÍPICOS — quando presentes, obrigam a pensar em coinfeção bacteriana, tuberculose ou outro diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Uma paciente de vinte anos de idade obteve os seguintes resultados de exames: anti-HBsAg reagente; HBsAg não reagente; e HBeAg não reagente. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta dos resultados.

- A. A paciente foi imunizada para hepatite B. ✓**
- B. A paciente tem hepatite B na fase crônica.

- C. A paciente tem hepatite B e está na fase aguda.
- D. A paciente tem hepatite C.
- E. A paciente tem hepatite A.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anti-HBs reagente com HBsAg e HBeAg negativos e o perfil da imunidade vacinal: ha anticorpo protetor sem nenhum marcador de virus circulante. O que separa vacina de infeccao curada e o anti-HBc total, negativo no vacinado. Hepatite B aguda teria HBsAg reagente com IgM anti-HBc (C) e a cronica manteria HBsAg por mais de seis meses (B); nenhum desses marcadores diz respeito a hepatite A ou C (D e E). Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Um paciente de dezoito anos de idade obteve os seguintes resultados de exames: anti- HBsAg não reagente; HBsAg não reagente; e HBeAg não reagente. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta dos resultados.

- A. A paciente tem hepatite B e está na fase aguda.
- B. A paciente não teve contato com hepatite B. ✓**
- C. A paciente tem hepatite B na fase crônica.
- D. A paciente foi imunizada para hepatite B.
- E. A paciente teve contato com hepatite B.

COMENTÁRIO OSCELABS

Painel inteiramente nao reagente — sem HBsAg, sem anti-HBs — significa individuo suscetivel: nunca teve contato com o virus e tambem nao respondeu a vacina (ou nunca a recebeu). A conduta pratica e vacinar e checar soroconversao. Imunizacao exigiria anti-HBs reagente (D); contato previo deixaria anti-HBc positivo (E); e infeccao aguda ou cronica exigiria HBsAg reagente (A e C). Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Um paciente de dezoito anos de idade procurou o serviço médico, devido à lesão ulcerada na região peniana. Relatou relação sexual desprotegida e negou febre. Na microscopia de campo escuro, foram visualizadas bactérias espiraladas Com base nessa situação hipotética, é correto afirmar que o diagnóstico mais provável é o de

- A. Cancro duro. ✓**
- B. Cancro mole.
- C. Sífilis terciária
- D. Monilíase.
- E. Câncer de pele.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ulcera peniana unica, de fundo limpo e indolor, apos sexo desprotegido, com espiroquetas moveis a microscopia de campo escuro: e o cancro duro do Treponema pallidum, ou seja, sífilis primaria. O cancro mole (B), causado pelo Haemophilus ducreyi, e doloroso, multiplo, com fundo sujo e bordas solapadas. Sífilis terciaria (C) se manifesta anos depois com gomas e acometimento neurologico/cardiovascular, nao com cancro. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Um paciente de 83 anos de idade, que teve uma fratura de fêmur à esquerda, ao cair no banheiro de sua casa, foi operado pela equipe de ortopedia há dois meses. Durante a internação, observou-se uma insuficiência renal aguda, com necessidade de dez sessões de hemodiálise, e teve uma pneumonia nosocomial, associada a um quadro de delirium hipoativo, devido a essas intercorrências. Foi transferido aos cuidados da clínica médica. Nesse momento, estava tratando uma infecção urinária por *Klebsiella pneumoniae*, resistente a todos os antibióticos do antibiograma, e tinha sinais de disfunção de múltiplos órgãos, que levou a um quadro de insuficiência respiratória aguda, vindo a falecer horas após. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a conduta a ser adotada.

- A. Atestar o óbito, sendo a causa-base a insuficiência respiratória, pois foi o que causou o óbito do paciente.
- B. Atestar o óbito, sendo a causa-base a septicemia, pois esse era o diagnóstico do paciente no momento do óbito.
- C. Encaminhar o corpo sistema de verificação de óbito (SVO), pois o paciente apresentou insuficiência respiratória aguda e não houve tempo de se verificar a causa.

D. Encaminhar ao Instituto Médico Legal, pois se trata de um óbito por causa externa. ✓

- E. Avaliar a relação médico-paciente, explicar para a família que não há certeza acerca da causa-base do óbito e fornecer declaração de óbito se ela estiver de acordo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A causa básica do óbito é o evento que iniciou a cadeia — aqui, a queda com fratura de fêmur, ou seja, uma causa EXTERNA. Toda morte cuja causa básica é externa, ainda que ocorra meses depois e por complicações clínicas, e de notificação compulsória e o corpo vai ao IML, não ao SVO (que atende morte natural sem assistência ou de causa indeterminada). Insuficiência respiratória e sepse são causas consequenciais, e não cabe negociar a declaração com a família. Resposta D.

QUESTÃO 14 — ANULADA

Uma paciente de 81 anos de idade foi a uma consulta de rotina na unidade básica de saúde, sem queixas específicas. Como antecedente pessoal, tem o diagnóstico de diabetes (em uso de metformina 2 g/dia) e infecção urinária de repetição, com necessidade de antibioticoterapia por três vezes nos últimos seis meses. Para otimizar o atendimento, a própria paciente coletou alguns exames em laboratório próximo de sua residência e os levou para a consulta. Ao exame, estava em bom estado geral, com PA de 130 x 80 mmHg e FC de 83 bpm. O exame direcionado para a parte cardiovascular mostrava pulmão e abdômen sem alterações significativas. Os exames laboratoriais não apresentaram alterações, exceto por um exame de urina tipo 1, com importante leucocitúria, e uma urocultura com *E. coli* (10.000 UFC) sensível e com bom perfil de sensibilidade para ciprofloxacino e nitrofurantoína. Com base nessa situação hipotética, é correto afirmar que se trata de

- A. Uma infecção urinária, que deve ser tratada com nitrofurantoína, mas sem ciprofloxacino, devido a paciente ser idosa.
- B. Um quadro de bacteriúria assintomática. No entanto, por ser uma paciente idosa (> oitenta anos de idade), deve se estabelecer um tratamento, pois o risco de infecção para essa população é muito elevado, com grande possibilidade de haver complicações.
- C. Um quadro de bacteriúria assintomática. No entanto, por ser uma paciente diabética, deve obter tratamento, preferencialmente, com nitrofurantoína, evitando-se o uso de ciprofloxacino.
- D. Um quadro de bacteriúria assintomática, não sendo indicada a prescrição de antibiótico no momento. Devido à história de infecção urinária de repetição, é recomendável a coleta periódica de urocultura para, quando a paciente evoluir com quadros de infecção, ser possível iniciar antibioticoterapia guiada pelos antibiogramas, o que possibilita maior grau de assertividade e evita que a infecção evolua para pielonefrite.
- E. Um quadro de bacteriúria assintomática, não sendo indicada a prescrição de antibiótico no momento. Deve-se orientar a paciente a não coletar esses exames, a não ser que haja algum sinal ou sintoma que

possa caracterizar uma infecção.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O tema era bacteriúria assintomática: urocultura positiva em paciente sem sintomas urinários não se trata, nem em idosos, nem em diabéticos — as únicas exceções consagradas são a gestante e o pré-operatório de procedimento urológico invasivo. Discutia-se ainda a inadequação de colher exames de rastreio sem indicação clínica. Sem gabarito oficial, não há letra correta a afirmar.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Acerca das doenças da tireoide, assinale a alternativa correta.

- A. Na doença de Graves, habitualmente se observa uma evolução imediata para hipotireoidismo.
- B. A manifestação cardiovascular mais comum na doença de Graves em jovens é a fibrilação atrial.
- C. A deficiência de iodo e a tireoidite autoimune estão entre as principais causas de hipotireoidismo. ✓**
- D. Nos casos de tireoidite autoimune, a cintilografia de tireoide frequentemente evidencia nódulo hiperfuncionante.
- E. A tireoidectomia precoce é frequentemente indicada nos casos de tireoidite subaguda, em virtude do difícil controle medicamentoso dos sintomas de hipertireoidismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A deficiência de iodo continua sendo a maior causa mundial de hipotireoidismo, e onde há iodação adequada o posto é ocupado pela tireoidite autoimune de Hashimoto. Os erros: Graves evolui para hipotireoidismo após tratamento ablativo, não de imediato (A); no jovem tireotóxico predomina taquicardia sinusal, sendo a fibrilação atrial evento do idoso (B); na tireoidite autoimune a cintilografia mostra captação reduzida e heterogênea, nunca nódulo hiperfuncionante (D); e a tireoidite subaguda e autolimitada, tratada com AINE ou corticoide e betabloqueador, jamais com tireoidectomia (E). Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Um paciente de 64 anos de idade, obeso, hipertenso, diabético, ex-tabagista (de cinco maços/ano) e com fibrilação atrial crônica, faz uso de enalapril 10 mg (duas vezes ao dia), atenolol 50 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, metformina 2 g/dia e warfarina 5 mg/dia. Foi encaminhado para consulta ambulatorial, devido a queixa de dispnéia progressiva, nos últimos meses, aos médios e pequenos esforços. Ao exame clínico, bulhas arrítmicas hipofonéticas em 2T, sem sopros, FC de 77 bpm, PA de 130 x 70 mmHg, sat. de O₂ de 94% em ar ambiente e ausculta prejudicada devido a seu porte físico, mas com impressão inicial de MV+, bilateralmente, sem ruídos adventícios. Já realizou diversos exames para a investigação desse quadro, entre eles, ECG: ritmo de fibrilação atrial e sinais de hipertrofia ventricular esquerda; ECO: aumento de átrio esquerdo, hipertrofia de ventrículo esquerdo, FE 64% e PSAP 42; espirometria: distúrbio ventilatório restritivo leve, teste ergométrico: negativo para isquemia - submáximo; e laboratoriais: hemograma, função renal, eletrólitos e BNP dentro da normalidade. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada

- A. Aumentar a dose de atenolol para 100 mg.
- B. Substituir o atenolol por amiodarona.
- C. Prescrever nitrato.
- D. Iniciar furosemida. ✓**
- E. Iniciar formoterol + budesonida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia progressiva com fracão de ejeção preservada (64%), hipertrofia ventricular esquerda, átrio esquerdo aumentado e PSAP 42 em hipertenso, diabético, obeso e com fibrilação atrial: e insuficiência cardíaca com FE preservada. O sintoma vem da congestão, e o que alivia congestão é diurético de alça. Atenolol em dose maior não melhora dispneia com FC já em 77 (A); amiodarona não está indicada só para trocar o betabloqueador (B); nitrato sem isquemia documentada não ajuda (C); e a espirometria mostra padrão restritivo, não obstrutivo, o que afasta broncodilatador (E). Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Um paciente de 82 anos de idade, obstipado crônico, com quadro de dor abdominal difusa, associada com náuseas e diminuição de eliminação de gases e fezes nos últimos dois dias, nega cirurgias anteriores ou emagrecimento. Ao exame físico, com distensão difusa moderada, sem sinais de peritonite. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A hérnia interna pode ser descartada, pois não realizou cirurgia prévia.
- B. O volvo de sigmoide parece ser o diagnóstico mais provável.
- C. A ultrassonografia abdominal seria o primeiro exame para a avaliação diagnóstica.
- D. A neoplasia de cólon é pouco provável, pois o há emagrecimento significativo.
- E. Embora se possa iniciar a avaliação com uma radiografia simples, a tomografia será realizada. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso obstipado, com parada de eliminação de gases e fezes, distensão e sem cirurgia prévia: obstrução intestinal a esclarecer, e a causa mais temida nessa faixa e a neoplasia de cólon — que não se afasta pela ausência de emagrecimento (D). A radiografia simples abre a investigação, mas a tomografia é quem define nível, causa e sinais de sofrimento de alça, sendo indispensável. Hérnia interna pode ocorrer sem cirurgia prévia (A), o volvo de sigmoide e apenas uma hipótese entre outras (B) e o ultrassom é ruim diante de alças distendidas e cheias de gás (C). Resposta E.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Quanto à suspeita de obstrução por bridas e aderência, assinale a alternativa correta.

- A. O tratamento cirúrgico depende mais do tempo de história dos sintomas que de outros fatores clínicos e de exame físico.
- B. A tomografia pode facilitar a indicação cirúrgica precoce. ✓**
- C. O uso de antibioticoterapia é obrigatório.
- D. O tratamento clínico à base de morfina tem a resolução mais adequada.
- E. A videolaparoscopia é considerada como padrão-ouro para o tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na obstrução por bridas a tomografia não serve só para confirmar o diagnóstico: ela mostra sinais de estrangulamento — ponto de transição único, alça fechada, pneumatose, redução do realce parietal e líquido livre — que antecipam a indicação cirúrgica antes da necrose. O tempo de sintomas isolado não decide a conduta (A), antibiótico não é obrigatório no tratamento conservador (C), opioide mascara o exame sem tratar (D) e a videolaparoscopia é uma via possível, não padrão-ouro (E). Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Assinale a alternativa que apresenta a situação em que o início do suporte nutricional precoce está mais bem indicado.

- A. Terceiro pós-operatório de lise de bridas em paciente eutrófico.
- B. Paciente em uso de droga vasoativa, em dose elevada.
- C. Paciente com pancreatite aguda grave. ✓**
- D. Paciente em quinto pós-operatório de colectomia direita, com boa evolução.
- E. Primeiro pós-operatório de colectomia total, com ileostomia, em paciente de baixo risco nutricional ainda em íleo parálítico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pancreatite aguda grave é a indicação clássica de nutrição enteral precoce (nas primeiras 24 a 48 horas): mantém o trofismo da mucosa, reduz translocação bacteriana e infecção de necrose. Paciente em vasopressor em dose elevada tem risco de isquemia mesentérica e a dieta enteral é adiada (B). Pós-operatórios de pacientes eutróficos ou de baixo risco nutricional, com boa evolução ou ainda em íleo, não demandam suporte precoce (A, D, E). Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Assinale a alternativa que apresenta a situação em que a indicação de angiotomografia é inapropriada.

- A. Suspeita de fístula aortoduodenal.
- B. Sangramento digestivo alto após a endoscopia normal.
- C. Sangramento digestivo baixo contínuo de pequena quantidade antes da colonoscopia. ✓**
- D. Sangramento digestivo (com sinais de sangramento ativo) e hipotensão controlada com cristalóide antes da colonoscopia.
- E. Sangramento de origem indeterminada.

COMENTÁRIO OSCELABS

A angiotomografia só detecta sangramento com fluxo ativo em torno de 0,3 a 0,5 ml/min. Num sangramento digestivo baixo contínuo, porém de PEQUENA quantidade e com paciente estável, o exame tende a ser negativo e apenas atrasa o caminho correto, que é o preparo e a colonoscopia. Já fístula aortoduodenal, sangramento alto com endoscopia normal, hemorragia ativa com repercussão hemodinâmica e sangramento obscuro são indicações legítimas do método. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito E

A respeito da dor abdominal aguda, assinale a alternativa correta.

- A. A principal causa de abdômen agudo inflamatório não depende da faixa etária.
- B. Na suspeita de abdômen agudo, a ultrassonografia de abdômen deverá ser o exame inicial para o rastreamento.
- C. Em casos de abdômen agudo hemorrágico, a tomografia e a radiografia são prioridades.
- D. Em havendo dor em fossa ilíaca esquerda, a ultrassonografia deverá ser realizado o primeiro exame realizado.
- E. A radiografia simples de abdômen continua sendo o exame inicial na suspeita de abdômen agudo obstrutivo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A radiografia simples de abdome, em ortostase e decubito, segue como exame inicial na suspeita de abdome agudo obstrutivo: mostra distensão de alças, níveis hidroaéreos e ajuda a diferenciar delgado de colon. Os distratores erram porque a etiologia do abdome agudo inflamatório muda com a idade (apendicite no jovem, diverticulite e colecistite no idoso), o ultrassom não é rastreio universal de abdome agudo e, no quadro hemorrágico, a prioridade é a estabilização com FAST ou cirurgia, não aguardar radiografia. Resposta E.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Na escolha do tipo de antibioticoterapia empírica frente à infecção intra-abdominal, o fator que tem menor relevância é o(a)

- A. Presença de secreção purulenta na cavidade. ✓**
- B. Sítio primário da infecção.
- C. Gravidade sistêmica da infecção.
- D. Infecção adquirida, comunitária ou hospitalar.
- E. Uso recente de antibioticoterapia para outro sítio de infecção.

COMENTÁRIO OSCELABS

O esquema empírico na infecção intra-abdominal se define por quatro eixos: sítio primário (biliar, colônico, gástrico), gravidade sistêmica, origem comunitária ou hospitalar e exposição recente a antibiótico — são esses fatores que estimam a chance de germe resistente e a necessidade de cobrir enterococo, *Pseudomonas* ou ESBL. O simples achado de secreção purulenta na cavidade é esperado em praticamente qualquer infecção intra-abdominal e nada acrescenta na escolha do espectro. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito E

Um paciente no quinto pós-operatório de apendicite aguda fase V, que foi tratado por videolaparoscopia e vinha com evolução adequada, apresenta agora desconforto abdominal, náuseas e febre de 38,2 °C. Realizou exames de sangue, que mostraram elevação dos e da proteína C-reativa. Ao exame clínico, o paciente se encontra com frequência cardíaca de 98 bpm, sem instabilidade hemodinâmica, e com discreta dor abdominal. Relata retirada do apêndice (secção do apêndice na base do ceco com bom aspecto), limpeza exhaustiva da cavidade e fechamento dos portais sem drenagem. Ele recebeu ceftriaxona metronidazol no período. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa correta.

- A. A falta do dreno foi por causa da evolução.
- B. Trocar o antibiótico e aguardar a evolução de 24h seria o mais apropriado.
- C. Deve-se realizar uma hemocultura e trocar o antibiótico por mais 48h.
- D. Deve-se manter esquema de antibiótico por pelo menos, sete dias e acompanhar rigorosamente com exames clínicos.
- E. Deve-se realizar o método de imagem. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Quinto pós-operatório de apendicite complicada que vinha bem e volta com febre, dor, leucocitose e PCR em ascensão: a hipótese número um é coleção ou abscesso intracavitário residual — complicação clássica das fases avançadas, mesmo com cavidade lavada. O passo seguinte é a IMAGEM (tomografia de abdome), que confirma o diagnóstico e ainda guia a drenagem percutânea. Trocar antibiótico às cegas, prolongar esquema ou apenas observar (B, C, D) posterga o tratamento definitivo. Resposta E.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Um paciente de 78 anos de idade queixa-se de dor abdominal aguda em epigástrio e flanco direito há vinte dias. Já procurou dois serviços anteriormente, sendo que, no primeiro, ficou internado por cinco dias e recebeu o diagnóstico de colecistite aguda e, no segundo, foi observado um problema no pâncreas (SIC). Não tem consigo nenhum documento oficial. Chegou ao pronto-socorro com dor em epigástrio (4/10), desidratado, descorado, anictérico e afebril. Apresentava massa palpável em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais revelaram: hemoglobina de 11 mg/dl; leucócitos de 14.000, glicemia de 108, amilase de 92; e lipase de 72. Realizou, também, a tomografia abdominal com contraste mostrada no corte abaixo. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta:

- A. A endoscopia com biópsia é a melhor orientação.
- B. O tratamento deverá ser cirúrgico.
- C. O tratamento deverá ser conservador, sem antibiótico e com suporte nutricional. ✓**
- D. O tratamento deverá ser agressivo, com antibiótico e nutrição parenteral.
- E. A biópsia percutânea deverá ser realizada antes da decisão terapêutica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica há vinte dias, após episódio rotulado como problema pancreático, com massa palpável em epigástrio, amilase e lipase já normalizadas e sem febre, icterícia ou peritonite: o quadro é de colecistite pancreática em organização (pseudocisto), que na ausência de infecção ou obstrução se conduz de forma conservadora, com suporte nutricional e sem antibiótico. Drenagem só entra se houver infecção ou sintomas persistentes após maturação. Cirurgia, nutrição parenteral e biópsia não são a primeira escolha. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Segundo as orientações do guideline de Tokyo de 2018 para colecistite aguda, a principal meta no tratamento da colecistite Tokyo de grau 3 é o(a)

- A. Remoção do foco infeccioso, independentemente do tratamento da litíase. ✓**
- B. Ato cirúrgico com ressecção total da vesícula, independentemente da dificuldade.
- C. Antibioticoterapia exclusiva em pacientes de alto risco cirúrgico.
- D. Antibioticoterapia de amplo espectro por 24 h, com cirurgia no caso de piora das disfunções.
- E. Realização do procedimento por videolaparoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite aguda Tokyo grau III e aquela com disfunção orgânica: a prioridade é o CONTROLE DO FOCO infeccioso, associado a suporte intensivo e antibiótico. Isso pode significar colecistostomia percutânea no paciente que não tolera cirurgia, resolvendo a infecção mesmo sem tratar a litíase naquele momento — a colecistectomia fica para um segundo tempo. Insistir em ressecar a vesícula a qualquer custo (B), usar só antibiótico (C) ou impor a via laparoscópica (E) contraria a lógica do guideline. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Atualmente, a indicação cirúrgica eletiva em pacientes com diverticulite aguda não complicada baseia-se

- A. Na idade.
- B. No sexo.
- C. Na facilidade do procedimento por vídeo.
- D. Nos sintomas de dor persistentes, mesmo entre os episódios de crises. ✓**
- E. Nos surtos ocasionais de crise aguda e no tratamento ambulatorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

A indicação de sigmoidectomia eletiva na diverticulite não complicada deixou de ser contagem de crises: hoje é individualizada, pesando sintomas persistentes entre os episódios, impacto na qualidade de vida, imunossupressão e impossibilidade de excluir neoplasia. Idade, sexo e facilidade técnica da via laparoscópica não são critérios (A, B, C), e surtos ocasionais bem controlados ambulatorialmente justamente NÃO indicam operar (E). Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito E

Um paciente de 56 anos de idade sofreu trauma por guindaste na região lateral direita do tórax. Foi levado pelos colegas de trabalho ao pronto-socorro e deu entrada no setor de emergência com área de crepitação em costelas (8ª, 9ª e 10ª) do lado direito, que se movimentava irregularmente durante a respiração (paradoxal). Murmúrio vesicular presente e simétrico, crepitações à palpação de costelas (8ª, 9ª e 10ª) do lado direito, sem ferimentos locais. Frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 28 ipm e pressão arterial de 140 x 90 mmHg. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, a lesão mais provável e a abordagem inicial.

- A. Pneumotórax hipertensivo e toracocentese com agulha.
- B. Hemotórax maciço e drenagem torácica imediata.
- C. Tamponamento cardíaco e pericardiocentese.
- D. Pneumotórax aberto e realização de curativo de três pontas.

E. Tórax instável e promover oxigenação adequada, podendo ser utilizado desde o oxigênio por máscara até a intubação, se houver hipóxia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Segmento costal com crepitação e movimento PARADOXAL define tórax instável (flail chest). Como o murmúrio está presente e simétrico e não há hipotensão, afastam-se pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço e tamponamento. O que mata nesse paciente é a contusão pulmonar subjacente: a abordagem inicial é garantir oxigenação e analgesia, escalonando de máscara até intubação com ventilação se houver hipoxemia. Curativo de três pontas serve ao pneumotórax aberto, que exige ferimento soprante — ausente aqui. Resposta E.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Assinale a alternativa correta.

- A. A colecistite acalculosa aguda corresponde a de 1% a 2% de todos os pacientes com colecistite aguda, tem um curso mais ameno que a colecistite calculosa aguda e menos comumente evolui para gangrena, empiema ou perfuração.
- B. A colecistite acalculosa aguda corresponde a de 5% a 10% de todos os pacientes com colecistite aguda, tem um curso mais fulminante que a colecistite calculosa aguda e mais comumente evolui para gangrena, empiema ou perfuração. ✓**
- C. A colecistite acalculosa aguda corresponde a 20% de todos os pacientes com colecistite aguda, tem um curso mais ameno que a colecistite calculosa aguda e mais comumente evolui para gangrena, empiema ou perfuração.
- D. A colecistite acalculosa aguda corresponde a 25% de todos os pacientes com colecistite aguda, tem um curso mais ameno que a colecistite calculosa aguda e menos comumente evolui para gangrena, empiema ou perfuração.
- E. A colecistite acalculosa aguda corresponde a 30% de todos os pacientes com colecistite aguda, tem um curso mais fulminante que a colecistite calculosa aguda e mais comumente evolui para gangrena, empiema ou perfuração.

COMENTÁRIO OSCELABS

A colecistite alitiásica responde por cerca de 5 a 10% dos casos de colecistite aguda e é doença do paciente crítico — UTI, jejum prolongado, nutrição parenteral, grande queimado, pós-operatório de grande porte. Justamente por surgir em quem já está grave e por depender de isquemia e estase biliar, tem curso FULMINANTE, com alta taxa de gangrena, empiema, perfuração e mortalidade. As demais alternativas erram a frequência ou suavizam o prognóstico. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Os princípios de pré-operatório e avaliação do paciente cirúrgico são essenciais para o sucesso do ato cirúrgico. Sendo assim, assinale a alternativa correta.

- A. A tricotomia deverá ser feita no quarto, antes de o paciente ser levado ao centro cirúrgico.
- B. O paciente deverá ter, no mínimo, 8h de jejum, inclusive para água (não devendo, assim, tomar os medicamentos de uso contínuo, como, por exemplo, os anti-hipertensivos).
- C. O uso de estrogênio tem sido associado a um aumento do risco de tromboembolismo e, provavelmente, deverá ser interrompido por um período de quatro semanas anteriormente à operação. ✓**
- D. Não é necessário suspender nenhum dos seguintes medicamentos herbáceos: alho, ginseng, ginkgo biloba e valeriana.
- E. A preparação mecânica do intestino com antibióticos orais traz benefícios e diminui o risco de infecção pós-operatória.

COMENTÁRIO OSCELABS

A terapia estrogênica (contraceptivo oral ou reposição hormonal) aumenta o risco de tromboembolismo venoso e deve ser suspensa cerca de quatro semanas antes de cirurgia eletiva de médio ou grande porte, com profilaxia adequada. Os demais itens são erros clássicos de pré-operatório: a tricotomia é feita imediatamente antes, no centro cirúrgico e com tricotomizador (A); os protocolos modernos liberam líquidos claros até 2 horas e mantêm anti-hipertensivos (B); e fitoterápicos como alho, ginkgo e ginseng aumentam sangramento e precisam ser suspensos (D). Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

No que se refere às complicações pós-operatórias das feridas cirúrgicas, assinale a alternativa correta.

- A. O seroma é uma coleção de gordura liquefeita, soro e líquido linfático que se forma sob a incisão. Nesses casos, deve-se usar antibioticoterapia.
- B. Os fatores de risco associados à deiscência de ferida são idade avançada, operação de emergência, desnutrição e erro técnico no fechamento da fáscia. ✓**
- C. O hematoma é uma coleção anormal de sangue, geralmente na camada subcutânea de uma incisão recente, que não tem relação com a ingestão de medicamentos como a ticlopidina e a varfarina.
- D. Em geral, a deiscência de ferida não se relaciona com os erros técnicos de suturas.
- E. A infecção de ferida operatória pode ser superficial, profunda ou com espaço orgânico e a principal fonte de bactérias é a contaminação exógena.

COMENTÁRIO OSCELABS

A deiscência de ferida resulta da soma de fatores do paciente (idade avançada, desnutrição, obesidade, diabetes, corticoide, cirurgia de emergência) com falha técnica no fechamento aponeurótico — daí a alternativa B reunir os fatores corretos. Seroma e coleção esteril, tratada com drenagem/compressão e não com antibiótico (A); hematoma tem relação direta com antiagregantes e anticoagulantes (C); erro técnico e causa central de deiscência (D); e a principal fonte de contaminação da ferida operatoria é a flora ENDOGENA do próprio paciente (E). Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Uma paciente de cinquenta anos de idade, obesa, deu entrada no pronto-socorro com dor abdominal em andar superior há quatro dias e vômitos incoercíveis. Apresentava abdome distendido e doloroso, sem descompressão brusca positiva. Exames laboratoriais mostravam amilase 1.250 U/L, leucócitos 15.000, proteína C-reativa 120 mg/dl, ureia 120 mg/dL e creatinina 1.8 mg/dL. Com base nesse caso hipotético, julgue os itens que se seguem. I - O primeiro exame de imagem que deverá ser realizado é a tomografia computadorizada. II - Jejum oral, hidratação venosa e analgesia são o tripé do tratamento. III - Deve-se introduzir antibioticoterapia para o tratamento da doença. IV - A passagem de sonda nasoenteral para nutrição é mandatória no tratamento. A quantidade de itens certos é igual a

A. 0.

B. 1. ✓

C. 2.

D. 3.

E. 4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite aguda: o ultrassom, e não a tomografia, é o primeiro exame — busca litíase e via biliar; a TC fica para 72 horas ou dúvida diagnóstica (item I errado). Jejum, hidratação venosa vigorosa e analgesia são de fato o tripe do tratamento (item II certo). Antibiótico profilático não está indicado na pancreatite, mesmo grave (item III errado), e a sonda nasoenteral não é mandatória — reintroduz-se dieta oral assim que tolerada (item IV errado). Apenas um item correto. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito E

Em geral, a incidência de sangramento gastrointestinal baixo aumenta com a idade, assim como sua etiologia passa a ser mais frequente. Com relação às hemorragias digestivas baixas, julgue os itens subsequentes. I - Na maioria das vezes (95%), o sangramento é colônico e, em uma minoria (5%), de delgado. II - A principal causa de sangramento colônico é a doença diverticular dos cólons (30-40%). III - Em geral, os sangramentos baixos são autolimitados e param de sangrar em quase 90% dos casos. IV - Entre outras causas de sangramento baixo, podem ser citados divertículo de Meckel, doença de Crohn, colite infecciosa, proctite por irradiação e angiodisplasia. A quantidade de itens certos é igual a:

A. 0.

B. 1.

C. 2.

D. 3.

E. 4. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Todos os quatro itens estão corretos. A hemorragia digestiva baixa e colônica em cerca de 95% dos casos, cabendo ao intestino delgado uma minoria; a doença diverticular é a principal causa isolada, respondendo por 30 a 40%; a maioria dos sangramentos cessa espontaneamente, em torno de 80 a 90%, o que permite preparo e colonoscopia eletiva; e divertículo de Meckel, doença de Crohn, colite infecciosa, proctite actínica e angiodisplasia integram a lista etiológica. Resposta E.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Acerca do diagnóstico de doença celíaca, assinale a alternativa correta.

- A. A biópsia de intestino delgado não é mais necessária para o diagnóstico.
- B. A presença do HLA DQ2 ou DQ8 confirma o diagnóstico.
- C. Anticorpo antitransglutaminase positivo, acima de dez vezes o limite de normalidade, e anticorpo antiendomísio também positivo, em outra coleta de sangue, são suficientes para o diagnóstico. ✓**
- D. Se houver forte suspeita clínica, o glúten deverá ser retirado da dieta imediatamente e anticorpo antitransglutaminase deverá ser solicitado.
- E. Pacientes assintomáticos sempre precisam de biópsia de intestino delgado para o diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antitransglutaminase IgA acima de dez vezes o limite superior somado a antiendomísio positivo em NOVA amostra permite firmar doença celíaca sem biópsia — e a via não invasiva consagrada, sobretudo em pediatria. A biópsia de delgado segue necessária na maioria dos adultos e nos títulos mais baixos (A). HLA DQ2/DQ8 tem alto valor preditivo NEGATIVO, servindo para excluir, e jamais confirma (B). E o erro mais perigoso é retirar o glúten antes da sorologia, o que nega os testes (D). Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Quanto à constipação intestinal funcional na infância, assinale a alternativa correta.

- A. É necessária uma radiografia do abdômen na primeira consulta, para se avaliar o grau de retenção de fezes.
- B. O diagnóstico baseia-se na história clínica e no exame físico. ✓**
- C. O enema opaco é necessário para se afastar o diagnóstico de megacólon congênito.
- D. Deve ser orientado o aumento da ingestão de água, além de um facilitador de evacuação, para melhor resposta ao tratamento.
- E. Quando há encoprese, deve ser orientado o acompanhamento psicológico concomitante.

COMENTÁRIO OSCELABS

A constipação funcional na infância e diagnóstico CLÍNICO, pelos critérios de Roma IV, firmado com história e exame físico (incluindo inspeção perianal e, se necessário, toque retal). Radiografia de abdome não é rotina para estimar retenção (A) e o enema opaco só entra diante de sinais de alarme para Hirschsprung, como retardo de eliminação de meconio (C). Aumento de água isolado não resolve impactação (D) e a encoprese retentiva costuma ceder com desimpactação e laxante, sem exigir psicoterapia concomitante (E). Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

A principal causa de parada cardiovascular em crianças é o(a)

- A. Cardiopatia congênita.
- B. Hipóxia. ✓**
- C. Arritmia.

- D. Infarto agudo do miocárdio.
- E. Pneumopatia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na criança, a parada cardiorrespiratória e quase sempre o desfecho final de uma insuficiência respiratória ou de choque — ou seja, HIPOXIA progressiva com bradicardia e assistolia — e não um evento elétrico primário como no adulto (arritmia por doença coronariana). Essa diferença fisiopatológica explica a ênfase pediátrica na ventilação, na relação 15:2 com dois socorristas e no reconhecimento precoce da deterioração respiratória. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

No atendimento de uma emergência pediátrica, deve(m) ser seguido(s) o(s) seguinte(s) passo(s):

- A. Instalar oxigênio e acesso venoso.
- B. Fazer a anamnese completa e, depois, iniciar o atendimento.
- C. Avaliar, identificar, intervir, e reavaliar. ✓**
- D. Intervir sempre sem avaliação inicial.
- E. Colher exames e, depois da obtenção dos resultados, tomar as decisões.

COMENTÁRIO OSCELABS

O PALS organiza o atendimento numa sequência circular: AVALIAR (triângulo de avaliação pediátrica e ABCDE), IDENTIFICAR o tipo e a gravidade do problema, INTERVIR conforme o achado e REAVALIAR o efeito. Anamnese completa antes de agir (B) ou espera de resultados de exames (E) atrasam intervenções que salvam vida; instalar oxigênio e acesso (A) e conduta, não método; e intervir sem avaliar (D) é o oposto do preconizado. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

A melhor opção de reposição volêmica na emergência pediátrica é o

- A. Soro glicosado 5% 20 ml/kg.
- B. Soro glicosado 50% 5 ml/kg.
- C. Soro fisiológico 20 ml/kg. ✓**
- D. Soro fisiológico 30 ml/kg.
- E. Ringer lactato 1 ml/kg.

COMENTÁRIO OSCELABS

A expansão volêmica pediátrica se faz com cristalóide ISOTÔNICO — soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato — em bolus de 20 ml/kg, repetível conforme a resposta. Soro glicosado não expande: a glicose é metabolizada e a água livre se redistribui, gerando hiponatremia e hiperglicemia (A e B). Trinta ml/kg é a dose do adulto séptico (D) e 1 ml/kg de Ringer é volume irrelevante (E). Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Uma criança de dois anos de idade foi levada ao posto de saúde com febre de 38 graus, constante há três dias. Os pais estavam extremamente ansiosos, pois, até o momento, não havia sido descoberta a causa da febre. A criança estava comendo e brincando normalmente, com ritmo urinário e intestinal sem alterações. Não apresentava vômitos nem diarreia. Negaram tosse ou outras queixas respiratórias. Ao exame físico, encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, ativa, eupneica e anictérica, com saturação de O₂ de 100%, FC de 90 rpm, FR de 19 ipm, 37,5 graus de temperatura e PA de 80 x 50 mmHg. AR: boa expansibilidade torácica, com som pulmonar claro à percussão e sem ruídos adventícios, ACV: sem alterações, SN: sem alterações e sem sinais meníngeos. Pele sem alterações e boa perfusão periférica (menor que dois segundos). Com base nesse caso hipotético, é correto afirmar que se trata de um quadro de

- A. Septicemia.
- B. Tuberculose.
- C. Febre maculosa.

D. Febre sem sinais localizatórios. ✓

- E. Febre amarela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança menor de três anos, febril há menos de sete dias, em bom estado geral e sem foco identificável após anamnese e exame físico completos: essa é exatamente a definição de febre sem sinais localizatórios. O exame descrito é normal, com boa perfusão, sem toxemia e sem sinais meníngeos, o que afasta septicemia (A); não há tosse crônica ou contato para tuberculose (B), nem exantema, epidemiologia ou icterícia que sustentem febre maculosa ou amarela (C e E). Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito E

Assinale a alternativa que apresenta a anomalia congênita mais comumente associada a pacientes com coarctação da aorta.

- A. Cleft mitral.
- B. Defeito do septo atrioventricular.
- C. Comunicação interatrial.
- D. Persistência de canal arterial.

E. Válvula aórtica bicúspide. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A valva aórtica bicúspide acompanha a coarctação da aorta na maioria das séries, chegando a 50-85% dos casos — por isso todo coarctado precisa de vigilância valvar e da aorta ascendente ao longo da vida. A persistência do canal arterial coexiste no neonato mas não é a associação estrutural clássica (D); defeito do septo atrioventricular associa-se à síndrome de Down (B) e o cleft mitral ao próprio DSAV (A). Resposta E.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Um menino de quatro anos de idade foi internado para tratamento de febre elevada, iniciada há seis dias. Estão presentes palidez e fadiga, associadas à conjuntivite, sem exsudato, eritema de boca e mãos, linfadenite cervical unilateral e língua em framboesa. Com base nessa situação hipotética, é correto afirmar que o tratamento visa a evitar

- A. Insuficiência renal.
- B. Endocardite bacteriana.

C. Aneurisma de artéria coronária. ✓

- D. Acidente vascular cerebral.
- E. Hepatite fulminante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre há seis dias com conjuntivite bulbar não exsudativa, eritema de lábios e língua em framboesa, alteração de extremidades e linfadenite cervical fecha doença de Kawasaki. A vasculite acomete artérias de médio calibre, e a complicação temida — e o alvo do tratamento — é o ANEURISMA DE ARTERIA CORONÁRIA, que ocorre em até 25% dos não tratados. Por isso a imunoglobulina endovenosa com AAS deve ser administrada preferencialmente até o 10º dia de febre. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

A respeito da ausculta cardíaca, assinale a alternativa correta.

- A. A segunda bulha está aumentada nas cardiopatias de hiperfluxo pulmonar. ✓**
- B. A ausência de sopro descarta a cardiopatia.
- C. A presença de sopro diastólico é inocente.
- D. O sopro característico da CIV é o sistodiastólico em maquinaria.
- E. O sopro inocente apresenta frêmito precordial palpável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas cardiopatias com hiperfluxo pulmonar (CIV, CIA, persistência do canal) a pressão na artéria pulmonar sobe e o componente pulmonar da segunda bulha fica hiperfonético — sinal de alerta para hipertensão pulmonar. Ausência de sopro não descarta cardiopatia grave, como a transposição de grandes vasos (B); sopro DIASTÓLICO e sempre patológico (C); o sopro contínuo em maquinaria e do canal arterial, sendo o da CIV holossistólico (D); e sopro inocente jamais tem fremito (E). Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Os principais achados de insuficiência cardíaca no lactente são:

- A. Taquicardia; hepatomegalia; e cardiomegalia. ✓**
- B. Taquicardia; hepatomegalia; e edema de membros inferiores.
- C. Cardiomegalia; estase jugular; e taquicardia.
- D. Hepatomegalia; estase jugular; e edema de membros inferiores.
- E. Edema facial; taquicardia; e hepatomegalia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A triade de insuficiência cardíaca no lactente é taquicardia, hepatomegalia e cardiomegalia, somada à taquipneia, sudorese durante as mamadas, cansaço para sugar e ganho ponderal insuficiente. Estase jugular e edema de membros inferiores são marcadores do adulto e não se aplicam ao lactente, que tem pescoço curto e fica em decúbito — por isso a congestão sistêmica se expressa no fígado. Isso elimina B, C, D e E. Resposta A.

QUESTÃO 43 — ANULADA

Assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta entre a alteração genética e a cardiopatia.

- A. Síndrome de Marfan - prolapso valvar mitral.
- B. Síndrome de Marfan - coarctação aórtica.
- C. Síndrome de Turner - defeito no septo atrioventricular.
- D. Síndrome de Turner - coarctação aórtica.

E. Síndrome de Down - defeito no septo atrioventricular.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O conteúdo cobrado era a associação entre síndromes genéticas e cardiopatias congênitas: síndrome de Turner com coarctação da aorta e valva aórtica bicuspidé, síndrome de Down com defeito do septo atrioventricular, e síndrome de Marfan com prolapso mitral e dilatação da raiz da aorta. Como mais de uma correspondência do enunciado é defensável, a questão caiu — não há letra correta a afirmar.

QUESTÃO 44 — Gabarito E

A infecção urinária resulta da interação entre a bactéria e o hospedeiro. Considerando essa informação, assinale a alternativa correta.

- A. O principal mecanismo bacteriano de virulência é a formação de biofilme.
- B. A fim de se evitar o dano renal, bacteriúria assintomática deverá ser tratada.
- C. Não se sabe se o aleitamento materno exclusivo protege o bebê de infecções. Por isso, sua indicação permanece controversa.
- D. Na maioria das infecções em lactentes, a contaminação dá-se por via hematogênica.

E. A estase urinária e a presença de resíduo vesical pós-miccional são os principais fatores de contaminação das vias urinárias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na infecção urinária da criança, o lado do HOSPEDEIRO pesa mais que o do germe: estase urinária e resíduo pós-miccional — por refluxo vesicoureteral, disfunção miccional ou constipação — são os grandes fatores que permitem a colonização ascendente. A virulência bacteriana principal é a adesão por fimbrias P, não o biofilme (A); bacteriúria assintomática não se trata (B); o aleitamento materno exclusivo comprovadamente protege (C); e a via hematogênica só predomina no período neonatal (D). Resposta E.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Na avaliação clínica da icterícia neonatal, quando o recém-nascido não está sob fototerapia, são usadas as zonas dérmicas de Kramer. Para a icterícia de zona II em recém-nascido a termo, a média de concentração de bilirrubina deverá estar em

- A. 5,9 mg/dL.
- B. 8,9 mg/dL. ✓**
- C. 11,8 mg/dL.
- D. 13,9 mg/dL.
- E. 15 mg/dL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas zonas dérmicas de Kramer a icterícia progride no sentido cefalocaudal, e cada zona corresponde a uma faixa média de bilirrubina: zona I (cabeça e pescoço) cerca de 6 mg/dL, zona II (até a cicatriz umbilical) cerca de 9 mg/dL, zona III (até os joelhos) cerca de 12, zona IV cerca de 15 e zona V (palmas e plantas) acima de 18. A estimativa e apenas triagem: valores altos ou dúvidas exigem bilirrubina sérica. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

A hipoglicemia neonatal é caracterizada pelos seguintes sinais e sintomas:

- A. Tremores e hipertonia.

B. Tremores e convulsões. ✓

- C. Choro forte e sucção débil.
- D. Taquipneia e hipertonia.
- E. Hipertermia e letargia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hipoglicemia neonatal se manifesta com tremores, irritabilidade, HIPOTONIA, letargia, sucção débil, apneia, cianose, hipotermia e, nos casos mais graves, convulsão — e por isso que tremores e convulsões formam a dupla coerente. As demais alternativas invertem os sinais: o tônus é reduzido e não aumentado (A e D), o choro típico é fraco ou agudo e não forte (C), e ocorre hipotermia e não hipertermia (E). Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Conforme a Organização Mundial da Saúde, o recém-nascido deverá ser classificado como pré-termo quando tiver idade gestacional menor que

- A. 34 semanas.
- B. 35 semanas.
- C. 36 semanas.
- D. 37 semanas. ✓**
- E. 38 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela OMS, pré-termo é todo recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas completas (menos de 259 dias); termo vai de 37 a 41 semanas e 6 dias e pós-termo começa em 42 semanas. As faixas de 34 e 36 semanas existem, mas como subclassificações internas do prematuro (tardio, moderado, muito prematuro e extremo), não como o ponto de corte da definição. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Uma criança com SIDA e pneumonia lobar à direita foi levada ao pronto-socorro com pequeno derrame pleural. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o agente etiológico mais provável.

- A. Streptococcus pneumoniae. ✓**
- B. Haemophilus influenzae.
- C. Pneumocystis carinii.
- D. Staphylococcus aureus.
- E. Mycoplasma pneumoniae.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mesmo na criança com HIV, o agente mais frequente de pneumonia bacteriana continua sendo o Streptococcus pneumoniae — e a apresentação lobar com derrame parapneumônico é justamente o padrão pneumocócico. A imunossupressão aumenta a incidência e a gravidade, mas não troca o agente mais provável. Pneumocystis jirovecii (antigo carinii) produz quadro intersticial difuso, com hipoxemia desproporcional e sem derrame nem consolidação lobar (C). Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Assinale a alternativa que apresenta as situações clínicas que podem ser consideradas como fator de risco para o desenvolvimento do prolapso genital feminino.

- A. Hipertensão arterial crônica, multiparidade e tabagismo.
- B. Constipação intestinal crônica, multiparidade e doença pulmonar obstrutiva crônica. ✓**
- C. Diabetes, doenças do colágeno e esclerose lateral amiotrófica.
- D. Obesidade, hipertensão arterial recém-nascidos com mais de 4 kg.
- E. Lúpus eritematoso, multiparidade e diabetes.

COMENTÁRIO OSCELABS

O prolapso genital nasce da soma entre lesão do assoalho pélvico e aumento crônico da pressão intra-abdominal: multiparidade e parto vaginal (sobretudo com feto macrosômico ou instrumentado) danificam o suporte, enquanto constipação crônica e DPOC com tosse persistente empurram continuamente as vísceras. Hipertensão, diabetes e lúpus, presentes nos demais itens, não integram a lista de fatores de risco reconhecidos. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Em relação à vaginose bacteriana, assinale a alternativa correta.

- A. A etiologia é sempre de *Gardnerella vaginalis*.
- B. É comum a associação com fungos comensais.
- C. O exame microscópico do conteúdo vaginal demonstra a presença de coilocitose.
- D. O pH vaginal costuma ser maior que 4,5. ✓**
- E. Como se trata de uma DST, o parceiro sempre deverá ser tratado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vaginose bacteriana e desequilíbrio da flora, com perda dos lactobacilos e crescimento polimicrobiano — daí o pH vaginal subir acima de 4,5, um dos critérios de Amsel, ao lado do corrimento homogêneo acinzentado, do teste das aminas positivo e das clue cells. Não é causada exclusivamente por *Gardnerella* (A), a associação típica e com anaeróbios e não com fungos (B), coilocitose e achado de HPV (C) e, por não ser IST, o parceiro não é tratado (E). Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Uma paciente de 59 anos de idade, em menopausa desde os 52, sem terapia hormonal, refere sangramento genital em pequena quantidade. O exame ginecológico foi normal. A ultrassonografia transvaginal revelou útero com volume de 92 cc, presença de mioma intramural de 1 cm e eco endometrial de 8 mm. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. A causa do sangramento é o mioma e deve-se adotar conduta expectante.
- B. Como se trata de paciente na pós-menopausa, está indicada a histerectomia total, com ou sem anexectomia, de acordo com o desejo da paciente.
- C. Deve-se indicar a histeroscopia ambulatorial. ✓**
- D. Está indicada a miomectomia por via laparoscópica.
- E. Deve-se tratar clinicamente com progestagênio e observar se o sangramento cessará.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa e cancer de endometrio ate prova em contrario, e o eco endometrial de 8 mm (acima do corte de 4 a 5 mm em mulher sem terapia hormonal) obriga avaliacao histologica. A histeroscopia ambulatorial com biopsia dirigida e o padrao, porque visualiza a cavidade e colhe da lesao. Atribuir o sangramento a um mioma intramural de 1 cm e observar (A) ou tratar as cegas com progestagenio (E) mascara neoplasia; hysterectomia sem diagnostico (B) e desproporcional. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito E

Uma paciente de vinte anos de idade refere nunca ter menstruado. Tem desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (mamas e pêlos pubianos) normais. O cariótipo é XX. O FSH, o LH e o estradiol plasmáticos são normais. Ao exame, a genitália externa é normal. Com base nessa situação hipotética, é correto afirmar que o diagnóstico mais provável é o de

- A. Puberdade tardia.
- B. Disgenesia gonadal pura.
- C. Síndrome de Turner.
- D. Síndrome da anovulação crônica.

E. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primaria com caracteres sexuais secundarios normais, cariotipo 46,XX, FSH, LH e estradiol normais e genitalia externa normal: o eixo hipotalamo-hipofise-ovario funciona e o ovario produz estrogenio — o defeito e anatomico, na formacao dos ductos de Muller, configurando a sindrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (agenesia utero-vaginal). Turner traria 45,X com gonadotrofinas altas e infantilismo (C), assim como a disgenesia gonadal pura (B). Resposta E.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Tem sido muito utilizado o dispositivo intrauterino com levonorgestrel, seja como método de anticoncepção, seja como tratamento da endometriose, da adenomiose e do sangramento uterino anormal. Quanto a esse dispositivo, assinale a alternativa correta.

- A. Permite a manutenção da ovulação e do sangramento menstrual em pequena quantidade.

B. Tem eficácia anticoncepcional semelhante a da laqueadura tubária. ✓

- C. É contraindicado para adolescentes.
- D. Aumenta o risco de tromboembolismo.
- E. Não deve ser inserido em pacientes com úteros volumosos (acima de 200 cc).

COMENTÁRIO OSCELABS

O SIU liberador de levonorgestrel tem indice de Pearl em torno de 0,2 por 100 mulheres/ano, eficacia comparavel a da laqueadura tubaria, com a vantagem de ser reversivel. Ele costuma reduzir muito ou abolir o fluxo (A), e opcao de primeira linha para adolescentes por ser LARC (C), nao aumenta risco tromboembolico por ser progestagenio de acao predominantemente local (D) e utero volumoso nao e contraindicacao — a adenomiose e justamente uma de suas indicacoes (E). Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Uma paciente de 48 anos de idade realizou uma mamografia de rotina, que revelou microcalcificações irregulares e agrupadas em mama direita. Após a mamotomia, o exame anatomopatológico revelou a presença de carcinoma ductal in situ, grau nuclear 3. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa correta.

- A. Esse tipo de neoplasia é o que tem maior chance de evolução para carcinoma invasivo. ✓**
- B. Como já foi feita a mamotomia, deve-se considerar a paciente como tratada e repetir a mamografia em seis meses.
- C. Deve-se tratá-la com tamoxifeno e observar sua evolução.
- D. Como já foi feita a mamotomia, deve-se irradiar a mama como complemento terapêutico.
- E. É um achado acidental de biópsias mamárias e, na grande maioria, costuma envolver.

COMENTÁRIO OSCELABS

O carcinoma ductal in situ de alto grau nuclear (grau 3), sobretudo com comedonecrose, e o subtipo com maior risco de progressão para carcinoma invasor — daí exigir tratamento efetivo. A mamotomia é método DIAGNOSTICO, não terapêutico: o tratamento é cirúrgico, com margens livres, seguido de radioterapia na cirurgia conservadora e hormonioterapia se receptor positivo. Considerar a paciente tratada (B), só observar com tamoxifeno (C) ou esperar involução (E) são condutas equivocadas. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Uma afecção frequente nas mulheres em idade reprodutiva é a endometriose. Acerca dessa doença, assinale a alternativa correta.

- A. A forma indiferenciada responde mais bem ao tratamento clínico.
- B. Por conter estrogênio, a pílula combinada não deve ser utilizada.
- C. Não é causa de infertilidade, mas é encontrada com frequência em mulheres inférteis. Estas, como não engravidaram, desenvolveram endometriose.
- D. Não há relação entre a sintomatologia da doença e o grau de desenvolvimento da endometriose, ou seja, é possível ter uma doença leve com uma sintomatologia exuberante. ✓**
- E. Não há nenhuma relação entre a endometriose e o desenvolvimento de adenomiose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pérola da endometriose é a dissociação entre estadiamento e sintoma: uma paciente com doença mínima pela classificação da ASRM pode ter dor incapacitante, enquanto endometriomas volumosos podem cursar quase assintomáticos — por isso o tratamento se guia pela queixa e pelo desejo reprodutivo, não pelo estágio. O anticoncepcional combinado é opção de primeira linha (B), a endometriose é causa reconhecida de infertilidade e não consequência dela (C) e a associação com adenomiose é frequente (E). Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Uma paciente de 37 anos de idade, com desejo de engravidar, refere fluxos menstruais abundantes e prolongados. O exame ginecológico foi normal. A ultrassonografia transvaginal e a histeroscopia revelaram útero com volume de 98 cc e a presença de leiomioma do útero de 2 cm, submucoso, tipo I. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa correta.

- A. A paciente deverá ser submetida à miomectomia histeroscópica, pois o mioma em questão explica o quadro clínico e é fator de infertilidade. ✓**
- B. Outras causas da queixa clínica deverão ser investigadas, pois o mioma é muito pequeno.
- C. Deve-se tratar a paciente com progestagênio, que reduz sobremaneira o volume do mioma.
- D. Por se tratar de mioma tipo I, deve-se associar ao tratamentos histeroscópico a videolaparoscopia.

E. O tratamento ideal clínico, com análogo do GnRH.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mioma submucoso tipo I pela classificação FIGO/Wamsteker (menos de 50% do componente intramural) de 2 cm distorce a cavidade: explica o sangramento abundante e prolongado e compromete a implantação embrionária. Em paciente com desejo gestacional, a miomectomia HISTEROSCÓPICA resolve os dois problemas num único procedimento, minimamente invasivo. Progestágeno não reduz o volume do mioma (C), o análogo de GnRH e apenas ponte pré-operatória (E) e o tipo I é integralmente abordável por via histeroscópica, dispensando laparoscopia (D). Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Uma mulher de 24 anos de idade foi a pronto-socorro no dia 7 de outubro de 2020, referindo a última menstruação em 29 de julho de 2020 e queixando-se de polaciúria intensa. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta o sinal que, ao exame de toque vaginal pode ser encontrado.

A. Sinal de Hegar. ✓

B. Sinal de Pinard.

C. Sinal de McRoberts.

D. Sinal de Haller.

E. Sinal de Mauriceau.

COMENTÁRIO OSCELABS

Da última menstruação em 29/07 até 07/10 são cerca de dez semanas: gestação de primeiro trimestre, em que a polaciúria decorre da compressão vesical pelo útero em crescimento. Ao toque bimanual encontra-se o sinal de Hegar — amolecimento do istmo uterino, que dá a sensação de separação entre corpo e colo. Pinard e ausculta dos batimentos fetais no segundo trimestre (B), McRoberts e manobra para distócia de ombro (C) e Mauriceau e manobra de desprendimento da cabeça derradeira no parto pélvico (E). Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito E

Uma gestante com idade gestacional de 34 semanas compareceu ao pronto-atendimento, referindo a presença de úlceras genitais muito dolorosas, de aparecimento há dois dias, acompanhadas de disúria. Ao exame físico, observou-se presença de úlceras em pequenos lábios e região periuretral e de algumas vesículas em grandes lábios. Negou a ocorrência de lesões semelhantes em outras ocasiões. Com base nessa situação hipotética e nas recentes diretrizes para a condução dos casos de herpes genital na gestação do ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

A. Tratamento antiviral da infecção atual, via oral, e parto cesáreo eletivo com 37 semanas de gestação, devido risco elevado de transmissão vertical do herpes-vírus 2 (HSV-2) nos casos de infecção materna primária.

B. Tratamento antiviral da infecção atual, via oral, e, na ausência de lesões, indução do parto vaginal com 37 semanas completas de gestação.

C. Tratamento antiviral da infecção atual, tópico, e manutenção do tratamento supressivo até o momento do parto que, na ausência de lesões, poderá ser vaginal.

D. Tratamento antiviral da infecção atual, via oral, e manutenção do tratamento supressivo até o parto, cuja via pode ser por indicação obstétrica, mesmo na presença de lesões herpéticas.

E. Tratamento antiviral da infecção atual, via oral, e manutenção de tratamento supressivo até o momento do parto cesáreo, devido à possibilidade de contaminação viral prolongada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Primoinfecção herpética no terceiro trimestre e o cenário de maior risco de transmissão vertical (30-50%), porque a gestante não tem anticorpos para transferir ao feto e a eliminação viral se prolonga por semanas. Trata-se o episódio com antiviral por via oral e mantém-se terapia supressiva até o parto, que nesse contexto de infecção primária próxima ao termo se faz por cesárea. Tratamento apenas tópico e insuficiente (C) e parto vaginal com lesão ativa está contraindicado (D). Resposta E.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Quanto às adaptações do sistema cardiovascular materno e gravidez normal, é correto afirmar que ocorre o(a)

- A. Aumento da volemia materna, decorrente, prioritariamente, do acréscimo de volume plasmático. ✓**
- B. Aumento da resistência vascular periférica, com consequente aumento da pressão arterial sistêmica materna.
- C. Aumento da produção de prostaciclina, o que ocasiona vasoconstrição sistêmica materna.
- D. Variação do volume sanguíneo materno, associada a quantidade de tecido trofoblástico, sendo menor nas gestações múltiplas.
- E. Diminuição da frequência cardíaca basal e do débito cardíaco materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na gestação normal a volemia sobe 40 a 50%, as custas principalmente do volume PLASMÁTICO, que cresce mais que a massa eritrocitária — daí a anemia fisiológica dilucional. A resistência vascular periférica CAI, por ação de progesterona, prostaciclina e óxido nítrico, derrubando a pressão arterial no segundo trimestre (B e C erram o sentido). Frequência cardíaca e débito cardíaco AUMENTAM (E) e as gestações múltiplas, com mais tecido trofoblástico, expandem ainda mais o volume (D). Resposta A.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Segundo as diretrizes do rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil de 2016 e o que propõe o Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil de 2019, a Organização Pan-americana da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e a Sociedade Brasileira de Diabetes, assinale a alternativa correta com relação a diabetes mellitus na gestação.

- A. As gestantes com diabetes mellitus conforme viabilidade financeira, a disponibilidade técnica e o tratamento utilizado, devem realizar uma monitorização glicêmica por meio da medida da glicemia sanguínea capilar, em quatro a seis períodos específicos do dia. ✓**
- B. O uso de análogos da insulina de ação lenta, como, por exemplo, insulinas asparte e lispro, não é seguro na gravidez, pois propicia pior controle dos níveis de glicemia pós-prandial e maior risco de hipoglicemia.
- C. O teste oral de tolerância à glicose (TOTG) de 75 g deverá ser indicado às gestantes que apresentarem glicemia de jejum inferior a 99 mg/dL no início da gestação.
- D. Considera-se como overt diabetes o caso em que gestante apresenta glicemia de jejum maior ou igual a 92 mg/dL na primeira consulta pré-natal.
- E. A dieta recomendada às gestantes diabéticas deve ser fracionada em seis refeições, constituídas por 15 a 20% de carboidratos, 30 a 35% de lipídeos e 50% de proteínas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O controle do diabetes gestacional se faz com glicemia capilar de quatro a seis vezes ao dia (jejum e pos-prandiais), ajustando a frequência a disponibilidade e ao tratamento em uso. Asparto e lispro são análogos de ação RÁPIDA, seguros na gestação e com melhor controle pos-prandial (B). O TOTG de 75 g é indicado justamente quando a glicemia de jejum inicial é inferior a 92 mg/dL (C). Overt diabetes exige jejum maior ou igual a 126 mg/dL (D) e a dieta prevê 40-55% de carboidratos, não 50% de proteína (E). Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito E

Uma gestante de quarenta anos de idade, secundigesta, com antecedente de miomectomia há cinco anos, sem acompanhamento pré-natal prévio, e com altura uterina de 42 cm, deu entrada no pronto-socorro da maternidade. Encontrava-se em trabalho de parto normal com bolsa rota e contrações uterinas frequentes e intensas, caracterizando parto taquitócico. Houve rápida progressão até a dilatação total, quando se observou sangramento vaginal moderado, sem descida da apresentação. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o diagnóstico mais provável e a conduta a ser adotada.

- A. Desproporção cefalopélvica e parto vaginal por vácuo-extração.
- B. Descolamento prematuro de placenta e parto a fórceps de Simpson-Braun.
- C. Rotura uterina e parto a fórceps de Simpson Braun.
- D. Rotura do seio marginal e parto cesáreo emergencial.

E. Rotura uterina e parto cesáreo emergencial. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Útero com cicatriz de miomectomia previa, ausência de pré-natal, altura uterina de 42 cm e parto taquitócico com contrações frequentes e intensas: reúne todos os fatores de rotura uterina. O achado que fecha o diagnóstico é a parada de descida da apresentação (o polo se afasta após ter progredido) somada ao sangramento vaginal em dilatação total. A conduta é laparotomia/cesárea de emergência — aplicar fórceps num feto que perdeu a insinuação (B e C) e contraindicado e agrava a lesão. Resposta E.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Nos casos de restrição do crescimento fetal, é correto afirmar que

- A. Está recomendada a pesquisa universal de trombofilias e a prescrição de heparina de baixo peso molecular (HBPM).
- B. As situações patológicas, devido à placentação inadequada, podem revelar, na Dopplervelocimetria das artérias umbilicais, o aumento da resistência de perfusão e a diminuição do fluxo diastólico. ✓**
- C. O clampeamento do cordão umbilical deve ser tardio no parto, para se proporcionar maior transferência de glóbulos vermelhos ao recém-nascido.
- D. Há acometimento da fase de hiperplasia celular na restrição de crescimento fetal do tipo II, assimétrica, de acordo com a classificação de Lin e Evans de 1984.
- E. O aumento do índice de pulsatilidade da artéria cerebral média (ACM) reflete vasoconstrição cerebral secundária à hipóxia, mecanismo conhecido como "centralização fetal".

COMENTÁRIO OSCELABS

Na restrição de crescimento de causa placentária a invasão trofoblástica falha e a resistência no território umbilical sobe, o que na dopplervelocimetria aparece como aumento do índice de pulsatilidade da artéria umbilical com REDUÇÃO do fluxo diastólico, podendo evoluir para diástole zero e reversa. A centralização fetal e o oposto do descrito em E: e a QUEDA do IP da cerebral média, por vasodilatação cerebral protetora. Não se rastreia trombofilia universalmente (A) e a forma simétrica e a que acomete a fase de hiperplasia (D). Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito E

Conforme o guia pragmático para rastreamento e prevenção primária da pré-eclâmpsia no primeiro trimestre de gestação da International Federation of Gynecology and Obstetrics, de 2019, assinale a alternativa correta.

- A. A mulher é considerada como de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia na gestação quando esse risco for maior ou igual a 1/200, observados os níveis da proteína plasmática A específica da gestação (PAPP-A), o índice de pulsatilidade das artérias uterinas e a pressão arterial sistólica na primeira consulta de pré-natal.
- B. A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) grave pode evoluir para pré-eclâmpsia e síndrome de Hellp, doença que é caracterizada por elevação das plaquetas, elevação das enzimas hepáticas e hiperbilirrubinemia.
- C. O rastreamento combinado de primeiro trimestre da pré-eclâmpsia deverá incluir, quando possível, a dosagem de fibronectina, o Doppler da artéria umbilical fetal e a avaliação dos antecedentes maternos.
- D. As pacientes identificadas como de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia precoce, como medida de prevenção, deverão iniciar o uso diário de 100 mg de aspirina a partir de 16ª semana de gestação e mantê-lo até o momento do parto.
- E. O rastreamento combinado da pré-eclâmpsia no primeiro trimestre deverá incluir, quando possível, a avaliação dos fatores de risco maternos, a pressão arterial média materna, o índice de pulsatilidade das artérias uterinas e a dosagem de PLGF (placental growth factor). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreamento combinado de primeiro trimestre proposto pela FIGO reúne quatro elementos: fatores de risco maternos, pressão arterial média, índice de pulsatilidade das artérias uterinas ao Doppler e dosagem de PIGF. As gestantes identificadas como de alto risco recebem aspirina 150 mg a noite, iniciada entre 11 e 16 semanas — o que torna a alternativa D incorreta na dose e no momento. A síndrome HELLP cursa com PLAQUETOPENIA, não elevação de plaquetas (B), e fibronectina e Doppler umbilical não integram o rastreio (C). Resposta E.

QUESTÃO 64 — ANULADA

Acerca dos fórceps, assinale a alternativa correta.

- A. O fórcepe de Simpson-Braun apresenta uma articulação fixa por encaixe, com colheres fenestradas, e deve ser utilizado para as variedades transversas.
- B. O fórcepe de Simpson-Braun apresenta uma articulação de deslize do ramo direito sobre o esquerdo, o que permite a correção de assinclitismo e facilita sua rotação.
- C. A indicação do fórcepe de Kielland limita-se às variedades de posição oblíquas e as pegadas diretas (púbica e sacra).
- D. O fórcepe de Piper é utilizado nas apresentações pélvicas e visa a auxiliar no desprendimento da cabeça derradeira.
- E. O fórcepe de Simpson Braun poderá ser utilizado nas situações em que a rotação interna for mínima ($\leq 45^\circ$), isto é, nas variedades anteriores, ou máxima (135°), isto é, nas oblíquas posteriores.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O tema era a caracterização dos fórceps obstétricos: o Simpson-Braun, de articulação fixa e colíeres fenestradas, aplicado em variedades anteriores e posteriores diretas com rotação mínima; o Kielland, de articulação de desliz e curvatura pélvica mínima, indicado para variedades transversas e correção de assinclitismo; e o Piper, reservado a cabeça derradeira na apresentação pélvica. Sem gabarito oficial, não há letra correta a afirmar.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Assinale a alternativa que apresenta as vacinas que devem ser oferecidas à criança ao nascer, ainda no hospital, segundo o Calendário Nacional de Vacinação (2020/PNI/MS).

A. BCG (dose única) e hepatite B. ✓

B. BCG (dose única) e meningocócica C.

C. Poliomielite e pneumocócica 23.

D. Poliomielite e pneumocócica 10.

E. Hepatite A e pentavalente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ainda na maternidade, o Calendário Nacional de Vacinação prevê duas vacinas ao nascer: BCG em dose única, contra as formas graves da tuberculose, e a primeira dose de hepatite B, idealmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida. As demais entram depois: poliomielite e pneumocócica 10-valente aos 2 meses, meningocócica C aos 3 meses, hepatite A aos 15 meses, e a pneumocócica 23-valente e restrita a grupos especiais. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

A regulamentação e a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no Brasil são de responsabilidade

A. Direta do Ministério da Saúde. ✓

B. Direta do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais de saúde.

C. Direta da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

D. Indireta do Ministério da Saúde.

E. Indireta da Anvisa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Lei 8.080/90, a coordenação e a normatização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica são competência DIRETA do Ministério da Saúde, no nível federal, cabendo aos estados e municípios a execução descentralizada das ações. Compartilhar a coordenação com as secretarias estaduais (B) descaracteriza a atribuição federal, e a Anvisa responde pela vigilância SANITÁRIA, não pela epidemiológica (C e E). Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

De acordo com a lista nacional de notificação compulsória de doenças e agravos de saúde pública, assinale a alternativa que apresenta duas doenças de notificação imediata

A. Varicela e tuberculose.

B. Hanseníase e leptospirose.

C. Malária na região amazônica e sífilis.

D. Dengue-óbitos e raiva humana. ✓

E. Tétano e hepatite viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Notificação IMEDIATA, em até 24 horas, e reservada aos agravos de alta gravidade ou potencial de emergência em saúde pública: óbito por dengue e raiva humana entram nessa lista, ao lado de sarampo, colera, febre amarela, botulismo e eventos de saúde pública inusitados. Tuberculose, hanseníase, sífilis, hepatites virais, tétano e varicela não complicada seguem o fluxo de notificação SEMANAL, o que elimina as demais alternativas. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

A Portaria n. 264/2020 alterou a Portaria de Consolidação GM/MS n. 4/2017, incluindo, na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, a

A. Malária.

B. Doença de Chagas crônica. ✓

C. Covid-19.

D. Violência doméstica.

E. Violência sexual.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Portaria GM/MS n. 264, de fevereiro de 2020, alterou a Portaria de Consolidação n. 4/2017 para incluir a DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA na lista nacional de notificação compulsória — até então só a forma aguda era notificável. O objetivo foi dimensionar a carga da doença crônica e organizar acesso ao diagnóstico e ao tratamento etiológico. Malária, violência doméstica e violência sexual já constavam da lista antes dessa portaria, e a Covid-19 entrou por normativa própria, editada semanas depois. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Conforme Rouquayrol et al., descrever uma doença sob a visão epidemiológica significa

A. Demonstrar as características da doença nos diferentes períodos em que atinge o indivíduo.

B. Avaliar o agente causal da doença.

C. Indicar os problemas de saúde-doença em nível coletivo. ✓

D. Revelar os recursos materiais para a assistência de casos da doença.

E. Identificar os diferentes períodos em que a doença atinge o indivíduo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A diferença essencial entre a clínica e a epidemiologia e o nível de análise: a clínica olha o indivíduo, a epidemiologia olha o COLETIVO. Descrever uma doença sob a visão epidemiológica significa dimensionar o problema saúde-doença na população, segundo pessoa, tempo e lugar. As demais alternativas descrevem a história natural no indivíduo (A e E), a etiologia (B) ou a organização da assistência (D), que não é descrição epidemiológica. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito D

O número de filhos, o peso e a idade de um indivíduo são, respectivamente, exemplos de

A. Variável contínua, variável discreta e variável discreta.

B. Variável contínua, variável contínua e variável contínua.

C. Variável discreta, variável contínua e variável discreta.

D. Variável discreta, variável contínua e variável contínua. ✓

E. Variável discreta, variável discreta e variável contínua.

COMENTÁRIO OSCELABS

Numero de filhos e variavel quantitativa DISCRETA: so assume valores inteiros, resultantes de contagem — nao existe 1,5 filho. Peso e idade sao quantitativas CONTINUAS, pois podem assumir qualquer valor dentro de um intervalo, limitadas apenas pela precisao do instrumento (72,4 kg; 34,7 anos). Registrar a idade em anos completos e apenas uma categorizacao de uma variavel que continua sendo continua por natureza. Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito E

Para se medir o nível de saúde de uma população, a esperança de vida ao nascer é um bom indicador porque

A. Padroniza os coeficientes de letalidade.

B. Sofre o efeito da composição da população por idade e sexo.

C. Sintetiza o efeito da morbimortalidade na população.

D. Sintetiza o efeito da natalidade na população.

E. Sintetiza o efeito da mortalidade, agindo ou atuando em todas as idades. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A esperanca de vida ao nascer resume, num unico numero, o efeito da mortalidade atuando em TODAS as idades, calculada a partir da tabua de vida com as taxas especificas por faixa etaria. Justamente por ser construida assim, ela nao sofre influencia da estrutura etaria da populacao (o que invalida B) e permite comparar paises e periodos diferentes. Nao mede morbidade (C) nem natalidade (D), e nao tem relacao com padronizacao de letalidade (A). Resposta E.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

A medida mais eficaz para se reduzir a incidência de sarampo no Brasil é

A. Aumentar a cobertura vacinal contra o sarampo. ✓

B. Melhorar o pronto-atendimento dos casos.

C. Melhorar o pronto-atendimento dos comunicantes.

D. Implementar programas de suplementação alimentar na infância.

E. Controlar as complicações da doença.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sarampo e doenca imunoprevenivel de transmissibilidade altissima (R_0 entre 12 e 18), o que exige cobertura vacinal acima de 95% com duas doses para interromper a cadeia de transmissao — foi a queda dessa cobertura que devolveu surtos ao Brasil e custou o certificado de eliminacao. Melhorar pronto-atendimento e controlar complicacoes reduz LETALIDADE, e nao incidencia; suplementacao alimentar (vitamina A) atenua a gravidade, mas nao impede o adoecimento. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

No período pré-patogênico das doenças, segundo o modelo de Leavell e Clark, podem ser aplicadas as seguintes medidas preventivas:

A. Promoção da saúde e proteção geral.

B. Promoção da saúde e diagnóstico precoce.

C. Promoção da saúde e proteção específica. ✓

- D. Diagnóstico precoce e proteção específica.
E. Proteção específica e diagnóstico precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

No modelo de Leavell e Clark, o período PRE-patogenico corresponde a prevenção primária, que reúne dois níveis: promoção da saúde (medidas inespecíficas — alimentação, moradia, educação, lazer) e proteção específica (vacinação, uso de EPI, fluoretação, quimioprofilaxia). O diagnóstico precoce, presente nas demais alternativas, já pertence a prevenção secundária e ocorre no período patogenico, quando a doença está instalada. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

O prognóstico de uma determinada doença, sem intervenção médica, é denominado

- A. Evolução pós-tratamento.
B. Evolução pré-tratamento.
C. História clínica.
D. História natural. ✓
E. Curso durante o tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

História natural da doença e a evolução do processo saúde-doença SEM qualquer interferência médica, do período pre-patogenico (interação agente-hospedeiro-ambiente) até a resolução, cronicidade, incapacidade ou óbito. Conhece-la e o que permite escolher o momento certo de intervir e medir o benefício real de um tratamento. Quando há intervenção, fala-se em curso clínico ou prognóstico sob tratamento, o que afasta as demais alternativas. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito E

Uma criança de dez anos de idade, ao brincar com a arma de fogo do pai, acidentalmente, disparou em seu peito. Foi levada ao hospital, mas chegou sem vida. Na necropsia, constatou-se ferida transfixante de coração e pulmão, hemorragia interna traumática e anemia profunda. Com base nesse caso hipotético, assinale a alternativa que apresenta a causa básica de morte que deverá constar no atestado de óbito.

- A. Hemorragia externa traumática.
B. Anemia profunda.
C. Ferida transfixante do coração.
D. Ferida transfixante do pulmão.
E. Disparo acidental de arma de fogo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A causa BÁSICA de morte, pela definição da OMS adotada no atestado, é a doença ou a circunstância do acidente que iniciou a cadeia de acontecimentos que levou ao óbito — e ela ocupa a última linha preenchida da Parte I. Aqui, o evento inicial foi o disparo acidental de arma de fogo, uma causa externa. Ferida transfixante de coração e pulmão, hemorragia e anemia profunda são consequências, registradas nas linhas superiores como causas intermediárias e imediata. Resposta E.

QUESTÃO 76 — Gabarito E

O primeiro passo para a elaboração de um plano municipal de saúde consiste em

- A. Construir uma rede básica de atendimento à população.
- B. Identificar os problemas de saúde da população.
- C. Apresentar uma análise da situação ao Conselho Municipal de Saúde.
- D. Priorizar os problemas de saúde da população.

E. Caracterizar a população. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O plano municipal de saúde começa pelo diagnóstico situacional, e o primeiro movimento desse diagnóstico é caracterizar a população do território — perfil demográfico, socioeconômico, ambiental e de cobertura assistencial. So a partir desse retrato é possível identificar os problemas de saúde, priorizá-los segundo magnitude e transcendência, levar a análise ao Conselho Municipal de Saúde e, por fim, definir ações e organizar a rede. Resposta E.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

No Brasil, a base de responsabilidade das esferas gestoras, em atenção básica da saúde, para organizar a formação de recursos humanos é de competência

- A. Estadual.
- B. Federal. ✓**
- C. Municipal.
- D. Distrital.
- E. Regional.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Constituição (art. 200, III) atribui ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, e a Lei 8.080/90 coloca no nível FEDERAL — Ministério da Saúde, em articulação com a Educação — a competência de formular e coordenar essa política nacional de formação e desenvolvimento profissional. Estados e municípios executam e complementam localmente, mas a base da organização é federal. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

A respeito do estudo ecológico, assinale a alternativa correta:

- A. Suas correlações são, em geral, mais baixas que as dos estudos individuais.
- B. Suas conclusões são generalizáveis com maior facilidade que no estudo em base individual. ✓**
- C. Há maior facilidade em controlar os fatores de confundimento.
- D. Há maior facilidade em proceder à análise estatística das observações.
- E. Há maior facilidade em usar técnicas de aferição das informações.

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo ecológico trabalha com dados AGREGADOS de populações inteiras, geralmente já disponíveis em sistemas de informação: é barato, rápido e abrange grandes contingentes, o que facilita a generalização dos resultados e o levantamento de hipóteses. O preço disso é a falácia ecológica: sem dado individual, não se controlam fatores de confundimento (C), a aferição das informações fica limitada à qualidade da fonte (E) e suas correlações tendem a ser mais ALTAS que as observadas em estudos individuais (A). Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Com relação aos testes utilizados no diagnóstico clínico de uma doença, assinale a alternativa correta.

- A. Os testes sensíveis são necessários para o diagnóstico de doenças leves.
- B. Os testes sensíveis dão poucos resultados falso-positivos.
- C. Os testes específicos dão muitos resultados falso-positivos.
- D. Os testes específicos dão poucos resultados falso-positivos. ✓**
- E. O valor preditivo negativo é mais útil para o resultado positivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Especificidade é a capacidade de identificar corretamente quem NAO tem a doença — logo, teste muito específico produz POUCOS falso-positivos e serve para CONFIRMAR diagnóstico (regra SpPin). Teste muito sensível é o oposto: poucos falso-negativos, útil para rastrear e afastar doença (SnNout), mas gerando muitos falso-positivos, o que torna B e C incorretas. E o valor preditivo negativo se aplica ao resultado NEGATIVO, nunca ao positivo (E). Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

A prevalência de uma determinada doença em uma população é de 20%. Sendo assim, um teste de diagnóstico, com sensibilidade de 80% e especificidade de 70%, foi desenvolvido. Com base nessa situação hipotética, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN).

- A. 30% e 60%.
- B. 38% e 70%.
- C. 40% e 93%. ✓**
- D. 50% e 90%.
- E. 53% e 87%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monte a tabela 2x2 para 1.000 pessoas com prevalência de 20%: 200 doentes e 800 sadios. Sensibilidade de 80% dá 160 verdadeiro-positivos e 40 falso-negativos; especificidade de 70% dá 560 verdadeiro-negativos e 240 falso-positivos. $VPP = 160 / (160 + 240) = 40\%$; $VPN = 560 / (560 + 40) = 93\%$. A perola: em doença de baixa prevalência o VPP despenca e o VPN sobe, porque os valores preditivos dependem da prevalência, ao contrário de sensibilidade e especificidade. Resposta C.