



PSU-MG — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

As questões 1 e 2 referem-se ao seguinte caso clínico: Mulher de 60 anos realiza exame periódico de saúde. Não apresenta queixas. É obesa desde a adolescência, nega tabagismo, etilismo e desconhece outras comorbidades. Não faz uso contínuo de medicamentos. Ao exame físico, PA 124/84mmHg; sem alterações. EXAMES DE LABORATÓRIO: glicemia de jejum 117mg/dL; hemoglobina glicada A1c 6,7%; triglicérides 398mg/dL; colesterol total 210mg/dL; HDL 35mg/dL; LDL 154mg/dL. Assinale a alternativa que apresenta o exame sérico MAIS ADEQUADO para a confirmação do diagnóstico de diabetes melito 2 nessa paciente:

- A. Glicemia de jejum
- B. Hemoglobina glicada A1c ✓**
- C. Dosagem de Insulina
- D. Teste de tolerância oral 2h após 50g de dextrosol

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum 117 mg/dL fica na faixa de pre-diabetes (100-125) e não fecha diagnóstico; a HbA1c de 6,7% já está no critério diagnóstico ($\geq 6,5\%$) e é o exame que confirma o DM2 nessa paciente assintomática, bastando a repetição/confirmação do mesmo teste alterado. Insulina sérica não entra em critério diagnóstico de diabetes. O TOTG é feito com 75 g de glicose, não 50 g (50 g é o rastreamento obstétrico antigo em uma etapa). Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Mulher de 60 anos realiza exame periódico de saúde. Não apresenta queixas. É obesa desde a adolescência, nega tabagismo, etilismo e desconhece outras comorbidades. Não faz uso contínuo de medicamentos. Ao exame físico, PA 124/84mmHg; sem alterações. EXAMES DE LABORATÓRIO: glicemia de jejum 117mg/dL; hemoglobina glicada A1c 6,7%; triglicérides 398mg/dL; colesterol total 210mg/dL; HDL 35mg/dL; LDL 154mg/dL. O risco cardiovascular estimado para essa paciente foi 8,3% em 10 anos. A paciente foi orientada sobre as mudanças de estilo de vida, perda de peso e prática regular de 150 minutos de exercícios aeróbicos moderados por semana. Em relação à prevenção primária de doenças cardiovasculares nessa paciente, assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial MAIS ADEQUADA:

- A. Oferecer a prescrição de ciprofibrato
- B. Oferecer a prescrição de estatina de moderada potência ✓**
- C. Solicitar doppler arterial cervical
- D. Solicitar escore de cálcio

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com diabetes recém-diagnosticado, LDL 154 mg/dL, HDL baixo e risco em 10 anos de 8,3% (risco intermediário a alto): a prevenção primária se faz com estatina, e a de moderada potência e a escolha inicial junto das mudanças de estilo de vida. Fibrato (A) só entra por hipertrigliceridemia grave (>500 mg/dL) para prevenir pancreatite, não para desfecho cardiovascular. Doppler cervical (C) e escore de cálcio (D) são reclassificadores de risco, dispensáveis quando a indicação de estatina já está posta. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Homem de 28 anos apresenta edema nos membros inferiores há duas semanas. Nega comorbidades prévias conhecidas e não faz uso de substâncias exógenas ou de medicamentos. Ao exame físico, PA 152/92mmHg, FC 86bpm. AR, ACV, abdome: anormalidades. Edema depressível nas pernas até os joelhos. EXAMES DE LABORATÓRIO: creatinina 2,8mg/dL (clearance de creatinina estimado de 23mL/min/1,73m²); fósforo 5,4mEq/L; bicarbonato 16mEq/L; hemoglobina 10,6g/dL; exame de urina: proteína 3+; presença de cilindros hemáticos; relação albumina-creatinina na urina 1.345mg/g. Ultrassonografia de rins e vias urinárias: rins de dimensões normais com hiperecogenicidade difusa e redução da diferenciação corticomedular. Sem sinais de dilatação das vias urinárias. As alternativas seguintes apresentam o DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL e uma PRESCRIÇÃO ADEQUADA para esse paciente. Assinale a alternativa CORRETA:

- A. Doença renal crônica - dapagliflozina
- B. Doença renal crônica - eritropoietina
- C. Injúria renal aguda - enalapril
- D. Injúria renal aguda - furosemida ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com edema, hipertensão, proteinúria e cilindros hemáticos tem síndrome nefrítica por glomerulonefrite - um insulto renal AGUDO, em duas semanas, com rins de dimensões preservadas ao ultrassom (na doença renal crônica avançada esperam-se rins reduzidos). O manejo sintomático imediato da hipervolemia/edema e o diurético de alça. Dapagliflozina (A) e eritropoietina (B) são condutas de DRC já estabelecida; IECA (C) na vigência de injúria aguda com creatinina em ascensão pode agravar a queda da filtração. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

As questões 4 e 5 referem-se ao seguinte caso clínico: Homem de 75 anos é levado ao pronto atendimento com queixa de mal-estar inespecífico e astenia. É portador de Diabetes Mellito-2, Insuficiência Cardíaca Congestiva com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo de 28%, Doença Renal Crônica 3bA2 (creatinina basal 1,5mg/dL, 37mL/min/1.73m²). Faz uso de furosemida 40mg ao dia, losartana 50mg 2x ao dia, espironolactona 25mg ao dia, carvedilol 25mg 2x ao dia, dapagliflozina 10mg ao dia e metformina 500mg 2x ao dia. Ao exame físico, PA 102/54mmHg, FC 56bpm. As mucosas estão coradas e desidratadas. AR, ACV, abdome: sem anormalidades. A Pressão Venosa Central estimada pelo exame do Pulso Venoso Jugular encontra-se normal. Abdome: sem anormalidades. EXAMES DE LABORATÓRIO: creatinina 2,2mg/dL; ureia 102mg/dL; potássio 6,1mEq/L; sódio 129mEq/L; bicarbonato 16mEq/L; glicemia 126mg/dL; lactato 1,2mEq/L. Assinale a alternativa que NÃO representa uma causa contributiva para a hiperpotassemia apresentada por esse paciente:

- A. Carvedilol
- B. Desidratação
- C. Doença renal crônica
- D. Metformina ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na hiperpotassemia deste paciente contribuem: a doença renal crônica (menos excreção), a desidratação/hipovolemia (menos aporte de sódio ao nefron distal e menos secreção de potássio) e o carvedilol - betabloqueio reduz a captação celular de potássio mediada por beta-2. Somam-se ainda losartana e espironolactona, bloqueadores do eixo renina-angiotensina-aldosterona. A metformina não altera o potássio; seu risco característico e a acidose láctica (aqui o lactato está normal, 1,2). Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Homem de 75 anos é levado ao pronto atendimento com queixa de mal-estar inespecífico e astenia. É portador de Diabetes Melito-2, Insuficiência Cardíaca Congestiva com Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo de 28%, Doença Renal Crônica 3bA2 (creatinina basal 1,5mg/dL, 37mL/min/1.73m²). Faz uso de furosemida 40mg ao dia, losartana 50mg 2x ao dia, espironolactona 25mg ao dia, carvedilol 25mg 2x ao dia, dapagliflozina 10mg ao dia e metformina 500mg 2x ao dia. Ao exame físico, PA 102/54mmHg, FC 56bpm. As mucosas estão coradas e desidratadas. AR, ACV, abdome: sem anormalidades. A Pressão Venosa Central estimada pelo exame do Pulso Venoso Jugular encontra-se normal. Abdome: sem anormalidades. EXAMES DE LABORATÓRIO: creatinina 2,2mg/dL; ureia 102mg/dL; potássio 6,1mEq/L; sódio 129mEq/L; bicarbonato 16mEq/L; glicemia 126mg/dL; lactato 1,2mEq/L. O eletrocardiograma desse paciente não revelou anormalidades. Assinale a alternativa que apresenta um tratamento inicial INADEQUADO para a hiperpotassemia nesse paciente:

- A. Bicarbonato de sódio IV
- B. Furosemida IV ✓**
- C. Insulina e glicose IV
- D. Salbutamol inalatório

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra o tratamento INADEQUADO. O paciente está desidratado, com PA 102/54 mmHg e pressão venosa central normal-baixa: dar furosemida IV nesse contexto agrava a hipovolemia e a própria injúria renal, piorando a excreção de potássio no médio prazo. Insulina com glicose e salbutamol deslocam o potássio para o intracelular, e o bicarbonato tem racional adicional pela acidose metabólica (HCO₃ 16). Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Mulher de 65 anos procura atendimento queixando-se de dor na região cervical, ombros, braços, região lombar, quadris e coxas bilateralmente, há três semanas. A dor é pior ao acordar e após longos períodos de repouso, e se associa a rigidez em alguns movimentos, como pentear os cabelos e se levantar do vaso sanitário. A paciente nega edema articular e febre. EXAMES COMPLEMENTARES: hemoglobina 9,7g/dL; Proteína C Reativa 15mg/L; VHS 65mm/h; FAN e fator reumatoide resultaram não reagentes. Assinale a alternativa que apresenta a conduta inicial MAIS ADEQUADA:

- A. Prescrever prednisona em dose baixa ✓**
- B. Prescrever pregabalina e anti-inflamatório não esteroide
- C. Solicitar radiografia das articulações sacroilíacas
- D. Solicitar ressonância magnética da coluna cervical

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher acima de 50 anos com dor e rigidez de cinturas escapular e pélvica de instalação subaguda, dificuldade para pentear o cabelo e levantar-se, VHS 65 mm/h e PCR elevada, com FAN e fator reumatoide não reagentes e anemia de doença crônica: e polimialgia reumática. O tratamento é corticoide em dose baixa (prednisona 15-20 mg/dia), com resposta tipicamente dramática em dias - resposta que inclusive apoia o diagnóstico. Pregabalina/AINE (B) seria raciocínio de fibromialgia, que não cursa com provas inflamatórias altas. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Homem de 62 anos é levado ao pronto-socorro com febre de 39,5°C, cefaleia intensa, cervicalgia, fotofobia e confusão mental há 12 horas. Desconhece qualquer comorbidade, nega o uso de medicamentos, etilismo e tabagismo. Ao exame físico, PA 120/70mmHg, FC 94bpm, FR 16ipm, SpO2 96% (ar ambiente). Apresenta flexão involuntária dos joelhos e quadris ao fletir o pescoço do paciente e dor e resistência à extensão da perna quando o quadril está flexionado a 90°. Não há histórico de alergias a medicamentos. Na localidade onde vive, a taxa de resistência do pneumococo à penicilina é menor que 1%. EXAMES DE LABORATÓRIO: leucócitos 16.000/uL; plaquetas 165.000/uL; PCR 56mg/L; creatinina 0,9mg/dL. A análise do líquido cefalorraquidiano revela: contagem de células 1.200/uL com 95% de neutrófilos, glicose 25mg/dL (glicemia 120mg/dL) e proteínas 150mg/dL. Assinale a alternativa que apresenta o tratamento antimicrobiano empírico MAIS ADEQUADO para esse paciente:

- A. Cefepime e vancomicina
- B. Ceftriaxona
- C. Ceftriaxona e ampicilina ✓**
- D. Ceftriaxona e vancomicina

COMENTÁRIO OSCELABS

Meningite bacteriana confirmada pelo liquor (1.200 células com 95% de neutrófilos, glicose 25 com relação liquor/soro baixa, proteína 150). Em adulto acima de 50 anos é obrigatório cobrir *Listeria monocytogenes*, o que exige ampicilina somada a ceftriaxona. A vancomicina (D) entraria pelo risco de pneumococo resistente, mas o enunciado informa resistência local menor que 1%. Ceftriaxona isolada (B) deixa a *Listeria* descoberta. Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Homem de 61 anos é internado com a queixa de edema na face, pescoço e membros superiores, além de dispnéia há quatro dias. Ele também relata dor intensa e persistente no ombro direito, que se irradia para o braço e se associa a fraqueza na mão ipsilateral há três semanas. Apresenta emagrecimento e nega febre e sudorese noturna. É portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e é tabagista (40 maços-ano). Ao exame físico, apresenta proeminências das veias da parede torácica e edema na face, pescoço e membros superiores. Os sons respiratórios estão muito reduzidos no ápice do hemitórax direito. Observa-se ptose da pálpebra superior direita, miose e anidrose na hemiface ipsilateral; as pupilas são fotorreagentes. Há perda de força na mão D. Assinale a alternativa que apresenta a causa MAIS PROVÁVEL para o quadro clínico apresentado pelo paciente:

- A. Aneurisma da aorta torácica
- B. Linfoma de Hodgkin
- C. Sarcoidose
- D. Tumor de Pancoast ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade fecha o diagnóstico: tabagista pesado com dor no ombro irradiada para o braço e perda de força na mão (invasão do plexo braquial inferior, C8-T1), síndrome de Horner ipsilateral (ptose, miose, anidrose) e síndrome da veia cava superior com abolição do murmúrio no APICE do hemitórax. Esse é o tumor do sulco superior, ou tumor de Pancoast. Linfoma (B) e sarcoidose (C) dão massa mediastinal, mas não explicam a invasão apical com Horner; aneurisma (A) não cursa com perda de força na mão. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Homem de 61 anos é internado com a queixa de edema na face, pescoço e membros superiores, além de dispneia há quatro dias. Ele também relata dor intensa e persistente no ombro direito, que se irradia para o braço e se associa a fraqueza na mão ipsilateral há três semanas. Apresenta emagrecimento e nega febre e sudorese noturna. É portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e é tabagista (40 maços-ano). Ao exame físico, apresenta proeminências das veias da parede torácica e edema na face, pescoço e membros superiores. Os sons respiratórios estão muito reduzidos no ápice do hemitórax direito. Observa-se ptose da pálpebra superior direita, miose e anidrose na hemiface ipsilateral; as pupilas são fotorreagentes. Há perda de força na mão D. Assinale a alternativa que apresenta a estrutura anatômica afetada que resultou nos sintomas neurológicos observados na face e olho ao exame físico nesse paciente:

A. Corno posterior da coluna cervical

B. Gânglio cervicotorácico D ✓

C. Nervo oculomotor D

D. Nervo vago D

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome de Horner resulta da lesão da cadeia simpática cervical, especificamente do gânglio cervicotorácico (gânglio estrelado), vizinho ao ápice pulmonar e invadido pelo tumor. Por isso aparecem ptose leve, miose e anidrose com pupila que continua fotorreagente. Lesão do III par (C) produziria midríase, pupila não reagente e paralisia de músculos extrínsecos - o oposto do observado. O vago (D) daria disfonia, e o corno posterior (A) alteração sensitiva. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Mulher de 83 anos relata, em consulta, que apresentou três quedas nos últimos seis meses, sem fraturas. É portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito tipo 2, retinopatia diabética e neuropatia periférica diabética. Faz uso contínuo de metformina, insulina basal, anlodipino, hidroclorotiazida e lorazepam. Ao exame físico, PA 120/64mmHg e FC 72bpm (na posição supina); PA 92/52mmHg e FC 78bpm (em ortostatismo). Assinale a alternativa que apresenta uma conduta INADEQUADA em relação ao manejo inicial do alto risco de quedas apresentado pela paciente:

A. Encaminhar para avaliação oftalmológica

B. Prescrever fludrocortisona ✓

C. Realizar o desmame de lorazepam

D. Suspende a hidroclorotiazida

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta INADEQUADA. A idosa tem hipotensão ortostática (queda de 28 mmHg na sistólica) induzida por fármacos: retirar a hidroclorotiazida e desmamar o lorazepam - benzodiazepínico, clássico fármaco de risco de queda - são medidas iniciais corretas, assim como corrigir o déficit visual da retinopatia. Prescrever fludrocortisona nesse momento é inadequado: é medida de exceção, retém sódio e piora hipertensão supina e congestão. Na síndrome de quedas do idoso, desprescrever vem antes de prescrever. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Homem de 29 anos procura atendimento médico relatando palpitações ocasionais. Ao exame físico, a ausculta cardíaca revela ritmo regular, bulhas normofonéticas, com presença de estalido mesossistólico melhor audível no foco mitral, seguido por sopro sistólico suave de intensidade variável que se prolonga até a sístole tardia. Os achados auscultatórios tornam-se mais intensos e mais próximos de B1 quando o paciente realiza a manobra de Valsalva. Assinale a alternativa que apresenta a anormalidade cardíaca MAIS PROVÁVEL nesse paciente:

- A. Comunicação interatrial tipo ostium secundum
- B. Comunicação interventricular
- C. Estenose aórtica subvalvar

D. Prolapso da valva mitral ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Estalido (clique) mesossistólico seguido de sopro sistólico tardio no foco mitral e a assinatura do prolapso da valva mitral. A manobra de Valsalva reduz a pré-carga e o volume do ventrículo esquerdo, fazendo o folheto prolapsar mais cedo: o clique se aproxima de B1 e o sopro se alonga - exatamente o descrito. CIA (A) da desdobramento fixo de B2, CIV (B) sopro holossistólico em barra e estenose subvalvar aórtica (C) sopro de ejeção sem clique mesossistólico. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Mulher de 70 anos queixa-se de empanzinamento epigástrico pós- prandial. Desconhece comorbidades e não faz uso de medicamentos. EXAMES DE LABORATÓRIO: vitamina B12 sérica 134pg/mL; gastrina sérica: >1.000pg/mL; anticorpo anti-célula parietal: reagente. Endoscopia digestiva alta: mucosa do corpo e fundo gástrico pálida e adelgada, com perda das pregas gástricas; a mucosa do antro está relativamente preservada. A biópsia da mucosa gástrica revela atrofia das glândulas oxínticas no corpo gástrico, associada a inflamatório linfoplasmocitário. O teste de urease para *H. pylori* é negativo. A mucosa antral está normal. A doença dessa paciente pode ser acompanhada de algumas complicações. Assinale a alternativa que NÃO apresenta uma complicação associada ao diagnóstico provável:

- A. Polineuropatia periférica
- B. Síndrome de super-crescimento bacteriano do intestino delgado
- C. Tumor neuroendócrino gástrico tipo 1

D. Úlcera péptica gástrica ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gastrite atrofica autoimune (anemia perniciosa): anticorpo anti-celula parietal reagente, atrofia restrita a corpo/fundo com antro preservado, B12 baixa e gastrina acima de 1.000. A hipocloridria explica o supercrescimento bacteriano (B), a hipergastrinemia crônica estimula as células enterocromafins e gera o tumor neuroendócrino gástrico tipo 1 (C), e a deficiência de B12 causa polineuropatia e degeneração combinada (A). Úlcera péptica gástrica exige ácido - e o que falta aqui. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Homem de 30 anos realiza avaliação periódica de saúde. Nega quaisquer queixas. Não possui comorbidades conhecidas e não faz uso crônico de medicamentos. Apresenta história familiar de anemia em dois primos.

EXAMES DE LABORATÓRIO: hemoglobina 11,4g/dL; hemácias 6,2 milhões/mm³; VCM 66fL; HCM 24pg; CHCM 32g/dL; RDW 13%; ferritina sérica 120ng/mL; saturação de transferrina 38%; bilirrubina total 1,3mg/dL; bilirrubina indireta 0,9mg/dL; LDH 220U/L; reticulócitos 2,8%; vitamina B12 410pg/mL; ácido fólico 8,2ng/mL; eletroforese de hemoglobina: hemoglobina A2 5,6% (VR 2,0-3,5%); hemoglobina fetal 3,2% (VR <1%).

Assinale a alternativa que apresenta a propedêutica sequencial MAIS ADEQUADA para avaliação da causa da anemia nesse paciente:

A. Biópsia de medula óssea

B. Estudo molecular do gene da globina beta ✓

C. Imunofenotipagem do sangue periférico para clone de hemoglobinúria paroxística noturna

D. Reposição de ferro e repetição da dosagem de ferritina e ferro sérico

COMENTÁRIO OSCELABS

Microcitose desproporcional a anemia (VCM 66 com Hb 11,4), contagem de hemácias alta (6,2 milhões), RDW normal, ferro e ferritina normais e, sobretudo, HbA2 de 5,6% com HbF 3,2%: e beta-talassemia menor (traco), coerente com a história familiar. A confirmação e o estudo molecular do gene da beta-globina. Reposição de ferro (D) e erro clássico - não há ferropenia (saturação 38%). Biópsia de medula (A) e imunofenotipagem para HPN (C) não se justificam sem citopenias ou hemólise. Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Homem de 24 anos apresenta tosse crônica produtiva com expectoração purulenta há seis anos. Descreve episódios frequentes de dispneia e febre acompanhadas de piora da tosse com aumento da expectoração no período. Relata histórico de múltiplos tratamentos para pneumonias recorrentes. Desconhece comorbidades, nega o uso de medicamentos de uso contínuo, tabagismo e uso de drogas. Ao exame físico, FR 18irpm, SpO₂ 93% (ar ambiente). Apresenta crepitações grosseiras difusas em ambas as bases pulmonares. O exame das mãos revela baqueteamento digital. A tomografia de tórax pode ser vista abaixo: Assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica MAIS ADEQUADA para esse caso:

A. Aspergilose broncopulmonar alérgica

B. Bronquiectasia ✓

C. Doença pulmonar obstrutiva crônica

D. Fibrose pulmonar idiopática

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse produtiva purulenta crônica há anos, exacerbações infecciosas repetidas, pneumonias de repetição, crepitações grosseiras nas bases e baqueteamento digital em jovem não tabagista formam o quadro clássico de bronquiectasia, confirmado pela tomografia. DPOC (C) e improvável sem tabagismo e não cursa com baqueteamento; fibrose pulmonar idiopática (D) dá estertores em velcro sem expectoração purulenta; a aspergilose broncopulmonar alérgica (A) surge sobre asma/fibrose cística, com IgE alta e eosinofilia. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Homem de 52 anos foi internado por causa de icterícia progressiva. iniciada há duas semanas, astenia intensa, febre e dor abdominal difusa. Refere que utilizou três comprimidos de paracetamol 750 mg nas últimas 24 horas para controle da febre. Nega uso de outros medicamentos e comorbidades. É etilista desde os 20 anos de idade e ingere cerca de 300mL de cachaça ao dia. Ao exame físico, apresenta icterícia, hepatomegalia dolorosa e discreto edema de membros inferiores. EXAMES DE LABORATÓRIO: AST 220U/L; ALT 95U/L; bilirrubina total 8,4mg/dL; bilirrubina direta 6,5mg/dL; GGT 320U/L; RNI 1,3; albumina 2,5g/dL; leucocitos 15.000/mm³; neutrófilos 9.840/mm³; sódio 138mEq/L; potássio 4,2mEq/L; cálcio total corrigido 9,2mg/dL; magnésio 2,0mg/dL; creatinina 0,9mg/dL; não reagente para HBsAg, anti-HBc IgM, anti-HAV IgM, anti-HCV, anti-HEV IgM, FAN, anti-LKM e anti-músculo liso; saturação de transferrina 12%; ceruloplasmina 25mg/dL e alfa-1-antitripsina 127mg/dL. Ultrassonografia abdominal: hepatomegalia difusa, sem dilatação de vias biliares ou lesões hepáticas focais. Assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica MAIS ADEQUADA nesse caso:

- A. Avaliar a prescrição de prednisolona ✓**
- B. Realizar o cadastro imediato para transplante hepático de urgência
- C. Prescrever ácido ursodesoxicólico e colestiramina
- D. Prescrever N-acetilcisteína

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista pesado com icterícia, febre, hepatomegalia dolorosa, leucocitose e AST/ALT com relação maior que 2 (220/95) e AST abaixo de 400: e hepatite alcoólica aguda, com sorologias e marcadores de outras hepatopatias negativos. Nas formas graves (calculadas por Maddrey ou MELD) indica-se corticoterapia com prednisolona. N-acetilcisteína (D) trata intoxicação por paracetamol - 2,25 g em 24 h não é dose tóxica. Transplante de urgência (B) e para hepatite fulminante, e o RNI de 1,3 sem encefalopatia não configura. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Paciente de 65 anos, com histórico de cirurgia abdominal prévia, é admitido no pronto-socorro com quadro de dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos biliosos há 48 horas. Ao exame físico, apresenta desidratação e o abdome está distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos. A gasometria arterial revela: pH: 7,52; PaCO₂: 52mmHg; HCO₃⁻: 39mEq/L; Cl: 88mEq/L; K: 3,2mEq/L; Na⁺: 135mEq/L. Qual é o DISTÚRBIO ÁCIDO-BASE PRIMÁRIO e a CAUSA MAIS PROVÁVEL, respectivamente?

- A. Alcalose metabólica com ânion-gap normal, causada por provável diarreia associada.
- B. Alcalose metabólica e acidose respiratória, causada por insuficiência respiratória.
- C. Alcalose metabólica hipoclorêmica, causada por perda de ácido gástrico e fluidos. ✓**
- D. Alcalose respiratória, causada por hiperventilação compensatória.

COMENTÁRIO OSCELABS

Obstrução intestinal com 48 horas de vômitos: a perda de suco gástrico (H⁺ e cloreto) gera alcalose metabólica hipocloremica e hipocalemica - o laboratório mostra exatamente isso (pH 7,52, HCO₃ 39, Cl 88, K 3,2). A PaCO₂ de 52 mmHg não é um segundo distúrbio, e a hipovolemia compensatória esperada. A hipovolemia perpetua a alcalose, e a correção se faz com salina isotônica e potássio. Diarreia (A) causaria acidose, não alcalose. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, de 45 anos é submetido à laparotomia exploradora de urgência após trauma abdominal grave. No segundo dia pós-operatório, a equipe nota aumento da frequência cardíaca, oligúria, hiperglicemia e balanço nitrogenado negativo. Estas manifestações clínicas são MAIS COMPATÍVEIS com qual fase da resposta orgânica ao trauma?

- A. Fase de Fluxo (Flow Phase). ✓**
- B. Fase de Recuperação catabólica.
- C. Fase de Refluxo (Ebb Phase).
- D. Fase de Resposta inflamatória sistêmica controlada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquicardia, hiperglicemia (resistencia insulínica), oligúria e balanço nitrogenado negativo no 2o dia de pos-operatório caracterizam a fase de fluxo (flow phase) da resposta metabólica ao trauma: hipermetabólica e catabólica, mediada por catecolaminas, cortisol e glucagon, com pico entre 24 e 72 horas. A fase ebb (C) e a das primeiras horas, hipometabólica, de hipoperfusão e conservação de volume. A recuperação anabólica vem depois, com balanço nitrogenado positivo. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Um cirurgião geral está preparando a mesa cirúrgica para realização de excisão de cisto de pele sob anestesia local, em paciente de 70 anos. O paciente tem histórico de doença arterial coronariana com colocação de stent e hipertensão arterial de difícil controle. O cirurgião opta por usar solução de anestésico local sem epinefrina. O acadêmico de medicina que estava acompanhando o cirurgião lhe questiona o motivo para o uso de anestésico sem epinefrina. Qual foi o argumento CORRETO que provavelmente o cirurgião utilizou para justificar sua escolha, neste caso?

- A. A epinefrina altera o pKa do anestésico local aumentando a latência anestésica.
- B. A epinefrina aumenta o pH do tecido, o que diminui a eficácia da anestesia local.
- C. A epinefrina pode causar necrose tecidual em qualquer área do corpo, independentemente da condição do paciente.
- D. A epinefrina pode ter efeitos sistêmicos, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A epinefrina do anestésico local sofre absorção sistêmica e pode elevar frequência cardíaca e pressão arterial - risco desnecessário em coronariopata com stent e hipertensão de difícil controle submetido a procedimento pequeno. Por isso o cirurgião a omitiu. A epinefrina, na verdade, reduz a absorção sistêmica e PROLONGA a anestesia (A e B invertem a farmacologia); e a antiga proibição em extremidades (C) foi relativizada, não valendo para qualquer área do corpo. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, de 66 anos, submetido a colecistectomia laparoscópica há cinco dias, é admitido na emergência com febre (38,5°C), taquicardia (110bpm), hipotensão arterial (80/50mmHg), taquipneia (24irpm) e alteração do nível de consciência. Exames laboratoriais revelam leucocitose (18.000/mm³) e lactato sérico de 2,5mmol/L. Ao exame físico, apresenta dor e sinais flogísticos com saída de secreção purulenta na ferida cirúrgica supra-umbilical. Qual, dentre as opções abaixo, deve ser a conduta inicial MAIS ADEQUADA?

- A. Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro imediatamente e realizar tomografia do abdome.
- B. Colher culturas e aguardar o resultado para iniciar a antibioticoterapia direcionada.

C. Iniciar fluidoterapia agressiva com cristaloides e encaminhar o paciente para debridamento cirúrgico da ferida. ✓

D. Monitorar o paciente por seis horas e, se os sintomas persistirem, iniciar antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico (hipotensão, taquicardia, taquipneia, alteração do sensorio, leucocitose e lactato elevado) com foco evidente na ferida operatória purulenta. O pacote da primeira hora exige ressuscitação com cristaloides, culturas, antibiótico precoce e - decisivo aqui - CONTROLE DO FOCO: a ferida infectada precisa ser aberta e debridada. Aguardar cultura (B) ou observar seis horas (D) aumentam mortalidade; tomografia (A) atrasa o que já está visível ao exame físico. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Paciente do sexo feminino, de 64 anos, com histórico de hipertensão e em uso de hidroclorotiazida, será submetida a colecistectomia eletiva. Nos exames pré-operatórios, o nível sérico de potássio é de 3,1mEq/L. Qual é a conduta MAIS APROPRIADA?

A. Administrar rapidamente potássio intravenoso, antes do início da cirurgia.

B. Iniciar a reposição de potássio por via oral e adiar a cirurgia até que os níveis de potássio se normalizem. ✓

C. Proceder a cirurgia e repor potássio por via intravenosa no pós-operatório.

D. Suspende o diurético no dia anterior à cirurgia e monitorar o potássio no pós-operatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipocalemia de 3,1 mEq/L induzida por tiazídico antes de cirurgia ELETIVA aumenta o risco de arritmia e de potencialização de bloqueadores neuromusculares. Como o procedimento não é urgente, a conduta segura é repor potássio por via oral e adiar a cirurgia até a normalização. Reposição intravenosa rápida (A) é arriscada e reservada a hipocalemia grave/sintomática; operar e corrigir depois (C) expõe o paciente a um risco evitável. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, de 63 anos é submetido a ressecção de tumor cerebral e, no segundo dia pós-operatório, apresenta letargia, confusão mental e convulsões. Os exames laboratoriais revelam sódio sérico de 118mEq/L, osmolaridade plasmática de 240mOsm/kg, potássio sérico de 4,3mEq/L e osmolaridade urinária de 450mOsm/kg. O balanço hídrico é positivo. Qual é a causa MAIS PROVÁVEL da hiponatremia deste paciente?

A. Hiponatremia dilucional por administração excessiva de soro glicosado

B. Insuficiência adrenal aguda

C. Síndrome de perda cerebral de sal

D. Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiponatremia hipoosmolar (Na 118, osmolaridade plasmática 240) com urina inapropriadamente concentrada (450 mOsm/kg) e balanço hídrico POSITIVO, após neurocirurgia, define a SIADH - o ADH continua sendo secretado apesar da hipoosmolaridade. A síndrome cerebral perdedora de sal (C) tem o mesmo perfil laboratorial, mas cursa com hipovolemia e balanço negativo, o oposto do descrito. Hiponatremia por soro glicosado (A) diluiria a urina, e a insuficiência adrenal (B) costuma vir com hipercalemia. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Homem de 64 anos com histórico de enfisema grave é internado devido a hematemese. O sangramento cessa logo após a admissão, mas o paciente fica confuso e agitado. Os gases sanguíneos arteriais são os seguintes: pH 7,23; PO₂ 42 mmHg; PCO₂ 75 mmHg. Qual das seguintes opções é a MELHOR TERAPIA para corrigir os distúrbios apresentados por este paciente?

- A. Administrar 10 mg de dexametasona intravenosa
- B. Corrigir a acidose com bicarbonato de sódio
- C. Corrigir a hipoxemia com O₂ nasal de alto fluxo
- D. Intubar o paciente e instituir ventilação mecânica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Acidose respiratória aguda descompensada (pH 7,23 com PCO₂ 75) e hipoxemia grave (PO₂ 42) em enfisematoso já com rebaixamento do sensorio - narcose por CO₂. O único tratamento que corrige o distúrbio e a ventilação: intubar e ventilar. Oxigênio em alto fluxo isolado (C) melhora a saturação mas agrava a hipercapnia e a acidose; bicarbonato (B) não trata a causa e gera mais CO₂; corticoide (A) não age no tempo necessário. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, de 48 anos, apresenta quadro de perda ponderal não intencional, palpitações e intolerância ao calor nos últimos três meses. Exame físico mostra nódulo palpável em lobo direito da tireoide, de cerca de 2,5cm, indolor, além de taquicardia em repouso (110bpm). Os exames laboratoriais revelam TSH suprimido e T₄ livre elevado. Realizada cintilografia de tireoide, que revelou captação aumentada no nódulo do lobo direito, com supressão do parênquima tireoidiano adjacente. Qual é o diagnóstico MAIS PROVÁVEL?

- A. Carcinoma papilífero da tireoide.
- B. Doença de Graves.
- C. Doença de Plummer. ✓**
- D. Tireoidite subaguda de De Quervain.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tireotóxicose (TSH suprimido, T₄ livre alto) com nódulo único de 2,5 cm HIPERCAPTANTE a cintilografia e supressão do parênquima adjacente e o adenoma tóxico, ou doença de Plummer. Na doença de Graves (B) a captação é difusa e homogênea, geralmente com oftalmopatia. A tireoidite de De Quervain (D) cursa com dor cervical e captação REDUZIDA. Carcinoma papilífero (A) tipicamente se apresenta como nódulo frio e sem hipertireoidismo. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Paciente do sexo feminino, de 56 anos, ASA II, iniciou com dor abdominal no hipocôndrio direito há 36 horas associada a náuseas. Ultrassonografia de abdome evidenciou vesícula distendida, paredes espessadas e cálculo único impactado no infundíbulo. Dentre as alternativas abaixo, assinale a MELHOR CONDUTA:

- A. Antibioticoterapia por 7-10 dias e colecistectomia tardia
- B. Colecistectomia laparoscópica precoce com equipe experiente ✓**
- C. Colecistostomia percutânea, sob anestesia local e sedação
- D. Colangiopancreatografia retrograda endoscópica é obrigatória antes da cirurgia

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite aguda litiasica (dor em hipocondrio direito, vesicula distendida, parede espessada, calculo impactado no infundibulo) com 36 horas de evolucao em paciente ASA II. A conduta de escolha e a colecistectomia laparoscopica precoce, idealmente nas primeiras 72 horas - menos complicacoes e menor tempo de internacao que a cirurgia tardia (A). Colecistostomia percutanea (C) fica para pacientes de alto risco cirurgico. CPRE (D) so se houver suspeita de coledocolitiase. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, de 72 anos, desenvolve disfagia para sólidos e líquidos e perda de peso de 21Kg nos últimos seis meses. Ele é submetido a endoscopia digestiva alta, que revela lesão infiltrativa no esôfago torácico médio. As biópsias confirmaram carcinoma espinocelular. Programa-se quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes seguidas de esofagectomia. No pré- operatório, é indicada nutrição parenteral total, considerando a grave desnutrição do paciente, refletida também por albumina sérica de 1,1g/dL. Qual das seguintes opções constitui a PREOCUPAÇÃO INICIAL MAIS IMPORTANTE, antes de iniciar nutrição parenteral total neste paciente?

- A. Hipercalemia
- B. Hipermagnesemia
- C. Hipocloremia
- D. Hipofosfatemia ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Desnutricao grave com perda de 21 kg e albumina de 1,1 g/dL: ao iniciar nutricao parenteral, o aporte abrupto de glicose dispara insulina e joga fosfato, potassio e magnesio para o intracelular. E a síndrome de realimentacao, cujo marcador central e a HIPOFOSFATEMIA, capaz de causar fraqueza muscular, insuficiencia respiratoria, arritmias e rabdomiolise. Por isso se corrige eletrólitos, repoe tiamina e avanca as calorias lentamente. Espera-se hipocalemia e hipomagnesemia, nao os disturbios opostos de A e B. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, de 32 anos, previamente hígido, é submetido a pancreatectomia distal, esplenectomia e colectomia parcial devido a ferimento por arma de fogo no quadrante superior esquerdo do abdome. Uma semana depois, desenvolve calafrios e tremores, e apresenta pico febril de 39,4°C. Sua pressão arterial é 70/40mmHg, a frequência de pulso é 140 batimentos por minuto e a frequência respiratória é 45 incursões respiratórias por minuto. Ele é transferido para a unidade de terapia intensiva (UTI), onde é intubado. Ao exame físico, apresenta extremidades quentes, enchimento capilar rápido e pele avermelhada. Qual das seguintes alterações é MAIS CONDIZENTE com o seu estado clínico?

- A. Aumento da pressão arterial pulmonar
- B. Aumento da pressão venosa central
- C. Aumento da resistência vascular periférica
- D. Aumento do débito cardíaco ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque septico em fase hiperdinamica, o chamado choque quente: extremidades quentes, enchimento capilar rapido e pele avermelhada refletem vasodilatacao com queda da resistencia vascular periferica, compensada por AUMENTO do debito cardiaco. E o padrao hemodinamico oposto ao do choque cardiogenico ou hipovolemico, em que as extremidades sao frias, a RVP e alta e o debito e baixo. A pressao venosa central tende a estar baixa pela vasoplegia e pelo extravasamento capilar. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

MJ, sexo masculino, 58 anos, natural de Florianópolis, divorciado e engenheiro. Tem histórico de hipertensão arterial e diabetes tipo 2 que estão sob controle com o uso de Losartana e Metformina. Nos últimos seis meses, vem apresentando episódios de dor abdominal intermitente e mudança do hábito intestinal, com alternância de constipação e diarreia. Refere ainda perda de peso involuntária de cerca de 5Kg e presença de sangue nas fezes, especialmente após episódios de diarreia. Com base nas informações do caso clínico, qual dentre as seguintes alternativas representa a CONDUTA INICIAL MAIS APROPRIADA para o manejo do paciente?

- A. Encaminhar o paciente à psiquiatria para avaliação de transtornos alimentares.
- B. Iniciar tratamento com antibióticos para provável infecção intestinal.
- C. Solicitar pesquisa de sangue oculto nas fezes e recomendar aumento da ingestão de fibras na dieta.
- D. Solicitar de imediato colonoscopia, para avaliação das alterações intestinais. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 58 anos com mudança do hábito intestinal há seis meses, perda ponderal involuntária de 5 kg e sangramento nas fezes reúne sinais de alarme para câncer colorretal. Nesse cenário não se rastreia - se INVESTIGA: colonoscopia imediata, que diagnostica e permite biópsia. Sangue oculto e fibras (C) são ferramenta de rastreamento em assintomáticos e apenas atrasariam o diagnóstico. Antibiótico (B) e psiquiatria (A) ignoram os sinais de alarme. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Paciente negro, do sexo masculino, de 22 anos com anemia falciforme apresenta dor e edema em membro inferior direito. Ressonância magnética óssea revela osteomielite da diáfise da tíbia. Das opções abaixo, assinale o microorganismo encontrado com MAIS FREQUÊNCIA nestes casos do que na população em geral:

- A. Bacteroides spp
- B. Haemophilus influenzae
- C. Klebsiella spp
- D. Salmonella spp ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na anemia falciforme, o infarto ósseo e a autoesplenectomia funcional criam terreno peculiar: embora o Staphylococcus aureus siga sendo o agente mais comum de osteomielite em termos absolutos, a Salmonella é desproporcionalmente mais frequente nesses pacientes do que na população geral - a pergunta cobra exatamente essa associação clássica, ligada a microinfartos intestinais e bacteriemia por germes encapsulados. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Qual das seguintes opções constitui contraindicação ao tratamento NÃO operatório de lesão traumática esplênica?

- A. Distúrbio hematológico prévio
- B. Instabilidade hemodinâmica ✓**
- C. Outras lesões de órgãos sólidos
- D. Paciente pediátrico

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento não operatorio do trauma esplênico depende de uma condição inegociável: estabilidade hemodinâmica. Instabilidade que não responde a reposição volêmica indica laparotomia imediata, independentemente do grau da lesão pela tomografia. Idade pediátrica (D) na verdade favorece a conduta conservadora, e lesões associadas de outros órgãos sólidos (C) também podem ser manejadas sem cirurgia se o doente estiver estável. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, de meia-idade, vítima de acidente com a colisão entre dois caminhões ficou preso nas ferragens. SAMU chegou à cena e o encontrou torporoso, sem respostas verbal ou motora, e sem proteger as vias aéreas. A respiração estava agônica e com ferimento de 1cm, "soprante no hemitórax esquerdo próximo ao mamilo. Foi evidenciado também um ferimento profundo de 4cm de extensão em região femoral esquerda, com sangramento arterial ativo em jato. Paciente do sexo masculino, de meia-idade, vítima de acidente com a colisão entre dois caminhões ficou preso nas ferragens. SAMU chegou à cena e o encontrou torporoso, sem respostas verbal ou motora, e sem proteger as vias aéreas. A respiração estava agônica e com ferimento de 1cm, "soprante" no hemitórax esquerdo próximo ao mamilo. Foi evidenciado também um ferimento profundo de 4cm de extensão em região femoral esquerda, com sangramento arterial ativo em jato. Considerando a gravidade do paciente, qual deve ser a medida imediata MAIS IMPORTANTE a ser tomada no momento:

- A. Controle do sangramento arterial na coxa esquerda com curativo oclusivo ✓**
- B. Drenagem torácica esquerda do pneumotórax aberto
- C. Entubação orotraqueal imediata para proteção das vias aéreas
- D. Punção venosa periférica com reposição volêmica vigorosa

COMENTÁRIO OSCELABS

O XABCDE do trauma coloca o controle da hemorragia exsanguinante ANTES da via aérea: sangramento arterial em jato na coxa mata em minutos e deve ser contido de imediato (compressão direta/torniquete). Feito isso, seguem-se a via aérea definitiva (C) e o curativo de três pontas com posterior drenagem do pneumotórax aberto (B). Reposição volêmica vigorosa (D) sem controle do foco de sangramento apenas dilui fatores e agrava a coagulopatia. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Adolescente de 15 anos procura atendimento médico em uma Unidade Básica de Saúde, desacompanhado dos pais, relatando início recente da vida sexual e solicitando orientação sobre métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Ele pede ao médico que mantenha a consulta em sigilo, pois teme represálias familiares. Diante desse quadro, com base nas recomendações sobre o manejo das ISTs em adolescentes no contexto da atenção primária e dos dilemas éticos e legais sobre autonomia e consentimento do adolescente, assinale a alternativa CORRETA:

- A. O adolescente poderá receber aconselhamento, sendo vedada a prescrição de métodos contraceptivos ou solicitação de exames sem a presença ou autorização dos responsáveis
- B. O atendimento deve ser realizado, respeitando a confidencialidade e a autonomia progressiva do adolescente, desde que não haja risco iminente à sua saúde ou à de terceiros ✓**
- C. O médico não deverá realizar o atendimento, orientando que apenas os pais ou responsáveis legais podem autorizar consultas e tratamentos nessa faixa etária
- D. O sigilo profissional não pode ser garantido em nenhuma hipótese, sendo obrigatória a comunicação do conteúdo da consulta aos pais ou responsáveis

COMENTÁRIO OSCELABS

O ECA e o Código de Ética Médica garantem ao adolescente atendimento com confidencialidade e reconhecem sua autonomia progressiva: ele pode ser atendido desacompanhado, receber orientação contraceptiva, prescrição e exames. O sigilo só cede diante de risco iminente à sua saúde ou a de terceiros (ideação suicida, violência sexual, gravidez em menor de 14 anos) - e mesmo então com o adolescente informado. Negar atendimento (C) ou exigir presença dos pais (A) afasta o jovem do serviço e amplia o risco. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

As parasitoses intestinais são consideradas como importante problema de saúde e associadas à precariedade de saneamento. O quadro clínico, em geral, é oligossintomático ou assintomático. Em relação aos nematelmintos, também denominados geo-helmintos, é **CORRETO** afirmar que:

- A. A anemia ferropriva está diretamente relacionada à presença de *Ascaris lumbricoides* e *Enterobius vermicularis* que se alimentam de sangue na mucosa intestinal
- B. Em todos os tipos de geo-helmintos, a penetração no hospedeiro ocorre via pele ou por via oral, o que permite a entrada de várias formas infectantes no hospedeiro
- C. São representados pelo *Ascaris lumbricoides*, *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale* e *Strongyloides stercoralis* ✓**
- D. O método de exame direto das fezes frescas pode determinar qualquer parasitose, com alto nível de sensibilidade

COMENTÁRIO OSCELABS

Geo-helmintos são os nematelmintos cujo ciclo depende do solo: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Enterobius vermicularis*, os ancilostomídeos (*Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*) e *Strongyloides stercoralis*. A anemia ferropriva se associa aos ancilostomídeos, hematofagos, e não a *Ascaris* ou *Enterobius* (A). Nem todos penetram pela pele - *Ascaris*, *Trichuris* e *Enterobius* são apenas de transmissão oral (B). O exame direto de fezes tem sensibilidade limitada e exige métodos de concentração e amostras seriadas (D). Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Criança de quatro anos de idade é admitida no hospital com tosse produtiva e febre há cinco dias. Ao exame físico apresenta taquipneia, murmúrio vesicular abolido na base do pulmão esquerdo e saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente. Realizada radiografia de tórax que identificou condensação em base esquerda e derrame pleural moderado. Em relação ao diagnóstico deste caso, assinale a alternativa **CORRETA**:

- A. A criança com pneumonia e derrame pleural pode ser tratada com ampicilina, desde que esteja em boas condições clínicas ✓**
- B. A ultrassonografia não está indicada por ser uma modalidade de imagem pouco sensível para avaliar o espaço pleural em crianças com pneumonia adquirida na comunidade
- C. A vacina pneumocócica 10-valente disponível no Programa Nacional de Imunizações contempla os principais sorotipos de pneumococos causadores de pneumonias na infância
- D. Está indicada a drenagem do derrame pleural por se tratar de criança menor de 5 anos e estar associado a pneumonia bacteriana

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia adquirida na comunidade com derrame pleural em criança: a etiologia predominante segue sendo o pneumococo, e a ampicilina/penicilina cristalina continua sendo a escolha empírica quando a criança está em boas condições clínicas. A ultrassonografia (B) é justamente o método MAIS sensível para caracterizar septações e volume do derrame. A VPC10 não cobre sorotipos importantes como o 19A e o 3 (C). A drenagem (D) não se indica pela idade, e sim por derrame volumoso, empiema ou repercussão respiratória. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Recém-nascido prematuro extremo (29 semanas), com 1.100g, internado em UTI neonatal, evolui com quadro de enterocolite necrosante (ECN) estágio II. A conduta proposta pela equipe foi conservadora (não cirúrgica) e iniciou-se plano de reintrodução alimentar após estabilização hemodinâmica e infecciosa do quadro.

Considerando as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde sobre nutrição neonatal, qual é a conduta nutricional MAIS ADEQUADA esse contexto?

- A. Iniciar alimentação com fórmula infantil de partida, por ser mais calórica e favorecer ganho ponderal rápido
- B. Iniciar alimentação com leite integral em pó, por ser economicamente viável e de fácil acesso em unidades públicas
- C. Manter jejum prolongado até completa cicatrização intestinal, com nutrição parenteral exclusiva por pelo menos 14 dias
- D. Utilizar leite humano pasteurizado proveniente de banco de leite, por reduzir risco de recorrência de enterocolite e promover recuperação intestinal ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Após enterocolite necrosante estágio II manejada clinicamente, a reintrodução alimentar deve ser feita com leite humano - do próprio banco de leite, pasteurizado, quando o materno não está disponível. O leite humano tem fatores tróficos, IgA e oligossacarídeos que reduzem a incidência e a recorrência de ECN e aceleram a recuperação da mucosa. Fórmula (A) aumenta o risco; leite de vaca integral (B) é contraindicado no lactente, ainda mais prematuro; jejum prolongado obrigatório de 14 dias (C) não é recomendado. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Paciente de dois anos dá entrada no pronto socorro agitado, com quadro de tosse rouca, estridor acentuado em repouso, dispnéia, entrada de ar reduzida e retração na fúrcula esternal moderada. Mãe refere história de febre há três dias. Em relação ao caso, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A agitação e o choro podem piorar o quadro de obstrução na crupe viral ✓**
- B. A radiografia cervical é fundamental para diagnóstico do quadro de crupe
- C. Deve-se observar boa resposta terapêutica ao tratamento com corticosteroides nos casos de crupe de etiologia viral e bacteriana
- D. Trata-se de um caso de crupe cujo tratamento deve ser realizado ambulatorialmente com dexametasona oral

COMENTÁRIO OSCELABS

Crupe (laringotraqueíte viral) com estridor em repouso, tiragem e agitação: o choro e a agitação aumentam o fluxo turbulento e pioram a obstrução, por isso mantém-se a criança calma e no colo do cuidador, além de corticoide e adrenalina nebulizada. O diagnóstico e clínico - a radiografia cervical (B) é dispensável. Esse caso é moderado/grave, exigindo observação em serviço e não alta simples (D). Crupe bacteriano/traqueíte não responde a corticoide (C). Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Criança de sete anos é atendida no pronto socorro com relato de febre há três dias, mialgia e artralgia em mãos e pés. Ao exame físico observa-se fígado a 3cm do rebordo costal direito, doloroso à palpação e sangramento gengival. Diante da suspeita de arbovirose, assinale a alternativa que descreve o tratamento MAIS ADEQUADO para esse paciente, neste momento:

A. Hidratação oral e transfusão de plaquetas

B. Hidratação venosa e dipirona ✓

C. Ibuprofeno e ácido acetilsalicílico

D. Prednisona e paracetamol

COMENTÁRIO OSCELABS

Arbovirose com febre, mialgia, artralgia, sangramento gengival e hepatomegalia dolorosa maior que 2 cm: são sinais de alarme de dengue, que classificam o paciente no grupo C - hidratação VENOSA imediata com cristalóide e analgesia/antitermia com dipirona ou paracetamol. AAS e AINE (C) são proscritos pelo risco hemorrágico. Transfusão de plaquetas (A) não é profilática na dengue, e corticoide (D) não tem indicação. Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Criança de dois anos de idade é hospitalizada para tratamento de impetigo em membros inferiores. Durante a internação foi prescrito ampicilina. No terceiro dia de tratamento, o paciente apresenta piora clínica e evolui com quadro de pneumonia associada. Assinale a alternativa que descreve o agente infeccioso comumente relacionado a quadros de impetigo e pneumonia na infância e o tratamento mais adequado nesse caso:

A. Haemophilus influenzae do tipo B e amoxicilina

B. Staphylococcus aureus e oxacilina ✓

C. Streptococcus pneumoniae e cefalexina

D. Streptococcus pyogenes e gentamicina

COMENTÁRIO OSCELABS

Impetigo que não responde a ampicilina e evolui com pneumonia na criança pequena aponta para Staphylococcus aureus, produtor de betalactamase e classicamente associado a pneumonia necrosante com pneumatoceles e derrame. O tratamento é oxacilina (ou vancomicina/clindamicina se houver suspeita de MRSA comunitário). Amoxicilina (A) e cefalexina (C) não cobrem adequadamente esse cenário de falha terapêutica, e gentamicina (D) não é droga para S. pyogenes. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Lactente com sete meses de idade comparece ao serviço de saúde com relato de ter iniciado, há dois meses, quadro de diarreia, declínio do ganho de peso e distensão abdominal. Recebeu aleitamento materno até os quatro meses, que foi suspenso após introdução de fórmula infantil à base de leite de vaca. Início de glúten na dieta há um mês. Nega história de atopia, doenças autoimunes ou doença celíaca em familiares. Paciente sem história de atopias. Diante do quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA para a abordagem inicial deste caso:

A. As bebidas (leites) de arroz, aveia e amêndoas devem ser recomendadas e o glúten deve ser mantido até o esclarecimento do diagnóstico

B. As fórmulas infantis sem leite de vaca e dieta sem glúten devem ser indicadas, dando preferência às fórmulas com lactose e à base de aminoácidos

C. Está indicada a suspensão total da ingestão de leite de vaca e seus derivados por duas a quatro semanas, e, a seguir, deve ser realizado o teste de provocação oral ✓

D. Será necessário solicitar exames para diagnóstico diferencial, incluindo teste de IGE para leite de vaca, dosagem de IgA sérica e antitransglutaminase IgA

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente que inicia diarreia, distensão e queda do ganho ponderal após a troca do leite materno por fórmula de leite de vaca tem, até prova em contrário, alergia à proteína do leite de vaca. A abordagem inicial e diagnóstica e terapêutica ao mesmo tempo: dieta de exclusão total de leite de vaca e derivados por 2 a 4 semanas, seguida de teste de provocação oral. Doença celíaca é improvável com apenas um mês de gluten (o quadro começou antes). Bebidas vegetais (A) não substituem fórmula no lactente. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Pré-escolar, quatro anos de idade, apresenta há três dias olhos vermelhos, lacrimejamento, secreção amarelada abundante e adesão das pálpebras ao acordar. Refere leve desconforto ocular, sem dor intensa ou fotofobia. Pais relatam que a criança frequenta creche e não há história de trauma ocular. Considerando a apresentação clínica, qual é o diagnóstico MAIS PROVÁVEL e a CONDUTA INICIAL ADEQUADA?

A. Conjuntivite alérgica - prescrever colírio antibiótico tópico e anti-histamínico por via oral

B. Conjuntivite bacteriana - prescrever colírio antibiótico tópico, manter higiene ocular e observar evolução ✓

C. Conjuntivite viral - orientar higiene ocular e observar; antibióticos tópicos não são necessários na maioria dos casos

D. Uveíte aguda - encaminhar imediatamente para avaliação oftalmológica de urgência

COMENTÁRIO OSCELABS

Secreção amarelada abundante, pálpebras coladas ao despertar e hiperemia bilateral em criança de creche caracterizam conjuntivite BACTERIANA - a purulência franca e a aderência palpebral são os achados que a separam da viral, tipicamente aquosa e com adenopatia pre-auricular. Conduta: colírio antibiótico tópico, higiene ocular e reavaliação. Conjuntivite alérgica (A) cursa com prurido intenso e secreção clara; uveíte (D) traria dor, fotofobia e hiperemia perilimbar. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Menina de cinco anos de idade é levada ao pronto-socorro com edema periorbital e nos membros inferiores, além de urina espumosa há três dias. A mãe relata que a criança estava com um resfriado na semana anterior. Exames laboratoriais iniciais mostram hematuria microscópica, proteinúria de 3+, albumina sérica de 2,4g/dL (baixa) e creatinina sérica de 0,42g/L (normal para a idade). Qual dos achados abaixo é o MAIS INDICATIVO de síndrome nefrótica e não de glomerulonefrite aguda?

A. A idade e o sexo da paciente

B. A presença de hematuria microscópica

C. O edema como manifestação clínica principal

D. O grau da proteinúria apresentado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema e hematuria microscópica aparecem tanto na síndrome nefrótica quanto na glomerulonefrite aguda pós-infecciosa - por isso não discriminam (B e C). O que define o padrão nefrótico e a magnitude da perda proteica: proteinúria maciça (3+, acima de 50 mg/kg/dia) com hipoalbuminemia de 2,4 g/dL. Na GNPE a proteinúria é habitualmente subnefrotica e domina o quadro nefrítico com hipertensão e oligúria. Idade e sexo (A) apenas ajustam probabilidade. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Pré-escolar, três anos de idade, previamente hígido, é levado à emergência pelos pais por apresentar petéquias em tronco e membros inferiores e equimoses generalizadas, surgidas há 48 horas. Os pais relatam que a criança apresentou quadro gripal recente, já resolvido. Ao exame físico, o paciente apresenta-se ativo, sorridente, sem outros sinais de sangramento além das petéquias e equimoses. O hemograma revela plaquetopenia - $15.000/\text{mm}^3$ com os demais parâmetros hematológicos (hemoglobina, leucócitos) dentro da normalidade. Qual é a CONDOTA INICIAL MAIS APROPRIADA para este paciente?

- A. Administrar imunoglobulina humana intravenosa (IVIG) e avaliar alta hospitalar após elevação das plaquetas
- B. Iniciar corticoterapia com prednisolona 2mg/Kg/dia e internar para observação por 72 horas

C. Manter observação clínica ambulatorial e orientar os pais sobre sinais de alerta e cuidados gerais, como evitar esportes de contato ✓

- D. Realizar transfusão de plaquetas para prosseguir com aspirado de medula óssea para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento

COMENTÁRIO OSCELABS

Petequias e equimoses após quadro viral, criança em ótimo estado geral, plaquetopenia isolada com hemograma no mais normal: purpura trombocitopenica imune. A conduta atual e guiada pelo SANGRAMENTO, não pelo número de plaquetas - sem sangramento maior, indica-se observação ambulatorial com orientação aos pais e restrição de esportes de contato. Corticoide (B) e imunoglobulina (A) ficam para sangramento significativo. Transfusão de plaquetas (D) é ineficaz e o mielograma não é obrigatório no quadro típico. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Recém-nascido, 48 horas de vida, nascido de parto vaginal, apresentando recusa alimentar, irritabilidade e hipotermia. A mãe apresentou febre de 39°C no período periparto. O exame físico revela taquipneia e cianose de extremidades. A avaliação laboratorial inicial mostra leucocitose com desvio à esquerda. A equipe médica suspeita de sepse neonatal. Dentre as opções abaixo, qual se enquadra como PRINCIPAL FATOR DE RISCO na definição do quadro como sepse neonatal de início precoce?

A. A febre materna no período periparto ✓

- B. A leucocitose com desvio à esquerda
- C. A presença de recusa alimentar e irritabilidade
- D. A via de parto ter sido a vaginal

COMENTÁRIO OSCELABS

Sepse neonatal PRECOCE (até 72 horas) decorre da transmissão vertical, e a febre materna periparto - marcador de corioamnionite - e o fator de risco clássico, ao lado de bolsa rota prolongada, prematuridade e colonização materna por estreptococo do grupo B. Recusa alimentar e irritabilidade (C) e a leucocitose com desvio (B) são manifestações/achados do quadro, não fatores de risco. O parto vaginal por si só (D) não é fator de risco. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Lactente de quatro meses é levado ao atendimento médico com relato de febre, tosse e cansaço há cinco dias. Ao exame físico identifica-se taquipnéia, crepitações finas bilaterais e retração subcostal e intercostal moderadas. Quanto ao quadro acima, assinale a alternativa CORRETA:

A. A vacina contra o vírus respiratório sincicial está indicada para as gestantes com o objetivo de proteger o bebê através da passagem transplacentária de anticorpos maternos ✓

- B. Deve receber vacina contra influenza, que tem como objetivo proteger esse lactente nos primeiros seis meses de vida
- C. O lactente deverá ser vacinado contra Covid-19 aos seis meses somente se pertencer a grupos de risco para complicações
- D. Quadro clínico sugere pneumonia viral cuja principal etiologia nessa idade é o vírus influenza

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra o vírus sincicial respiratório é aplicada na GESTANTE (entre 28 e 36 semanas) para que anticorpos atravessem a placenta e protejam o lactente nos primeiros meses - alternativa que também se complementa com o anticorpo monoclonal nirsevimab. A vacina de influenza só é aplicada a partir dos 6 meses, e a proteção antes disso vem da vacinação materna (B). Nessa faixa etária a principal etiologia de infecção respiratória baixa é o VSR, não a influenza (D). Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Menina de quatro anos foi encaminhada ao ambulatório de Pediatria por atraso na linguagem e dificuldades de socialização. Os pais relatam que ela fala poucas palavras, não interage com colegas na escola e apresenta episódios de irritabilidade quando há mudanças na rotina. A avaliação neuropsicológica confirmou o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), sem deficiência intelectual associada. O exame físico é normal e não há comorbidades clínicas relevantes. Os pais estão ansiosos por uma intervenção rápida e perguntam sobre as condutas iniciais mais indicadas. Com base nas recomendações de guidelines internacionais (AAP, NICE, DSM-5), qual é a conduta MAIS ADEQUADA neste momento?

- A. Encaminhar a criança para terapia fonoaudiológica, pois o foco principal nesse momento deve ser o atraso de linguagem
- B. Orientar que a prioridade é iniciar intervenção precoce baseada em terapias comportamentais estruturadas, associada a treinamento parental ✓**
- C. Prescrever risperidona para controlar irritabilidade e iniciar psicoterapia individual de apoio
- D. Reforçar que, por não haver deficiência intelectual associada, a criança pode aguardar evolução clínica antes de iniciar tratamento especializado

COMENTÁRIO OSCELABS

No transtorno do espectro autista sem deficiência intelectual, a prioridade é iniciar IMEDIATAMENTE a intervenção precoce baseada em terapias comportamentais estruturadas (análise do comportamento aplicada, modelos naturalistas de desenvolvimento) associada ao treinamento parental - a plasticidade nesta idade é o principal determinante de prognóstico. Fonoaudiologia isolada (A) é parte, mas não substitui o programa. Risperidona (C) só entra em irritabilidade/agressividade graves. Aguardar evolução (D) desperdiça a janela terapêutica. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Lactente de sete meses da entrada no pronto socorro com relato de febre há 36 horas e dois episódios de convulsão focal na última noite. Está em tratamento de otite média aguda. A mãe informa que as crises duraram cerca de cinco minutos. Realizada punção lombar que mostrou 4 leucócitos/mm³ (100% linfócitos), glicose: 66mg/dL (glicemia capilar no momento da coleta: 92mg/dL) e proteínas 24mg/dL. Em relação ao caso, assinale o diagnóstico MAIS PROVÁVEL:

- A. Convulsão febril complexa, pois as crises se repetiram em 24 horas ✓**
- B. Convulsão febril simples, pois a duração das crises foi menor que 15 minutos
- C. Epilepsia por apresentar pelo menos duas crises
- D. Meningite de etiologia bacteriana cujo foco foi a otite média

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise febril e classificada como COMPLEXA quando preenche ao menos um critério: focal, duração maior que 15 minutos ou recorrência em 24 horas. Aqui houve dois episódios focais na mesma noite - portanto complexa, ainda que cada crise tenha durado 5 minutos (por isso B está errada). O líquido com 4 leucócitos, glicose e proteína normais afasta meningite (D). Epilepsia (C) exige crises não provocadas, e a febre é justamente o fator provocador. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Adolescente de 16 anos procura atendimento no centro de saúde, acompanhada da mãe, referindo nunca ter menstruado. Nega dor abdominal cíclica e atividade sexual. Ao exame físico: Altura = 1,75m (percentil 90-95 para a idade), Peso = 68kg (IMC = 22,2kg/m²). Estágio puberal de Marshall-Tanner M4 P2. Abdome plano, macio, indolor à palpação; presença de massas palpáveis como protrusões ovaladas, firmes e móveis em região inguinal bilateralmente. Genitália externa de aspecto feminino habitual, com pilificação bastante reduzida. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, hipótese diagnóstica e propedêutica inicial CORRETAS:

- A. Agenesia mülleriana; ultrassonografia pélvica
- B. Disgenesia gonadal pura; dosagens de FSH e estradiol
- C. Hiperplasia adrenal congênita não clássica; dosagem de 17-OH-progesterona

D. Síndrome de insensibilidade androgênica completa; ultrassonografia inguinal e pélvica abdominal ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária em adolescente alta, com mamas desenvolvidas (M4) mas pilificação escassa (P2) e gonadas palpáveis nas regiões inguinais: e a síndrome de insensibilidade androgênica completa (cariotipo 46,XY, testículos produzindo testosterona aromatizada em estrogênio, sem receptor androgênico funcional - daí mamas presentes e pelos ausentes). A propedêutica inicial é a imagem inguinal e pélvica para localizar as gonadas e confirmar a ausência de útero. Na agenesia mülleriana (A) a pilificação é normal e não há massas inguinais. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Primigesta, 36 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal e solicita orientações sobre amamentação. Assinale a alternativa que apresenta uma informação CORRETA a ser dada à gestante:

- A. A técnica correta de aleitamento, com pega e posicionamento adequados, está diretamente relacionada ao sucesso da amamentação, mas não previne complicações como ingurgitamento mamário e fissuras mamilares

B. O aleitamento traz benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, reduzindo o risco de sangramento e depressão pós-parto, síndrome da morte súbita infantil, asma, infecções e obesidade infantil ✓

- C. O contato precoce pele a pele é contraindicado em bebês prematuros, o que dificulta o estabelecimento da amamentação precoce
- D. O leite materno contém a quantidade ideal de gordura, açúcar, água, proteínas e minerais necessários para o crescimento e desenvolvimento dos bebês, já o colostro possui baixa quantidade de anticorpos protetores

COMENTÁRIO OSCELABS

O aleitamento materno reduz, na criança, o risco de morte subita do lactente, infecções, asma e obesidade; e na mãe, o sangramento pos-parto (pela liberação de ocitocina), a depressão pos-parto e os cânceres de mama e ovário. A pega e o posicionamento corretos PREVINEM fissuras e ingurgitamento (A erra ao negar). O contato pele a pele é recomendado também em prematuros estáveis - e a base do método canguru (C). O colostro é justamente riquíssimo em anticorpos, sobretudo IgA (D). Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Paciente de 27 anos, previamente saudável, apresenta prurido vulvar intenso e dispareunia, associado a corrimento esbranquiçado e grumoso. Refere quatro episódios semelhantes no último ano, todos tratados com antifúngicos tópicos, porém com recidiva após algumas semanas. Exame ginecológico evidencia hiperemia vulvar e secreção branca, grumosa, aderida às paredes vaginais, sem odor. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, diagnóstico e manejo CORRETOS:

- A. Candidíase vulvovaginal complicada; avaliação da espécie fúngica por cultura de secreção vaginal e tratamento tópico vaginal com miconazol por sete dias
- B. Candidíase vulvovaginal complicada; pesquisa do pH vaginal, microscopia a fresco e tratamento tópico vaginal com ácido bórico por 14 dias
- C. Candidíase vulvovaginal recorrente; pesquisa de espécies não-albicans por cultura de secreção vaginal e tratamento oral com fluconazol por seis meses ✓**
- D. Candidíase vulvovaginal recorrente; pesquisa de espécies não-albicans por teste molecular na secreção vaginal e tratamento oral com fluconazol por sete dias

COMENTÁRIO OSCELABS

Quatro ou mais episódios sintomáticos em 12 meses definem candidíase vulvovaginal RECORRENTE. A investigação exige cultura da secreção para identificar espécies não-albicans (*glabrata*, *krusei*), naturalmente menos sensíveis aos azólicos, além de rastrear diabetes e imunossupressão. O tratamento tem fase de indução seguida de MANUTENÇÃO com fluconazol semanal por seis meses - esquemas curtos de 7 a 14 dias (A, B, D) explicam justamente as recidivas que a paciente vem apresentando. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Primigesta, 32 anos, em acompanhamento pré-natal, com 28 semanas de gestação, relata edema em membros inferiores ao final do dia e aumento progressivo da frequência urinária desde o início da gravidez. Sem outras queixas. Em uso regular de sulfato ferroso profilático. Sem comorbidades relatadas. Exame físico: Peso = 68Kg (IMC = 24,24Kg/m²); P.A. = 110x75mmHg; FC = 66bpm; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações da normalidade; altura uterina = 29cm; feto longitudinal, cefálico, à esquerda; BCF = 148bpm. Não realizado toque vaginal. Considerando o caso relatado, é CORRETO afirmar que:

- A. A compressão uterina sobre a bexiga aumenta a sua capacidade volumétrica, levando à estase urinária e ao aumento da frequência miccional
- B. As alterações cardiovasculares da gestação levam ao aumento do tônus vascular generalizado e à redução do débito cardíaco
- C. O aumento da diurese e da frequência urinária são consequências diretas do aumento da taxa de filtração glomerular e da redução da resistência vascular sistêmica ✓**
- D. O edema em membros inferiores é causado pela compressão da veia uterina, que impedem o retorno venoso e ao aumento do volume sanguíneo circulante

COMENTÁRIO OSCELABS

Na gestação há vasodilatação sistêmica com queda da resistência vascular periférica, aumento do débito cardíaco em até 50% e elevação da taxa de filtração glomerular em cerca de 50% - daí a poliúria e a queda fisiológica de ureia e creatinina. O útero comprime a bexiga e REDUZ sua capacidade, não a aumenta (A). O tônus vascular cai e o débito sobe, ao contrário de B. O edema decorre da compressão da veia cava/íliacas e da queda da pressão oncótica, não da veia uterina (D). Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Mulher, 18 anos de idade, G1P0A1, hígida, comparece a consulta médica de revisão pós abortamento, 30 dias após o esvaziamento uterino. Sem queixas e nega início de atividades sexuais. Traz resultado de anátomo patológico, indicando achados histopatológicos compatíveis com mola hidatiforme completa. Considerando o contexto clínico, assinale a conduta CORRETA neste momento:

- A. Iniciar o seguimento com dosagem de beta-hCG plasmático e solicitar ultrassonografia endovaginal imediatamente para descartar doença invasora
- B. Iniciar o seguimento com dosagem de beta-hCG plasmático e solicitar uma tomografia computadorizada de tórax e pelve para avaliar a extensão da doença
- C. Iniciar o seguimento com dosagem semanal de beta-hCG plasmático quantitativo e prescrever imediatamente um método contraceptivo eficaz ✓**
- D. Solicitar radiografia de tórax para avaliar a presença de metástases pulmonares, dado o risco de evolução para neoplasia trofoblástica gestacional

COMENTÁRIO OSCELABS

Após esvaziamento de mola hidatiforme completa, o seguimento é feito com beta-hCG quantitativo SEMANAL até três resultados negativos consecutivos, seguido de dosagens mensais - e obrigatória a contracepção eficaz durante todo o período, porque uma nova gravidez elevaria o hCG e inviabilizaria a detecção precoce de neoplasia trofoblástica gestacional. Ultrassonografia (A), tomografia (B) e radiografia de tórax (D) não são rotina em paciente assintomática; são solicitadas quando o hCG estaciona ou sobe. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Paciente de 29 anos, nuligesta, com forte desejo reprodutivo, é diagnosticada com carcinoma escamoso de colo uterino. Ressonância magnética pélvica evidenciou tumor de 1,5cm de diâmetro, ausência de linfadenomegalias suspeitas e distância do tumor ao orifício cervical interno maior que 1cm. Exame anatomopatológico após conização revelou lesão com 1,5cm de diâmetro, profundidade de invasão estromal de 4mm, margens radiais exiguas e ausência de invasão do espaço linfovascular. Considerando o perfil da paciente e as recomendações atuais para preservação da fertilidade, qual é a conduta MAIS ADEQUADA para esta paciente?

- A. Nova conização com ampliação de margens, sem abordagem linfonodal
- B. Quimioterapia neoadjuvante para redução do volume tumoral, seguida de conização
- C. Traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica
- D. Traquelectomia simples com a pesquisa de linfonodo sentinela ou linfadenectomia pélvica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma escamoso de colo com 1,5 cm, invasão estromal de 4 mm, sem invasão do espaço linfovascular e sem linfonodomegalias, em nuligesta com desejo reprodutivo: e um tumor inicial elegível a preservação de fertilidade. A conduta atual e a traquelectomia simples (ou conização ampliada) associada a AVALIAÇÃO LINFONODAL - linfonodo sentinela ou linfadenectomia pélvica -, pois com invasão acima de 3 mm o risco de acometimento nodal deixa de ser desprezível. Por isso a conização isolada (A) é insuficiente. Quimioterapia neoadjuvante (B) não se aplica a tumor tão inicial, e a traquelectomia radical (C) é desnecessariamente mutilante aqui. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

De acordo com as novas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas em julho de 2025, que recomendam testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico como rastreamento primário, é CORRETO afirmar que:

- A. A associação de testes moleculares e citologia oncológica (coteste) aumenta a efetividade do rastreamento do câncer do colo do útero
- B. Embora os testes moleculares permitam o diagnóstico em fases mais precoces da doença, não há impacto sobre a mortalidade do câncer do colo do útero
- C. Testes de hibridização sem genotipagem apresentam a mesma efetividade dos testes de reação em cadeia da polimerase com genotipagem
- D. Os testes moleculares apresentam alto valor preditivo negativo, permitindo excluir a presença da doença em grande parte das pessoas testadas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A grande vantagem do teste molecular de DNA-HPV oncogênico como rastreamento primário e seu altíssimo valor preditivo negativo: um teste negativo praticamente exclui lesão precursora, o que permite ampliar com segurança o intervalo entre exames (cinco anos). O coteste com citologia (A) aumenta custo e falso-positivos sem ganho relevante de efetividade. Há, sim, redução de incidência e mortalidade documentada (B), e testes de PCR com genotipagem para HPV 16/18 permitem triagem superior a hibridização sem genotipagem (C). Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Paciente de 30 anos, com história de ciclos menstruais regulares de 28 a 30 dias, busca aconselhamento em consulta de rotina, pois deseja engravidar. Paciente relata que tem acompanhado a temperatura basal do seu corpo e observado um aumento de 0,5° C a 1,0° C que se mantém por aproximadamente 10 dias antes da menstruação. O médico assistente solicita dosagens hormonais em dois momentos distintos do ciclo: no 3º dia e no 21º dia. Os resultados encontrados foram: - 3º dia: FSH = 6,5mUI/mL (V.R. = 3,4 - 21,6mUI/mL) LH = 4,2mUI/mL (V.R. = 1,8 a 11,8mUI/mL) Estradiol = 48pg/mL (V.R. = 22,2 a 218pg/mL) 21º dia: Progesterona = 18ng/mL (V.R. = 2 a 25ng/mL) LH = 7,5mUI/mL (V.R. = 0,6 a 14,0mUI/mL) Estradiol = 120pg/mL (V.R. = 25,3 a 288,6pg/dL) Considerando o quadro descrito e os resultados laboratoriais apresentados, assinale a alternativa CORRETA:

- A. Aumento da temperatura basal e o valor de progesterona no 21º dia sugerem a ocorrência de ovulação e a formação de um corpo lúteo funcionante ✓**
- B. Nível de LH no 21º dia é o principal indício da ovulação e, por isso, a dosagem da progesterona deve ser realizada também no 3º dia para confirmar o diagnóstico
- C. Valor de progesterona no 21º dia indica falha da fase lútea, o que pode sugerir uma dificuldade da paciente em engravidar

D. Os níveis de FSH e LH no 3º dia do ciclo indicam a ausência de ovulação, sendo necessário um ciclo de indução com gonadotrofinas para aumentar o sucesso de uma gravidez

COMENTÁRIO OSCELABS

A elevação de 0,5 a 1 grau na temperatura basal sustentada por cerca de dez dias e o efeito termogênico da progesterona; somada a progesterona de 18 ng/mL no 21º dia (bem acima do corte de 3 a 10 ng/mL), confirma que houve ovulação e que o corpo lúteo está funcionando. Justamente por isso C está errada - não há insuficiência lútea. O pico de LH ocorre 24 a 36 horas ANTES da ovulação, não no 21º dia (B), e FSH e LH basais normais indicam reserva ovariana preservada, não anovulação (D). Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Paciente de 40 anos comparece a consulta ginecológica de rotina. Está assintomática, faz uso apenas de contracepção hormonal e não apresenta histórico de fraturas, doenças crônicas ou uso de outras medicações. Nega história familiar de doenças do metabolismo ósseo. Solicita a dosagem de vitamina D, pois ouviu dizer que seria importante para melhorar o ânimo e prevenir doenças. Com base nas recomendações atuais para dosagem laboratorial da vitamina D, assinale a alternativa CORRETA.

- A. Iniciar suplementação empírica de vitamina D e solicitar sua dosagem apenas após três meses
- B. Na ausência de fatores de risco, não há indicação de dosar 25(OH)D rotineiramente ✓**
- C. Solicitar sua dosagem apenas se houver queixa musculoesquelética ou doença óssea conhecida
- D. Solicitar a dosagem, pois a partir dos 40 anos de idade, há maior risco para deficiência de vitamina D

COMENTÁRIO OSCELABS

As recomendações atuais (Endocrine Society, USPSTF e sociedades brasileiras) desaconselham a dosagem populacional de 25(OH)D em adultos saudáveis e assintomáticos: não há evidência de benefício clínico, e o rastreamento indiscriminado gera sobrediagnóstico e suplementação desnecessária. A dosagem se reserva a grupos de risco - osteoporose, fratura prévia, doença renal crônica, má absorção, uso de anticonvulsivantes, idosos institucionalizados. Idade de 40 anos por si só (D) não é fator de risco, e suplementar empiricamente (A) não se justifica. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Gestante de 30 anos, G2P1, encontra-se na 26ª semana de gestação. Durante o pré-natal, realizou o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), cujos resultados foram: jejum = 90mg/dL, 1h = 170mg/dL e 2h = 160mg/dL. A paciente apresenta IMC pré-gestacional de 27Kg/m² e não possui comorbidades associadas. Com base no caso apresentado, qual é o DIAGNÓSTICO e qual deve ser a CONDUTA INICIAL RECOMENDADA para essa gestante?

- A. Diabetes mellitus gestacional; iniciar orientação nutricional. incentivo à prática de atividade física e monitorização glicêmica domiciliar ✓**
- B. Diabetes mellitus gestacional; orientar atividade física e dieta, monitorização glicêmica domiciliar e prescrever insulina NPH imediatamente
- C. Diabetes mellitus prévio à gestação; prescrever metformina e orientar monitorização glicêmica domiciliar
- D. Pré-diabetes gestacional; adiar qualquer intervenção até a 34ª semana, considerando que a maioria dos casos de pré-diabetes gestacional é autolimitada

COMENTÁRIO OSCELABS

No TOTG de 75 g entre 24 e 28 semanas, basta UM valor alterado para diagnosticar diabetes mellitus gestacional: jejum maior ou igual a 92, 1 hora maior ou igual a 180, 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. Aqui o valor de 2 horas (160) fecha o diagnostico. Valores compatíveis com diabetes previo seriam jejum maior ou igual a 126 ou 2 horas maior ou igual a 200 (C). A conduta inicial e sempre nao farmacologica: dieta, atividade fisica e monitorizacao glicemica; insulina (B) so apos 1 a 2 semanas de controle insuficiente. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Sobre o uso de contraceptivos hormonais de emergência com levonorgestrel, é CORRETO afirmar que esse método:

A. É contraindicado em mulheres que já utilizaram o método mais de uma vez no mesmo ciclo menstrual, devido ao risco aumentado de efeitos colaterais

B. É mais eficaz quando administrado entre 72 e 120 horas após a relação sexual desprotegida

C. Pode ser utilizado em até 120 horas após a relação sexual desprotegida, embora sua eficácia seja maior nas primeiras 72 horas ✓

D. Possui a mesma eficácia do acetato de ulipristal, desde que utilizado em até 120 horas após a relação sexual desprotegida

COMENTÁRIO OSCELABS

A contracepcao de emergencia com levonorgestrel pode ser usada em ate 120 horas (5 dias) apos a relacao desprotegida, mas a eficacia CAI progressivamente com o tempo - e maxima nas primeiras 24 a 72 horas, o que inverte a afirmacao B. Nao ha limite de uso por ciclo nem contraindicacao absoluta ao uso repetido (A), embora nao substitua metodo regular. No periodo tardio (72-120 h) o acetato de ulipristal e mais eficaz que o levonorgestrel, logo nao sao equivalentes (D). Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Mulher de 55 anos, em menopausa há cinco anos, comparece à consulta com ginecologista para avaliação de rotina. Ela relata que, desde a menopausa, notou aumento de peso, principalmente na região abdominal, e tem se sentido menos disposta para a prática de exercícios. Nega sintomas vasomotores ou ressecamento vaginal. A paciente nunca fez terapia hormonal da menopausa (THM). Nega doenças prévias e não possui histórico familiar de doença cardiovascular precoce. A avaliação inicial revela: Peso = 78Kg (IMC = 29,1Kg/m²), P.A. = 135x85mmHg, F.C. = 78bpm. Exame das mamas e ginecológico sem alterações relevantes. Os resultados dos exames de rotina mostram: Hemoglobina = 12,9g/dL; TSH = 3,99mUI/L; Glicemia de jejum = 102mg/dL; Colesterol total = 240mg/dL, HDL-C = 42mg/dL, LDL-C = 160mg/dL e Triglicerídeos = 180mg/dL. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta conduta CORRETA para esta paciente:

A. Iniciar estatina e orientar a paciente sobre a importância de mudança do estilo de vida para controle do peso e da pressão arterial ✓

B. Iniciar estatina para reduzir LDL-C e considerar a prescrição THM oral para melhorar o perfil lipídico

C. Iniciar estatina, orientar sobre mudanças de estilo de vida e, se a paciente não apresentar contraindicações, considerar o início da THM transdérmica para otimizar o perfil lipídico

D. Recomendar mudanças de estilo de vida e orientar sobre o monitoramento da pressão arterial; não há necessidade de intervenções farmacológicas

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 55 anos com LDL 160 mg/dL, colesterol total 240, sobrepeso, glicemia de jejum alterada e pressão limitrofe: há indicação de estatina somada a mudança de estilo de vida para prevenção primária. A terapia hormonal da menopausa NÃO é prescrita para tratar dislipidemia nem para prevenir doença cardiovascular - sua indicação é sintomática (fogachos, síndrome genitúrinária), e a paciente é assintomática, o que derruba B e C. Dispensar fármaco (D) subtrai um LDL claramente elevado. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Primigesta, 29 anos de idade, idade gestacional de 11 semanas, comparece a consulta de pré-natal, trazendo resultado de sorologia de toxoplasmose, realizado há sete dias, apresentando IgG negativo e IgM positivo. Considerando o contexto clínico, é conduta CORRETA neste momento:

- A. Solicitar nova sorologia para toxoplasmose, em 2 a 3 semanas, e iniciar o uso de espiramicina ✓**
- B. Solicitar nova sorologia para toxoplasmose, em 2 a 3 semanas, e iniciar uso de esquema triplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico)
- C. Solicitar teste de Avidez, imediatamente, e iniciar o uso de espiramicina
- D. Solicitar teste de Avidez, imediatamente, e iniciar uso de esquema triplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico)

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG negativo com IgM positivo em gestante de 11 semanas sugere infecção muito recente ou IgM falso-positivo. O teste de avidez é inútil aqui, porque a avidez é medida sobre a IgG - que está ausente (o que derruba C e D). A conduta correta é repetir a sorologia em 2 a 3 semanas para verificar soroconversão da IgG e, enquanto isso, iniciar espiramicina, que reduz a transmissão vertical sem atravessar bem a placenta. O esquema triplice (pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico) só entra após 16-18 semanas e com infecção fetal confirmada ou fortemente suspeita. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Menina de 11 anos é levada à consulta por sua mãe, que está preocupada com o desenvolvimento físico dela. Relata que diferente de algumas amigas na escola, a filha não iniciou o desenvolvimento mamário e possui poucos pelos. Nega que a menarca tenha ocorrido. A mãe afirma que o desenvolvimento da filha na primeira infância foi adequado e que ela se alimenta bem, tem bom rendimento escolar e dorme 8 horas por dia. Nega ainda problemas durante a gestação e parto da filha ou que a filha tenha algum problema de saúde. Ao exame físico: Estatura adequada para a faixa etária; mamas apresentando pequena elevação e aréola com pequeno monte (M2 de Tanner) e presença de pelos finos, macios ligeiramente pigmentados ao longo dos lábios externos (P2 de Tanner). O exame físico não revela outras informações relevantes. Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta a conduta CORRETA:

- A. Avaliar a idade óssea através de radiografia de mão e punho esquerdos e comparar com o estágio de Tanner da criança
- B. Informar que a puberdade está ligeiramente atrasada, devendo se confirmar com dosagem de FSH e LH após estímulo de GnRH
- C. Informar que há a suspeita de monossomia do cromossomo X e portanto deve-se realizar cariótipo para confirmação
- D. Tranquilizar a mãe, informando se tratar de desenvolvimento puberal adequado para a idade ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 11 anos com telarca (M2) e pubarca (P2) iniciadas e estatura adequada esta em desenvolvimento puberal NORMAL: a puberdade feminina se inicia entre 8 e 13 anos, e a menarca costuma vir cerca de 2 a 2,5 anos apos a telarca. A conduta e tranquilizar e acompanhar. Puberdade atrasada so se investigaria com ausencia de telarca aos 13 anos, o que afasta a idade ossea (A) e o teste de estimulo com GnRH (B). Síndrome de Turner (C) cursaria com baixa estatura e ausencia de desenvolvimento mamario. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Gestante de 28 anos, G2P1, com 22 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal assintomática. Exames laboratoriais evidenciam: · Hemoglobina: 11g/dL · Leucocitos: 12.000/ mm³ (sem desvio à esquerda) · Creatinina: 0,5mg/dL · Gasometria arterial: pH 7,44; PaCO₂ 30mmHg; HCO₃⁻ 20mEq/L · Pressão arterial: 100/60mmHg · Frequência cardíaca: 92bpm Com base nesses achados, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A creatinina de 0,5mg/dL indica hiperfiltração renal excessiva, que pode evoluir para disfunção glomerular e proteinúria, não devendo ser considerada fisiológica
- B. A gasometria sugere hiperventilação inadequada com risco de alcalose respiratória descompensada, já que a PaCO₂ de 30mmHg e o bicarbonato reduzido não são esperados na gravidez normal
- C. A pressão arterial de 100/60mmHg, associada à frequência cardíaca de 92bpm, indica redução do débito cardíaco e risco de má perfusão placentária, configurando adaptação cardiovascular inadequada à gestação

D. Os achados laboratoriais e clínicos refletem alterações fisiológicas da gestação, incluindo anemia dilucional, leucocitose discreta, aumento da taxa de filtração glomerular com queda da creatinina sérica e hiperventilação levando a alcalose respiratória compensada ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Todos os achados sao adaptacoes fisiologicas da gravidez: o volume plasmatico aumenta mais que a massa eritrocitaria (anemia dilucional, com Hb de 11 g/dL ainda normal para o 2o trimestre), ha leucocitose discreta sem desvio, a taxa de filtracao glomerular sobe e derruba a creatinina para valores em torno de 0,4-0,6 mg/dL, e a progesterona estimula o centro respiratorio gerando alcalose respiratoria (PaCO₂ 30) COMPENSADA por queda renal do bicarbonato (20). Interpretar isso como doenca leva a exames e intervencoes desnecessarias. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

É uma característica do modelo assistencial em Rede de Atenção à Saúde:

- A. As unidades de saúde compartilham a mesma área de atuação. o que dificulta o acesso pela população
- B. Atuação reativa, acionada pela demanda dos pacientes
- C. Ênfase na prevenção de doenças e na promoção de condições básicas de saúde ✓**
- D. Financiamento da atenção primária da saúde por pagamento de procedimentos

COMENTÁRIO OSCELABS

A Rede de Atencao a Saude rompe com o modelo hospitalocentrico e fragmentado: organiza-se em forma poliarquica, com a atencao primaria como coordenadora do cuidado e porta de entrada, atuacao PROATIVA sobre populacao adscrita e enfase na promocao da saude e na prevencao de doencas. Atuacao apenas reativa a demanda espontanea (B) e a marca do modelo antigo. O financiamento da APS na logica de redes se da por capitacao ponderada e desempenho, nao por procedimento (D). Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Em abril de 2022 o Ministério da Saúde declarou o fim da emergência em saúde pública de importância nacional pela Covid-19. A principal razão para o fim da pandemia foi a vacinação em massa, inclusive em áreas públicas, para todas as pessoas. As equipes de saúde da família, com a diminuição dos casos agudos, intensificaram a busca ativa de pessoas com condições mais complexas. Em relação à situação acima, assinale os princípios do SUS associados às ações descritas, respectivamente:

- A. Integralidade e Coordenação de cuidados
- B. Integralidade e Universalidade
- C. Universalidade e Coordenação de cuidados

D. Universalidade e Equidade ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Vacinar em massa TODAS as pessoas, inclusive em espaços públicos, materializa a UNIVERSALIDADE - saúde como direito de todos, sem restrição de acesso. Já intensificar a busca ativa das pessoas com condições mais complexas e EQUIDADE: tratar desigualmente os desiguais, ofertando mais a quem mais precisa. Integralidade se refere a abordagem completa do indivíduo (promoção, prevenção, cura e reabilitação) e coordenação do cuidado e diretriz organizativa da rede - nenhuma das duas e o que as ações descritas ilustram. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Em relação à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), avalie as seguintes situações: I - Pessoa portadora de diabetes mellitus com hemoglobina glicada de 9%, IMC 30kg/m² tem retorno agendado para três meses, enquanto que outra pessoa portadora de hipertensão arterial com hemoglobina glicada de 7%, sem outras comorbidades, tem retorno agendado para seis meses II - Mulher com 18 anos de idade comparece à consulta para acompanhamento de transtorno ansioso depressivo (TAD). Durante a anamnese, relatou início de atividade sexual. Ao final da consulta, além de programar o acompanhamento do TAD, foram dadas orientações sobre métodos contraceptivos e sua disponibilidade no SUS- III Em uma pequena cidade do sul de Minas Gerais em reunião local do Conselho de Saúde, um líder da comunidade solicita a alteração do horário de funcionamento do centro de saúde, em alguns dias da semana, para facilitar as consultas dos trabalhadores da lavoura de café. São representações dos princípios da PNPS:

- A. I e II, apenas
- B. I e III, apenas
- C. I, II e III ✓**
- D. II e III, apenas

COMENTÁRIO OSCELABS

As três situações traduzem princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde. Em I, intervalos de retorno diferentes conforme gravidade e estratificação de risco expressam EQUIDADE. Em II, aproveitar a consulta de saúde mental para orientar contracepção expressa INTEGRALIDADE, olhando a pessoa como um todo. Em III, o Conselho de Saúde alterando horário para atender trabalhadores rurais expressa PARTICIPAÇÃO SOCIAL e territorialidade. Como as três se aplicam, não há o que excluir. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

A hierarquia do controle de riscos ocupacionais, utilizada na Vigilância em Saúde do Trabalhador, estabelece uma ordem de prioridade para a implementação de medidas de controle, visando a minimização dos riscos presentes em um ambiente de trabalho. Sobre esse princípio, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A eliminação ou substituição do risco é a prioridade, seguida por medidas de engenharia, administrativas e, por último, medidas de proteção individual ✓**
- B. Controle de engenharia no intuito de não permitir o contato e a exposição dos trabalhadores aos riscos existentes no local de trabalho é a medida prioritária
- C. Medidas administrativas, como treinamentos, prevalecem sobre a eliminação ou substituição de riscos na hierarquia
- D. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) é a medida mais relevante e deve ser a primeira a ser adotada

COMENTÁRIO OSCELABS

A hierarquia de controle de riscos ocupacionais é uma escala de eficácia decrescente: primeiro ELIMINAR o risco ou substituí-lo por algo menos perigoso, depois medidas de engenharia (enclausuramento, exaustão, isolamento), em seguida medidas administrativas (rodízio, treinamento, limites de exposição) e, por ÚLTIMO, o EPI. A lógica é clara: o EPI depende do comportamento do trabalhador e falha com facilidade, por isso é a barreira menos confiável (D inverte a ordem) e treinamento não supera eliminação (C). Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Fernando, 50 anos, negro, previamente hígido, busca a Unidade Básica de Saúde do bairro para avaliação de rotina, sendo acolhido pela enfermeira Aline. Nega história familiar de hipertensão e diabetes, mas refere tabagismo e relata sedentarismo, com hábitos alimentares inadequados. Apresenta PA 170x100mmHg ao chegar e 160x100mmHg ao exame físico. Não é possível acessar a internet na UBS para consultar o risco cardiovascular pelo aplicativo HEARTS. Sobre o manejo inicial do paciente Fernando, assinale a alternativa CORRETA:

- A. Iniciar monoterapia com diurético tiazídico
- B. Iniciar terapia combinada diurético tiazídico + Bloqueadores de Receptores da Angiotensina (BRA), independentemente do risco cardiovascular ✓**
- C. Solicitar exames para definir o risco e iniciar monoterapia com IECA
- D. Solicitar MRPA e adiar início do tratamento até o resultado deste exame

COMENTÁRIO OSCELABS

Média de PA de 160-170/100 mmHg configura hipertensão estágio 2. As diretrizes brasileiras e a estratégia HEARTS recomendam iniciar de imediato TERAPIA COMBINADA em dose baixa - preferencialmente bloqueador do sistema renina-angiotensina com tiazídico ou bloqueador de canal de cálcio -, independentemente do cálculo de risco cardiovascular, porque monoterapia raramente controla esses níveis. Adiar o tratamento à espera de MRPA (D) ou de exames (C) é inadequado no estágio 2. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Sobre a utilização das ferramentas genograma e ecomapa na Atenção Primária à Saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- A. O ecomapa tem como foco a representação gráfica dos vínculos e relações da família com o meio externo (escola, trabalho, serviços de saúde, grupos religiosos), enquanto o genograma organiza a estrutura familiar em, pelo menos, três gerações ✓**

- B. O genograma é um instrumento que representa graficamente as relações de um indivíduo com instituições, grupos sociais e recursos da comunidade, enquanto o ecomapa descreve a estrutura interna da família e suas relações de parentesco
- C. O uso do genograma está restrito a consultas médicas especializadas, enquanto o ecomapa é um instrumento de gestão em saúde coletiva, sem aplicação em atendimentos individuais
- D. Tanto o genograma quanto o ecomapa representam apenas os laços biológicos familiares, não incluindo aspectos emocionais, sociais ou de apoio

COMENTÁRIO OSCELABS

São ferramentas complementares de abordagem familiar na Atenção Primária. O GENOGRAMA e a árvore da família: representa a estrutura em pelo menos três gerações, com relações de parentesco, doenças hereditárias e vínculos afetivos internos. O ECOMAPA olha para fora: desenha os vínculos da família com escola, trabalho, serviços de saúde, igreja e demais recursos da comunidade, mostrando apoios e conflitos. A alternativa B simplesmente inverte as definições. Ambas incluem aspectos emocionais e sociais e são aplicáveis na prática clínica cotidiana. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Paciente, mulher cisgênero, 56 anos, em tratamento de câncer de mama metastático, para ossos, fígado e sistema nervoso central. Está em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Tem apresentado dor generalizada persistente, perda de apetite, tristeza frequente e sobrecarga importante para a filha, que é sua principal cuidadora. Durante consulta com a equipe de saúde da família, surge a discussão sobre a abordagem dos cuidados paliativos no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Com base na Política Nacional de Cuidados Paliativos, qual deve ser a conduta da equipe da APS nesse contexto?

- A. Caso a paciente precise ser visitada semanalmente, a equipe da atenção primária deve encaminhá-la para internação hospitalar para não sobrecarregar a equipe com visitas frequentes
- B. Promover cuidado integral, considerando aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais da paciente, sem incluir a família e os cuidadores nesse momento
- C. Realização de plano de diretivas antecipadas sobre cuidados e tratamentos que devem ou não ser realizados com devido registro no prontuário da paciente ✓**
- D. Transferir a responsabilidade do cuidado para serviço especializado de oncologia, pois não há estrutura para assistência paliativa na atenção primária de saúde

COMENTÁRIO OSCELABS

A Política Nacional de Cuidados Paliativos coloca a Atenção Primária como lugar legítimo do cuidado paliativo, articulada com os níveis especializados. Nesse contexto, cabe a equipe construir com a paciente o plano de diretivas antecipadas de vontade, registrando em prontuário quais cuidados ela deseja ou recusa - respeito à autonomia enquanto há capacidade de decidir. O cuidado integral obriga a incluir a família e a cuidadora sobrecarregada (o que derruba B), e nem a visita frequente (A) nem a complexidade oncológica (D) autorizam transferir ou abandonar o vínculo. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

A febre maculosa brasileira (FMB) é uma zoonose de notificação compulsória no Brasil, causada por bactérias do gênero *Rickettsia* e transmitida principalmente pelo carrapato-estrela (*Amblyomma sculptum*). Sobre esta doença, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A partir da suspeita de febre maculosa, a terapêutica com antibióticos deve ser iniciada imediatamente, não se devendo esperar a confirmação laboratorial da infecção ✓**
- B. As principais medidas de proteção contra a doença são: evitar áreas sabidamente infestadas por carrapatos, uso de roupas compridas e de cores claras em áreas de risco e vacinação da população de risco

- C. Os principais hospedeiros envolvidos na cadeia de transmissão são cães e gatos domésticos, responsáveis por manter o ciclo enzoótico do agente
- D. Para ser considerado como caso suspeito é necessário a confirmação de picada de carrapatos nos últimos 30 dias

COMENTÁRIO OSCELABS

Na febre maculosa brasileira o tratamento com doxiciclina deve começar na SUSPEITA clínico-epidemiológica, sem aguardar sorologia - a letalidade é alta e a confirmação laboratorial é tardia (a sorologia só positiva após 7-10 dias). Não existe vacina para a doença (B). Os hospedeiros amplificadores clássicos são capivaras e equídeos, não cães e gatos (C). E a picada frequentemente não é percebida nem lembrada pelo paciente, de modo que sua ausência não exclui o caso suspeito (D). Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Joana é enfermeira em um município que está implementando Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Sobre os SRT, assinale a alternativa CORRETA:

- A. Cada SRT pode abrigar até 20 moradores, independentemente do tipo de diagnóstico, e não é exigida a presença de cuidadores em escala, sendo opcional a vinculação a equipes da RAPS
- B. O foco dos SRT é garantir moradia. Atividades de lazer, trabalho, educação, convívio social ou reabilitação psicossocial não são exigidas como parte do serviço
- C. Os SRT são unidades hospitalares de saúde mental situadas dentro dos hospitais psiquiátricos, destinadas para pessoas com internação de longa permanência
- D. Os SRT Tipo I acolhem pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, com autonomia razoável para retomar vida cotidiana ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os Serviços Residenciais Terapêuticos são MORÁDIAS inseridas na comunidade, não unidades hospitalares (o que derruba C), destinadas a pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. O SRT Tipo I acolhe pessoas com autonomia razoável para retomar a vida cotidiana, com até 8 moradores e cuidador quando necessário; o Tipo II atende quem precisa de cuidado intensivo, com equipe em escala. São vinculados obrigatoriamente à RAPS (A) e incluem reabilitação psicossocial, trabalho, lazer e convívio - a moradia e o meio, não o fim (B). Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Mulher, 72 anos, viúva, residente em zona urbana, frequenta a Unidade Básica de Saúde para acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes. A filha percebeu que ela está esquecendo compromissos recentes, repete perguntas, tem dificuldade para usar o celular ou para fazer operações bancárias que antes fazia sozinha, além de estar mais apática e com sono excessivo durante o dia; relata que a paciente anda "mais lenta para pensar" e que isso vem piorando nos últimos 6 a 8 meses. Qual das alternativas abaixo DESCREVE A MELHOR CONDUTA INICIAL da equipe de atenção primária para a paciente?

- A. Considerar que um rastreio cognitivo inicial negativo exclui a possibilidade de demência, não sendo necessário acompanhamento futuro na atenção primária
- B. Encaminhar ao serviço especializado, não sendo necessário aplicar a bateria breve de rastreio cognitivo na atenção primária para agilizar o diagnóstico de demência
- C. Realizar anamnese detalhada, incluindo histórico familiar, sintomas cognitivos, funcionamento nas atividades de vida diária, e aplicar testes para rastreio cognitivo ✓**
- D. Tranquilizar a paciente e sua filha, orientando que é esperado alterações de memória e esquecimentos com a idade e prescrever estimulantes cognitivos, sem necessidade de exames complementares

COMENTÁRIO OSCELABS

Esquecimento de fatos recentes com PERDA FUNCIONAL (não consegue mais usar o celular nem fazer operações bancárias que fazia sozinha), progressivo em 6 a 8 meses, e apatia com sonolência diurna não e envelhecimento normal - e suspeita de demência, com depressão e causas reversíveis (hipotireoidismo, B12, fármacos) no diferencial. A conduta inicial na APS e anamnese detalhada com informante, avaliação das atividades de vida diária e aplicação de testes de rastreio cognitivo. Rastreio negativo não exclui demência (A), e a APS não deve terceirizar a avaliação inicial (B). Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Janaína, 62 anos, diabética, apresenta polidipsia, poliúria, polifagia e perda de 6kg em dois meses. Glicemia capilar: 426mg/dL. Está hidratada, sem náuseas, vômitos ou confusão mental. Sabidamente diabética desde os 50 anos, busca atendimento na Unidade Básica de Saúde. Informa que faz uso regular de comprimidos para diabetes, mas não sabe dizer quais. De acordo com o quadro apresentado e considerando a Linha de Cuidado do Ministério da Saúde de Diabetes Mellitus, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A paciente não apresenta sinais de urgência hiperglicêmica e o seu diabetes pode ser manejado ambulatorialmente na UBS, devendo ser avaliada a dosagem dos medicamentos, sem necessidade de insulinoterapia
- B. A paciente tem sinais de catabolismo, mas não apresenta urgência hiperglicêmica e poderá ser manejada ambulatorialmente na UBS, com insulinoterapia ✓**
- C. A paciente tem sinais de cetoacidose diabética e deverá ser transferida para UPA 24 horas via SAMU
- D. Apesar de não ter sinais de cetoacidose diabética, a paciente deverá ser encaminhada para a urgência a fim de dosar o potássio e receber hidratação, além de insulina regular para controle da glicemia

COMENTÁRIO OSCELABS

Ha sinais de catabolismo evidentes - poliúria, polidipsia, polifagia e perda de 6 kg em dois meses com glicemia de 426 mg/dL - o que indica falência do controle com antidiabéticos orais e necessidade de INSULINOTERAPIA. Mas não ha urgência hiperglicêmica: a paciente está hidratada, sem vômitos, sem alteração do nível de consciência e sem sinais de cetoacidose ou estado hiperosmolar, de modo que o manejo pode ser feito na própria UBS, com início de insulina basal e monitorização. Nem encaminhar a urgência (C e D) nem apenas ajustar comprimidos (A) atendem o caso. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Gestante de 18 anos apresenta teste rápido para sífilis reagente na primeira consulta de pré-natal. Relata tratamento prévio há 11 meses com dose única de penicilina benzatina 2.400.000UI, com queda de títulos de VDRL até 1/4 e elevação posterior para 1/32, sem sintomas. Médico classifica como sífilis latente tardia, notifica o caso e prescreve penicilina benzatina -2.400.000UI por semana por três semanas- sem solicitar VDRL basal ou para seguimento. Enfermeira sugere solicitar VDRL antes de notificar e tratar. Sobre a conduta, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A conduta adequada seria confirmar o diagnóstico com VDRL antes de notificar e iniciar o tratamento
- B. O caso deve ser considerado como sífilis latente recente e tratado com dose única de penicilina benzatina 2.400.000 UI
- C. O manejo pode ser feito apenas com o teste treponêmico positivo, sem necessidade de VDRL basal nem de seguimento sorológico durante a gestação
- D. O tratamento com três doses e a notificação foram apropriados, mas deveria ter sido solicitado VDRL basal e estabelecido acompanhamento mensal com o VDRL até o parto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Elevação de quatro vezes ou mais no título do VDRL (1/4 para 1/32) após tratamento adequado indica reinfecção ou falha terapêutica. Por ser sífilis latente de duração indeterminada/tardia, o esquema de três doses semanais de penicilina benzatina 2.400.000 UI está correto, assim como a notificação compulsória. O erro do médico foi outro: não solicitou o VDRL basal - referência sem a qual não se avalia resposta - nem programou o seguimento sorológico MENSAL até o parto, obrigatório na gestante. E o tratamento na gestante nunca aguarda o teste não treponêmico (A). Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Ricardo, 28 anos, em situação de rua, queixa-se de tosse há duas semanas, febre vespertina, emagrecimento e escarro com sangue. A Agente Comunitária de Saúde leva Ricardo até a Unidade Básica de Saúde (UBS) para atendimento. Sobre o caso de Ricardo, assinale a alternativa CORRETA:

- A. Como Ricardo está em situação de rua, o tratamento deve ser feito em regime de internação obrigatória até a negatificação da baciloscopia, caso esta seja positiva
- B. Durante o acolhimento na UBS, a enfermeira deve usar máscara N95/PFF2 (máscara respiratória) e Ricardo deve utilizar máscara cirúrgica ✓**
- C. Não deve ser considerado caso suspeito de tuberculose devido ao período de duração da tosse que deveria ser de, no mínimo, três semanas
- D. O tratamento deve ser iniciado apenas após resultado de cultura positiva e realização de teste de sensibilidade, devido ao alto risco de resistência bacteriana

COMENTÁRIO OSCELABS

Suspeita forte de tuberculose pulmonar bacilífera (tosse, febre vespertina, emagrecimento e hemoptóicos). A precaução para aerossóis inverte a intuição de muitos: o PROFISSIONAL usa máscara N95/PFF2 e o PACIENTE usa máscara cirúrgica, que contém as gotículas na fonte. Em populações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, qualquer tempo de tosse já define sintomático respiratório - não se exige o corte de três semanas (C). Não existe internação compulsória (A), e o tratamento começa com teste rápido molecular/baciloscopia, sem aguardar cultura (D). Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Hilda, 48 anos, usuária frequente da UBS, apresenta tristeza crônica, humor lábil, comportamento dramático e ameaça de suicídio sem plano estruturado. Nega alucinações ou delírios. Faz uso de Fluoxetina 20mg (2-0-0) + Clonazepam 2 mg (0-0-1) e relata que tem utilizado o medicamento além do prescrito, pois tem “vontade de dormir e não acordar mais”, porém apresenta cartelas completas dos medicamentos e, mesmo assim, demanda renovação de receita. Considerando a Linha de Cuidado em Saúde Mental do Ministério da Saúde, assinale a alternativa CORRETA:

- A. Considerar episódio depressivo grave com sintomas psicóticos e encaminhar a paciente para serviço de urgência psiquiátrica via SAMU
- B. Considerar episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos e encaminhar a paciente para serviço de urgência psiquiátrica via SAMU
- C. Considerar transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo com risco suicida, prescrever um estabilizador do humor e encaminhar a paciente para serviço de urgência psiquiátrica via SAMU
- D. Considerar transtorno de personalidade histriônica, monitorizar risco suicida, otimizar dose de antidepressivo e encaminhar a paciente para psicoterapia, sem necessidade de atendimento imediato em serviço de urgência psiquiátrica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro - tristeza crônica, humor labil, comportamento dramático e ameaça suicida SEM plano estruturado, sem sintomas psicóticos e com as cartelas completas (ou seja, não houve a ingestão relatada) - não configura risco iminente que justifique acionamento do SAMU ou urgência psiquiátrica. O manejo cabe à própria equipe da Atenção Primária: monitorização ativa e regular do risco, otimização do antidepressivo, cautela com o benzodiazepínico e encaminhamento para psicoterapia, com vínculo e retorno curto. Rotular como depressão grave (A e B) ou bipolaridade (C) e medicalizar sem sustentação diagnóstica. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Em relação à febre Oropouche, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A transmissão ocorre, principalmente, por mosquitos do gênero *Aedes*, semelhante aos vetores da dengue
- B. Até 2025, não existem relatos publicados de transmissão vertical do vírus Oropouche em humanos, sendo essa hipótese sustentada apenas por estudos experimentais em animais
- C. Até o momento, não há registros de circulação do vírus Oropouche fora da região amazônica, sendo a doença restrita ao norte do Brasil
- D. O quadro clínico é semelhante ao de outras arboviroses, com febre, cefaleia, mialgia e exantema; geralmente é autolimitado, mas pode evoluir com complicações neurológicas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A febre Oropouche cursa com febre, cefaleia intensa, mialgia, artralgia e exantema, sendo habitualmente autolimitada, mas com recidivas frequentes e possíveis complicações neurológicas (meningite e meningoencefalite). O vetor principal é o maruim *Culicoides paraensis*, e não o *Aedes* (A). Desde 2024 há registro de transmissão vertical em humanos, com desfechos fetais adversos (B), e a circulação já extrapolou a Amazônia, com casos no Nordeste e Sudeste (C). Resposta D.