



Santa Casa-SP — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

100 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 D

Foram avaliados pacientes com alterações na tomografia computadorizada de tórax (neoplasia pulmonar, abscesso de pulmão, doença granulomatosa) ou alterações tomográficas em sistema nervoso central (tumor primário ou metastático, abscesso encefálico) que preencheram critério diagnóstico para Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético. O achado mais provável é

- A. pressão arterial sistólica < 100 mmHg.
- B. sódio urinário inferior a 3 mEq/L.
- C. sódio sérico superior a 155 mEq/L.
- D. osmolaridade urinária inapropriadamente aumentada. ✓**
- E. aumento de osmolaridade plasmática.

COMENTÁRIO OSCELABS

SIADH e secreção de ADH sem estímulo osmótico: o rim retém água livre e concentra a urina mesmo com plasma diluído. Por isso o achado típico é osmolaridade urinária inapropriadamente alta (>100 mOsm/kg) diante de hiposmolaridade plasmática (E erra) e hiponatremia (C erra ao propor Na 155). O paciente é euvolêmico, com PA normal (A erra), e o sódio urinário é ALTO (>30-40 mEq/L), não baixo (B erra). Neoplasia de pulmão e lesão do SNC são as causas clássicas. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Considere a gasometria arterial em ar ambiente com os seguintes parâmetros: pH: 7,52; pO₂: 94 mmHg; pCO₂: 22 mmHg e bicarbonato: 20 mEq/L. Tal exame será encontrado com maior probabilidade em

- A. mulher com miastenia gravis.
- B. mulher com vômitos incoercíveis.
- C. jovem em tratamento de transtorno de ansiedade. ✓**
- D. idoso usando altas doses de furosemida.
- E. jovem com broncoespasmo grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

pH 7,52 (alcalemia) com pCO₂ 22 mmHg (baixo) e bicarbonato 20 mEq/L (discretamente reduzido, compensação renal): alcalose respiratória por hiperventilação. O cenário clássico é crise de ansiedade/pânico. Vômitos incoercíveis (B) e furosemida (D) dão alcalose METABÓLICA, com bicarbonato ALTO. Miastenia (A) e broncoespasmo grave (E) cursam com hipoventilação e acidose respiratória (pCO₂ elevado). Perola: olhe primeiro quem 'puxou' o pH — aqui foi a pCO₂. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Homem de 37 anos apresenta nos últimos meses quadro de cansaço, emagrecimento, náuseas, escurecimento de pele e mucosas e tontura ao levantar-se. A pressão arterial deitado é 134 x 76 mmHg e em pé 84 x 62 mmHg. Dos abaixo, os níveis séricos mais prováveis de sódio e potássio são, em mEq/L, respectivamente

- A. 140 e 4,5.
- B. 128 e 6,5. ✓**
- C. 152 e 2,5.
- D. 128 e 2,5.
- E. 152 e 6,5.

COMENTÁRIO OSCELABS

Astenia, emagrecimento, náuseas, hiperpigmentação de pele e mucosas e hipotensão postural marcada compoem a insuficiência adrenal primária (doença de Addison). A falta de aldosterona causa perda renal de sódio e retenção de potássio: hiponatremia com hipercalemia. O déficit de cortisol e o ACTH elevado explicam a hiperpigmentação. Sódio alto (C, E) não cabe, e potássio baixo (C, D) sugeriria hiperaldosteronismo/Cushing, o oposto. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito E

Para substituir a insulina NPH por um análogo, as opções mais indicadas são

- A. detemir ou asparte.
- B. degludeca ou glulisina.
- C. lispro ou detemir.
- D. asparte ou glargina.
- E. degludeca ou glargina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A NPH e insulina BASAL (intermediária); ao trocá-la por análogo, a substituição deve ser por um análogo de ação prolongada: glargina ou degludeca (e detemir). Asparte, lispro e glulisina são análogos de ação RÁPIDA, substitutos da regular, e não da NPH — por isso A, B, C e D estão erradas ao trazerem pelo menos uma insulina prandial. Vantagem dos basais: menos hipoglicemia noturna e perfil mais plano. Resposta E.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Homem de 55 anos apresenta febre, emagrecimento e adenomegalia axilar esquerda, cuja biópsia confirmou linfoma de Hodgkin. A avaliação completa concluiu estadiamento II-B. Além do acometimento axilar é mais provável o PET-CT mostrar aumento de captação em

- A. mediastino. ✓**
- B. retroperitônio.
- C. hilo hepático.
- D. fossa ilíaca direita.
- E. medula óssea.

COMENTÁRIO OSCELABS

O linfoma de Hodgkin dissemina-se de modo CONTIGUO, de cadeia para cadeia vizinha, e tem predileção por cadeias supradiaphragmáticas — sobretudo mediastino, além de cervical e supraclavicular. Com doença axilar esquerda e estágio II (dois territórios do MESMO lado do diafragma), o próximo território esperado no PET-CT é o mediastino. Retroperitônio, hilo hepático e fossa ilíaca são infradiaphragmáticos e mudariam o estágio para III/IV; medula óssea definiria estágio IV. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito E

Mulher de 30 anos apresenta astenia, icterícia e esplenomegalia. Os exames iniciais mostram Hb: 7,5 g/dL, reticulócitos aumentados, e níveis elevados de bilirrubina indireta e DHL. O volume corpuscular médio e a haptoglobina estarão respectivamente

- A. normal e normal.
- B. reduzido e reduzida.
- C. reduzido e aumentada.**

D. aumentado e aumentada.

E. aumentado e reduzida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia com icterícia, esplenomegalia, reticulocitose, bilirrubina indireta e DHL elevados = hemolise. A resposta reticulocitaria intensa eleva o VCM (reticulocito e maior que a hemácia madura), e a hemoglobina livre no plasma consome a haptoglobina, que fica REDUZIDA — este é o marcador mais sensível de hemolise intravascular. Logo, VCM aumentado e haptoglobina reduzida. Haptoglobina 'aumentada' (C, D) só em inflamação sem hemolise. Resposta E.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Mulher de 64 anos apresenta quadro de fraqueza e lombalgia há 4 meses. Emagreceu 4 kg no período. Está descorada e a avaliação laboratorial mostra hemoglobina: 7,5 g/dL, cálcio sérico elevado e creatinina sérica: 2,1 mg/dL. A radiografia de coluna vertebral mostra rarefação óssea. O exame com maior probabilidade de orientar o diagnóstico é:

A. Eletroforese de proteínas. ✓

B. Ultrassonografia de rins e vias urinárias.

C. Eletroforese de hemoglobina.

D. Mutação do gene JAK2.

E. Cintilografia óssea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com anemia, dor óssea/lombalgia, hipercalcemia, insuficiência renal e lesões líticas na radiografia: o acrônimo CRAB do mieloma múltiplo. O exame que orienta o diagnóstico é a eletroforese de proteínas (sérica e urinária), buscando o pico monoclonal, complementada por imunofixação e cadeias leves livres. Eletroforese de hemoglobina investiga hemoglobinopatia; JAK2, neoplasia mieloproliferativa. A cintilografia óssea é classicamente FALSO-NEGATIVA no mieloma, pois a lesão é osteolítica pura, sem atividade osteoblástica. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Mulher de 47 anos apresenta quadro arrastado de astenia, soluços, náusea e edema de membros inferiores. Está pálida, a PA: 154 x 110 mmHg. Laboratorialmente apresenta ureia: 110 mg/dL, creatinina: 4,8 mg/dL e hemoglobina: 7,9 g/dL. Neste caso, são prováveis os seguintes achados:

A. Hiperfosfatemia e alcalemia.

B. Hipocalcemia e hipofosfatemia.

C. Hipercalcemia e hiponatremia.

D. pCO₂ reduzido e anion-gap aumentado. ✓

E. Hipernatremia e hipercalemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro arrastado de síndrome uremica: astenia, soluços, náuseas, edema, hipertensão, anemia e creatinina 4,8 mg/dL. Na doença renal crônica avançada há retenção de ácidos e acidose metabólica com anion-gap AUMENTADO (sulfatos, fosfatos, uratos), com hiperventilação compensatória — logo pCO₂ reduzido. O perfil mineral típico é hiperfosfatemia com HIPOcalcemia (B erra no fósforo, C erra no cálcio), e há tendência a hiponatremia dilucional, não hipernatremia (E). Alcalemia (A) é o oposto do esperado. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Jovem de 19 anos apresenta urina espumosa e edema de membros inferiores. PA: 120 x 70 mmHg. Laboratorialmente temos creatinina sérica: 0,8 mg/dL, albumina sérica: 1,9 g/dL e proteinúria de 5,4 gramas em 24 horas. A biópsia renal mostra anátomo patológico sem alterações significativas. No exame de urina típico desta situação o mais provável é encontrarmos cilindros

- A. hemáticos.
- B. gordurosos. ✓**
- C. hialinos.
- D. leucocitários.
- E. granulosos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Proteinúria >3,5 g/24h, hipoalbuminemia e edema com função renal normal e biópsia sem alterações a microscopia óptica: doença por lesões mínimas, a síndrome nefrótica clássica do jovem. A hiperlipidúria que acompanha a nefrose produz corpos ovais gordurosos e cilindros GORDUROSOS (cruz de Malta a luz polarizada). Cilindros hemáticos (A) marcam glomerulonefrite proliferativa/nefritica; leucocitários (D), pielonefrite ou nefrite intersticial; granulosos (E), necrose tubular aguda. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Teremos critério KDIGO (kidney disease: improving global outcomes) estágio 1 na seguinte situação:

- A. Início de terapia de substituição renal.
- B. Aumento na creatinina sérica em 2 a 2,9 vezes o basal.
- C. Débito urinário inferior a 0,5 mL/kg/hora por 12 a 24 horas.
- D. Débito urinário inferior a 0,5 mL/kg/hora por 6 a 12 horas. ✓**
- E. Anúria por 12 ou mais horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O KDIGO estagia a lesão renal aguda por creatinina OU débito urinário, valendo o pior critério. Estágio 1: creatinina 1,5-1,9x o basal ou aumento absoluto $\geq 0,3$ mg/dL em 48h, OU débito urinário $< 0,5$ mL/kg/h por 6 a 12 horas. Aumento de 2 a 2,9x (B) e débito baixo por 12-24h (C) são estágio 2; anúria ≥ 12 h (E) e início de diálise (A) são estágio 3. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Um homem de 34 anos, com alcoolismo grave, é internado devido a politraumatismo com várias fraturas, sendo que uma delas requer tratamento cirúrgico, que deverá ser realizado em 24 horas. Decorridas 18 horas da internação, paciente passa a apresentar alucinações visuais e grande agitação psicomotora. A droga de escolha nesse momento é

- A. propofol.
- B. quetiapina.
- C. benzodiazepínico. ✓**
- D. morfina.
- E. cetamina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Alcoolista grave internado há 18 horas com alucinações visuais e agitação intensa: síndrome de abstinência alcoólica, na janela típica das primeiras 24-72h. O tratamento de escolha é o benzodiazepínico, que atua no mesmo receptor GABA-A do álcool, controla a agitação, previne convulsões e reduz mortalidade do delírium tremens. Antipsicóticos como a quetiapina são apenas adjuvantes (baixam limiar convulsivo); propofol e cetamina exigem sedação/ventilação e ficam para refratários; morfina não tem papel. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Um mulher de 38 anos, diabética, em uso de hipoglicemiantes orais, hospitalizada, no quinto dia de tratamento de pneumonia aspirativa, sem sintomas gastrointestinais, apresenta exame positivo para toxinas de *Clostridioides difficile*, exame colhido como protocolo do hospital para todos os pacientes que estejam recebendo antibióticos endovenosos há mais de 3 dias. A conduta correta é

A. suspender os antibióticos atuais e repetir o exame para *C. difficile* em 48 horas.

B. não tratar a nova infecção detectada. ✓

C. acrescentar vancomicina EV.

D. iniciar simultaneamente antibioticoterapia específica para *C. difficile*.

E. suspender os antibióticos atuais e iniciar vancomicina VO.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra de ouro: só se testa e só se trata *C. difficile* em quem tem DIARREIA. A paciente está assintomática do ponto de vista gastrointestinal — a toxina positiva reflete COLONIZAÇÃO, e não infecção, e o próprio rastreio universal em uso de antibiótico é uma prática inadequada. Tratar colonização não reduz desfecho e seleciona resistência. Também não se suspende o antibiótico que trata a pneumonia aspirativa em curso (A, E), nem se acrescenta vancomicina EV, que sequer atinge a luz colônica (C). Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Um homem de 56 anos, tossidor crônico, tabagista de 60 maços/ano, procurou atendimento médico porque passou a apresentar desconforto respiratório em repouso. Já faz uso de medicações inalatórias de forma adequada. Provavelmente se beneficiará do uso contínuo de oxigênio domiciliar, cuja indicação ocorre com pressão arterial de O₂ e saturação de oxigênio, respectivamente de:

A. ≤ 60 mmHg e $< 88\%$.

B. < 55 mmHg e $< 88\%$.

C. ≤ 60 mmHg e $\leq 90\%$.

D. ≤ 59 mmHg e $\leq 89\%$. ✓

E. ≤ 55 mmHg e $\leq 90\%$.

COMENTÁRIO OSCELABS

A oxigenoterapia domiciliar prolongada na DPOC é a única medida, ao lado da cessação do tabagismo, que aumenta a sobrevida, e sua indicação depende de hipoxemia comprovada em repouso e em fase estável. A banca adotou o corte clássico de PaO₂ < 60 mmHg (ou seja, ≤ 59) e SpO₂ $< 90\%$ (ou seja, ≤ 89), medidos em ar ambiente. As demais alternativas misturam os pontos de corte de PaO₂ e saturação de forma incoerente entre si. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Um homem de 25 anos recebeu há 2 semanas tratamento para uretrite gonocócica, com sucesso. Atualmente, procura atendimento médico por estar há 2 dias com febre, mal estar e lesões cutâneas eritematosas, máculas e pápulas, difusamente presentes no tórax, palma das mãos e planta dos pés, não pruriginosas e poliadenomegalia acometendo região cervical, axilas e inguinais. Não se lembra de ter apresentado ulceração na região genital, mas refere ter tido ulceração na mucosa oral que pensou ser uma afta. Resultado de exames sorológicos só estarão disponíveis em 72 horas. O médico opta por tratamento empírico baseado nos dados clínicos e de história. A conduta mais adequada é

- A. penicilina benzatina 2,4 milhões U IM, dose única. ✓**
- B. penicilina G benzatina 2,4 milhões U IM, 1x por semana, durante 3 semanas.
- C. ceftriaxona 2 g EV ou IM, 1x por dia, durante 3 dias.
- D. azitromicina 1 g VO no primeiro dia e, a seguir, 500 mg/dia por 14 dias.
- E. doxiciclina 100 mg VO, 2x ao dia, por 1 semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas semanas após uma IST, rash maculopapular difuso acometendo PALMAS e PLANTAS, poliadenomegalia generalizada e história de ulcera oral indolor: sífilis secundária. O tratamento é penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM em DOSE ÚNICA — o esquema de 3 doses semanais (B) é reservado a sífilis latente tardia/de duração ignorada e terciária. Ceftriaxona (C) trataria gonococo, já resolvido; azitromicina e doxiciclina (D, E) são alternativas de segunda linha, nunca preferenciais quando há penicilina disponível. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Uma mulher de 64 anos previamente hígida apresenta há cerca de 1 mês cefaleia intensa que não cede com analgésicos comuns, febre baixa, quase diária. A biópsia de uma artéria craniana diagnosticou arterite de células gigantes, afecção na qual podem ocorrer as alterações abaixo, EXCETO

- A. perda súbita da visão monocular.
- B. acometimento quase exclusivo em pessoas com mais de 50 anos.
- C. claudicação mandibular.
- D. inflamação restrita às artérias originadas do arco aórtico. ✓**
- E. anemia e febre de origem obscura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de EXCECAO. A arterite de células gigantes acomete quase exclusivamente maiores de 50 anos (B), cursa com claudicação mandibular (C), anemia, febre e VHS muito elevado (E), e sua complicação temida é a amaurose subita por neuropatia óptica isquêmica (A) — motivo pelo qual se inicia corticoide ANTES do resultado da biópsia. O erro está em restringir a inflamação às artérias do arco aórtico: é uma vasculite de grandes vasos que pode envolver a própria aorta (aneurisma/dissecção) e seus ramos a distância. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Uma mulher de 54 anos, sem antecedentes cardiovasculares, procura o pronto-socorro com queixa de palpitações há 18 horas acompanhadas de ortopneia e dispneia aos pequenos esforços. Apresenta pulso rápido e irregular, PA: 90 x 68 mmHg e estertores nas bases pulmonares. Antes de se tentar a reversão, elétrica ou medicamentosa da arritmia, é indicada a administração de:

- A. Enoxaparina dose profilática.
- B. Clopidogrel.
- C. Rivaroxabana. ✓**

- D. AAS.
- E. Clopidogrel + AAS.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fibrilacao atrial com mais de 48 horas de duracao (18h de sintomas, mas inicio incerto) e com repercussao: antes de qualquer cardioversao, eletrica ou quimica, e mandatoria a ANTICOAGULACAO plena, pelo risco de embolizacao do trombo atrial ao recuperar a contracao mecanica. Entre as opcoes, apenas a rivaroxabana e anticoagulante em dose terapeutica. Enoxaparina em dose PROFILATICA (A) nao protege, e antiagregantes (AAS, clopidogrel) nao previnem cardioembolia na FA. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito E

A paracentese diagnóstica realizada no pronto atendimento, em um homem de 44 anos acompanhado ambulatorialmente por hepatite C crônica, hemodinamicamente estável, com icterícia, ascite, dor abdominal, febre e sonolência, mostrou Líquido ascítico levemente turvo com presença de 900 células/mm³, sendo 30% leucócitos polimorfonucleares. A conduta mais adequada é

- A. iniciar vancomicina e gentamicina.
- B. aguardar cultura e iniciar antibioticoterapia empírica, se houver desestabilização do paciente.
- C. iniciar ampicilina, oxacilina e metronidazol EV.
- D. manutenção hidroeletrolítica e aguardar resultado da cultura e antibiograma do líquido ascítico.

E. iniciar cefalosporina de terceira geração EV. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrotico com ascite, dor abdominal, febre e encefalopatia: 900 celulas com 30% de polimorfonucleares = 270 PMN/mm³, acima do corte de 250 que define peritonite bacteriana espontanea, independentemente da cultura. O tratamento empirico imediato e cefalosporina de terceira geracao (cefotaxima/ceftriaxona), somada a albumina para prevenir síndrome hepatorenal. Aguardar cultura (B, D) aumenta a mortalidade; vancomicina/gentamicina (A) e nefrotoxica e desnecessaria; o espectro de C nao cobre bem as enterobacterias. Resposta E.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Um homem de 68 anos, em tratamento irregular de hipertensão arterial, é admitido na sala de emergência de um pronto-socorro com queixa de dor torácica e dorsal intensas. Baseado no quadro clínico e exames de imagem anteriores a suspeita é de dissecação de aorta torácica. Em uma análise de 258 pacientes com dor torácica ou dorsal foram identificados 128 com dissecação de aorta torácica, utilizando-se para o diagnóstico de exames de imagem sofisticados, ou achados de necropsia; mais de 90% poderiam ser diagnosticados baseando-se em achados clínicos, laboratoriais ou de imagem mais simples, porém significativos. NÃO faz parte desses achados:

- A. Dosagem de D-dímeros elevada, acima de 500 ng/mL, que apresenta valor preditivo positivo acima de 90%. ✓**
- B. Alargamento aórtico ou de mediastino na radiografia de tórax.
- C. Ausência de pulso palpável em uma das extremidades proximais.
- D. Diferença de PA > 20 mmHg entre o braço esquerdo e direito.
- E. Ausência de pulso carotídeo palpável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de EXCECAO. Alargamento de mediastino a radiografia, assimetria de pulso, diferença de PA >20 mmHg entre os braços e ausência de pulso carotídeo são achados simples, disponíveis e com bom valor para SUSPEITAR de dissecação. O D-dímero, ao contrário, tem alta sensibilidade e ótimo valor preditivo NEGATIVO (serve para afastar), mas VPP baixo, pois eleva-se em TEP, sepse, neoplasia, gestação e idade avançada. Afirmar VPP acima de 90% e o erro. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito E

Um paciente de 48 anos, tabagista de 60 anos-maço, na investigação de tosse por mais de 3 meses foi diagnosticado com mesotelioma pleural maligno, com pouca chance de cura pelo estado avançado. O principal fator de risco para esse tipo de tumor é

- A. trabalho em minas de carvão.
- B. contato frequente com gás CFC (freon).
- C. radioterapia prévia de tórax ou de pescoço.
- D. tabagismo acima de 30 anos-maço.
- E. exposição, ainda que remota no tempo, a asbestos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O mesotelioma pleural maligno tem como fator de risco dominante a exposição ao asbesto (amianto), com período de latência muito longo — 20 a 40 anos —, de modo que uma exposição remota e ocupacionalmente esquecida continua sendo relevante. Perla: diferentemente do carcinoma broncogênico, o tabagismo NÃO é fator de risco para mesotelioma (D erra), embora multiplique o risco de câncer de pulmão em quem também se expôs ao asbesto. Radioterapia prévia é causa rara; carvão causa pneumoconiose, não mesotelioma. Resposta E.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Um homem de 58 anos, tabagista, sem antecedentes cardiovasculares, apresentou fibrilação atrial aguda de alta resposta ventricular; a avaliação cardíaca não demonstrou alterações estruturais significativas. Foi realizada cardioversão elétrica com sucesso. O médico decide, a seguir, pela administração de medicação voltada para a manutenção do ritmo sinusal. A droga mais apropriada, dentre as abaixo, é

- A. bisoprolol.
- B. propafenona. ✓**
- C. digoxina.
- D. verapamil.
- E. metoprolol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente cardiovertido, SEM cardiopatia estrutural: para manutenção do ritmo sinusal a escolha é um antiarrítmico de classe IC, como a propafenona (ou flecainida), justamente porque nesse perfil não há o risco pro-arrítmico que contraindica os IC em cardiopatia isquêmica ou disfunção ventricular (nesses, amiodarona ou sotalol). Bisoprolol, metoprolol, verapamil e digoxina são drogas de CONTROLE DE FREQUÊNCIA, e não mantêm o ritmo sinusal. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Uma paciente de 22 anos se apresenta no pronto-socorro com dor abdominal, de início insidioso, que começou na região do hipogástrio e irradiou-se para o quadrante inferior direito nas últimas 12 horas. Ela também relata náuseas, febre leve e anorexia. Diz estar fazendo tratamento para candidíase vaginal. Ao exame físico, há dor à palpação em fossa ilíaca direita, além de defesa muscular. Exame de sangue revela leucocitose acima de 15.000 mm³. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo, é:

- A. Leite terminal.
- B. Cisto roto de ovário.
- C. Apendicite aguda. ✓**
- D. Salpingite.
- E. Gravidez ectópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A migração da dor periumbilical/hipogástrica para a fossa ilíaca direita, com anorexia, náusea, febre baixa, defesa muscular localizada e leucocitose, e o roteiro clássico da apendicite aguda — a sequência temporal (dor antes do vômito, migração da dor) e o dado mais discriminante. O tratamento de candidíase vaginal é distrator. Salpingite costuma dar dor bilateral com corrimento e dor à mobilização do colo; cisto roto e gravidez ectópica dão dor SUBITA, e a ectópica exige beta-hCG. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito E

Uma mulher de 45 anos, diabética tipo II controlada com insulina NPH, apresenta dor no quadrante superior direito há 24 horas, acompanhada de febre e vômitos. O exame físico revela dor à palpação no quadrante superior direito. O ultrassom abdominal mostra cálculos na vesícula biliar e espessamento da parede da vesícula. O próximo passo mais adequado no manejo desta paciente, dentre os abaixo, é:

- A. Colectostomia.
- B. Observação e alta com analgésicos.
- C. Antibióticos e alta para acompanhamento ambulatorial.
- D. Colectomia laparoscópica eletiva.

E. Colectomia laparoscópica de urgência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocôndrio direito há 24h, febre, vômitos e ultrassom com cálculos e parede vesicular espessada: colecistite aguda litiasica. A conduta atual, sustentada pelas diretrizes de Tokyo, e a colecistectomia videolaparoscópica PRECOCE, na mesma internação, idealmente nas primeiras 72 horas — reduz complicações, tempo de internação e custo em relação a cirurgia adiada (D). Alta com analgésico ou antibiótico ambulatorial (B, C) é inadequada; colecistostomia (A) fica para o paciente proibitivo para anestesia. Resposta E.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Um homem de 60 anos é atendido no pronto-socorro queixando-se de dor na região inguinal direita onde apresenta uma massa redutível que aumenta de tamanho ao esforço físico e melhora ao repouso. Ele não relata dor significativa, mas refere desconforto ocasional. Nega alteração de hábito intestinal e tem uma colonoscopia, realizada há 3 meses, normal. Melhor conduta a ser adotada neste momento:

- A. Ultrassonografia abdominal.
- B. Observação e reavaliação em 6 meses.
- C. Cirurgia de urgência.

D. Reparação cirúrgica eletiva. ✓

E. Tomografia de abdômen e pelve.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa inguinal redutível, que aumenta ao esforço e reduz ao repouso, e hérnia inguinal. Toda hérnia sintomática — ainda que o sintoma seja apenas desconforto — tem indicação de correção cirúrgica ELETIVA, pelo risco cumulativo de encarceramento e estrangulamento. Cirurgia de urgência (C) só se houver hérnia irreduzível, dor intensa, sinais de obstrução ou sofrimento de alça. O diagnóstico é clínico: USG e TC (A, E) são dispensáveis diante de exame físico típico. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Um homem de 50 anos apresenta dor abdominal súbita e intensa no epigástrico, irradiando para o dorso. A dor piora ao deitar-se de costas e melhora ao se inclinar para frente. Ele também relata náuseas e vômitos. Exames laboratoriais mostram elevação de amilase de 1040 U/L. O fator etiológico mais comum para este quadro é:

A. Colelitíase. ✓

B. Infecção bacteriana.

C. Trauma abdominal.

D. Uso de anti-inflamatórios.

E. Consumo excessivo de álcool.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica súbita em faixa, irradiada para o dorso, que melhora na posição genupeitoral (inclinado para frente), com vômitos e amilase mais de três vezes o limite superior: pancreatite aguda. No Brasil e na maioria das séries mundiais, a etiologia mais frequente é a BILIAR (colelitíase/microlitíase), respondendo por cerca de 30-60% dos casos; o álcool vem em segundo lugar e predomina em homens jovens com consumo crônico. Por isso, todo paciente com pancreatite aguda deve fazer ultrassom de vias biliares. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Um paciente de 60 anos é atendido no pronto-socorro histórico de úlcera péptica e apresenta dor abdominal súbita sem sinais de peritonite. A radiografia de tórax mostra pequena quantidade de ar no hipocôndrio esquerdo. Paciente mantém estabilidade hemodinâmica. O próximo passo no manejo deste paciente deve ser:

A. Solicitação de endoscopia digestiva alta.

B. Tomografia computadorizada abdominal com contraste EV. ✓

C. Administração de antiácidos e observação.

D. Cirurgia de urgência.

E. Tratamento com inibidores de bomba de prótons.

COMENTÁRIO OSCELABS

História de úlcera péptica com dor abdominal súbita e pneumoperitônio na radiografia indica perfuração. Como o paciente está HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL e SEM sinais de peritonite, é possível caracterizar melhor a lesão antes de operar: a tomografia com contraste define a extensão, se há bloqueio/tamponamento pelo omento e se há coleções, orientando entre tratamento conservador e cirurgia. Perola: a endoscopia (A) é contraindicada na suspeita de perfuração, pois a insuflação agrava o extravasamento. Antiácido isolado (C, E) não resolve perfuração. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Um homem de 65 anos, diabético, apresenta uma úlcera no pé há uma semana. A lesão está rodeada de tecido necrosado e a área é dolorosa e com secreção purulenta. O exame físico revela eritema que se estende até a panturrilha. Há sinais de toxemia e febre de 39 °C. O paciente foi previamente tratado com antibiótico oral. O próximo passo mais adequado no manejo deste paciente deve ser:

- A. Administrar corticoide sistêmico para reduzir a inflamação.
- B. Aumentar a dose do antibiótico oral.
- C. Aplicar curativo de carvão ativado e acompanhar.
- D. Realizar desbridamento cirúrgico e iniciar antibiótico intravenoso. ✓**
- E. Iniciar fisioterapia para melhorar a circulação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera de pé diabético com necrose, secreção purulenta, celulite ascendente até a panturrilha, toxemia e febre alta após falha do antibiótico oral: infecção GRAVE de pé diabético. O binômio que salva o membro e o controle do foco — desbridamento cirúrgico do tecido necrótico — associado a antibioticoterapia de amplo espectro INTRAVENOSA. Sem drenagem/desbridamento, nenhum antibiótico penetra o tecido desvitalizado (B, C falham). Corticoide (A) e imunossupressor e agrava; fisioterapia (E) é irrelevante na urgência. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Um paciente de 70 anos, hipertenso e com insuficiência renal crônica, é admitido com uma infecção extensa e dolorosa na coxa, após uma pequena lesão cutânea. Ele tem febre de 38,5 °C e sinais de toxemia. O exame físico mostra uma área eritematosa, com necrose e drenagem de secreção malcheirosa. Há dor refratária. A infecção mais provável nesse paciente é:

- A. Fasceite necrosante. ✓**
- B. Erisipela.
- C. Abscesso subcutâneo.
- D. Celulite.
- E. Miosite infecciosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecção de partes moles com dor DESPROPORCIONAL e refratária, necrose cutânea, secreção malcheirosa (anaeróbios), toxemia e progressão rápida em paciente com fatores de risco (idade, DRC): fasceite necrosante. O achado semiológico que a diferencia e exatamente a dor fora de proporção com o aspecto da pele, além de crepitação, bolhas e anestesia local. Erisipela e celulite (B, D) não dão necrose nem toxemia grave; abscesso (C) e coleção localizada e flutuante. É emergência cirúrgica. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito E

Paciente masculino, 54 anos, foi admitido ao hospital para uma cirurgia de ressecção intestinal por complicações de doença de Crohn. Ele tem um histórico de perda de peso significativa nos últimos cinco meses (aproximadamente 12 kg), apresentando atualmente um IMC: 17,5 kg/m². No exame físico, observa-se massa muscular diminuída e sinais de hipovitaminose. O paciente também relata fadiga constante e episódios de diarreia frequente. Após a cirurgia, ele foi submetido à nutrição enteral, mas apresentou intolerância, necessitando de nutrição parenteral total (NPT), por sete dias. Durante este período, houve dificuldades no controle dos eletrólitos e distúrbios metabólicos.

- A. Suspender completamente a NPT ao primeiro sinal de tolerância à nutrição enteral, para evitar complicações hepáticas associadas à nutrição parenteral de longa duração.

- B. Introduzir nutrição oral precoce, mesmo com sinais de intolerância à enteral, para reduzir o risco de infecções relacionadas à nutrição parenteral prolongada.
- C. Manter a nutrição parenteral total (NPT), por tempo indeterminado, até que o paciente apresente melhora clínica significativa e normalização dos eletrólitos, independentemente da reintrodução gradual de nutrição enteral.
- D. Ajustar a nutrição parenteral total (NPT), com foco na redução da quantidade de carboidratos e aumento da oferta lipídica, considerando o risco de síndrome de realimentação em pacientes com desnutrição severa.
- E. Realizar monitoramento rigoroso dos níveis de fósforo, magnésio e potássio durante a transição da NPT para a nutrição enteral e oral, visando prevenir complicações como síndrome de realimentação e distúrbios eletrolíticos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Desnutrição grave (IMC 17,5, perda de 12 kg) em jejum prolongado com nutrição parenteral: o risco maior na transição/reintrodução do aporte e a SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO. Com a oferta de glicose, a insulina desloca fósforo, magnésio e potássio para o intracelular, podendo causar arritmia, insuficiência cardíaca e morte. Por isso a conduta correta é monitorar rigorosamente esses eletrólitos (e repor tiamina), progredindo a oferta calórica lentamente. Manter NPT indefinidamente (C) e o oposto do desejável: nutrição enteral e sempre preferida quando o TGI funciona. Resposta E.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Uma mulher grávida de 32 semanas se envolve em um acidente de carro e chega ao pronto-socorro consciente, com dor abdominal leve, sem sangramento vaginal. A frequência cardíaca fetal está normal e a paciente apresenta sinais vitais estáveis. Após o atendimento inicial, a paciente é submetida a uma ultrassonografia, que não demonstra descolamento placentário. Seu tipo sanguíneo é A positivo. A conduta mais adequada para essa paciente é:

- A. Administração de imunoglobulina anti-Rh(D).
- B. Alta imediata, pois a paciente e o feto estão estáveis.
- C. Observação hospitalar por 24 horas, monitorando sinais maternos e fetais. ✓**
- D. Realizar cesariana de urgência devido ao risco de trauma.
- E. Administração de corticosteroides para maturação fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma na gestante de 32 semanas, mãe e feto estáveis, sem sangramento e sem descolamento ao ultrassom: ainda assim, o descolamento prematuro de placenta pode se manifestar TARDIAMENTE, e o ultrassom tem baixa sensibilidade para diagnosticá-lo. Por isso indica-se monitorização materno-fetal continuada, com cardiotocografia, e observação hospitalar. Alta imediata (B) é insegura; imunoglobulina anti-D (A) só se a mãe for Rh NEGATIVO — ela é A positivo; cesárea (D) e corticoide (E) não se justificam sem sofrimento fetal ou risco de parto iminente. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Uma idosa de 82 anos foi atropelada enquanto atravessava a rua e foi levada ao pronto-socorro. Ela apresenta fraturas múltiplas, incluindo de pelve e costelas. A paciente está consciente, com 15 pontos na escala de Glasgow, mas com dor intensa. As prioridades no manejo inicial dessa paciente devem ser:

- A. Administração de antibióticos profiláticos para prevenir infecções.
- B. Controle da dor e observação em casa.
- C. Estabilização das fraturas e encaminhamento para tomografia de corpo inteiro.
- D. Ventilação e circulação, seguida de controle da dor. ✓**

E. Avaliação ortopédica e do cirurgião de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizada idosa: a prioridade não muda com a idade nem com a dramaticidade das fraturas. Segue-se o ABCDE do ATLS — via aérea, ventilação e circulação (com controle de hemorragia; fratura de pelve sangra muito e pede cinta pélvica) —, e somente depois analgesia e a avaliação secundária com imagem. Encaminhar direto a tomografia ou ao especialista (C, E) antes de estabilizar é erro clássico; alta para casa (B) é inaceitável; antibiótico profilático (A) não é prioridade. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito E

Paciente com diagnóstico de câncer de pulmão de pequenas células, chega ao pronto-socorro apresentando confusão mental, náuseas, vômitos e fadiga intensa. Ao exame físico, nota-se edema generalizado. Exames laboratoriais revelam sódio sérico: 120 mEq/L. O diagnóstico mais provável para esse quadro é:

- A. Insuficiência renal aguda.
- B. Síndrome de lise tumoral.
- C. Metástase cerebral.
- D. Hipercalemia maligna.

E. Hiponatremia por síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma de pulmão de PEQUENAS CELULAS e o tumor classicamente associado a síndromes paraneoplásicas endócrinas, sobretudo a secreção inapropriada de ADH. Sódio de 120 mEq/L explica a confusão mental, náuseas, vômitos e fadiga. A hipercalemia maligna (D) associa-se mais ao carcinoma ESCAMOSO (PTHrP) e daria cálcio alto, não sódio baixo. Metástase cerebral (C) daria déficit focal/sinais de hipertensão intracraniana; lise tumoral (B) surge após quimioterapia, com hipercalemia e hiperuricemia. Resposta E.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Um paciente com linfoma não-Hodgkin chega ao pronto-socorro com dor lombar intensa e perda de força nos membros inferiores, além de dificuldade para urinar. O exame físico revela diminuição da sensibilidade e da força nos membros inferiores, com reflexos alterados. A conduta mais adequada para esse paciente deve ser:

- A. Monitoramento clínico com observação de sintomas.
- B. Administração de quimioterapia de emergência.
- C. Radioterapia imediata para descompressão medular. ✓**
- D. Uso de diuréticos para reduzir edema medular.
- E. Administração de antibióticos para tratar infecção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor lombar intensa com perda de força em membros inferiores, alteração sensitiva e retenção urinária em paciente oncológico e compressão medular metastática — emergência neurológica em que cada hora de atraso custa função motora definitiva. A conduta é corticoide em dose alta imediatamente e descompressão, e entre as opções a radioterapia imediata é a correta (o linfoma é altamente radiosensível). Apenas observar (A) condena o paciente a paraplegia; diurético (D) e antibiótico (E) não tem papel. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Um paciente de 68 anos de idade, com histórico de múltiplas cirurgias abdominais anteriores, apresenta-se no pronto-socorro com queixa de dor abdominal difusa de início há dois dias, acompanhada de distensão abdominal, náuseas e vômitos fecaloides. O exame físico revela um abdômen distendido e timpânico à percussão, com ruídos hidroaéreos metálicos. Não há abaulamentos na região inguinocrural. A radiografia de abdômen em pé mostra níveis hidroaéreos em alças intestinais dilatadas. Com base nos achados clínicos e de imagem, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada são, respectivamente,

- A. Obstrução intestinal por intussuscepção; indicada cirurgia imediata.
- B. Obstrução intestinal por bridas; indicada passagem de sonda nasogástrica e observação clínica. ✓**
- C. Ileo paralítico secundário a distúrbio eletrolítico; indicada reposição hidroeletrólítica.
- D. Obstrução intestinal por neoplasia colorretal; indicada quimioterapia imediata.
- E. Obstrução intestinal por diverticulite; indicada ressecção intestinal e colostomia a Hartmann.

COMENTÁRIO OSCELABS

Múltiplas laparotomias prévias, dor difusa, distensão, vômitos FECALOIDES, timpanismo, ruídos metálicos e níveis hidroaéreos: obstrução de intestino delgado, cuja causa mais frequente em abdome já operado são as BRIDAS (ausência de abaulamento inguinocrural afasta hernia). Sem sinais de estrangulamento (peritonite, febre, acidose, taquicardia), o tratamento inicial e conservador: jejum, sonda nasogástrica para decompressão, hidratação e correção eletrolítica, com reavaliações seriadas. Cirurgia se não houver resolução ou se surgir sofrimento de alça. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito E

Um paciente de 58 anos, portador de câncer colorretal, foi submetido a uma cirurgia de ressecção de parte do intestino grosso. Durante o procedimento, devido à extensão do tumor e à necessidade de preservar outras estruturas abdominais, foi realizada uma colostomia em alça. Após a cirurgia, o paciente se queixa de dificuldades para lidar com a bolsa de colostomia e manifesta dúvidas sobre os cuidados necessários para evitar complicações, como infecções ou irritações cutâneas. Ele também relata sentir-se inseguro quanto à possibilidade de retorno à função intestinal normal no futuro. O anatomopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente invasivo T3N1MO. Foi encaminhado para tratamento complementar. Esta colostomia poderá ser fechada após

- A. exame ultrassonográfico do reto.
- B. 4 semanas.
- C. 2 semanas, se não houver deiscência da anastomose.
- D. realização de enema opaco.
- E. re-estadiamento adequado pós tratamento adjuvante. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A colostomia em alça aqui é de PROTEÇÃO/derivação, e não definitiva. Seu fechamento só pode ser programado depois de concluído o tratamento oncológico complementar (adjuvância para um T3N1) e após reestadiamento que confirme ausência de doença — além, claro, de integridade da anastomose distal. Prazos fixos e curtos (B, C) ignoram a adjuvância; ultrassom de reto (A) não é o método de avaliação; o enema opaco (D) e apenas um dos exames possíveis da anastomose, não o critério que define o momento. Resposta E.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Um paciente de 58 anos, portador de câncer colorretal, foi submetido a uma cirurgia de ressecção de parte do intestino grosso. Durante o procedimento, devido à extensão do tumor e à necessidade de preservar outras estruturas abdominais, foi realizada uma colostomia em alça. Após a cirurgia, o paciente se queixa de dificuldades para lidar com a bolsa de colostomia e manifesta dúvidas sobre os cuidados necessários para evitar complicações, como infecções ou irritações cutâneas. Ele também relata sentir-se inseguro quanto à possibilidade de retorno à função intestinal normal no futuro. O anatomopatológico revelou tratar-se de um adenocarcinoma moderadamente invasivo T3N1MO. Foi encaminhado para tratamento complementar. A principal orientação que deve ser dada ao paciente para evitar complicações relacionadas à colostomia deve ser:

- A. Não é necessário consultar um profissional especializado em estomaterapia, pois os cuidados com a colostomia são simples e não exigem acompanhamento especializado.
- B. Lavar a área ao redor do estoma apenas com água e sabão neutro, evitando o uso de produtos agressivos à pele. ✓**
- C. Trocar a bolsa de colostomia apenas quando estiver completamente cheia, para economizar material.
- D. Usar qualquer tipo de creme ou loção ao redor do estoma, sem se preocupar com a composição dos produtos.
- E. Evitar a manipulação do estoma e deixar a área sempre coberta, para evitar o contato com o ambiente externo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cuidado com o estoma e questão de pele peri-estomal: higiene apenas com água e sabão neutro, secando bem, sem antissépticos, álcool ou produtos abrasivos que causam dermatite. A bolsa deve ser esvaziada quando atinge cerca de 1/3 a 2/3, jamais cheia (C), pois o peso descola a placa e causa vazamento e lesão química da pele. O acompanhamento com estomaterapeuta é altamente recomendado (A erra), cremes indiscriminados impedem a aderência da placa (D) e o estoma deve ser manipulado e inspecionado diariamente (E). Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Uma gestante de 32 anos, G2P1A0, com 34 semanas de gestação, chega ao pronto-socorro com queixas de dor abdominal intensa no quadrante superior direito, irradiando para o ombro direito, acompanhada de náuseas e vômitos. A paciente relata ter tido um episódio de pré-eclâmpsia em sua primeira gestação, mas até o momento, nesta gravidez, não apresentou alterações significativas na pressão arterial. Ao exame físico, encontra-se hipertensa (160 x 110 mmHg), com sinais de icterícia e hematomas em abdômen. A ultrassonografia abdominal mostra líquido livre no abdômen, sugerindo hemoperitônio. O exame de sangue revela hemoglobina de 8 g/dL e plaquetas de 80.000/mm³. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é:

- A. Trombose da veia porta com hemorragia intra-abdominal.
- B. Ruptura hepática espontânea associada à Síndrome HELLP. ✓**
- C. Hemorragia por descolamento prematuro de placenta.
- D. Apendicite aguda complicada com hemoperitônio.
- E. Hepatite viral com complicação hemorrágica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 34 semanas com antecedente de pre-eclampsia, agora hipertensa (160x110), com dor em hipocondrio direito irradiada para o ombro, ictericia, plaquetopenia (80.000), anemia e hemoperitonio ao ultrassom: rotura hepatica espontanea complicando síndrome HELLP (hemolise, enzimas hepaticas elevadas, plaquetopenia). A dor no ombro traduz irritacao diafragmatica pelo sangue. Descolamento de placenta (C) daria sangramento uterino e sofrimento fetal, nao hemoperitonio; apendicite e hepatite viral (D, E) nao explicam hipertensao com plaquetopenia. E emergencia cirurgica e obstetrica. Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito E

Paciente do sexo feminino, 28 anos, procurou à emergência com quadro de icterícia progressiva há 10 dias, acompanhada de dor abdominal em hipocôndrio direito e colúria, náuseas e vômitos. Relata episódios prévios de dor semelhante, associados à ingestão de alimentos gordurosos, mas sem icterícia. Ao exame físico, encontra-se com escleras ictéricas, dor à palpação no hipocôndrio direito, sem febre. Os exames laboratoriais mostram bilirrubina direta (8,5 mg/dL), amilase de 80 UI e um leucograma de 8.500 mm³ sem desvio. A ultrassonografia abdominal evidencia dilatação das vias biliares intra e extra- hepáticas, sem fatores obstrutivos ao método e a presença de cálculos móveis em vesícula biliar. Não se observa lesões expansivas hepáticas. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo:

- A. Pancreatite aguda.
- B. Colecistite aguda.
- C. Colangite.
- D. Tumor periampular.

E. Coledocolitíase. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ictericia colestatica progressiva com bilirrubina DIRETA de 8,5, coluria, colicas previas apos alimentos gordurosos, ultrassom com calculos na vesicula e dilatacao de vias biliares intra e extra-hepaticas: coledocolitíase. Sem febre e com leucograma normal, nao ha a triade de Charcot da colangite (C); amilase normal afasta pancreatite (A); a colecistite (B) cursa com Murphy e nao com dilatacao de via biliar principal; tumor periampular (D) daria ictericia INDOLOR e progressiva, sem historia de colicas repetidas. Resposta E.

QUESTÃO 38 — Gabarito E

Paciente feminina 63 anos, empresária, tem uma história clínica e um quadro sugestivo de diverticulite aguda. Não está séptica e não há falências orgânicas. Seu hemograma mostra Hb: 7,4 g/dL, leucocitose: 24.100 mm³, com desvio a esquerda e PCR: 303mg/L. Foi submetida à tomografia de abdômen cujas imagens de interesse são mostradas a seguir. Foi iniciado tratamento inicial com ceftriaxone e metronidazol EV. Com relação ao diagnóstico e melhor conduta no momento, é correto:

- A. O diagnóstico sugere uma diverticulite Hinchey I e a paciente deve ser internada para continuar o tratamento com antibióticos por uma semana.
- B. Trata-se mesmo de uma diverticulite não complicada e o tratamento poderá ser concluído em regime ambulatorial após observação inicial por 48 hs.
- C. Trata-se de uma diverticulite complicada e o melhor tratamento é a sigmoidectomia a Hartmann após transfusão para correção da anemia.
- D. Não é possível afastar o diagnóstico de neoplasia e a melhor opção, neste momento, é a colonoscopia para definição diagnóstica e de conduta.

E. O diagnóstico é uma provável diverticulite Hinchey II e a melhor conduta é a punção guiada por imagem e a observação da evolução. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite com leucocitose de 24.100, PCR de 303 e anemia, sem sepse nem falência orgânica, mas com achado tomográfico de coleção: e diverticulite COMPLICADA, Hinchey II (abscesso pélvico/a distância). A conduta moderna e antibiótico associado a drenagem percutânea guiada por imagem, reservando a cirurgia para falha terapêutica — isso permite, no futuro, uma sigmoidectomia eletiva com anastomose primária, evitando a Hartmann (C). Chamar de não complicada e dar alta (A, B) subestima a coleção; a colonoscopia (D) está contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração, sendo feita 6-8 semanas depois. Resposta E.

QUESTÃO 39 — Gabarito C

Paciente de 45 anos, sexo feminino, admitida em consulta ambulatorial é encaminhada por clínico generalista para avaliação de nódulo de tireoide identificado ao ultrassom. A paciente é assintomática, sem comorbidade conhecida e possui hábitos de vida saudáveis. Nega histórico familiar de neoplasias. Ao Exame físico há um nódulo tireoidiano de 2 cm em lobo tireoidiano direito, endurecido. Exames laboratoriais sem alterações. USG: nódulo tireoidiano em terço médio de lobo direito, de 2,4x2,2x2,2 cm, hipoeecogênico, com microcalcificações, vascularização de periférica para central ao doppler colorido. Trata-se de um nódulo tireoidiano

- A. suspeito e a paciente deve ser submetida a biópsia do nódulo.
- B. suspeito para câncer de tireoide e a paciente deve ser submetida à tireoidectomia total.
- C. suspeito para câncer de tireoide e a paciente deve ser submetida a punção aspirativa de agulha fina para diagnóstico. ✓**
- D. pequeno e sem indicação de investigação.
- E. de aspecto benigno e a paciente deve ser submetida a cirurgia, se apresentar sintomas compressivos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo sólido HIPOECOGÊNICO, com MICROCALCIFICAÇÕES e vascularização central, medindo 2,4 cm: características de alta suspeição (TI-RADS 5 / Bethesda a definir), com indicação formal de investigação citológica. O método de escolha é a punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom — biópsia com agulha grossa (A) é excecção. Levar direto à tireoidectomia (B) sem citologia expõe a cirurgia desnecessária; chamar de benigno (E) ou dispensar investigação pelo tamanho (D) ignora que qualquer nódulo suspeito ≥ 1 cm deve ser puncionado. Função tireoidiana normal não exclui malignidade. Resposta C.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Mulher de 59 anos, apresenta dor epigástrica constante irradiada para o dorso, anorexia, náuseas e vômitos. Havia sido hospitalizada há 1 mês por um episódio de pancreatite com remissão com tratamento clínico em torno de cinco dias, cujo diagnóstico foi um provável pancreatite aguda biliar. É novamente admitida com diagnóstico de pancreatite aguda recorrente e apresenta APACHE II de 5 na admissão. É iniciado um tratamento clínico com melhora clínica com antibióticos e, neste intervalo, uma tomografia de abdome é realizada e mostrada a seguir: Melhor opção para o tratamento neste momento:

- A. Nutrição enteral e observação clínica. ✓**
- B. Nutrição parenteral total.
- C. Debridamento cirúrgico e drenagem do pâncreas.
- D. CPRE e colecistectomia.
- E. Cistogastrostomia ou cistojejunoanastomose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite aguda recorrente, de origem biliar, com APACHE II de 5 (nao grave) e melhora clinica: neste momento a conduta e de SUPORTE — nutricao enteral precoce (que preserva a barreira intestinal e reduz translocacao bacteriana e mortalidade em relacao a parenteral, que erra em B) e observacao da evolucao. Desbridamento cirurgico (C) so em necrose INFECTADA e, idealmente, apos 4 semanas; drenagem interna de pseudocisto (E) exige capsula madura e sintomas. A CPRE (D) fica para colangite/obstrucao persistente, e a colecistectomia sera feita, mas apos a resolucao do surto. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito E

Uma gestante com 32 anos de idade, segunda gestação e segundo parto, com 39 semanas de idade gestacional, evolui para parto vaginal, após a observação de desacelerações nos batimentos cardíacos fetais, nos 40 minutos que antecederam o nascimento. Recém-nascido hipotônico e sem movimentos respiratórios. Nesse caso, acerca do cuidado e clampeamento do cordão, deve-se realizar

- A. manobra delicada de estímulo tátil no dorso, no máximo 2 vezes, e aguardar 60 segundos para clampar o cordão, uma vez que se demonstra vantagem na hemoglobina e na resposta às manobras de reanimação.
- B. a ordenha do cordão (10 cm) e realizar manobra delicada de estímulo tátil no dorso, ambos apenas uma vez e clampar imediatamente o cordão.
- C. o clampeamento do cordão após 60 segundos, sem estímulos, uma vez que se demonstra vantagem na hemoglobina e na resposta às manobras de reanimação.
- D. a ordenha do cordão (10 cm), duas vezes, e clampar a seguir, o que garante um melhor aporte de hemoglobina e não retarda o início da reanimação.

E. o clampeamento imediato do cordão, sugerindo-se realizar manobra delicada de estímulo tátil no dorso, no máximo 2 vezes, antes do clampeamento, não retardando o início da reanimação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido hipotonico e SEM movimentos respiratorios apos sofrimento fetal: e um RN que precisa de reanimacao, e nesse cenario NAO se faz clampeamento tardio nem ordenha do cordao — clampeia-se IMEDIATAMENTE para levar o bebe a mesa de reanimacao, pois o beneficio hematologico do clampeamento tardio nao supera o custo de retardar a ventilacao com pressao positiva. O estimulo tatil delicado no dorso pode ser tentado no maximo duas vezes, sem atrasar a conduta. O clampeamento tardio (A, C) e a ordenha (B, D) valem para o RN vigoroso. Resposta E.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Uma criança com 12 anos, em viagem de férias em um hotel em floresta tropical, foi mordida no rosto por um macaco. Os pais recorreram ao médico que, além de cuidados imediatos com a ferida e as outras medidas, considerando que a criança tinha a vacinação conforme o calendário do PNI (Programa Nacional de Imunizações), deve recomendar:

- A. Vacina antitetânica e antibioticoterapia.
- B. Soro antitetânico e aciclovir.
- C. Vacina antitetânica e vacina antirrábica. ✓**
- D. Soro antitetânico e antibioticoterapia.
- E. Vacina antitetânica e aciclovir.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura por macaco (primata não humano) em região de FACE e exposição GRAVE ao vírus rabioso, tanto pela espécie agressora quanto pela proximidade ao sistema nervoso central: impõe profilaxia antirrábica, além dos cuidados locais com a ferida. Como a criança tem vacinação antitetânica em dia pelo PNI, cabe apenas o reforço da vacina antitetânica, sem soro (que só entra em ferimento de alto risco em não vacinado). Aciclovir (B, E) só seria cogitado em mordida por macaco do Velho Mundo (herpes B), realidade não brasileira. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Os pais de uma menina com 4 anos de idade, preocupados com alguma seletividade alimentar que ela tem apresentado, desejam saber qual a proporção de cada um dos macronutrientes para uma alimentação adequada para sua filha. O médico deve recomendar que a fonte da oferta calórica diária seja composta, em porcentagem, de gordura, proteína e carboidrato, respectivamente, de, aproximadamente:

- A. 40 - 10 - 50. ✓**
- B. 20 - 30 - 50.
- C. 20 - 20 - 60.
- D. 30 - 30 - 40.
- E. 60 - 20 - 20.

COMENTÁRIO OSCELABS

A distribuição de macronutrientes na infância difere da do adulto: a criança pequena precisa de maior densidade energética, e a gordura tem papel central no neurodesenvolvimento e no aporte de vitaminas lipossolúveis. O ponto que decide a questão é a PROTEÍNA: a recomendação gira em torno de 10-15% do valor energético total, de modo que alternativas com 20% ou 30% de proteína (B, C, D, E) estão muito acima do recomendado e sobrecarregam a função renal. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

A Coqueluche é uma doença com elevada morbidade, especialmente nos primeiros meses de vida. O gráfico abaixo apresenta a situação epidemiológica e a relação da incidência da doença com a cobertura vacinal. O estado de São Paulo registrou 139 casos de coqueluche até a 23ª semana epidemiológica deste ano de 2024, encerrada em 8 de junho, representando alta de 768,7% na comparação ao mesmo período do ano passado, quando foram confirmados 16 registros. É correto afirmar que:

- A. A administração da vacina contra a coqueluche está indicada na gestante para que a mãe não seja vetor da doença ao recém-nascido, mas não confere proteção a ele através da passagem transplacentária de anticorpos.
- B. A vacina tríplice bacteriana contém componentes da cápsula da bactéria da coqueluche, sendo indicada a crianças com menos de 7 anos de idade, mesmo para as que já tiveram coqueluche, uma vez que esta doença não confere proteção permanente frente a novas infecções. ✓**
- C. O tratamento com cefalosporina de primeira geração na fase paroxística da doença abrevia o período de transmissibilidade, mas não demonstra efetividade em modificar o curso da doença.
- D. Pessoas não imunizadas contra a coqueluche devem ser monitoradas durante 21 dias após o último contato próximo e duradouro com pessoa infectada, para aparecimento de sinais clínicos de coqueluche, enquanto para os vacinados este período encurta-se para 10 dias.
- E. A vacina da coqueluche está indicada, segundo o Programa Nacional de Imunização (PNI) aos 2, 4 e 6 meses de vida, com reforço após o primeiro ano (próximo dos 15 meses) e, a seguir, a cada 10 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A triplice bacteriana (DTP) contém o componente pertussis e é indicada até os 7 anos incompletos, inclusive para quem já teve coqueluche, pois a doença natural NÃO confere imunidade permanente — reinfecções ocorrem. Os erros: a dTpa na gestante protege sim o lactente por anticorpos transplacentários, e esse é seu principal objetivo (A); o tratamento é com MACROLÍDEO, não cefalosporina (C); o monitoramento de comunicantes é de 21 dias para todos, vacinados ou não (D); e o esquema do PNI é 2, 4 e 6 meses com reforços aos 15 meses e 4 anos (E). Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito E

Uma menina com 10 anos apresenta início da puberdade e, após 6 meses, aparecem os pelos pubianos. A estatura está no percentil 75, sendo a altura alvo para percentil 50. Os pais ouviram de amigos que seria puberdade precoce e, preocupados, inclusive, com o "início da menstruação", procuram atendimento profissional. O médico deve orientar que o início da telarca

- A. não é considerado precoce, que varia dos 9 aos 12 anos, mas que, dado que a menarca ocorre cerca de 1 ano após a telarca, fica a critério da família o uso de medicamento para retardar o processo.
- B. pode ocorrer nessa idade, mas o aparecimento de pelos pubianos aos 10 anos e meio é manifestação de progressão rápida e o uso de medicamento para retardar o processo está indicado.
- C. está dentro do esperado, que varia dos 9 aos 12 anos e que a menarca da paciente deve ocorrer entre 12 e 13 anos, devendo-se apenas acompanhar.
- D. não é considerado precoce, mas que o aparecimento dos pelos pubianos é indicativo de que a menarca ocorrerá em até 6 meses, sendo indicada medicação para retardar o processo.

E. não é considerado precoce e que após a telarca a média de tempo para a menarca é de 18 a 24 meses, devendo-se aguardar e acompanhar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Telarca aos 10 anos está dentro da normalidade (limite de precocidade em meninas é antes dos 8 anos), a pubarca 6 meses depois segue a sequência fisiológica e a estatura em percentil 75 acima do alvo indica estirão normal. O intervalo médio entre telarca e menarca é de cerca de 2 a 2,5 anos (18 a 24 meses), e não 6 meses (D) nem 1 ano (A). A conduta é orientar e ACOMPANHAR: bloqueio com análogo de GnRH (A, B, D) só se indica em puberdade precoce verdadeira com progressão rápida e comprometimento da estatura final. Resposta E.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

A mortalidade infantil é um importante indicador de desenvolvimento de uma sociedade. No Japão, por exemplo, os valores são de menos de 3 óbitos em menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos. O Mundo e o Brasil têm experimentado uma redução nestas taxas no último ano. A mortalidade infantil no Brasil situa-se em torno de:

- A. 23.
- B. 7,5.
- C. 12,5. ✓**
- D. 17.
- E. 20,5.

COMENTÁRIO OSCELABS

A mortalidade infantil brasileira (obitos em menores de 1 ano por mil nascidos vivos) situa-se hoje na casa de 12 a 13 por mil — muito abaixo dos anos 1990, mas ainda cerca de quatro vezes a de países como o Japão. Valores em torno de 7 (B) correspondem a países de renda alta ou a algumas regiões brasileiras isoladas, enquanto 17 a 23 (A, D, E) refletem patamares que o país já superou. Perola: o componente NEONATAL responde por cerca de 70% desses obitos, o que direciona as políticas para assistência pre-natal e ao parto. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito E

Uma menina com 14 anos de idade é atendida pelo médico, enquanto a mãe a aguarda na sala de espera. A menina quer orientação (e pede sigilo), para uso de método contraceptivo, pois está namorando e tendo relações sexuais com um rapaz de 17 anos. Estão felizes e a menina apresenta plena capacidade de entendimento e de decisão acerca de sua saúde. O médico deve, além de deixar todas as decisões escritas em prontuário

- A. solicitar que a menor retorne em alguns dias em uma consulta com alguém de sua confiança, com mais de 18 anos de idade, para ser o interlocutor responsável, a fim de evitar a quebra de sigilo.
- B. comunicar aos responsáveis, de forma sigilosa, sem o conhecimento da adolescente, para que possam avaliar a situação e propor medidas para protegê-la.
- C. orientar sobre o risco de doenças e dar um prazo de alguns dias para a paciente revelar aos pais, caso contrário, o médico deverá quebrar o sigilo.
- D. avisar à menor que devem revelar aos responsáveis imediatamente, pois, caso haja algum evento adverso, incluindo gravidez não planejada, o profissional estará sujeito a penalidades.
- E. realizar as orientações e certificar-se de que houve entendimento por parte da adolescente mantendo o sigilo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente com capacidade de discernimento tem direito ao atendimento e ao SIGILO, garantido pelo ECA e pelo Código de Ética Médica; a quebra só se justifica diante de risco grave à vida ou à saúde (ex.: abuso, ideação suicida), o que não ocorre aqui — trata-se de relação consentida entre adolescentes, com parceiro de idade próxima. A conduta correta é prescrever a contracepção, orientar sobre IST e dupla proteção, verificar a compreensão e registrar tudo em prontuário, estimulando (sem impor) a participação da família. Resposta E.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Um menino, com 5 anos de idade, apresenta quadro de dor abdominal, dores articulares e aparecimento de lesões purpúricas, em relevo, em nádegas e membros inferiores, predominantemente. É levado ao pronto atendimento. Hemograma e coagulograma normais. Exame clínico sem alterações, exceto pelas lesões em pele. Havia história de infecção de amígdala há 17 dias, confirmada, na ocasião, pela pesquisa rápida de estreptococo em orofaringe, que foi tratada com amoxicilina. O médico faz hipótese de púrpura mediada por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein). Nesse caso,

- A. devem ser realizados exames de imagem pois a doença pode ser manifestação paraneoplásica.
- B. a doença afeta apenas a pele e articulações, sendo autolimitada, com prazo de cerca de 1 mês para resolução do quadro.
- C. a apresentação é atípica, uma vez que a idade mais frequente de acometimento é em adolescentes acima dos 13 anos.
- D. a fisiopatologia envolve o depósito de complexos imunes que contém IgA, em pequenos vasos. ✓**
- E. a amoxicilina é o principal desencadeante deste quadro.

COMENTÁRIO OSCELABS

A purpura de Henoch-Schonlein e uma vasculite de PEQUENOS vasos mediada por depósito de imunocomplexos contendo IgA, tipicamente precedida por infecção de vias aéreas superiores, com a triade purpura palpável em nádegas e membros inferiores, artralgia e dor abdominal, com coagulograma e plaquetas NORMAIS. Acomete principalmente crianças de 3 a 10 anos (C erra na idade), e o antibiótico prévio e coincidência, não causa (E). Acometimento paraneoplásico (A) e do adulto, e a doença pode envolver o RIM (nefrite por IgA), o que exige seguimento com urina e PA (B erra). Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Gestante em uso de terapia para HIV, diagnosticado no início da gestação, é admitida em trabalho de parto, de termo. Em uso de terapia antirretroviral, que foi iniciada na segunda metade da gestação, mantendo Carga viral de 150 cópias. Quanto os cuidados recomendados ao recém-nascido, deve-se proceder ao clampeamento

- A. tardio de cordão, banho com água corrente, exame de carga viral e esquema de profilaxia que deve ser com 3 drogas, considerando o alto risco.
- B. imediato do cordão, banho com água corrente e exame de carga viral, antes do início do esquema profilático, que deve ser com 3 drogas, considerando o alto risco. ✓**
- C. imediato do cordão, limpeza vigorosa com compressas, evitando-se o banho, exame de carga viral e esquema de profilaxia com uma droga, considerando o baixo risco.
- D. tardio de cordão, banho com água corrente, exame de carga viral e esquema de profilaxia com uma droga, considerando o baixo risco.
- E. tardio de cordão, limpeza vigorosa com compressas, evitando-se o banho, exame de carga viral e esquema de profilaxia que deve ser com 3 drogas, considerando o alto risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carga viral de 150 cópias no parto (acima de 50, ou seja, DETECTAVEL) e TARV iniciada tardiamente classificam o recém-nascido como ALTO RISCO de transmissão vertical. Conduta: clampeamento IMEDIATO do cordão, banho com água corrente logo após o nascimento (a limpeza deve remover sangue e secreções, sem esfregar vigorosamente as mucosas, o que erra em C e E), coleta de carga viral e profilaxia com TRES drogas (zidovudina + lamivudina + raltegravir). Esquema com uma droga isolada (C, D) só vale para o baixo risco. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Gestante em uso de terapia para HIV, diagnosticado no início da gestação, é admitida em trabalho de parto, de termo. Em uso de terapia antirretroviral, que foi iniciada na segunda metade da gestação, mantendo Carga viral de 150 cópias. A partir de 4 semanas de vida deve-se introduzir sulfametoxazol + trimetoprima, com o objetivo de profilaxia

- A. de infecções pela Entamoeba histolytica, que nestas crianças pode evoluir para quadros invasivos com alta letalidade.
- B. de infecções urinárias que podem causar cicatrizes renais, mesmo quando afebris, nestas crianças.
- C. de doenças de pele e invasivas, como osteomielite, pelo Staphylococcus aureus.
- D. contra o Pneumocystis jiroveci, doença que pode manifestar-se rapidamente, com alta letalidade. ✓**
- E. de infecções por Chlamydia trachomatis, com potencial para quadro de pneumonia intersticial de evolução para insuficiência respiratória grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

A partir da quarta semana de vida, a criança exposta ao HIV inicia sulfametoxazol-trimetoprima para profilaxia de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, que nesse grupo pode se instalar de forma abrupta, com hipoxemia grave e alta letalidade, justamente no período em que a infecção ainda não foi descartada. A profilaxia é mantida até a exclusão da infecção (ou conforme contagem de CD4, se infectada). O SMX-TMP não tem esse papel contra amebíase, ITU, estafilococo ou clamídia nesse contexto. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Os pais de um menino, com 3 anos de idade, estão preocupados pois voltaram da praia, onde ficaram durante 2 semanas, e observaram uma alergia na lateral do pé, que está aumentando. Referem que procuraram na internet e viram que pode ser um verme, estão preocupados com os riscos de comprometer o fígado ou os pulmões da criança. O médico confirma tratar-se de Larva migrans cutânea e deve orientar que

- A. é importante realizar hemograma para saber se há resposta sistêmica (eosinofilia) e ultrassonografia de fígado, o único órgão que pode ser afetado, para saber se há resposta sistêmica. A forma de tratamento dependerá do resultado destes exames.
- B. a infestação atinge, além da pele, o intestino, não comprometendo outros órgãos, sendo tratada sem complicações.

C. o processo restringe-se à pele e que o tratamento com medicamento oral é efetivo, sem complicações. ✓

- D. a infestação pode acometer o pulmão, mas apenas quando a larva faz o ciclo pulmonar, não causando lesão grave, e que a terapia medicamentosa leva à cura.
- E. tanto pulmão quanto fígado podem ser afetados nos casos crônicos, com 1 mês ou mais de evolução, mas, como a lesão tem 10 cm, significa que tem até 10 dias de evolução e o tratamento leva à cura.

COMENTÁRIO OSCELABS

A larva migrans cutânea é causada por larvas de ancilostomídeos de cão e gato (*Ancylostoma braziliense/caninum*) adquiridas em areia contaminada. No hospedeiro humano — acidental — a larva NAO consegue atravessar a membrana basal nem completar o ciclo, ficando restrita à epiderme: daí o trajeto serpiginoso e pruriginoso que avança alguns milímetros por dia. Não há comprometimento hepático, pulmonar ou intestinal, e o tratamento oral (albendazol ou ivermectina) é curativo. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

A doença hemorrágica do recém-nascido (RN), ou sangramento dependente da deficiência de vitamina K, está associada à insuficiente ativação dos fatores de coagulação dela dependentes. Sobre essa doença, a forma

A. clássica ocorre em RNs saudáveis, podendo manifestar-se por sangramentos cutâneos ou gastrointestinais. ✓

- B. clássica tem como característica a presença de manifestações clínicas entre 12 e 72 hs de vida.
- C. precoce deve-se ao baixo aporte de vitamina K para o recém-nascido em aleitamento materno e é comum a ocorrência de hemorragia intracraniana.
- D. clássica é comum em RNs prematuros, pela maior frequência de indicação de jejum para essas crianças.
- E. tardia é mais comum em RNs alimentados com fórmula láctea, devido à menor concentração de vitamina K das fórmulas em relação ao leite materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

A forma CLASSICA da doença hemorrágica do RN ocorre entre o 2o e o 7o dia de vida, em recém-nascidos saudáveis que não receberam vitamina K ao nascer, manifestando-se por sangramento cutâneo, do coto umbilical, de punções e gastrointestinal. A forma PRECOCE (primeiras 24h) associa-se ao uso materno de anticonvulsivantes, rifampicina ou warfarina (C erra), e a forma TARDIA (após 2 semanas) e a do lactente em aleitamento materno EXCLUSIVO sem profilaxia, com alto risco de hemorragia intracraniana — as formulas são suplementadas com vitamina K (E inverte). Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Um lactente de 8 meses apresenta febre alta por três dias, seguida pelo aparecimento súbito de exantema maculopapular rosado no tronco. A criança permanece ativa e com boa aceitação alimentar. O diagnóstico mais provável é:

- A. Eritema infeccioso.
- B. Exantema súbito. ✓**
- C. Sarampo.
- D. Rubéola.
- E. Varicela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com febre alta por três dias e ótimo estado geral que, ao cessar a febre, apresenta exantema maculopapular rosado iniciado no tronco: exantema súbito (roseola infantum), causado pelo herpesvirus humano 6. A dissociação entre febre alta e criança ativa é a chave. No sarampo (C) o exantema surge COM a febre no pico do quadro, precedido de tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik; no eritema infeccioso (A) há face esbofetada; a varicela (E) é vesicular e polimorfa. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito E

Menina de 12 anos é levada ao pronto-socorro por seus pais após apresentar vômitos frequentes, dor abdominal, respiração rápida e hálito com odor frutado nas últimas 24 horas. Ela tem histórico recente de perda de peso significativa, poliúria e polidipsia. Na chegada, encontra-se letárgica, com respiração de Kussmaul, glicemia capilar: 450 mg/dL, pH arterial: 7,1 e cetonas urinárias positivas. Na fisiopatologia dessa condição, encontra-se:

- A. Aumento da utilização periférica de glicose.
- B. Resistência periférica à insulina, causando hiperglicemia moderada sem cetonemia.
- C. Glicogenólise hepática aumentada.
- D. Hipersecreção de cortisol e catecolaminas.

E. Hipoinsulinemia, resultando em lipólise descontrolada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética em abertura de DM1: poliúria, polidipsia, emagrecimento, hiperglicemia, acidose (pH 7,1), respiração de Kussmaul, hálito cetônico e cetonúria. A base fisiopatológica é a deficiência ABSOLUTA de insulina somada aos hormônios contrarreguladores: sem insulina, há lipólise descontrolada, com oferta de ácidos graxos ao fígado e cetogênese. A utilização periférica de glicose está REDUZIDA, não aumentada (A); resistência periférica sem cetose (B) descreve o estado hiperosmolar do DM2. Resposta E.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Lactente de 6 semanas apresenta-se com vômitos persistentes após todas as mamadas nas últimas 48 horas, com leve desconforto abdominal e irritabilidade. Ao exame físico, nota-se massa palpável em epigástrico e sinais de desidratação leve. O diagnóstico mais provável é:

- A. Má rotação intestinal.
- B. Estenose hipertrófica do piloro. ✓**
- C. Refluxo gastroesofágico.
- D. Intussuscepção.
- E. Gastroenterite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente por volta de 3 a 6 semanas com vômitos após TODAS as mamadas, progressivos, em jato e não biliosos, com fome preservada, desidratação e 'oliva pilórica' palpável em epigástrico: estenose hipertrofica do piloro. O distúrbio clássico e alcalose metabólica hipocloremica e hipocalemica, e o diagnóstico se confirma por ultrassom. Má rotação com vôlvo (A) dá vômito BILIOSO e emergência; refluxo (C) não causa massa nem desidratação; intussuscepção (D) e mais tardia, com dor em cólica e fezes em geleia de morango. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Menina de 9 anos, previamente saudável, apresenta dor torácica, fadiga e palidez progressiva há 3 semanas. Exame físico mostra sopro cardíaco sistólico 2+/6 e hepatoesplenomegalia. Exames laboratoriais indicam anemia normocítica normocrômica, leucopenia e trombocitopenia. O diagnóstico mais provável é:

- A. Mononucleose infecciosa.
- B. Anemia aplástica.
- C. Leucemia linfoblástica aguda. ✓**
- D. Doença de Gaucher.
- E. Lúpus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Palidez progressiva, fadiga, hepatoesplenomegalia e PANCITOPENIA (anemia normocítica, leucopenia e plaquetopenia) em escolar apontam para infiltração medular: leucemia linfoblástica aguda, a neoplasia mais comum da infância, com pico entre 2 e 5 anos. A anemia aplástica (B) cursa com pancitopenia, mas SEM organomegalia — este é o divisor de águas. Mononucleose (A) da linfocitose atípica; Gaucher (D) é rara e de curso arrastado; lúpus (E) seria improvável nessa idade e sem outros critérios. O diagnóstico exige mielograma. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Menino de 6 anos com febre persistente há 7 dias, rash cutâneo polimorfo, conjuntivite bilateral não purulenta, lábios secos e linfadenopatia cervical dolorosa. Ao exame físico, há edema em mãos e pés. O diagnóstico mais provável é:

- A. Doença de Kawasaki. ✓**
- B. Febre Reumática.
- C. Escarlatina.
- D. Eritema infeccioso.
- E. Mononucleose infecciosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre por 5 ou mais dias associada a conjuntivite bilateral NAO purulenta, alteracoes de labios e cavidade oral, exantema polimorfo, alteracoes de extremidades (edema de maos e pes) e linfadenopatia cervical preenche os criterios da doenca de Kawasaki. O reconhecimento e urgente: imunoglobulina intravenosa mais AAS nos primeiros 10 dias reduz drasticamente o risco de aneurisma de coronaria, a complicacao temida — todo caso exige ecocardiograma. Escarlatina (C) tem lingua em framboesa e descamacao, mas nao conjuntivite nem edema de extremidades. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Menino de 2 anos com crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Febre de 38,5 °C há dois dias. Exame físico normal após a crise. O diagnóstico mais provável é:

- A. Convulsão afebril primária.
- B. Meningite bacteriana.
- C. Epilepsia mioclônica juvenil.
- D. Crise febril simples. ✓**
- E. Encefalite viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise tonico-clonica GENERALIZADA, unica, em crianca entre 6 meses e 5 anos, associada a febre, com exame neurologico normal apos o evento: crise febril simples. Sao criterios generalizada, duracao inferior a 15 minutos e ausencia de recorrencia em 24 horas. O prognostico e excelente e a conduta e tratar a febre e a causa, sem necessidade de eletroencefalograma, neuroimagem ou anticonvulsivante profilatico. Meningite (B) e encefalite (E) cursariam com alteracao do nivel de consciencia, irritabilidade ou sinais meningeos persistentes. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Menina de 13 anos procura atendimento por não ter iniciado o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Apresenta baixa estatura, pregas palpebrais antimongoloides e pescoço alado. O cariótipo revela 45,X. Trata-se de caso de:

- A. Atraso constitucional do crescimento e desenvolvimento.
- B. Síndrome de Klinefelter, com manifestação incompleta.
- C. Síndrome de Turner, resultante da monossomia do cromossomo X. ✓**
- D. Hipogonadismo hipogonadotrófico, devido à deficiência hormonal.
- E. Síndrome de Noonan, com características fenotípicas clássicas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Baixa estatura, ausencia de caracteres sexuais secundarios aos 13 anos (amenorreia primaria por disgenesia gonadal), fendas palpebrais antimongoloides e pescoco alado, com cariotipo 45,X: sindrome de Turner — monossomia do cromossomo X. O achado laboratorial esperado e hipogonadismo HIPERgonadotrofico (FSH e LH altos, estradiol baixo), o que afasta a alternativa D. Klinefelter (47,XXY) ocorre em individuos do sexo masculino; Noonan (E) tem fenotipo semelhante mas cariotipo NORMAL. Rastrear coarctacao de aorta e disgenesia renal. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Dos achados abaixo, no exame do líquido, são mais indicativos de meningite bacteriana:

- A. Pleocitose linfocitária, hiperproteínoorraquia.
- B. Proteínoorraquia elevada, glicorraquia normal.
- C. Glicorraquia diminuída, pleocitose linfocitária.
- D. Pleocitose neutrofílica, hipoglicorraquia. ✓**
- E. Pleocitose linfocitária, proteínoorraquia normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

No líquido da meningite BACTERIANA a assinatura e pleocitose as custas de NEUTROFILOS, com hipoglicorraquia (consumo de glicose por bactérias e células, relação líquido/soro $<0,4$) e proteínoorraquia elevada, com aspecto turvo. As demais opções descrevem padrão linfocitário com glicose normal, típico das meningites virais; a combinação glicose baixa COM predomínio linfocitário (C) sugere tuberculose ou fungo. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Mulher de 30 anos de idade chega ao pronto-socorro com história de dor intensa em baixo ventre, em pontada, que começou há 1 hora. Relata ter tido tontura e náuseas junto com a dor, e começou a ter sangramento vaginal em pequena quantidade. Não lembra a data da última menstruação, pois usa DIU de cobre e não anota. Ao exame: PA: 100 x 60 mmHg, P: 98 bpm, corada, com descompressão brusca positiva em baixo ventre. Há discreto sangramento vaginal, o colo está amolecido e impérvio e há dor à mobilização do colo. A dosagem de beta HCG é alta, e o ultrassom mostra líquido livre na cavidade pélvica, eco endometrial com espessura de 12 mm, DIU bem posicionado, formação heterogênea vascularizada de 5 cm em anexo direito. Dentre as opções abaixo, a melhor indicação é:

- A. Histeroscopia com remoção do DIU e dos restos ovulares.
- B. Laparoscopia com salpingectomia direita. ✓**
- C. Metotrexato e nova dosagem de beta-HCG em 6 horas.
- D. Aspiração manual intrauterina.
- E. Laparotomia exploradora com drenagem da cavidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica súbita, atraso menstrual não percebido, beta-hCG alto, sangramento discreto, dor à mobilização do colo, descompressão brusca positiva, líquido livre na pelve e massa anexial vascularizada de 5 cm: gravidez ectópica ROTA, com abdome agudo hemorrágico. A conduta é cirúrgica imediata e, com paciente ainda estável e equipe habilitada, a laparoscopia com salpingectomia e a via de escolha. Metotrexato (C) exige estabilidade, massa pequena e ausência de ruptura. Perla: DIU não aumenta o risco absoluto de ectópica, mas, quando há falha, a gestação tem maior chance de ser ectópica. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Secundigesta de 5 semanas, 32 anos de idade, em consulta pré-natal de rotina, informa ao obstetra que teve óbito fetal com 37 semanas na gestação anterior. Nega antecedentes clínicos importantes. O exame físico atual é compatível com o tempo gestacional, a PA: 90 x 60 mmHg e o IMC: 28 kg/m². Está indicado

- A. dieta rica em cálcio, aspirina 50 mg/dia, aguardar parto espontâneo até 39 semanas.
- B. heparina de baixo peso molecular a partir de agora, monitoração de vitalidade fetal desde 24 semanas e antecipação do parto com 37 semanas.
- C. ácido fólico, monitorar vitalidade fetal de modo rigoroso após 32 semanas e discutir indução de parto com 39 semanas. ✓**

- D. pesquisar trombofilias adquiridas, aspirina 50 mg ao dia e cardiotocografia semanal após 28 semanas.
- E. heparina subcutânea e aspirina 100 mg ao dia a partir de 14 semanas, cesárea eletiva com 37 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de obito fetal no termo, sem comorbidade materna, sem trombofilia diagnosticada e sem hipertensão: a conduta e pré-natal cuidadoso com ácido fólico, vigilância intensiva da vitalidade fetal no terceiro trimestre e discussão de indução do parto com 39 semanas, momento em que o benefício de antecipar supera o de aguardar. Heparina (B, E) só se indica com trombofilia ou síndrome antifosfolípide comprovadas — não há indicação profilática empírica. AAS 50 mg (A, D) e dose subterapêutica e a indicação seria prevenção de pré-eclâmpsia, iniciada antes de 16 semanas. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito E

Tercigesta, 14 semanas de gestação, 2 partos normais anteriores, traz resultado de exames pré-natais de rotina em consulta na UBS. O médico observa a seguinte urocultura: Nesse caso, a melhor conduta, dentre as abaixo, é:

- A. prescrever trimetoprima/sulfametoxazol por 3 dias e repetir a urocultura após 7 dias do tratamento.
- B. repetir a urocultura com higiene perineal, pois se trata de contaminação da coleta.
- C. manter acompanhamento clínico, pois se trata de bacteriúria assintomática.
- D. introduzir nitrofurantoína profilática até o final da gestação.

E. prescrever amoxicilina-ácido clavulânico por 7 dias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na gestação, bacteriúria assintomática NAO se acompanha: trata-se sempre, pelo risco de evolução para pielonefrite, trabalho de parto prematuro e baixo peso (C erra por isso). Repetir a cultura como se fosse contaminação (B) atrasa o tratamento. O esquema deve ser curto e seguro na gestação — amoxicilina com clavulanato por 7 dias cumpre esse papel. Sulfametoxazol-trimetoprima (A) é evitado no primeiro trimestre (antifolato) e próximo ao termo (kernicterus); nitrofurantoína profilática continua (D) só após episódios de repetição, e nunca no final da gestação. Resposta E.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Gestante de 33 semanas, com diabetes gestacional diagnosticado no início da gestação, atualmente controlado com dieta, vem para consulta de pré-natal de rotina com os seguintes controles glicêmicos (mg/dL): A porcentagem dos controles alterados e a conduta são, respectivamente:

- A. 53,6%; introduzir insulina, controle diário com perfil glicêmico e internação com 34 semanas para monitoração da vitalidade fetal.
- B. 42,8%; internar para perfil glicêmico, introduzir insulina e avaliar vitalidade fetal. ✓**
- C. 42,8%; orientar novamente dieta e exercícios, retorno semanal com novos controles glicêmicos.
- D. 53,6%; internar para perfil glicêmico, introduzir tratamento farmacológico oral e avaliar a vitalidade fetal.
- E. 53,6%; reforçar as orientações de dieta, com redução efetiva de carboidratos, retorno semanal com novos controles glicêmicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes gestacional só é considerado controlado com dieta quando MENOS de 30% dos controles estão acima do alvo (jejum <95, 1h <140, 2h <120 mg/dL). Com 42,8% de valores alterados, a dieta falhou e há indicação de INSULINA — a droga de escolha na gestação —, com internação para perfil glicêmico e ajuste de dose, além de avaliação da vitalidade fetal, já que o mau controle aumenta o risco de macrosomia e óbito. Reforçar apenas dieta e exercício (C, E) perde tempo precioso; hipoglicemiante oral (D) não é a primeira escolha aqui. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito E

Primigesta, 35 semanas, em uso de metildopa 1 g/dia, comparece à consulta do pré-natal de rotina com os seguintes exames: Hemoglobina: 11,8 g/dL; Plaquetas: 259.000/mm³; Creatinina: 0,5 mg/dL; DHL: 183 U/L; TGO: 42 U/L; TGP: 39 UAL; Proteinúria/24h 358 mg/24h. Ultrassonografia obstétrica normal. Controles pressóricos entre 120 x 80 e 110 x 70 mmHg. O diagnóstico e a conduta são, respectivamente:

- A. Proteinúria gestacional; orientar dieta pobre em sódio, repouso e resolução da gestação entre 39-40 semanas.
- B. Doença hipertensiva específica da gestação; manter controles pressóricos e, se continuarem adequados, internação para resolução da gestação a partir de 39 semanas.
- C. Pré-eclâmpsia grave; internação para resolução da gestação.
- D. Pré-eclâmpsia; internação para manter controles e programar resolução de gestação a partir de 39 semanas.
- E. Pré-eclâmpsia; manter controles pressóricos e programação de resolução da gestação a partir de 3 semanas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante hipertensa crônica ou com hipertensão já tratada (metildopa) que apresenta proteinúria de 358 mg/24h (acima de 300) preenche critério de pré-eclâmpsia. Não há sinais de gravidade: PA controlada, plaquetas normais, creatinina normal, DHL e transaminases sem elevação significativa, sem sintomas de iminência de eclâmpsia — logo, não é pré-eclâmpsia grave (C), que exigiria resolução imediata. A conduta é manter vigilância clínica, laboratorial e da vitalidade fetal, com resolução programada a partir de 37 semanas, e não aguardar 39-40 semanas (A, B, D). Resposta E.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Mulher de 75 anos de idade, procura atendimento com queixa de bola na vagina que vem aumentando há 5 anos. Refere ter tido 3 partos normais e cirurgia para apendicite supurada. Utiliza anlodipino e metformina. Não consegue manter relações sexuais pois fica constrangida, apesar de ter vontade. Nega perda de urina. Ao exame, apresenta o ponto Ba em +5, Ponto C em +5, Ponto Bp em +4 e ponto D em +4. A paciente deve ser orientada que tem prolapso genital, cuja opção mais adequada de tratamento é

- A. histerectomia vaginal, colporrafia anterior e posterior e perineorrafia, orientando que poderá ficar com perda de urina aos esforços após a cirurgia. ✓**
- B. pessário vaginal, orientando a remoção diária para higienização e quando for ter relação sexual.
- C. sling retropúbico, perineorrafia e colpocleise, orientando que a atividade sexual poderá ficar prejudicada pelo estreitamento vaginal.
- D. colpocleise, orientando que poderá ter relação sexual desde que com adequada estrogenização vaginal.
- E. promontossacrofixação laparoscópica com inserção de sling profilático, orientando os riscos de retenção urinária posterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pontos Ba, C, Bp e D bem positivos configuram prolapso genital avançado (estágio IV), com componente APICAL/uterino dominante. Em paciente com desejo de manter atividade sexual, a correção reconstrutiva por via vaginal — histerectomia vaginal com colporrafias anterior e posterior e perineorrafia — é adequada, e é obrigatório advertir sobre a incontinência urinária OCULTA, que se revela em até 20-30% dos casos após a correção do prolapso desfazer o 'dobramento' da uretra. Colpocleise (C, D) oblitera a vagina e impede o coito. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Mulher de 38 anos de idade está sem menstruar há 8 meses. Não faz uso de nenhuma medicação e não refere outras queixas. Ao exame, PA: 140 x 80 mmHg; IMC: 34 kg/m², presença de áreas escuras nas regiões de dobras cutâneas. Ao exame ginecológico, não se observam alterações significativas. Nesse caso, espera-se que o uso de

- A. progesterona desencadeará sangramento. ✓**
- B. cabergolina reduzirá a resistência insulínica, regularizando o ciclo.
- C. análogo de GnRH levará à ovulação.
- D. clomifeno reduzirá o FSH, causando ovulação.
- E. associação estroprogestativa reduzirá o hiperestrogenismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária em mulher obesa com acantose nigricans aponta para anovulação crônica hiperandrogênica (SOP), em que há estrogênio endógeno e endométrio proliferado, sem progesterona. Por isso o teste da progesterona é POSITIVO: ao suspender, ocorre sangramento de privação — o que confirma trato genital pervio e estrogênização adequada. Cabergolina (B) trata hiperprolactinemia e não altera resistência insulínica; análogo de GnRH (C) SUPRIME o eixo; o clomifeno age bloqueando o feedback e AUMENTA o FSH (D); e o problema não é hiperestrogenismo a ser reduzido (E), mas ausência de contraposição progestagênica. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Mulher de 25 anos de idade refere ter tido relação sexual desprotegida há 5 dias. Há um dia, apareceram na vulva úlceras dolorosas. Refere ter passado cremes que tinha em casa, sem melhora. Ao exame, observam-se múltiplas úlceras dolorosas, de bordas irregulares e fundo sujo, facilmente sangrante, nos grandes lábios, associadas a linfonodos inguinais aumentados, dolorosos, com intensos sinais flogísticos. Diante do diagnóstico deve-se indicar:

- A. Biopsiar as lesões.
- B. Penicilina cristalina e aciclovir.
- C. Azitromicina e penicilina benzatina. ✓**
- D. Aciclovir e azitromicina.
- E. Profilaxia pós-exposição (PEP).

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlceras vulvares MULTIPLAS, muito dolorosas, de bordas irregulares e fundo sujo, facilmente sangrantes, com adenopatia inguinal dolorosa e flogística (bubão): cancro mole, por *Haemophilus ducreyi*. O tratamento é azitromicina 1 g em dose única, e a recomendação do Ministério da Saúde é tratar EMPIRICAMENTE também a sífilis com penicilina benzatina, pela alta coinfeção e pela dificuldade de distinguir formas mistas. O herpes (D) daria úlceras rasas e limpas precedidas de vesículas agrupadas; biopsiar (A) atrasa o tratamento; PEP (E) é para exposição ao HIV nas primeiras 72h. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Adolescente de 15 anos ainda não menstruou. Apresenta estadiamento puberal M1 P1; IMC: 22 kg/m². De acordo com os exames laboratoriais, se

- A. estradiol e FSH forem altos, a causa pode ser deficiência hipotalâmica.
- B. estradiol for alto, a causa pode ser hipogonadismo hipergonadotrófico.
- C. FSH for baixo, a causa pode ser ooforite autoimune.
- D. FSH for alto, a causa pode ser Síndrome de Turner. ✓**
- E. estradiol e FSH forem baixos, a causa pode ser disgenesia gonadal pura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária aos 15 anos com estadiamento M1 P1 (nenhum desenvolvimento puberal): o exame que separa as causas é a gonadotrofina. FSH ALTO indica falência gonadal primária — hipogonadismo HIPERgonadotrófico —, cuja causa mais comum nessa faixa é a síndrome de Turner (disgenesia gonadal). FSH e estradiol BAIXOS apontam causa central (hipotálamo-hipofisária), o que inverte A e E; estradiol alto (B) não combina com falta de telarca; e ooforite autoimune (C) e causa gonadal, portanto com FSH alto, não baixo. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito E

Adolescente de 17 anos de idade teve um resultado de citologia cervicovaginal mostrando lesão intraepitelial de baixo grau. Foi vacinada contra HPV há 6 meses e não usa preservativo. Não tem parceiro fixo. Deve ser orientada a

- A. cauterização química ou elétrica de lesões visíveis ao teste de Schiller.
- B. ser vacinada contra HPV com vacina diferente da tomada anteriormente.
- C. fazer colposcopia com pesquisa de HPV.
- D. fazer colposcopia com biópsia dirigida.
- E. repetir a citologia em 12 meses. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão intraepitelial de BAIXO grau (LSIL) em mulher com menos de 25 anos: a grande maioria representa infecção transitória pelo HPV, com altíssima taxa de regressão espontânea. A conduta recomendada é repetir a citologia em 12 meses (e apenas se persistir, encaminhar a colposcopia), justamente para evitar sobretratamento do colo de uma jovem, com risco de incompetência istmocervical e parto prematuro no futuro. Colposcopia imediata (C, D) e cauterização (A) são condutas excessivas; revacinar com outra vacina (B) não tem respaldo. Resposta E.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Primigesta de 15 semanas, em consulta de pré-natal, recebeu a informação de que teve contato com o Rubella vírus recentemente, baseado no teste de avidéz baixo. Realizou ultrassonografia morfológica do primeiro trimestre sem alterações. A conduta mais adequada nesse caso é

- A. Indicar imunoglobulina humana G imediatamente para diminuir a viremia materna e fetal.
- B. Pesquisa do RNA viral por PCR no líquido amniótico entre 18 a 20 semanas. ✓**
- C. Repetir o teste de avidéz em 30 dias, e se estiver alto, indicar pesquisa do RNA viral por PCR.
- D. Pesquisa do RNA viral por PCR no líquido amniótico entre 15 e 16 semanas.
- E. Tranquilizar a gestante pois o teste de avidéz foi baixo e a ultrassonografia está normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Avidéz BAIXA de IgG significa infecção recente pela rubéola — não tranquiliza (E), e um morfológico normal no primeiro trimestre não exclui acometimento fetal, que pode se manifestar depois. A confirmação de infecção fetal é feita por PCR do RNA viral no LÍQUIDO AMNIÓTICO, respeitando o intervalo técnico: após 18-20 semanas de gestação e pelo menos 6-8 semanas após a infecção materna, para não gerar falso-negativo — por isso 15-16 semanas (D) é precoce demais. Não há imunoglobulina específica eficaz (A) nem utilidade em repetir a avidéz (C). Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Primigesta, 28 anos, refere estar grávida há 2 meses e está com sangramento vaginal e cólica abdominal há 5 dias. Foi atendida no pronto-socorro com presença de sangue coletado em fundo vaginal, útero aumentado 2 vezes de tamanho e colo ímpervio. À ultrassonografia observou-se embrião com 105 batimentos cardíacos fetais, diâmetro de saco gestacional 25 mm e área de descolamento ovular de 30%. A conduta mais adequada, nesse caso, deve ser:

- A. Prescrição de relaxante muscular e sulfato ferroso.
- B. Prescrição de misoprostol 100 mg 6/6 horas.
- C. Prescrição de progesterona natural 800 mg ao dia.
- D. Observação domiciliar e manter o seguimento pré-natal. ✓**
- E. Repetição da ultrassonografia transvaginal em 2 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento com colo IMPERVIO e embrião com batimentos cardíacos presentes definem AMEACA de abortamento — e não abortamento inevitável ou incompleto. A conduta é expectante: orientações, observação domiciliar, sinais de alarme e manutenção do pré-natal, já que nenhuma intervenção demonstrou alterar o desfecho. Repouso absoluto e relaxante muscular (A) não tem evidência; misoprostol (B) interromperia gestação viável — erro grave; progesterona (C) tem indicação restrita a abortamento de repetição ou insuficiência lútea; repetir USG em 2 dias (E) é precipitado. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Primípara teve, há 5 dias, parto cesárea após amniorrexe prematura e segundo período de parto prolongado. Encontra-se em aleitamento materno exclusivo, refere febre 38 °C há 2 dias, acompanhada de dor pélvica e calafrios e loquiação fétida. A conduta mais adequada, considerando que a puérpera deseja manter o aleitamento exclusivo é:

- A. Clindamicina e gentamicina intravenosos. ✓**
- B. Ampicilina intravenosa.
- C. Azitromicina e ampicilina via oral.

- D. Ciprofloxacino intramuscular.
- E. Cefalexina e azitromicina via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, dor pelvica, calafrios e loquios FETIDOS no 5o dia apos cesarea com amniorrexe prematura e segundo periodo prolongado: endometrite puerperal, infeccao POLIMICROBIANA por flora vaginal, incluindo anaerobios. O esquema classico e clindamicina associada a gentamicina por via intravenosa, que cobre anaerobios e gram-negativos e e compativel com a manutencao do aleitamento materno. Ampicilina isolada (B) nao cobre anaerobios; esquemas orais (C, E) sao inadequados para infeccao puerperal com febre e toxemia. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Gestante, 32 semanas, apresentou um nódulo de 4 cm em mama direita. Realizou a biópsia que confirmou carcinoma invasivo de tipo não especial. Realizou a mastectomia da mama direita na 34ª semana de gestação e tem indicação de quimioterapia adjuvante. O momento ideal para o início da terapêutica:

- A. No 3º mês do puerpério.
- B. No pós-parto, e com antecipação do parto. ✓**
- C. 35ª semana de gestação.
- D. No pós-parto, aguardando o parto espontâneo.
- E. 36ª semana de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quimioterapia pode ser feita no 2o e 3o trimestres, mas nao deve ser administrada apos cerca de 34-35 semanas nem nas 3 semanas que antecedem o parto, pelo risco de mielossupressao materna e neonatal (neutropenia, plaquetopenia e sangramento) no momento do nascimento. Com mastectomia realizada na 34a semana, o correto e programar a quimioterapia para o pos-parto, ANTECIPANDO o parto assim que houver maturidade adequada, para nao postergar demais a adjuvancia. Aguardar parto espontaneo (D) ou o 3o mes de puerperio (A) atrasa o tratamento oncologico. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Primigesta de 33 semanas refere perda de líquido há 6 horas. Nega comorbidades. Refere boa movimentação fetal. Última consulta do pré-natal, há 2 semanas. Exame obstétrico: altura uterina: 32 cm, 140 batimentos cardíacos fetais, dinâmica uterina ausente, colo impérvio. A conduta mais adequada é:

- A. Indicação de parto cesárea após a corticoterapia.
- B. Conduta expectante, corticoterapia e sulfatação.
- C. Conduta expectante, antibioticoterapia e corticoterapia. ✓**
- D. Indução de trabalho de parto com oxitocina.
- E. Indução de trabalho de parto com misoprostol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas com 33 semanas, sem trabalho de parto, sem sinais de corioamnionite e com boa vitalidade fetal: a conduta e EXPECTANTE ate cerca de 34 semanas, com corticoterapia para maturacao pulmonar e antibiotico de latencia (ampicilina/azitromicina), que prolonga o periodo de latencia e reduz morbidade neonatal e infecciosa. Sulfato de magnesio para neuroprotecao (B) e indicado tipicamente abaixo de 32 semanas e nao substitui o antibiotico. Induzir o parto (D, E) ou operar (A) antecipa desnecessariamente a prematuridade. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito E

Adolescente, 16 anos, teve o diagnóstico de hepatite B na mesma semana que iniciou o uso de pilula combinada contendo etinilestradiol 30 mcg e gestodeno 75 mcg, para contracepção. A conduta mais adequada, segundo os Critérios de Elegibilidade da OMS, é:

- A. Suspender o uso da pilula apenas se apresentar icterícia ou sangramento.
- B. Trocar a pílula para o injetável mensal.
- C. Manter a pílula pois é considerada categoria 2.
- D. Trocar a pílula para o adesivo transdérmico.

E. Suspender o uso da pilula pelo fato de ser categoria 3. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos Critérios de Elegibilidade da OMS, hepatite viral AGUDA ou em exacerbação contraindica o anticoncepcional combinado — categoria 3/4, em que o risco supera o benefício —, pelo metabolismo hepático do etinilestradiol e pelo risco de colestase e piora da função hepática. Assim, a pilula deve ser suspensa, e o raciocínio não muda ao trocar por injetável mensal (B) ou adesivo (D), que TAMBÉM contem estrogênio. Manter e aguardar sinais de piora (A, C) é inadequado. Alternativa segura seria método só de progestágeno, DIU de cobre ou barreira. Resposta E.

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Mulher, 35 anos de idade, nuligesta, apresenta um nódulo uterino intramural hipoeoico em parede posterior medindo 45 mm, diagnosticado por ultrassonografia, há 2 anos. Pretende engravidar no próximo ano. Nega outras comorbidades e queixas ginecológicas. A conduta mais adequada é

- A. endometrectomia.
- B. miomectomia abdominal.
- C. miomectomia laparoscópica.

D. orientações pré-gestacionais e observação. ✓

E. embolização do mioma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mioma INTRAMURAL de 45 mm, sem distorção da cavidade endometrial, em mulher assintomática — sem sangramento anormal, dor ou sintoma compressivo — e estável há 2 anos: não há indicação de tratamento cirúrgico. Miomectomia profilática 'para engravidar' (B, C) não aumenta a taxa de gestação nesse cenário e ainda impõe risco de aderências e, dependendo da abordagem, cesárea obrigatória. Embolização (E) é contraindicada em quem deseja gestar; endometrectomia (A) destrói o endométrio e inviabiliza a gravidez. Conduta: orientação pré-gestacional e observação. Resposta D.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Mulher, 30 anos, refere que apresentou 3 episódios de candidíase no último ano causadas pela *Candida albicans*. É obesa e todos os episódios foram desencadeados após ter ido para a praia, referiu prurido intenso vulvo-vaginal e disúria com saída de corrimento tipo coalhada. O último episódio ocorreu há 5 dias. O diagnóstico mais provável é

A. episódios isolados de candidíase simples. ✓

- B. vaginose citolítica.
- C. candidíase complicada.
- D. candidíase de repetição.
- E. infecção urinária de repetição.

COMENTÁRIO OSCELABS

O critério de candidíase vulvovaginal RECORRENTE e de 4 ou mais episódios em 12 meses (ou 3 não relacionados a antibioticoterapia, a depender da referência) — a paciente teve 3, portanto não preenche (D erra). Candidíase COMPLICADA (C) implica quadro grave, espécie não albicans, gestante ou hospedeira imunocomprometida/ diabetes descompensado, o que também não se aplica: e Candida albicans com quadro típico. Vaginose citolítica (B) cursa com corrimento sem fungos e pH baixo; a disúria e externa, por contato, e não ITU (E). Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Adolescente de 16 anos, refere cólica menstrual forte e sangramento menstrual abundante. Foi realizado ultrassonografia e ressonância da pelve que diagnosticaram a presença de 1 septo no fundo da cavidade uterina, medindo 12 mm. O diagnóstico mais provável é útero

- A. bicornu.
- B. didelfo.
- C. septado.
- D. arqueado. ✓**
- E. unicorno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contorno externo do fundo uterino preservado, com apenas uma pequena projeção interna na cavidade: a diferença entre útero arqueado e septado é quantitativa. A banca adotou o corte clássico da ASRM, em que identificação fundica de até cerca de 1,5 cm caracteriza o útero ARQUEADO — variante anatômica de significado clínico mínimo, sem indicação rotineira de correção —, reservando o diagnóstico de septado para septos maiores. Bicornu (A) e didelfo (B) exigem alteração do contorno EXTERNO, com entalhe fundico profundo ou duplicidade de útero e colo; o unicorno (E) tem cavidade única e desviada. Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Mulher, 40 anos de idade, primípara, com desejo de gestar, apresentou sangramento vaginal intermitente por 2 meses. Na investigação, diagnosticou-se hiperplasia endometrial atípica. A conduta mais adequada, nesse caso é

- A. inserir DIU levonogestrel por, pelo menos, 6 meses e controle ultrassonográfico. ✓**
- B. histerectomia total abdominal e salpingooforectomia.
- C. histerectomia total abdominal e pesquisa linfonodo sentinela.
- D. ablação endometrial via histeroscópica.
- E. medroxiprogesterona 150 mg mensal por 1 ano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperplasia endometrial ATÍPICA e lesão precursora, com risco de carcinoma concomitante de até 40%, e o padrão-ouro seria histerectomia. Contudo, diante de DESEJO REPRODUTIVO, admite-se tratamento conservador com progestagênio de alta potência local — o DIU de levonogestrel por pelo menos 6 meses —, com controle ultrassonográfico e nova amostragem endometrial para documentar regressão, e gestação o mais precocemente possível. Histerectomia (B, C) elimina a fertilidade; ablação endometrial (D) é proscrita, pois esconde o endométrio residual e impede o seguimento. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Jéssica, nova médica de família da equipe Águia, atende a consulta de retorno do paciente Cláudio. Na consulta, Cláudio parecia inquieto, como de costume, com as pernas agitadas e com a chave de casa nas mãos. Sua demanda era um retorno com exames de rotina, mas não parecia esse o foco de suas tensões. Jéssica, percebendo a linguagem não verbal, opta por reenquadrar a consulta e perguntar "Como estão as coisas em casa?" Para uma compreensão maior do caso, ela agenda mais uma consulta para a realização de Genograma e Ecomapa. O componente Método Clínico Centrado na Pessoa que foi efetivado por Jessica no conjunto de suas ações descritas é:

- A. Entendendo a pessoa como um todo. ✓**
- B. Explorando Saúde, Doença e Experiência da Doença.
- C. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas.
- D. Fortalecendo a relação entre pessoa e profissional.
- E. Ser Realista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perceber a linguagem não verbal, reenquadrar a consulta para além da demanda explícita ("Como estão as coisas em casa?") e lançar mão de genograma e ecomapa e trabalhar o CONTEXTO — familiar, comunitário e de rede de apoio —, que é exatamente o componente 'Entendendo a pessoa como um todo' do Método Clínico Centrado na Pessoa. Explorar a experiência da doença (B) trataria de sentimentos, ideias, função e expectativas sobre o adoecer; o plano conjunto (C) viria depois; e fortalecer a relação (D) e ser realista (E) são componentes transversais, não o eixo das ações descritas. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Joana tem 46 anos, é hipertensa e segue em acompanhamento no ambulatório da Universidade da cidade em que mora. Foi convidada a participar de um estudo que irá testar a efetividade de nova medicação que promete baixar a pressão arterial. Recebeu explicações de uma das alunas pesquisadoras, e um documento TCLE, que falava sobre o estudo. Esse documento esclarecia que a nova medicação teria possíveis benefícios para a hipertensão, que o estudo seria realizado ao longo de 3 meses e que aleatoriamente algumas pessoas receberiam a medicação em teste, outras receberiam uma "medicação" com substância inativa. Joana decidiu participar do estudo pois a medicação que ela toma traz alguns efeitos colaterais que ela gostaria de evitar. O tipo de estudo ao qual Joana se submeterá é chamado

- A. Estudo Ecológico.
- B. Estudo Caso-Control.
- C. Estudo Coorte.
- D. Estudo Clínico Randomizado. ✓**
- E. Estudo Transversal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ha uma INTERVENÇÃO (medicação em teste), alocação ALEATORIA dos participantes e grupo controle com substância inativa (placebo): trata-se de ensaio clínico randomizado, o desenho de maior força para inferir causalidade, pois a randomização distribui igualmente os fatores de confusão conhecidos e desconhecidos. Estudos ecológicos (A) analisam populações, não indivíduos; caso-controle (B) e coorte (C) são OBSERVACIONAIS, sem intervenção do pesquisador; e o transversal (E) mede exposição e desfecho no mesmo momento, sem seguimento. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Sobre os princípios que norteiam a prática do Médico de Família e Comunidade (MFC), é correto:

- A. Tem como escopo de sua atuação o atendimento de pessoas da comunidade independente de idade e questão clínica, exceto casos que devem ser referenciados para atenção secundária e ou terciária, como nos casos de saúde mental e tratamento para HIV.
- B. É através da aderência ao plano terapêutico que é possível se identificar uma boa relação médico-pessoa.
- C. Tem sua atuação influenciada pela comunidade quando conhece os problemas de saúde mais prevalentes do território e oferece cuidado em momento oportuno a partir da realização de diagnósticos comunitários. ✓**
- D. É um clínico qualificado quando acumula experiência ao longo do tempo de atuação profissional em uma mesma equipe.
- E. Durante o manejo, leva em consideração o contexto biológico, reconhecendo que o processo de adoecimento está fortemente ligado ao histórico pessoal e familiar de doenças.

COMENTÁRIO OSCELABS

Um dos princípios do Médico de Família e Comunidade é ser influenciado pela COMUNIDADE: conhecer o território, os problemas mais prevalentes e o diagnóstico comunitário, e a partir disso organizar a oferta de cuidado no tempo oportuno. Saúde mental e HIV são justamente condições que a APS deve manejar, e não encaminhar automaticamente (A). A boa relação médico-pessoa não se mede por adesão (B); tempo de serviço não qualifica por si (D); e o cuidado é biopsicossocial, não restrito ao contexto biológico (E). Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Yasmin, paciente trans feminino, vai à sua primeira consulta na UBS para solicitar seguimento do seu processo de hormonização, uma vez que o iniciou de forma independente conforme orientação de suas colegas que se encontram neste mesmo processo. Ouviu que no município existe um ambulatório de acompanhamento de população trans e que gostaria de ser encaminhada para o serviço. A médica de família e comunidade que realiza o atendimento explica para a paciente qual seu papel no acompanhamento de suas necessidades de saúde e dessa demanda em especial e que mesmo que esteja realizando o seguimento em outro serviço é papel da Atenção Primária à Saúde (APS) a articulação entre os serviços da rede e das ações de saúde de forma sincronizada. Neste caso, o atributo da APS que está sendo cumprido é:

- A. Equidade.
- B. Coordenação do cuidado. ✓**
- C. Integralidade.
- D. Universalidade.
- E. Longitudinalidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Articular os serviços da rede, garantir a comunicação entre os pontos de atenção e manter-se responsável pelo seguimento mesmo quando o usuário é atendido em serviço especializado é a definição de COORDENAÇÃO DO CUIDADO — um dos atributos essenciais da APS (ao lado de acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade). Longitudinalidade (E) é o vínculo ao longo do tempo; integralidade (C) é a oferta de ações para o conjunto das necessidades; equidade (A) e universalidade (D) são princípios doutrinários do SUS, não atributos da APS. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Utilizando como base a teoria de Leavell & Clark que define os níveis de prevenção baseado na história natural da doença, é correto afirmar:

- A. A coleta de resíduos sólidos é uma ação de promoção à saúde, contemplada como prevenção primária. ✓**
- B. A realização de mamografia em mulheres acima de 50 anos, é uma ação de diagnóstico precoce, sendo considerada prevenção primária.
- C. A realização de psicoterapia é uma ação de reabilitação, considerada prevenção primária.
- D. A realização de exame do pé diabético é uma ação de delimitação de dano, contemplada como prevenção secundária.
- E. A vacinação de HPV em adolescentes é uma ação de promoção à saúde, contemplada como prevenção secundária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em Leavell & Clark, a prevenção PRIMÁRIA atua no período de pre-patogenese e engloba promoção da saúde (saneamento, coleta de resíduos, moradia, educação, nutrição) e proteção específica (vacinação). Por isso a coleta de resíduos sólidos é primária. Os erros: mamografia e diagnóstico precoce, portanto SECUNDÁRIA (B); psicoterapia como reabilitação seria TERCIÁRIA (C); exame do pé diabético e limitação do dano — nível terciário segundo a classificação clássica (D); e vacina de HPV e proteção específica, ou seja, PRIMÁRIA, não secundária (E). Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Dona Vera chega à recepção da UBS perguntando como fazer para seu marido, Sr. Joaquim, continuar seus tratamentos no SUS, pois acabou de perder o plano de saúde. Fazia acompanhamento pelo convênio médico para Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2. No último mês havia iniciado investigação para uma nova perda de peso e fraqueza no corpo, ao ponto que Joaquim está com muita dificuldade para deambulação. A recepcionista acolhe Dona Vera e prontamente faz o cadastro de Joaquim e em seguida encaminha Dona Vera para acolhimento com a equipe, no qual o enfermeiro Cleiton esclarece que o caso de Joaquim será discutido na reunião de equipe desta semana para agendamento de avaliação domiciliar com brevidade. Dona Vera pergunta se levará 6 meses, como vê sua vizinha acamada receber consultas domiciliares com a médica da equipe. Cleiton reforça que cada caso é avaliado individualmente para a frequência e agendamento de consultas. Os princípios doutrinários do SUS que estão presentes na condução do caso pela equipe da UBS é:

- A. Universalidade e Autonomia.
- B. Equidade e Autonomia.
- C. Integralidade e Equidade.
- D. Universalidade e Equidade. ✓**
- E. Universalidade e Integralidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acolher e cadastrar prontamente quem acabou de perder o plano de saúde concretiza a UNIVERSALIDADE — saúde e direito de todos, independentemente de contribuição prévia. Avaliar caso a caso a prioridade e a frequência das visitas domiciliares, tratando desigualmente os desiguais conforme a necessidade (Joaquim, com perda de peso e dificuldade de deambular, será discutido com brevidade), e EQUIDADE. Autonomia (A, B) não é princípio doutrinário do SUS. Integralidade (C, E) apareceria na oferta articulada de ações preventivas e curativas, o que a cena ainda não descreve. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Kátia, 60 anos, trabalha como autônoma em quiosque de doces no bairro, mora com sua esposa de 58 anos, que é motorista de aplicativo e seus dois filhos de 4 e 7 anos. Kátia vai a uma consulta agendada pela primeira vez, trazendo exames previamente solicitados por outro médico. Nega sintomas e outras demandas. Refere uso de metformina 850 mg 3x/dia e gliclazida 60 mg 2x/dia. Exames: Glicemia em jejum: 130 mg/dL, Hemoglobina A1c: 9,3%, Creatinina sérica: 1,1 (CKD-EPI: 58 mL/min/1.73 m²), Colesterol Total: 210 mg/dL, Triglicérides: 150 mg/dL; HDL: 35 mg/dL; LDL: 145 mg/dL; Relação albumina/creatinina urinária: 60 mg/g. Ela traz exames coletados há 6 meses com valores extremamente similares ao atual. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes para o manejo no SUS, deve-se concluir que Kátia tem diabetes tipo 2 fora de alvo terapêutico sem comprometimento renal

- A. com proteinúria e dislipidemia associada, sendo indicada associação terapêutica de enalapril ou losartana em dose máxima tolerada, dapagliflozina, escalonar estatinas até meta de LDL e insulinoterapia dose única de NPH à noite com reavaliação de automonitoramento da glicemia capilar em jejum após pelo menos 3 dias com posterior coleta de novos exames. ✓**
- B. e está indicada associação terapêutica de dapagliflozina, com novos exames em 3 meses.
- C. com proteinúria, sendo indicada associação terapêutica de enalapril ou losartana em dose máxima tolerada e dapagliflozina, com novos exames em 3 meses.
- D. com proteinúria e dislipidemia associada, sendo indicada associação terapêutica de enalapril ou losartana em dose máxima tolerada, dapagliflozina e escalonar estatinas até meta de LDL, com reavaliação de exames em 3 meses.
- E. com proteinúria e dislipidemia associada, sendo indicada associação terapêutica de enalapril ou losartana em dose máxima tolerada, dapagliflozina, linagliptina e escalonar estatinas até meta de LDL, com reavaliação de exames em 3 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemoglobina glicada de 9,3% mantida há 6 meses com duas drogas orais em dose plena, associada a albuminúria (RAC 60 mg/g) e dislipidemia com LDL 145: o alvo está muito distante, e a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda, com A1c acima de 9%, iniciar INSULINA basal (NPH noturna), além de iECA/BRA para nefroproteção, iSGLT2 (dapagliflozina) e estatina. Perola: iniciada a insulina, a reavaliação é feita pela glicemia capilar em poucos dias para titular a dose — esperar 3 meses (B, C, D, E) desperdiça tempo, e a linagliptina (E) tem efeito modesto e insuficiente aqui. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Jorge, 60 anos, casado, tocador de tamborim na escola de samba, aos sábados, há 4 anos, trabalha em construção civil e obras públicas há 38 anos (principalmente como operador de britadeira). Refere que os EPIs são antigos e às vezes quebrados. Traz uma audiometria solicitada para investigar perda auditiva, pela qual conclui-se: "Perda auditiva sensorineural bilateral simétrica com perda global, mas mais intensa em frequências de 3, 4 e 6 kHz, com melhora relativa à frequência de 8 kHz". A partir do resultado da audiometria é correto concluir pelo diagnóstico de

- A. perda auditiva não induzida por ruídos e deve-se solicitar exame de imagem, pois perdas auditivas sensorineurais bilaterais simétricas tipicamente não estão relacionadas a doença ocupacional e devem ser investigadas com brevidade.
- B. presbiacusia, e deve-se propor tratamento adequado e orientar que a causa é essencialmente uma complicação da idade, recomendando repouso acústico aos fins de semana e uso mais
- C. perda auditiva induzida por ruído ocupacional, e deve-se propor tratamento adequado, notificar para o SINAN e elaborar RAAT, fornecendo cópia para Jorge poder levar ao CEREST e à empresa em que trabalha para emissão de CAT. ✓**
- D. perda auditiva induzida por ruído ocupacional e deve-se propor tratamento adequado, notificar para o SINAN e elaborar CAT, orientando Jorge a ir à delegacia registrar a denúncia.

E. perda auditiva induzida por ruído não ocupacional, e deve-se propor tratamento adequado, orientar uso de protetores auriculares quando for tocar na escola de samba.

COMENTÁRIO OSCELABS

Audiometria com perda sensorineural bilateral, simétrica, com entalhe nas frequências de 3, 4 e 6 kHz e recuperação relativa em 8 kHz e a assinatura da PAIR — perda auditiva induzida por ruído —, coerente com 38 anos de britadeira e EPI inadequado. Conduta: agravo de notificação compulsória no SINAN, emissão do RAAT, com cópia ao trabalhador para levar ao CEREST e a empresa, a quem cabe emitir a CAT (o médico assistente elabora o relatório, não a CAT, o que erra em D). Chamar de presbiacusia (B) ou de origem não ocupacional (A, E) e desconsiderar a exposição. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Em intervalos cada vez menores, o conhecimento médico se renova, novas práticas substituem as antigas e o que se sabe hoje pode facilmente ser considerado proscrito em menos de 5 anos. É imprescindível o profissional saber avaliar a certeza dos estudos com que entra em contato para não mudar sua prática sem maior garantia de benefício. De acordo com o sistema GRADE para avaliação de estudos científicos (Níveis "Alto", "moderado", "baixo" e "muito baixo"), é correto afirmar:

- A. Estudos caso-controle tipicamente atingem certeza de evidência maior que Ensaios Clínicos Randomizados.
- B. Estudos observacionais podem ter um GRADE nível "alto", mesmo que comumente tenham diversas limitações. ✓**
- C. Por conta do tipo de estudo mais criterioso, as revisões sistemáticas têm um GRADE nível "moderado" ou maior.
- D. Relatos de casos e séries de casos elaborados por instituições especializadas e renomadas tipicamente são classificados como GRADE nível "moderado".
- E. Ensaios Clínicos Randomizados têm pouco potencial para atingir GRADE níveis "moderado" ou "alto".

COMENTÁRIO OSCELABS

No sistema GRADE, o desenho do estudo define o ponto de PARTIDA (ensaios randomizados iniciam em 'alto', observacionais em 'baixo'), mas a certeza pode ser rebaixada (risco de vies, inconsistência, evidência indireta, imprecisão, vies de publicação) ou ELEVADA. Estudos observacionais sobem quando há grande magnitude de efeito, gradiente dose-resposta ou fatores de confusão que so atenuariam o efeito observado — logo, podem sim atingir 'alto'. Ensaios randomizados têm alto potencial, não pouco (E); relatos de caso não viram 'moderado' pelo prestígio da instituição (D); e revisão sistemática não garante nível por si (C). Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Há uma doença com prevalência muito maior na população acima de 40 anos do que na população abaixo dessa idade. Essa doença pode causar complicações a longo prazo se não for corretamente manejada. Estão disponíveis 3 exames (A, B e C) que podem ser usados para identificá-la e acompanhá-la: Exame A: Sensibilidade 50%, Especificidade 95%, custo baixo para implementação, comodidade média para o paciente. Exame B: Sensibilidade 45%, Especificidade 79%, custo moderado para implementação, comodidade alta para o paciente. Exame C: Padrão ouro para sensibilidade e especificidade, custo elevado para implementação, comodidade baixa para o paciente. Tendo em vista políticas públicas de saúde que requerem otimização de custo-efetividade, deve-se investir em rastreamento populacional periódico

- A. misto: para faixa etária acima de 40 anos com ambos os Exames A e B e para a faixa etária menor de 40 anos apenas com o Exame A com complementação com Exame C, caso rastreio positivo.
- B. para pessoas acima de 40 anos com o Exame C.

C. para pessoas acima de 40 anos com o Exame A com complementação com Exame C, caso rastreio positivo. ✓

- D. para pessoas em ambas as faixas etárias com o Exame B e complementação com outro exame, caso rastreio positivo.
- E. misto: para a faixa etária acima de 40 anos com o Exame A e para a menor de 40 anos com o Exame C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento populacional exige aplicar o teste onde a prevalência é maior — acima de 40 anos — para maximizar o valor preditivo positivo e evitar que a maioria dos positivos seja falso-positivo. O Exame A tem especificidade alta (95%) e custo baixo, sendo o melhor triador em larga escala; o padrão-ouro (C), caro e pouco comodo, fica reservado para CONFIRMAR os positivos. Usar o exame C na população toda (B) é inviável; o exame B tem pior desempenho global (D); e rastrear a faixa de baixa prevalência (A, E) é desperdício com baixo rendimento. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

É um exemplo de Prevenção Quaternária:

- A. Suplementação de vitaminas, minerais e multivitamínicos para prevenir doenças cardiovasculares e câncer.
- B. Desprescrição de benzodiazepínicos para pacientes idosos. ✓**
- C. Solicitação de ultrassonografia de mamas de rotina em mulheres assintomáticas.
- D. Exames de rotina em crianças: hemograma, fezes e urina.
- E. Uso de aspirina para prevenção primária de Doença Cardiovascular (DCV) em adultos com 60 anos ou mais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção QUATERNÁRIA é o conjunto de ações que protege o paciente do EXCESSO de intervenção médica, evitando iatrogenia, medicalização e sobrediagnóstico. Desprescrever benzodiazepínico em idoso — droga associada a quedas, fraturas, declínio cognitivo e dependência — é o exemplo prototípico. As demais alternativas descrevem justamente aquilo que a prevenção quaternária pretende EVITAR: suplementos sem benefício comprovado (A), ultrassom de mama de rotina em assintomáticas (C), check-up laboratorial indiscriminado em crianças (D) e AAS em prevenção primária em idosos, hoje desaconselhado pelo risco de sangramento (E). Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito E

Samara, 34 anos, previamente hígida, chega para atendimento por estar há 2 dias com febre, cefaleia, dor retro-orbitária, mal-estar, náuseas e sangramento gengival após escovação dos dentes pela manhã. Ao exame físico, encontra-se em: regular estado geral, hidratada, eupneica, T: 38 °C e PA: 110 x 80 mmHg. Trata-se de um caso suspeito de dengue do

- A. grupo C. Deve-se solicitar hemograma, hidratação oral e acompanhamento em leito de observação até o resultado do exame. Caso hematócrito aumentado, após a reposição volêmica inicial, deve-se proceder à reavaliação clínica e laboratorial, mantendo hidratação na segunda hora até a reavaliação do hematócrito.
- B. grupo B. Deve-se solicitar hemograma, hidratação oral e acompanhamento em leito de observação até o resultado do exame. Caso hematócrito aumentado, realizar reposição volêmica imediata, com reavaliação após 1 hora, e se paciente sentir-se bem e com sinais estáveis, orientar repouso, prescrição de analgésicos, retorno para reavaliação clínica e laboratorial diária até 48 horas após a queda da febre ou imediata se presença de sinais de alarme.
- C. grupo C. Deve-se solicitar hemograma, hidratação oral e acompanhamento em leito de observação até o resultado do exame. Caso hematócrito estiver normal e paciente estável, o manejo deve ser realizado em ambiente ambulatorial, com hidratação oral, repouso, prescrição de analgésicos, retorno para reavaliação clínica e laboratorial diária até 48 horas após a queda da febre ou imediata se presença de sinais de alarme.
- D. grupo A. O manejo deve ser realizado em ambiente ambulatorial, com hidratação oral, repouso, prescrição de analgésicos, agendamento de retorno para o dia da melhora da febre. Caso apresente sinais de alarme

procurar atendimento imediato, preenchimento do cartão de acompanhamento e liberação para o domicílio.

E. grupo B. Deve-se solicitar hemograma, hidratação oral e acompanhamento em leito de observação até o resultado do exame. Caso hematócrito normal e paciente estável, o manejo deve ser realizado em ambiente ambulatorial, com hidratação oral, repouso, prescrição de analgésicos, retorno para reavaliação clínica e laboratorial diária até 48 horas após a queda da febre ou imediata se presença de sinais de alarme. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento gengival espontâneo e manifestação hemorrágica que, sem sinais de alarme (dor abdominal intensa, vômitos persistentes, letargia, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosa volumoso), classifica o caso como dengue GRUPO B — não A (D), que é o paciente sem sangramento e sem comorbidade. O manejo do grupo B é hemograma com hematócrito, hidratação oral e observação até o resultado; se o hematócrito estiver NORMAL e o paciente estável, segue ambulatorial com reavaliação diária até 48h após a defervescência. Grupo C (A, C) pressupõe sinais de alarme e hidratação venosa. Resposta E.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Em relação ao novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (data), é correto:

- A. Há previsão de construção de aproximadamente 3.000 novas UBS, com verbas municipais e estaduais, sendo UBS maiores e com projetos arquitetônicos mais modernos.
- B. Tem o objetivo de diminuir o cofinanciamento federal, com a finalidade de melhorar o acesso, a qualidade e a integralidade do cuidado.
- C. O objetivo é priorizar a estratégia saúde da família, sem previsibilidade ou sustentabilidade dos incentivos financeiros.
- D. Será criado um novo indicador que combina o porte populacional e o índice de vulnerabilidade social dos municípios com o objetivo de promover uma distribuição financeira mais equitativa. ✓**
- E. Aproximadamente 50% dos recursos previstos virão do componente qualidade que incentiva a melhoria contínua dos serviços provenientes de indicadores pactuados.

COMENTÁRIO OSCELABS

O novo modelo de financiamento da APS busca corrigir distorções distributivas criando um indicador que combina PORTE POPULACIONAL e índice de VULNERABILIDADE SOCIAL do município, de modo a repassar mais recursos a quem tem maior necessidade — aplicação prática do princípio da equidade. As demais alternativas contrariam a proposta: o objetivo é AMPLIAR e dar previsibilidade ao cofinanciamento federal (B, C), a construção de UBS depende de recursos federais e não é o eixo do modelo (A), e o componente de qualidade responde por fração bem menor que 50% dos recursos (E). Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Sobre o genograma, é correto afirmar:

- A. Não é necessário colocar legenda nem data de realização, mas é obrigatório identificar quem fez o genograma.
- B. São necessárias no mínimo quatro gerações, sendo que se deve identificar o paciente índice.
- C. Quando há união entre um casal heterossexual, o símbolo de homem (quadrado) deve estar à esquerda do símbolo da mulher (círculo); entre estes deve-se fazer a linha correspondente de tal união (casamento, não casados que vivem juntos, separação etc.). ✓**
- D. Os filhos aparecem em ordem cronológica de nascimento, do mais velho para o mais novo. Caso a mulher tenha tido aborto não é necessário colocar em registro.
- E. Não é obrigatório apontar com quem o paciente índice mora.

COMENTÁRIO OSCELABS

O genograma tem convenções gráficas padronizadas: homem representado por quadrado e mulher por círculo, com o homem posicionado A ESQUERDA e a mulher a direita nas uniões heterossexuais, ligados pela linha que indica o tipo de vínculo (casamento, união, separação, divórcio). Legenda e data de realização são obrigatórias, pois a família muda no tempo (A erra); recomendam-se ao menos TRÊS gerações (B); abortos e natimortos devem ser registrados, por seu peso clínico e emocional (D); e a delimitação de quem mora junto (domicílio) e parte essencial do instrumento (E). Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito E

Luana, de 30 anos, vai à consulta contém em seu prontuário apenas um atendimento na UBS no ano anterior, com a enfermeira da equipe para coleta de citologia oncológica. A paciente foi apenas à UPA da região várias vezes nos últimos seis meses, sempre com queixa de dor. Luana se mostra um pouco apreensiva no início da consulta, mas logo revela que o motivo de estar ali é que está com muita dor no rosto. Ao olhar para a paciente, você nota dois hematomas: em região palpebral e região maxilar. Quando questionada sobre o que aconteceu, Luana conta que apanhou do marido há dois dias porque o deixou irritado. Considere as assertivas abaixo: Nesse caso, o médico deve

- A. orientar Luana para procurar o Serviço Social da UBS, o qual é responsável por avaliar a necessidade de eventual encaminhamento ao serviço de psicologia.
- B. notificar no SINAN se houver concordância do paciente.
- C. deve acionar a defensoria pública a fim de investigar se Luana sofreu outros tipos de violência, como patrimonial, psicológica, sexual ou moral.
- D. instrui Luana a fazer o boletim de ocorrência e, caso ela se recuse, deve acionar a polícia.

E. esclarecer a Luana que ela pode fazer de denúncia da violência sofrida, sem que seja necessária a abertura de boletim de ocorrência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de violência por parceiro íntimo, o papel do médico é acolher, cuidar, documentar em prontuário, notificar compulsoriamente e INFORMAR direitos, preservando a autonomia da mulher quanto a denúncia. É fundamental esclarecer que ela pode denunciar por canais como o Disque 180 e a delegacia especializada, sem que o boletim de ocorrência seja pré-requisito para receber atendimento e proteção. Obrigar o BO ou acionar a polícia contra sua vontade (D) rompe o vínculo e pode aumentar o risco; a notificação no SINAN é compulsória e NÃO depende de concordância (B); e o caso não se resolve apenas repassando ao serviço social (A). Resposta E.

QUESTÃO 96 — Gabarito E

O câncer de colo do útero é o quarto câncer mais incidente em mulheres, com a ocorrência de 604 mil novos casos no mundo anualmente, o que corresponde a 6,5% de todos os cânceres em mulheres. Apesar da alta incidência, o câncer de colo do útero é considerado suscetível à erradicação, devido à existência do exame de rastreamento cujo padrão-ouro é o exame citopatológico do colo do útero. É situação na qual deve ser realizada a coleta do exame citopatológico do colo do útero anualmente:

- A. Mulher cis, bissexual, 35 anos, em tratamento com quimioterápicos, sem realizar exame citopatológico há cinco anos.
- B. Mulher cis, homossexual, de 65 anos, ativa sexualmente, com dois exames anuais negativos.
- C. Mulher cis, heterossexual, ativa sexualmente, de 25 anos, com dois exames anuais consecutivos negativos.
- D. Homem trans, de 25 anos, ativo sexualmente, com dois exames anuais consecutivos negativos.

E. Mulher cis, lésbica, 29 anos, com primeiro e último exame citopatológico há um ano, com resultado negativo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A rotina do rastreamento no Brasil e citologia dos 25 aos 64 anos, com os DOIS primeiros exames anuais e, se ambos negativos, intervalo trienal. Luana tem apenas UM exame, realizado há um ano — falta o segundo anual, logo a coleta deve ser anual. Nas demais, já há dois exames anuais negativos consecutivos, o que autoriza o intervalo de três anos (C, D e a de 65 anos em B, que inclusive pode encerrar o rastreio). A paciente em quimioterapia (A) e imunossuprimida segue protocolo próprio, com coleta semestral no primeiro ano. Perola: mulheres lésbicas e homens trans com colo também devem ser rastreados. Resposta E.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

A doença cardiovascular é a principal causa de morte no Brasil e no mundo, determinando aumento da morbidade e incapacidade ajustadas aos anos de vida. É exemplo de um paciente com risco cardiovascular intermediário:

- A. Mulher, 52 anos, não tabagista, com diagnóstico de diabetes mellitus há dois meses. ✓**
- B. Homem, 52 anos, não tabagista, com aneurisma de aorta abdominal diagnosticado há dois meses.
- C. Mulher, 52 anos, não tabagista, com placas ateroscleróticas vistas na angiotomografia coronária.
- D. Mulher, 52 anos, não tabagista, em tratamento para diabetes mellitus há cinco anos e para hipertensão arterial sistêmica há oito anos.
- E. Homem, 52 anos, não tabagista, em tratamento para diabetes mellitus há cinco anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na estratificação de risco cardiovascular, doença aterosclerótica ESTABELECIDADA ou seus equivalentes — aneurisma de aorta abdominal (B) e placa detectada em angiotomografia (C) — colocam o paciente em risco alto/muito alto. Diabetes de longa duração ou associado a outros fatores e estratificadores também eleva o risco (D, E). Sobre a mulher de 52 anos, não tabagista, com diabetes recém-diagnosticado (2 meses), sem lesão de órgão-alvo e sem outros fatores: perfil de risco INTERMEDIÁRIO. Perola: o tempo de doença e a presença de lesão subclínica são o que movem o diabético de intermediário para alto risco. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Joana, 37 anos, mulher cis, separada, gerente de RH, tinha em prontuário mais de 6 passagens na UBS nos últimos 3 meses por manchas no corpo, que não coçam. O médico atendeu a paciente em consulta agendada e, por avaliar as lesões como maculopapulares no corpo inclusive com algumas lesões nas mãos, suspeitou de sífilis, pedindo um teste rápido. O teste foi realizado na mesma manhã com resultado positivo. Ao conversar com a paciente, o médico apurou que ela havia tido, em uma única oportunidade, uma relação sexual desprotegida, há 9 meses. Nunca sentiu nada e não percebeu nenhuma lesão até o aparecimento das manchas pelo corpo e palma da mão há 3 meses, quando fez um exame médico para piscina do clube e foi reprovada, vindo buscar ajuda na UBS. Solicitou-se, então, o teste não treponêmico, cujo resultado foi positivo, confirmando o diagnóstico de sífilis. Com relação ao estadiamento, esquema terapêutico e seguimento, por se tratar de sífilis

- A. recente secundária, benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas, teste não treponêmico mensal.
- B. latente tardia, benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas, teste não treponêmico trimestral.
- C. recente primária, benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), teste não treponêmico mensal.
- D. recente secundária, benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), teste não treponêmico trimestral. ✓**

E. latente recente, benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo), teste não treponêmico mensal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exposição há 9 meses (portanto menos de 1 ano: sífilis RECENTE) com lesões maculopapulares disseminadas incluindo palmas das mãos: sífilis secundária. O tratamento é benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI IM em DOSE ÚNICA (1,2 milhão em cada glúteo) — três doses semanais (A, B) são para sífilis latente TARDIA, de duração ignorada ou terciária. O seguimento com teste não treponêmico e TRIMESTRAL em não gestantes (mensal apenas em gestantes), esperando queda de dois títulos em até 6-12 meses. Classifica-la como primária (C) ou latente (E) ignora as lesões cutâneas ativas. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

João, 11 anos, chega à UBS para consulta de rotina com a enfermeira Suely. A mãe de João quer saber sobre as vacinas que ele precisa receber. Suely deve

A. indicar a vacina Dupla adulto (difteria e tétano) - dT, caso a última vacina desse tipo tenha ocorrido há 5 anos.

B. indicar a vacinação de HPV para João em dose única, caso ele ainda não tenha recebido. ✓

C. explicar que a vacinação de HPV em crianças e adolescentes deve ser realizada somente em casos de vítimas de violência sexual.

D. revisar o histórico vacinal e verificar se todas as vacinas recomendadas para a faixa etária foram administradas. Se houver doses em atraso deve-se reiniciar todos os esquemas vacinais.

E. indicar a realização de reforço de vacina ACWY somente se não tiver havido o reforço de 12 meses e 5 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde 2024 o PNI adota o esquema de DOSE ÚNICA da vacina HPV quadrivalente para meninas e meninos de 9 a 14 anos — João, com 11 anos, deve receber se ainda não recebeu. A vacinação não se restringe a vítimas de violência sexual (C), situação em que o esquema é ampliado. Atraso vacinal NUNCA implica reiniciar esquemas: completa-se o que falta (D). dT tem reforço a cada 10 anos, não 5 (A), e a meningocócica ACWY tem dose de reforço ou dose única programada para adolescentes de 11 a 14 anos, independentemente do que descreve E. Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito E

Agente comunitária solicita, em reunião de equipe, uma consulta para o paciente Mauro, que é irmão da dona Maria, paciente restrita. A agente conta que Mauro, 55 anos, está sentindo dor no corpo, cansaço, perda de apetite e que tem emagrecido bastante. Nega sintomas respiratórios. Trabalha na construção civil há mais de 30 anos, tendo ficado um pouco mais de 2 anos afastado das obras, pois ficou preso por agressão à ex-mulher. Voltou a trabalhar há quase 2 meses, mas não tem conseguido trabalhar o dia todo. Os exames iniciais a serem solicitados pelo médico que atender Mauro, devem ser hemograma, glicemia, colesterol e frações e

A. PPD, apenas, por não haver sintomas respiratórios.

B. testes rápidos para ISTs, apenas.

C. testes rápidos para ISTs, realização de espirometria e ecocárdio para diagnóstico diferencial do cansaço.

D. pela ausência de tosse e febre, não existe a indicação de realização de exames para diagnóstico diferencial de tuberculose.

E. testes rápidos para ISTs, coleta de escarro, Rx de tórax e PPD. para a residência médica 100% focado nas instituições de São Paulo. Preparamos nosso material com didática padrão-ouro vinda de nossos professores especialistas que já foram residentes onde você quer passar. Nosso maior objetivo é ajudar nossos alunos a conquistarem a residência dos sonhos. E para isso, nos certificamos de

estarmos juntos até o Inal. juntos até o Inal! Você em 1º lugar na residência dos seus sonhos! A sua aprovação pode ser a próxima a aparecer aqui! Seu nome na lista de aprovados Henrique Bosso 2º lugar na Unifesp em Oftalmologia Beatriz Aveiro 1º lugar no HIAE em Medicina Intensiva Raphaela Bastos 3º lugar na USP-RP em Dermatologia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Emagrecimento, astenia, dor no corpo e inapetência em homem que esteve PRIVADO DE LIBERDADE — população de altíssima vulnerabilidade para tuberculose e para IST/HIV — e ainda trabalha há 30 anos na construção civil (exposição a poeira e sílica) impõem investigação ativa. A ausência de tosse NÃO afasta tuberculose, sobretudo em formas extrapulmonares ou em imunossuprimidos (D erra), e por isso se pede pesquisa em escarro (baciloscopia/TRM- TB), radiografia de tórax e PPD, além dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites. PPD isolado (A) não distingue infecção latente de doença ativa. Resposta E.