



Santa Casa-SP — Residência Médica 2026 (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 C

A vacinação contra doença meningocócica está indicada para pacientes

- A. portadores de HIV em dose única.
- B. com anemia falciforme em dose única.
- C. com anemia falciforme em 2 doses. ✓**
- D. recrutas em alojamentos em 2 doses.
- E. viajantes para áreas endêmicas em dose única incluindo sorotipo B.

COMENTÁRIO OSCELABS

Asplenia funcional da anemia falciforme é uma das condições de maior risco para doença meningocócica invasiva: por isso o esquema é reforçado, com 2 doses de MenACWY (intervalo de 8 a 12 semanas) e reforços periódicos, além da MenB. Dose única (B) só vale para o indivíduo hígido. Portador de HIV também recebe 2 doses, não dose única (A). Recrutas em alojamento e viajantes para área endêmica recebem MenACWY em dose única, e a formulação ACWY não cobre o sorogrupo B (D e E). Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

São fatores de risco para paciente com gonococcemia disseminada:

- A. Artrite reumatoide e osteoartrite.
- B. Coinfecção com herpes vírus e clamídia.
- C. Atopia cutânea severa e psoríase.
- D. Gestação e período menstrual. ✓**
- E. Idade e sexo masculino.

COMENTÁRIO OSCELABS

A infecção gonocócica disseminada tem fatores de risco bem definidos: gestação, puerpério e período menstrual (queda da barreira cervical e alteração do pH favorecem a bacteremia), além da deficiência dos componentes terminais do complemento (C5-C9) e do lúpus. O sexo feminino, e não o masculino, é o mais acometido (E errada). Doenças articulares prévias (A) e dermatoses (C) não aumentam o risco de bacteremia gonocócica, e infecção por herpes ou clamídia não é fator reconhecido (B). Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Paciente, 45 anos, sem antecedentes patológicos, foi atendido com dor torácica aguda acompanhada de dispneia. Os achados iniciais mostram supradesnivelamento de segmento ST em derivações precordiais e elevação moderada da troponina. O estudo angiográfico mostra coronárias normais. Nesse caso, é correto:

- A. A ressonância nuclear magnética de miocárdio pode diferenciar entre miocardite e cardiomiopatia de Takotsubo. ✓**
- B. Somente as sorologias podem auxiliar no diagnóstico.
- C. Uso de drogas como a cocaína está relacionado ao diagnóstico de miocardite.
- D. A hipocinesia segmentar da parede anterior no ecocardiograma confirma o diagnóstico de cardiomiopatia de Takotsubo.
- E. Arritmias cardíacas são comuns somente nas cardiomiopatias de Takotsubo induzidas por cocaína.

COMENTÁRIO OSCELABS

Supra de ST com troponina elevada e coronárias normais define MINOCA. A ressonância magnética cardíaca e o exame-chave: o padrão de realce tardio subepicárdico aponta miocardite, enquanto o balonamento apical transitório sem realce sugere Takotsubo. Sorologias isoladas não fecham diagnóstico (B). Cocaina causa vasoespasmo e infarto, não miocardite clássica (C). Hipocinesia segmentar anterior no eco não é específica de Takotsubo (D), e arritmias ocorrem em ambas as entidades (E). Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito E

As medidas efetivas na melhora do prognóstico de um paciente com síndrome de Marfan é:

- A. ultrassom de abdome seriado em pacientes com dor lombar.
- B. profilaxia antibiótica para ecocardiograma transesofágico quando houver insuficiência aórtica.
- C. evitar o uso de inibidores da enzima de conversão de angiotensina.
- D. cirurgia profilática em paciente com prolapso mitral moderada.
- E. uso de betabloqueadores em paciente com diâmetro da aorta ascendente maior que 4 cm. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome de Marfan o que muda prognóstico e frear a dilatação da aorta: o betabloqueador reduz o dp/dt e a tensão de parede, indicado quando a raiz/aorta ascendente já está dilatada (>4 cm). IECA e BRA (losartana) são usados, não evitados (C errada). Profilaxia antibiótica não se faz para ecocardiograma transesofágico (B). Cirurgia profilática se baseia no diâmetro aórtico (cerca de 5 cm) e não no prolapso mitral moderado (D). Resposta E.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Um paciente portador do vírus HIV apresenta febre e hepatoesplenomegalia de origem desconhecida. Como é oriundo de área endêmica para leishmaniose, aventou-se a hipótese de reativação da mesma. Nesse caso, é correto:

- A. A sorologia não é o método mais apropriado para afastar o diagnóstico. ✓**
- B. Portadores de HIV não têm risco aumentado de reativação de leishmaniose.
- C. Métodos sorológicos têm baixa sensibilidade mas são muito específicos.
- D. A visualização de formas amastigotas nos exames anatomopatológicos são de fácil diferenciação pela coloração hematoxilina eosina.
- E. A pancitopenia diferencia de outros diagnósticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na coinfeção HIV-leishmaniose visceral a sorologia perde sensibilidade (positiva em menos de metade dos casos), porque a resposta humoral está comprometida: sorologia negativa NÃO afasta o diagnóstico, que exige parasitológico (mielograma, PCR). Portadores de HIV têm risco muito maior de reativação (B errada). A sensibilidade é baixa, mas isso não torna o método útil para excluir (C). Amastigotas em HE são de difícil visualização (D) e pancitopenia é inespecífica (E). Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Em um paciente com diagnóstico prévio de retocolite ulcerativa moderada e confinada ao cólon descendente e reto, vinha sendo tratado com mesalazina oral. Na suspeita de atividade da doença, o melhor marcador laboratorial, não invasivo, é:

- A. Proteína C reativa.

B. Calprotectina fecal. ✓

- C. Sangue oculto nas fezes.
- D. Beta-2 microglobulina.
- E. Velocidade de hemossedimentação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A calprotectina fecal é a proteína liberada por neutrófilos na luz intestinal: é o melhor marcador não invasivo de atividade inflamatória de mucosa, com boa correlação com o achado endoscópico e útil para diferenciar recidiva de retocolite de sintomas funcionais. PCR e VHS são marcadores sistêmicos e costumam ser normais na doença distal/leve (A e E). Sangue oculto e inespecífico (C) e beta-2 microglobulina não tem papel aqui (D). Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito E

Na síndrome de hiperproliferação bacteriana intestinal são fatores de risco, a utilização de:

- A. Sacarina e lactulose.
- B. Metoclorpropamida e domperidona.
- C. Clindamicina e amoxicilina.
- D. Captopril e betabloqueadores.
- E. Inibidores da bomba de hidrogênio e semaglutida. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O supercrescimento bacteriano do intestino delgado depende de dois mecanismos: perda da barreira ácida e perda da motilidade. Inibidores de bomba de prótons reduzem o ácido gástrico e os análogos de GLP-1, como a semaglutida, retardam o esvaziamento e a motilidade, favorecendo a colonização. Procinéticos como metoclopramida e domperidona protegem, e não predispoem (B). Antibióticos tratam o quadro (C), e captopril e betabloqueador não tem essa relação (D). Resposta E.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Paciente, 59 anos, ex-fumante de 40 maços-ano, há 10 anos, tem nódulo pulmonar único detectado na tomografia. As características de maior preocupação são:

- A. Imagem com atenuação de gordura e 10 mm de diâmetro.
- B. Localização em lobo médio e calcificação central.
- C. Localização em lobo superior e calcificação excêntrica. ✓**
- D. Nódulo espiculado e com duplicação de tamanho em menos de 30 dias.
- E. Localização em lobos inferior e bordas bem definidas.

COMENTÁRIO OSCELABS

São marcadores radiológicos de malignidade em nódulo pulmonar: localização em lobo superior, bordas espiculadas, tamanho maior e calcificação ausente ou excêntrica/salpicada. Calcificação central, laminar, difusa ou em pipoca e padrão benigno (B). Atenuação de gordura sugere hamartoma (A) e bordas bem definidas em lobo inferior falam a favor de benignidade (E). A pegadinha é a D: tempo de duplicação menor que 30 dias e rápido demais para neoplasia (que dobra em 30 a 400 dias) e sugere processo infeccioso/inflamatório. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Paciente com hipótese diagnóstica de pneumonia de hipersensibilidade apresentará, mais provavelmente, as seguintes características:

- A. Febre, calafrios e mal-estar apenas nas formas agudas.
- B. Provas de inflamação, como PCR e VHS, normais.
- C. Tosse com expectoração profusa e clara na fase inicial.
- D. Nódulos centrolobulares, atenuação em vidro fosco e imagem em mosaico na tomografia de pulmão.** ✓
- E. O uso de corticoides, em doses baixas, apresenta resposta significativa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pneumonite de hipersensibilidade tem assinatura tomográfica característica: nódulos centrolobulares mal definidos, vidro fosco difuso e atenuação em mosaico por aprisionamento aéreo, melhor visto na expiração. Febre e calafrios podem ocorrer também nas formas subagudas (A). Provas inflamatórias costumam estar elevadas na fase aguda (B). A tosse é tipicamente seca, não produtiva (C), e o tratamento exige afastamento do antígeno e corticoide em doses plenas (E). Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Paciente, 27 anos, apresentou 2 quadros sincopais nos últimos 6 meses. O exame clínico é normal exceto por sopro sistólico discreto em área mitral. Tem o seguinte eletrocardiograma: O achado mais provável neste paciente será:

- A. Insuficiência mitral reumática.
- B. Cardiomiopatia hipertrófica.** ✓
- C. Doença de Kawasaki.
- D. Comunicação interatrial com embolia paradoxal.
- E. Insuficiência coronariana com aortite luética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com síncope recorrentes, sopro sistólico e alterações eletrocardiográficas (sobrecarga de VE, ondas Q septais profundas, alterações de repolarização) e cardiomiopatia hipertrofica até prova em contrário. O sopro e da obstrução dinâmica da via de saída com movimento sistólico anterior da mitral, o que explica o foco mitral. Insuficiência mitral reumática não causa síncope (A), Kawasaki e doença da infância (C) e as demais não explicam o conjunto. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito E

Homem de 20 anos, assintomático, apresenta em exame de rotina Hb: 10 g/dL e volume corpuscular médio: 55 fL. O perfil de ferro é normal. O exame que com maior probabilidade confirmará a principal hipótese diagnóstica é:

- A. Dosagem de vitamina B12.
- B. Endoscopia digestiva alta.
- C. Teste de Coombs.
- D. Mielograma.
- E. Eletroforese de hemoglobina.** ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Microcitose desproporcional a anemia (VCM 55 fL com Hb 10 g/dL) em jovem assintomático e com perfil de ferro normal e a assinatura da talassemia: na ferropenia o VCM cai proporcionalmente a queda da hemoglobina e o ferro estaria alterado. A eletroforese de hemoglobina confirma o diagnóstico ao mostrar HbA2 elevada (beta-talassemia menor). B12 causa macrocitose (A), endoscopia investigaria perda que já foi afastada (B), e Coombs e mielograma não se aplicam. Resposta E.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Mulher de 55 anos apresenta poliartrite deformante de mãos há 10 anos, com passado de rigidez matinal de 45 minutos. Atualmente com artralguas, nódulos subcutâneos e velocidade de hemossedimentação elevada. O hemograma mostra Hb: 9,4 g/dL e VCM: 80 fL. É provável que as dosagens de capacidade total de ligação de ferro e ferritina estejam, respectivamente:

- A. Diminuída e aumentada. ✓**
- B. Aumentada e aumentada.
- C. Diminuída e diminuída.
- D. Aumentada e diminuída.
- E. Diminuída e normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Artrite reumatoide de longa data com VHS elevado e anemia normocítica leve e o retrato da anemia de doença crônica: a hepcidina bloqueia a liberação de ferro dos macrófagos, de modo que a ferritina (proteína de fase aguda e estoque) sobe e a capacidade total de ligação do ferro (transferrina) cai. Na ferropenia ocorre exatamente o oposto: TIBC alta e ferritina baixa (D). Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Homem de 18 anos, sem antecedente, apresenta dor em punho esquerdo e tornozelo direito há 2 dias, além de febre e erupção cutânea pustular em antebraço. Apresenta discreto calor e rubor em tornozelo e dor à flexão passiva de punho. A punção de líquido sinovial mostrou 8.000 polimorfonucleares/mm³ e bacterioscópico com ausência de flora bacteriana. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Artrite reumatoide.
- B. Artrite gonocócica. ✓**
- C. Artrite microcristalina.
- D. Osteoartrite.
- E. Lúpus eritematoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com poliartralgia migratória, tenossinovite, lesões pustulares e cultura/bacterioscopia negativas configura a síndrome artrite-dermatite da gonococcemia disseminada. A perola: o gonococo raramente é visto no Gram e cresce mal no líquido sinovial, e a celularidade costuma ser menos exuberante que na artrite séptica clássica, o que não afasta o diagnóstico. Artrite reumatoide e osteoartrite não dão febre com pustulas (A e D), e microcristalina não gera exantema (C). Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher de 32 anos apresenta urina espumosa e anasarca. PA: 120 x 80 mmHg e os exames mostraram creatinina sérica 1,2 mg/dL e proteinúria de 24 horas de 5,4 gramas. Hemograma, glicemia e eletrólitos são normais. Ela apresenta risco aumentado de:

- A. Hipervolemia e hemorragia.
- B. Hipovolemia e trombose. ✓**
- C. Hipovolemia e hemorragia.
- D. Hipervolemia e trombose.
- E. Hipervolemia e hipocolesterolemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Proteinúria maior que 3,5 g/24h com anasarca define síndrome nefrótica. A hipoalbuminemia reduz a pressão oncótica e desloca líquido para o interstício, gerando hipovolemia efetiva apesar do edema. Em paralelo, perde-se antitrombina III (e proteínas C e S) na urina, com aumento de fibrinogênio, criando estado pro-trombótico clássico (trombose de veia renal, TEP). O risco é de trombose, não de hemorragia (A e C), e o colesterol sobe, não cai (E). Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Analisando-se grande número de pacientes com doença renal crônica, é mais provável nestes casos, dentre os abaixo, o achado de

- A. hipofosfatemia.
- B. plaquetopenia.
- C. hipoparatiroidismo.
- D. aumento da resistência à insulina. ✓**
- E. redução do ânion gap.

COMENTÁRIO OSCELABS

A uremia induz resistência periférica à insulina, achado precoce e quase universal na doença renal crônica, contribuindo para o risco cardiovascular desses pacientes. Os demais itens estão invertidos: na DRC ocorre HIPERfosfatemia por retenção (A), HIPERparatiroidismo secundário (C), acidose metabólica com anion gap AUMENTADO pela retenção de sulfatos e fosfatos (E) e disfunção plaquetária com contagem geralmente normal, e não plaquetopenia (B). Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Homem de 50 anos é acometido de nefropatia há 18 meses. Devido a trombose de fístula arteriovenosa em membro superior esquerdo e perda de vários cateteres de Shiley está sem hemodiálise eficiente. É admitido no pronto-socorro referindo astenia, vômitos e alguns episódios de tontura associada à hipotensão postural. Ao exame físico está descorado, PA: 85 x 70 mmHg, turgência jugular +++ e bulhas hipofonéticas. Os membros inferiores não se encontram edemaciados. O achado mais provável neste paciente será:

- A. Frequência cardíaca de 52 batimentos por minuto.
- B. Crepitação em metade inferior do tórax, bilateralmente.
- C. Queda da pressão sistólica de 12 mmHg durante inspiração. ✓**
- D. Onda U no eletrocardiograma.
- E. Alcalose metabólica na gasometria venosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Renal crônico sem diálise eficaz, com hipotensão, turgência jugular exuberante e bulhas hipofônicas SEM congestão pulmonar ou edema de membros: e a tríade de Beck do tamponamento cardíaco por pericardite urêmica. O achado esperado é o pulso paradoxal, queda maior que 10 mmHg da sistólica na inspiração. Crepitações bibasais seriam de congestão (B), onda U indica hipocalcemia (D) e a gasometria mostraria acidose metabólica, não alcalose (E). Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Mulher de 37 anos, com doença renal crônica, realiza há 1 ano hemodiálise, 3 vezes por semana. Há 10 dias apresenta tosse e dispnéia. Há também episódios de febre de 38 a 39 °C. A tomografia de tórax é mostrada abaixo. Para confirmar a principal hipótese diagnóstica é indicado:

- A. Teste genético de fibrose cística.
- B. Lavado broncoalveolar com cultura de escarro.
- C. Teste rápido molecular para tuberculose.
- D. Dosagem de anticorpo anticitoplasma de neutrófilo.

E. Hemocultura e ecocardiograma. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em hemodiálise crônica (acesso vascular = porta de entrada) com febre prolongada, tosse e imagem torácica de nódulos múltiplos periféricos, alguns escavados, e o quadro típico de embolia séptica por endocardite de câmaras direitas. A confirmação vem de hemoculturas seriadas e ecocardiograma em busca de vegetação. Fibrose cística não se manifesta assim aos 37 anos (A), e tuberculose e vasculite (C e D) não explicam o vínculo com o cateter. Resposta E.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Homem de 65 anos, com diagnóstico de diabetes melitus há 20 anos, vem apresentando necessidade de redução das dosagens de insulina por episódios frequentes de hipoglicemia. Não mudou dieta, nem atividade física e está contente, pois acha que o diabetes pode estar em processo de cura. A explicação para este fato tem maior probabilidade de ser obtida solicitando-se o seguinte exame:

- A. Creatinina sérica. ✓**
- B. Hemoglobina glicada.
- C. Pesquisa de microalbuminúria.
- D. Tomografia computadorizada de pâncreas.
- E. Dosagem de cortisol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético de longa data que passa a ter hipoglicemias e a precisar de menos insulina sem mudar dieta nem atividade física geralmente NÃO está curando: está perdendo função renal. Cerca de 30 a 40% da insulina é depurada pelo rim, e a queda do clearance prolonga sua meia-vida. A creatinina sérica (com estimativa da TFG) e o exame que revela isso. A hemoglobina glicada apenas confirmaria a melhora aparente sem explicar a causa (B). Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Hipercortisolismo grave ocasiona com maior probabilidade:

- A. Hipercalemia e acidose metabólica.

B. Hipocalemia e alcalose metabólica. ✓

- C. Hipocalemia e acidose metabólica.
- D. Hipercalemia e alcalose metabólica.
- E. Hiponatremia e acidose metabólica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em concentrações muito altas, o cortisol satura a enzima 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo 2 e passa a agir no receptor mineralocorticoide, promovendo reabsorção de sódio e excreção de potássio e hidrogênio. O resultado é hipocalemia com alcalose metabólica, achado típico da síndrome de Cushing ectópica (ACTH paraneoplásico). Hipercalemia e acidose ocorreriam na insuficiência adrenal, o oposto do quadro (A e D). Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Nos quadros de artrite reumatoide em geral as articulações poupadas são:

- A. Articulação C1-C2.
- B. Interfalângicas proximais.
- C. Temporomandibulares.
- D. Interfalângicas distais. ✓**
- E. Esternoclavicular.

COMENTÁRIO OSCELABS

A artrite reumatoide poupa caracteristicamente as interfalângicas distais e a coluna toracolumbar/sacroilíacas. Acometimento de IFD sugere osteoartrite (nódulos de Heberden) ou artrite psoríase. A AR acomete tipicamente metacarpofalângicas, interfalângicas proximais (B), punhos, e pode envolver a coluna cervical alta com subluxação atlantoaxial C1-C2 (A), além de temporomandibulares (C) e esternoclaviculares (E). Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Homem de 62 anos, previamente saudável, sofreu um acidente de trabalho em uma laje e caiu sobre um vergalhão, que transfixou a região cervical. Hemodinamicamente estável, apresenta barra metálica atravessando a região cervical direita, com ponto de entrada na zona II e saída na zona III retroauricular, sem sangramento ativo ou hematoma. Angiotomografia cervical abaixo. A conduta mais adequada, dentre as abaixo é:

- A. Remover imediatamente o corpo estranho na sala de emergência.
- B. Embolização arterial imediata.
- C. Encaminhar o paciente ao centro cirúrgico, mantendo o corpo estranho fixo até sua retirada. ✓**
- D. Drenagem de tórax imediatamente.
- E. Realizar traqueostomia de emergência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Objeto empalado que transfixa o pescoço funciona como tampão das estruturas vasculares lesadas: retirá-lo fora do centro cirúrgico pode desencadear hemorragia exsanguinante ou embolia aérea incontrolável. A conduta é manter o corpo estranho fixo, transportar ao centro cirúrgico e removê-lo com via aérea garantida e controle vascular proximal e distal. Remoção na sala de emergência (A) é o erro clássico; embolização, dreno de tórax e traqueostomia não são o passo inicial. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Paciente masculino, 32 anos, portador de Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), com história familiar positiva e colectomia prévia, apresenta quadro de icterícia colestática, hipocolia e colúria. A colangiografia endoscópica com biópsia revelou adenoma tubuloviloso da papila duodenal maior, com displasia de baixo grau. Foi submetido à drenagem biliar, evoluindo com pancreatite aguda grave. A conduta mais adequada a médio prazo para este paciente, dentre as abaixo, é:

- A. Imunoterapia.
- B. Pancreatoduodenectomia (cirurgia de Whipple).
- C. Seguimento endoscópico rigoroso. ✓**
- D. Radioterapia.
- E. Embolização arterial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na polipose adenomatosa familiar o duodeno periampular vira o principal sítio de neoplasia após a colectomia, e a vigilância é estratificada pela classificação de Spigelman. Adenoma da papila com displasia de BAIXO grau ainda é lesão de baixo risco de progressão: a conduta de médio prazo é o seguimento endoscópico rigoroso, com biópsias seriadas e ressecção endoscópica quando indicada. A duodenopancreatectomia (B) é agressiva demais aqui, e fica reservada a displasia de alto grau, carcinoma ou Spigelman IV, ainda mais em paciente que acaba de sair de pancreatite grave. Químico, rádio e embolização não tratam adenoma. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Paciente feminina, 73 anos, com antecedente de colelitíase, refere no pronto-socorro dor abdominal intensa em flanco inferior esquerdo, vômitos e inapetência há 4 dias. Seguem imagens da tomografia abdominal. O diagnóstico é:

- A. Íleo biliar. ✓**
- B. Obstrução intestinal por neoplasia de cólon direito.
- C. Apendicite complicada com abscesso pericecal.
- D. Neoplasia de apêndice.
- E. Doença de Crohn com estenose ileocecal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com colelitíase prévia que desenvolve obstrução intestinal deve levantar suspeita de íleo biliar: o cálculo erode a parede da vesícula, cria fístula colecistoenterica e migra até impactar, tipicamente na válvula ileocecal. A tríade de Rigler na tomografia (pneumobilia, obstrução intestinal e cálculo ectópico) fecha o diagnóstico. Neoplasia de colon, apendicite e Crohn não explicam a associação com o antecedente de colelitíase. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Paciente feminina, 51 anos, com obesidade mórbida (148 kg, IMC > 50 kg/m²), foi submetida previamente à cirurgia de Hartmann após quadro de diverticulite complicada. Evoluiu com hérnia paracolostômica volumosa. Com o objetivo de viabilizar futura reconstrução do trânsito intestinal, foi submetida a gastrectomia vertical (sleeve), apresentando perda ponderal significativa, com peso atual de 98 kg. Sua tomografia de controle mostrou colostomia em fossa ilíaca direita e hérnia paracolostômica contendo alças delgadas, cólon e parte do estômago, com dimensões de 9,5 x 9,7 cm e volume estimado de 4.250 cc. O volume da cavidade abdominal é de cerca de 8.200 cc. Com base nos dados apresentados, a melhor estratégia para correção da hérnia e reconstrução do trânsito intestinal neste cenário é:

- A. Reconstrução do trânsito e fechamento primário herniário.

B. Correção simultânea da hérnia e reconstrução do trânsito intestinal, com uso de pneumoperitônio progressivo pré-operatório, visando redução da perda do domínio abdominal. ✓

- C. Correção em dois tempos, com abordagem inicial da hérnia utilizando tela sintética intraperitoneal e reconstrução do trânsito em segundo tempo cirúrgico.
- D. reconstrução isolada do trânsito intestinal, com manutenção da hérnia.
- E. Correção em dois tempos, com abordagem inicial da hérnia sem utilização de tela sintética e reconstrução do trânsito em segundo tempo cirúrgico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hernia com volume de 4.250 cc em cavidade de 8.200 cc significa razão de volumes acima de 50%, muito além do limiar de 20 a 25% que define perda de domicílio (perda de domínio). Fechar essa parede sem preparo gera síndrome compartimental abdominal. O pneumoperitônio progressivo pré-operatório expande a cavidade e permite reintegrar as vísceras, viabilizando a correção junto com a reconstrução do trânsito. Fechamento primário (A) é inseguro, e manter a hérnia (D) não resolve. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Paciente assintomático com massa retroperitoneal de aspecto heterogêneo, contendo componente gorduroso, sem sinais de infiltração. A conduta mais adequada a ser adotada inicialmente é:

- A. Biópsia por agulha. ✓**
- B. Seguimento radiológico intenso.
- C. Quimioterapia empírica.
- D. Transplante renal.
- E. Antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa retroperitoneal volumosa com componente gorduroso e lipossarcoma até prova em contrário. A conduta inicial atual é a biópsia por agulha grossa guiada por imagem, com trajeto retroperitoneal planejado: ela define subtipo histológico e grau, o que orienta a estratégia (neoadjuvância versus ressecção em bloco). Seguimento radiológico (B) atrasa o diagnóstico de um sarcoma; quimioterapia empírica sem histologia (C), antibiótico (E) e transplante (D) não fazem sentido. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Mulher de 69 anos, transplantada renal há 7 anos, em uso de imunossupressores (ciclosporina, micofenolato de mofetila e prednisona), procura pronto-socorro com dor abdominal de forte intensidade iniciada há 1 dia, localizada inicialmente em flanco e fossa ilíaca esquerda, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Ao exame, apresenta-se em regular estado geral, com abdome distendido, doloroso difusamente e ruídos hidroaéreos abolidos. Evolui com instabilidade hemodinâmica. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento circunferencial subestenótico em íleo distal, densificação da gordura adjacente, distensão de alças a montante e líquido livre abdominal, sem coleções organizadas. A principal hipótese diagnóstica, dentre as abaixo, é:

- A. Doença de Crohn.
- B. Isquemia mesentérica não oclusiva.
- C. Linfoma intestinal.
- D. Enterocolite neutropênica. ✓**
- E. Gastroenterite viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Transplantada renal em imunossupressão tripla que abre dor abdominal, diarreia e evolui para choque, com tomografia mostrando espessamento circunferencial de íleo distal, densificação da gordura e líquido livre, e o quadro de enterocolite neutropênica (tiflíte): a mucosa imunocomprometida sofre invasão bacteriana transmurais, com sepse rápida. Crohn e linfoma tem curso insidioso (A e C), a isquemia não oclusiva costuma poupar padrão segmentar ileal desse tipo (B) e gastroenterite viral não gera abdome agudo com instabilidade (E). Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Mulher de 69 anos, transplantada renal há 7 anos, em uso de imunossupressores (ciclosporina, micofenolato de mofetila e prednisona), procura pronto-socorro com dor abdominal de forte intensidade iniciada há 1 dia, localizada inicialmente em flanco e fossa ilíaca esquerda, associada a náuseas, vômitos e diarreia. Ao exame, apresenta-se em regular estado geral, com abdome distendido, doloroso difusamente e ruídos hidroaéreos abolidos. Evolui com instabilidade hemodinâmica. A tomografia computadorizada evidenciou espessamento circunferencial subestenotante em íleo distal, densificação da gordura adjacente, distensão de alças a montante e líquido livre abdominal, sem coleções organizadas. A paciente evoluiu com instabilidade hemodinâmica, sendo submetida a laparotomia exploradora, que revelou segmento de íleo isquêmico e estenosado (30 cm), sem perfuração. Foi realizada enterectomia com ileostomia. O anatomopatológico da peça cirúrgica demonstrou granulomas epitelioides com necrose caseosa e células gigantes multinucleadas. O diagnóstico mais provável com base nesses achados clínico-histopatológicos, dentre os abaixo, é:

- A. Doença de Crohn.
- B. Actinomicose intestinal.
- C. Tuberculose intestinal. ✓**
- D. Linfoma intestinal.
- E. Infecção fúngica invasiva (histoplasmose).

COMENTÁRIO OSCELABS

Granulomas epitelioides COM necrose caseosa e células gigantes de Langhans são a assinatura da tuberculose intestinal, que tem predileção pela região ileocecal e pode cursar com estenose e isquemia. A perla diferencial: na doença de Crohn os granulomas são NÃO caseosos (A). Actinomicose mostra grãos de enxofre com colônias filamentosas (B), linfoma tem infiltrado linfóide monomórfico sem granuloma (D) e a histoplasmose exige demonstração de leveduras intracelulares (E). Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Paciente feminina, 79 anos, com comorbidades (diabetes, fibrilação atrial e hipertensão arterial) e constipação crônica, evoluiu com suboclusão intestinal refratária ao tratamento clínico. Tomografia evidenciou impactação fecal, dilatação do sigmoide e espessamento parietal, sem sinais de perfuração ou abscesso. Após 5 dias, persistência do quadro foi confirmada. Com relação à indicação de cirurgia, nesse caso, é correto afirmar:

- A. A cirurgia está contraindicada devido à ausência de sinais infecciosos.
- B. O tratamento cirúrgico deve ser reservado apenas para casos complicados por perfuração.
- C. Deve-se realizar videolaparoscopia diagnóstica.
- D. A persistência da impactação fecal e a falha do tratamento clínico indicam a necessidade de intervenção cirúrgica. ✓**
- E. Deve-se manter tratamento não operatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fecaloma com suboclusão que não responde a desimpacção, enemas e medidas clínicas por cinco dias tem indicação cirúrgica, mesmo sem perfuração ou abscesso: a distensão progressiva leva a isquemia da parede do sigmoide e perfuração estercoral, complicação de altíssima mortalidade. Esperar a complicação para operar (B e E) é justamente o que se quer evitar. A ausência de sinais infecciosos não contraindica a cirurgia (A), e a laparoscopia diagnóstica (C) não acrescenta a um diagnóstico já definido pela tomografia. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito E

Homem de 63 anos, tabagista, com queixa de dispnéia e tosse seca há 15 dias, sem perda ponderal. Apresentava-se em bom estado geral e exame físico sem alterações significativas. A tomografia de tórax demonstrou massa pulmonar central no lobo superior direito (imagens abaixo). Biópsia revelou tumor neuroendócrino bem diferenciado (carcinoide típico). Com base no quadro e nas imagens, a conduta terapêutica mais adequada, dentre as abaixo, é:

- A. Radioterapia torácica.
- B. Quimioterapia adjuvante com cisplatina e etoposídeo.
- C. Imunoterapia anti-PD-L1 como tratamento de primeira linha.
- D. Terapia com análogos de somatostatina.

E. Ressecção cirúrgica com preservação pulmonar sempre que possível e linfadenectomia hilar/mediastinal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O carcinoide típico de pulmão é um tumor neuroendócrino de baixo grau, pouco sensível a quimioterapia e a radioterapia, cujo tratamento curativo é cirúrgico: ressecção anatômica com máxima preservação de parênquima (lobectomia, bilobectomia ou técnicas em manguito/sleeve) associada a linfadenectomia hilar e mediastinal para estadiamento. Químico com cisplatina-etoposídeo e para tumores de alto grau (B). Análogos de somatostatina (D) e imunoterapia (C) cabem em doença avançada, não no tumor ressecável. Resposta E.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Paciente feminina, 31 anos, previamente hígida, procurou o pronto-socorro com dor abdominal e pélvica há 6 horas. Negava atraso menstrual. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, hidratada, porém descorada (2+/4+), com dor abdominal difusa, predominando no hipogástrio. Exames laboratoriais revelaram anemia (Hb: 9,1 g/dL). O exame laboratorial que deve ser realizado antes da tomografia é:

- A. VHS (Velocidade de Hemossedimentação).
- B. Gasometria arterial.
- C. Teste de Coombs direto.

D. Beta-HCG sérico. ✓

- E. Procalcitonina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher em idade fértil com dor pélvica aguda e anemia tem gestação ectópica no topo da lista, e negar atraso menstrual não afasta nada. O beta-hCG sérico é obrigatório antes de qualquer tomografia, tanto por ser o exame que muda o diagnóstico e a conduta quanto pela proteção contra irradiação de uma gestação. VHS, gasometria, Coombs e procalcitonina não alteram a decisão nesse momento. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Paciente idoso é admitido na sala de trauma após queda da própria altura, segundo relato informado, trazido pelo serviço de resgate imobilizado com colar cervical e prancha longa. Está entubado, com Glasgow 3, pupilas isocóricas e fotorreagentes, hipotenso e com bradicardia. SatO₂: 95%. Apresenta movimentação em todos os quatro membros e não há estigmas externos de trauma. O próximo passo mais adequado na investigação diagnóstica inicial é:

- A. Toracocentese bilateral.
- B. Aplicação do protocolo RUSH (ultrassonografia point of care) para avaliar causas de choque. ✓**
- C. Tomografia computadorizada de corpo inteiro.
- D. Radiografias simples de coluna cervical, tórax e pelve.
- E. Avaliação neurológica com ressonância magnética de coluna cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

No trauma, paciente hemodinamicamente instável não vai para a tomografia: a avaliação é a beira do leito. O protocolo RUSH (ultrassom point-of-care) rastreia em minutos as causas de choque (hipovolemico, obstrutivo por tamponamento ou pneumotorax hipertensivo, cardiogenico, distributivo). A associação hipotensão COM bradicardia levanta ainda a hipótese de choque neurogênico. Tomografia de corpo inteiro (C) e ressonância (E) exigem estabilidade; toracocentese às cegas (A) não se justifica sem sinais. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito E

Paciente masculino, 38 anos, com histórico de uso abusivo de álcool e cocaína, foi vítima de colisão de moto versus automóvel, sendo ejetado da motocicleta a cerca de 30 m a alta velocidade. Score de Glasgow 3, sangramento oral intenso, fratura exposta de fêmur direito distal com ferimento descolante e sangramento intenso no membro, múltiplas fraturas craniofaciais, além de sinais de choque hipovolêmico. Além das medidas de proteção da coluna para o transporte, das condutas iniciais abaixo, a mais apropriada no atendimento pré-hospitalar desse paciente é:

- A. Máscara laríngea + acesso intraósseo.
- B. Transfusão de plasma, hemácias e plaquetas.
- C. Infusão agressiva de cristalóide para estabilização volêmica.
- D. Imobilizar perna; máscara de oxigênio de alto fluxo.
- E. Torniquete + intubação orotraqueal + transporte rápido. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado ejetado, com hemorragia exsanguinante em membro e via aérea ameaçada (Glasgow 3 com sangramento oral) segue o X-ABC: primeiro o X, controle da hemorragia exsanguinante com torniquete, depois via aérea definitiva e transporte rápido ao centro de trauma. Infusão agressiva de cristalóide (C) piora a coagulopatia e desfaz coágulos (hipotensão permissiva e a regra). Máscara laríngea não protege via aérea com sangue (A), hemocomponentes raramente estão disponíveis no pré-hospitalar (B) e oxigênio isolado ignora o sangramento (D). Resposta E.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Paciente feminina, 68 anos, com obesidade grau III, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica em diálise e fibrilação atrial, apresenta quadro de febre persistente, dor abdominal difusa e leucocitose há 10 dias. A tomografia computadorizada está apresentada abaixo. Foi iniciado tratamento com antibióticos de largo espectro. Com base no quadro clínico, exames de imagem e antecedentes da paciente, a etiologia mais provável do abscesso esplênico e o tratamento mais indicado:

- A. Cisto esplênico infectado - drenagem percutânea.

B. Embolia séptica - esplenectomia. ✓

- C. diverticulite - observação clínica.
- D. Isquemia esplênica - suporte clínico.
- E. Pancreatite aguda - drenagem cirúrgica do pâncreas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso esplênico em paciente com fibrilação atrial, diabetes e diálise aponta para embolia séptica (frequentemente originada de endocardite ou de foco a distância), que gera infartos esplênicos que se infectam. O tratamento padrão-ouro do abscesso esplênico é a esplenectomia associada ao antibiótico; drenagem percutânea fica reservada a lesões únicas, uniloculares, em paciente proibitivo. Observação clínica (C) e suporte isolado (D) não tratam foco séptico fechado. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Paciente feminina, 51 anos, previamente saudável, exceto por hipertensão controlada, procura o pronto-socorro com dor epigástrica de longa data, recentemente agravada. A paciente está hemodinamicamente estável, sem sinais claros de peritonite difusa. Tomografia de abdome abaixo. Das condutas abaixo, a que representa a medida inicial mais apropriada no tratamento inicial desta paciente é:

- A. Endoscopia de urgência.
- B. Colonoscopia urgente.
- C. Videolaparoscopia. ✓**
- D. Corticoterapia.
- E. Paracentese diagnóstica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica de longa data com agudização e tomografia demonstrando pneumoperitônio e/ou líquido livre em paciente ESTÁVEL, sem peritonite difusa, e o cenário ideal para a videolaparoscopia: confirma a úlcera perfurada, permite a refriação com epiploplastia e o lavado da cavidade, com menor morbidade que a laparotomia. Endoscopia de urgência (A) insufla ar e agrava perfuração. Colonoscopia (B), corticoide (D) e paracentese (E) não tem papel. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Paciente feminina, 36 anos, previamente hígida, apresenta dor abdominal difusa há 48 horas, associada a náusea, sem vômitos ou febre. Ao exame físico, geral não há sinais de sepse e apresenta dor à palpação no quadrante superior direito, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia de abdome (imagem abaixo) revela imagem hiperdensa linear compatível com corpo estranho na extremidade distal da porção ascendente do duodeno. A paciente nega ingestão intencional de objetos. A conduta mais apropriada, dentre as abaixo, neste caso é:

- A. Observação clínica.
- B. Endoscopia urgente. ✓**
- C. Laparotomia.
- D. Laxante.
- E. Carvão ativado

COMENTÁRIO OSCELABS

Corpo estranho linear e pontiagudo (tipicamente espinha de peixe ou palito) impactado no duodeno tem alto risco de perfuração e formação de abscesso: mesmo com paciente estável e sem irritação peritoneal, a conduta e a retirada endoscópica em caráter de urgência. Observação (A), laxante (D) e carvão ativado (E) permitem a progressão da perfuração. Laparotomia (C) fica reservada a falha endoscópica ou a perfuração já estabelecida. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Paciente masculino, 65 anos, com obesidade grau III, apresenta dor anal intensa há 12 dias com secreção purulenta e odor fétido. Ao exame, lesões perianais ulceradas com secreção, leucócitos: 22.000/mm³, creatinina: 3, sódio: 128, potássio: 5,8. A tomografia apresenta alteração ressaltada abaixo: Com base no quadro clínico e imagem, das abaixo, a melhor conduta inicial, além da antibioticoterapia, é:

A. Desbridamento extenso. ✓

B. Corticoterapia.

C. Hartmann.

D. Exenteração.

E. Câmara hiperbárica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão perianal ulcerada com secreção fétida, leucocitose de 22.000, creatinina 3, sódio 128 e potássio 5,8 em obeso e o retrato da gangrena de Fournier (fasciite necrotizante perineal). O único tratamento que muda mortalidade e o desbridamento cirúrgico amplo e PRECOCE de todo o tecido desvitalizado, associado a antibiótico de largo espectro e suporte. Câmara hiperbárica (E) e adjuvante, nunca inicial; corticoide (B) e deletério; colostomia e exenteração não substituem o desbridamento. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Paciente masculino, 45 anos, com IMC: 38 kg/m², previamente hígido, foi submetido a colecistectomia videolaparoscópica por colelitíase sintomática. O insuflador de gás carbônico aponta pressão de 14 mmHg e fluxo de 20 L/min. Sobre tais parâmetros é correto afirmar:

A. Pressão está baixa.

B. Fluxo alto; risco de barotrauma.

C. Parâmetros adequados para o caso. ✓

D. Pressão de 14 mmHg é contraindicada.

E. Vazão de 20 L/min é excessiva e causa acidose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pressão intra-abdominal recomendada na videolaparoscopia é de 12 a 15 mmHg, e o fluxo elevado do insuflador (15 a 20 L/min) apenas repõe rapidamente o gás perdido por vazamento de trocar ou aspiração, sem elevar a pressão além do limite programado. Portanto 14 mmHg com 20 L/min são parâmetros adequados. Fluxo alto não causa barotrauma, pois quem limita é a pressão (B), e a acidose respiratória depende da absorção de CO₂ e da ventilação, não da vazão (E). Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Paciente masculino, 20 anos, previamente hígido, procurou atendimento seis dias após inserção voluntária de corpo estranho no reto, referindo dor abdominal progressiva e ausência de evacuações. Ao exame, apresentava dor em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. O toque retal não mostrou palpação do corpo estranho ou lesões no reto, mas verificou-se secreção sero-sanguinolenta a retirada da luva. Tomografia evidenciou corpo estranho no retossigmoide, sem sinais de pneumoperitônio, clinicamente estável. Das indicações de abordagem cirúrgica abaixo, nesse contexto, a mais indicada é:

- A. Laparotomia.
- B. Videolaparoscopia.
- C. Laxante.
- D. Extração transanal. ✓**
- E. Colonoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corpo estranho retal em paciente estável, sem pneumoperitônio e sem sinais de peritonite, deve ser retirado por via transanal, sob sedação ou bloqueio, com relaxamento adequado do esfíncter — a abordagem menos invasiva e resolutive. Laparotomia e laparoscopia (A e B) são reservadas a falha da extração transanal ou a perfuração. Laxante (C) é contraindicado e a colonoscopia (E) tem baixa eficácia de prensão para objetos volumosos. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Paciente feminina, 53 anos, diabética, apresenta dor em hipocondrio direito, febre, inapetência. Ao exame físico, dor à palpação superficial no hipocôndrio direito, sem sinal de descompressão brusca. Leucograma com 21.000 células/mm³. APACHE II igual a 6. A tomografia computadorizada evidenciou vesícula biliar com alterações ressaltadas abaixo: Com base nos achados clínicos e radiológicos, dentre as abaixo, a principal hipótese diagnóstica e a melhor conduta são:

- A. Colecistite xantomatosa - colecistectomia. ✓**
- B. Neoplasia de vesícula - biópsia.
- C. Colecistite aguda - colecistostomia.
- D. Abscesso hepático e ceftriaxona - metronidazol EV.
- E. Colangite esclerosante - plasmáfereze.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite xantogranulomatosa e uma inflamação crônica com nódulos xantomatosos intramurais, espessamento parietal exuberante e aspecto pseudotumoral na tomografia — mimetiza câncer de vesícula. O tratamento é a colecistectomia, que é diagnóstica e terapêutica, com congelação intraoperatória se houver dúvida com neoplasia. Colecistostomia (C) só cabe em paciente proibitivo, e o APACHE II de 6 indica quadro não grave. Abscesso hepático e colangite esclerosante não correspondem aos achados. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito E

Paciente, 59 anos, com icterícia há 3 semanas acompanhada de colúria e acolia fecal. A tomografia computadorizada de abdome é mostrada abaixo. O diagnóstico que corresponde aos achados da tomografia deste paciente é:

- A. Presença de tumor hepático com metástases.
- B. Extensa trombose venosa envolvendo veia porta, mesentérica superior e veia esplênica.
- C. Obstrução arterial mesentérica com infarto de alça intestinal.

D. Coleção abdominal volumosa, com conteúdo purulento associada a peritonite.

E. Tumor de Klatskin (colangiocarcinoma). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia progressiva com colúria e acolia indica obstrução biliar. Quando a tomografia mostra dilatação das vias biliares INTRA-hepáticas com via biliar distal e vesícula colabada, a obstrução está na confluência dos hepáticos: colangiocarcinoma peri-hilar, o tumor de Klatskin. Se a vesícula estivesse distendida (sinal de Courvoisier), o nível seria distal, sugerindo tumor de cabeça de pâncreas. Trombose portal e isquemia mesentérica não causam icterícia obstrutiva (B e C). Resposta E.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Um recém-nascido com 18 horas de vida, do sexo masculino, adequado para a idade gestacional, filho de mãe com diabetes gestacional controlada com dieta, sem outras intercorrências, apresenta icterícia, classificada clinicamente como de Zona II de Kramer, de intensidade leve a moderada. A medida da bilirrubina transcutânea (BTC) foi de 9,8 mg/dL. Tipagem sanguínea AB Rh positivo, com Coombs direto negativo. Nesse caso,

A. a icterícia deve ser considerada fisiológica, sendo indicada reavaliação em 4 horas.

B. a manifestação deve ser consequência de doença hemolítica, devendo-se coletar exames e iniciar fototerapia. ✓

C. esta manifestação se deve ao diabetes materno, devendo-se acompanhar clinicamente e realizar nova BTC em 4 horas.

D. a bilirrubina transcutânea não está de acordo com a manifestação clínica, o que é comum, pois não tem sensibilidade para os níveis leves de icterícia (até zona II).

E. a manifestação clínica é explicada pelo diabetes materno, sendo indicado iniciar a fototerapia e nova BTC em 6 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra de ouro da neonatologia: icterícia que aparece nas primeiras 24 horas de vida NUNCA é fisiológica — presume-se hemólise até prova em contrário. Com 18 horas e bilirrubina de 9,8 mg/dL, a conduta é colher hemograma, reticulócitos, bilirrubinas e tipagem e iniciar fototerapia, sem esperar. Coombs direto negativo não exclui incompatibilidade ABO nem esferocitose ou deficiência de G6PD. Filho de mãe diabética pode ter policitemia, mas isso não autoriza apenas observar (C e E). Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

O gráfico abaixo revela as taxas de mortalidade infantil de 2006 a 2023 no Brasil, segundo o IBGE. O cálculo da Mortalidade infantil (número de óbitos em) e a taxa em 2023 são, respectivamente:

A. menores de 5 anos/1.000 nascidos vivos entre 6 e 7.

B. menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos entre 6 e 7.

C. menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos entre 8 e 9.

D. menores de 1 ano/1.000 nascidos vivos entre 12 e 13. ✓

E. menores de 5 anos/1.000 nascidos vivos entre 8 e 9.

COMENTÁRIO OSCELABS

A taxa de mortalidade infantil é definida como óbitos de menores de 1 ANO de idade por 1.000 nascidos vivos (óbitos de menores de 5 anos compõem a mortalidade na infância, indicador diferente). No Brasil, após anos de queda, o indicador estacionou em patamar próximo de 12 a 13 por mil nascidos vivos, valor registrado em 2023. As alternativas com denominador de menores de 5 anos (A e E) erram a definição, e as demais erram a magnitude. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito E

Os pais de uma menina com 8 anos de idade e sinais avançados de puberdade procuram o pediatra, pois ouviram que a aceleração da puberdade pode estar associada a disruptores (desreguladores) endócrinos. Pode-se afirmar:

- A. No Brasil, os órgãos públicos de controle retiraram de circulação os desreguladores endócrinos artificiais.
- B. Não há evidência de que os aditivos chamados desreguladores hormonais atuem na função hormonal de forma expressiva.
- C. Esse conceito está sendo introduzido e divulgado nas mídias sociais, mas sem relação com pesquisa científica.
- D. Os bisfenóis (BPA) foram excluídos da composição dos plásticos, não conferindo problema à saúde pública.
- E. Os desreguladores endócrinos são substâncias que se acumulam no organismo e interferem no metabolismo hormonal, como os bisfenóis e os ftalatos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Disruptores (ou desreguladores) endócrinos são substâncias exógenas que imitam ou bloqueiam a ação hormonal, com destaque para bisfenol A, ftalatos, pesticidas organoclorados e parabenos. São lipofílicos, bioacumulam e têm efeito dose-dependente não linear, com evidência consistente de associação com puberdade precoce, obesidade e infertilidade. Não foram retirados de circulação no Brasil (A), a evidência científica é robusta (B e C) e o BPA foi restringido apenas em mamadeiras, não excluído dos plásticos (D). Resposta E.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Uma menina com 7 anos apresenta pubarca, com características de estágio 3 pela classificação de Tanner, além de leve odor em axilas, sem qualquer outro sinal de puberdade. Os pais procuram endocrinologista e, após exames, conclui-se que se trata de adrenarca prematura. Sobre esta manifestação:

- A. É consequência de tumor hipofisário benigno, geralmente com indicação de cirurgia, com cura total.
- B. Está dentro do esperado para a idade, mas revela progressão rápida para a puberdade precoce.
- C. É considerada benigna, mas estudos longitudinais observam um maior risco de síndrome dos ovários policísticos. ✓**
- D. Acompanha-se de desaceleração do crescimento e baixa estatura final, com menarca prevista para antes dos 9 anos.
- E. Deve-se à presença de hiperplasia de suprarenal (zona reticulosa), com indicação de terapia com corticosteroides.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adrenarca prematura isolada e a ativação precoce da zona reticular da suprarrenal, com pubarca, odor axilar e acne leve, SEM telarca, sem aceleração importante da idade óssea e sem progressão puberal — e considerada benigna. A perla dos estudos longitudinais: essas meninas tem maior risco futuro de resistência insulínica e síndrome dos ovários policísticos. Não decorre de tumor hipofisário (A), não acelera a menarca para antes dos 9 anos nem reduz estatura final (D) e não é hiperplasia adrenal congênita a exigir corticoide (E). Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Uma lactente com 6 meses de idade, com histórico de tratamento para sífilis logo ao nascimento, em acompanhamento ambulatorial, apresenta títulos mantidos de teste não treponêmico, realizados no mesmo laboratório. Criança sem sinais clínicos e evoluindo bem. Nesse caso, a conduta deve ser:

- A. Realizar teste treponêmico e raio-x de ossos longos e coletar líquido apenas no caso de um ou de ambos estarem alterados.
- B. Repetir o teste em 3 meses, pois espera-se que a queda nos valores dos testes treponêmicos aconteça após o sexto mês.
- C. Realizar teste treponêmico e, se positivo, tratar a criança com penicilina parenteral durante 10 dias, o que é efetivo para meningite, sem a necessidade de coleta de líquido.
- D. Realizar teste VDRL, além do quimiocitológico, no líquido e iniciar tratamento com penicilina parenteral durante 10 dias. ✓**
- E. Administrar uma dose de Penicilina benzatina, pois criança sem sinais e bom desenvolvimento. Repetir o exame em 1 mês, incluindo o teste treponêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente tratado para sífilis congênita deve apresentar QUEDA progressiva dos títulos do teste NAO treponêmico (VDRL), com negatificação até os 6 meses. Título mantido aos 6 meses significa falha terapêutica ou infecção persistente: a conduta é reavaliar completamente, incluindo VDRL e quimiocitológico no líquido, e retratar com penicilina PARENTERAL por 10 dias. O teste treponêmico pode permanecer reagente por anticorpos maternos até 18 meses e não decide conduta (A, B e C). Penicilina benzatina em dose única não trata neurosífilis (E). Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Um adolescente com 14 anos de idade apresenta quadro de tosse prolongada, diurna e noturna, há 10 dias, com piora nos últimos 2 dias. Febre baixa nos últimos 4 dias, associada a dor de cabeça, cansaço e perda de apetite, além de manchas na pele. A radiografia de tórax revela a presença de broncopneumonia em bases, mais à esquerda. O médico descreve a presença de eritema multiforme. O principal agente e a conduta a ser adotada são, respectivamente:

- A. *Mycoplasma pneumoniae* - fluoroquinolona.
- B. *Mycoplasma pneumoniae* - macrolídeo. ✓**
- C. *Mycoplasma hominis* - cefalosporina de segunda geração.
- D. *Mycoplasma hominis* - tetraciclina.
- E. *Mycoplasma hominis* - fluoroquinolona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A trinca tosse arrastada + quadro sistêmico leve + radiografia pior do que o exame físico já aponta pneumonia atípica; o eritema multiforme e a manifestação extrapulmonar clássica do *Mycoplasma pneumoniae* em adolescentes. O tratamento de escolha na pediatria é o macrolídeo (azitromicina ou claritromicina). Fluoroquinolona (A) é evitada em criança por toxicidade osteoarticular. *Mycoplasma hominis* é agente do trato genitourinário, não respiratório (C, D, E). Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Um menino com 6 anos de idade é levado ao médico pois apresenta quadro de náusea e vômitos recorrentes, dor abdominal e aumento da diurese, além de "estar sem energia para brincar". Durante a anamnese o médico identifica o uso excessivo de uma vitamina. Das vitaminas abaixo, a que tem relação com esse quadro clínico é

- A. A.
- B. C.
- C. D. ✓**
- D. K.
- E. E.

COMENTÁRIO OSCELABS

Náusea, vômitos, dor abdominal, poliúria (diabetes insipidus nefrogênico) e fraqueza/apatia formam a síndrome da HIPERCALCEMIA, e a vitamina lipossolúvel que a produz por excesso é a vitamina D, que aumenta a absorção intestinal de cálcio e a reabsorção óssea. A hipervitaminose A causa pseudotumor cerebral, alopecia e dor óssea (A); a vitamina K em excesso causa hemólise no neonato (D) e a vitamina E, sangramento (E). Vitamina C leva a nefrolitíase por oxalato (B). Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Uma menina com 4 anos de idade adquire infecção intestinal por *Escherichia coli* O157:H7. Após 1 semana do início do quadro evoluiu com anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiência renal. O diagnóstico desta complicação é:

- A. Trombose de veia renal.
- B. Púrpura trombocitopênica trombótica.
- C. Lesão renal por hemoglobinúria.
- D. Síndrome hemolítico-urêmica. ✓**
- E. Necrose tubular aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia hemolítica microangiopática + trombocitopenia + lesão renal aguda uma semana após diarreia por *E. coli* O157:H7 produtora de toxina Shiga define a síndrome hemolítico-urêmica típica, principal causa de insuficiência renal aguda no pré-escolar. A perla: o antibiótico está contraindicado na colite por O157:H7, pois aumenta a liberação de toxina e o risco de SHU. A PTT (B) tem predomínio neurológico, adulto e deficiência de ADAMTS13. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Os pais de um menino morador da capital de São Paulo, que está com 6 anos e tem diagnóstico de deficiência de G-6PD (Glico-se-6 fosfato desidrogenase), querem saber se existe alguma doença cujo tratamento seja de alto risco para hemólise grave, bem como algum alimento, uma vez que desejam viajar e querem estar mais seguros. O médico deve esclarecer que convém evitar exposição a

- A. gergelim.
- B. malária. ✓**
- C. salmonela.
- D. alga.
- E. lentilha.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na deficiência de G6PD a hemólise é desencadeada por estresse oxidativo. A doença cuja terapia é de maior risco é a malária: primaquina e tafenoquina (cura radical do *P. vivax*), além de dapsona e sulfas, são potentes oxidantes e causam hemólise grave. Entre os alimentos, o clássico é a FAVA (favismo) — não lentilha, gergelim ou alga. Salmonelose não tem essa relação terapêutica (C). Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

A icterícia fisiológica acomete cerca de 2/3 dos recém-nascidos de termo, devendo ser distinguida da icterícia secundária a doenças. Pode-se afirmar que, nesta população

- A. a icterícia ocorre, entre outras causas, devido à elevada massa eritrocitária e baixa vida média das hemácias, em comparação aos mesmos valores no adulto. ✓**
- B. a lesão oxidativa pela bilirrubina indireta é o que confere sua capacidade de causar a morte neuronal nos núcleos da base, mesmo em valores baixos, ainda que sem significado clínico.
- C. o aumento da circulação entero-hepática da bilirrubina se deve ao tipo de colonização intestinal, com bacteroides que convertem rapidamente a bilirrubina da forma direta para a indireta.
- D. a atividade da enzima de conjugação ao nascimento é cerca de metade da dos adultos, mas é a limitação na excreção que gera acúmulo de bilirrubina.
- E. a baixa atividade da β -glicuronidase impede a adequada eliminação da bilirrubina indireta nas fezes, por não haver transformação para a forma de estercobilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A icterícia fisiológica resulta de sobrecarga de bilirrubina somada à imaturidade da conjugação: o recém-nascido tem massa eritrocitária elevada (hematócrito alto) e hemácias de vida média curta (cerca de 70 a 90 dias, contra 120 do adulto), produzindo muito mais bilirrubina por quilo. A bilirrubina indireta é neurotóxica em níveis elevados (B). A colonização intestinal do neonato é ESCASSA, e a β -glicuronidase ALTA desconjuga a bilirrubina e aumenta o ciclo entero-hepático (C e E invertidas). Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito E

Em uma enfermaria de pediatria foi isolado um agente infeccioso de uma lactente, que adquiriu quadro de infecção durante a internação. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) recomendou as precauções, incluindo que a equipe fizesse a higiene das mãos com água e sabão, e não álcool. Trata-se de

- A. Metapneumovirus.
- B. Bordetella pertussis.
- C. Klebsiella pneumoniae ESBL.
- D. Herpes simplex virus (HSV).
- E. Clostridioides difficile. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A recomendação de lavar as mãos com água e sabão, e não com álcool gel, e a pista diagnóstica: o *Clostridioides difficile* forma ESPOROS, que são resistentes ao álcool e só são removidos mecanicamente pela lavagem, além de exigirem desinfecção ambiental com hipoclorito. Vírus respiratórios (A), *Bordetella* (B) e HSV (D) são inativados pelo álcool; *Klebsiella* ESBL (C) exige precaução de contato mas também é sensível ao álcool. Resposta E.

QUESTÃO 52 — Gabarito E

Criança de 4 anos, com antecedente de asma, chega ao pronto-socorro com febre alta, toxemia, dor torácica e consolidação em lobo superior direito à radiografia. Diante desse quadro, o agente etiológico mais provável é:

- A. *Bordetella pertussis*.
- B. Adenovírus.
- C. *Mycoplasma pneumoniae*.
- D. *Staphylococcus aureus*.
- E. *Streptococcus pneumoniae*. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta com toxemia, dor torácica e consolidação LOBAR e o padrão clássico da pneumonia bacteriana típica, e o *Streptococcus pneumoniae* segue como agente mais frequente em crianças nessa faixa etária, mesmo com a vacina conjugada. *S. aureus* (D) deve ser lembrado quando há pneumatoceles, derrame volumoso, lesão cutânea previa ou curso fulminante. *Mycoplasma* (C) de padrão intersticial em escolares e adenovírus (B) cursa com quadro mais arrastado. Resposta E.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Adolescente de 14 anos apresenta febre, dor de garganta intensa, exsudato tonsilar e linfonodomegalia cervical posterior. Teste rápido de estreptococo é negativo. Esplenomegalia palpável ao exame. O diagnóstico mais provável é:

- A. Faringite estreptocócica.
- B. Adenovirose.
- C. Mononucleose infecciosa. ✓**
- D. Escarlatina.
- E. Citomegalovirose congênita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Faringite exsudativa com teste rápido para estreptococo NEGATIVO, adenomegalia cervical POSTERIOR e esplenomegalia palpável em adolescente e mononucleose infecciosa (Epstein-Barr). A perola prática: orientar o afastamento de esportes de contato por 4 a 6 semanas pelo risco de ruptura esplênica, e evitar amoxicilina, que precipita exantema. Escarlatina (D) exige estreptococo com língua em framboesa e exantema em lixa. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Criança de 6 anos apresenta febre, artralgia e exantema em "asa de borboleta" no rosto. Mãe refere contato com colega diagnosticado com "quinta doença". O agente etiológico mais provável é:

- A. Vírus da Rubéola.

B. Parvovirus B19. ✓

- C. Enterovírus.
- D. Epstein-Barr vírus.
- E. Vírus do Sarampo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Eritema infeccioso, a quinta doença, é causado pelo parvovirus B19: exantema malar em esbofetada (face esbofetada, semelhante a asa de borboleta), seguido de exantema reticulado em tronco e membros, com artralgia frequente. O paciente já NAO transmite quando o exantema aparece. O vírus também causa crise aplástica em anemias hemolíticas e hidropsia fetal. Rubéola e sarampo tem exantema craniocaudal com prodromos distintos (A e E). Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Criança, resgatada de enchente, apresenta febre, mialgia em panturrilhas, conjuntivite não purulenta e icterícia progressiva. O diagnóstico mais provável é:

A. Leptospirose. ✓

- B. Malária.
- C. Hepatite A.
- D. Febre tifoide.
- E. Febre maculosa brasileira.

COMENTÁRIO OSCELABS

A triade febre + mialgia intensa em PANTURRILHAS + sufusão conjuntival (conjuntivite não purulenta) após contato com água de enchente e leptospirose; a icterícia progressiva rubinica marca a forma grave (síndrome de Weil), com insuficiência renal e hemorragia pulmonar. Hepatite A não cursa com mialgia dessa intensidade nem com esse contexto epidemiológico (C), e malária e febre maculosa tem exposições e vetores diferentes. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito E

Um menino de 3 anos apresenta quadro de edema palpebral, ascite, urina espumosa; albumina sérica de 1,9 g/dL, sem hematuria. E função renal normal. O diagnóstico mais provável é:

- A. Glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- B. Glomerulonefrite pós-estreptocócica.
- C. Nefropatia por IgA.
- D. Nefrite lúpica classe IV.

E. Síndrome nefrótica por lesão mínima. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Edema periorbital, ascite, urina espumosa, albumina de 1,9 g/dL, SEM hematuria e com função renal normal e síndrome nefrótica pura — e em pré-escolar a causa esmagadoramente mais comum é a doença por lesões mínimas, que responde a corticoide e nem sequer exige biópsia inicialmente. Glomerulonefrite pós-estreptocócica e nefropatia por IgA cursam com hematuria e síndrome nefrítica (B e C); GNRP e nefrite lúpica classe IV trazem perda de função renal (A e D). Resposta E.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Um bebê de 6 meses apresenta taquicardia com QRS estreito e FC: 280 bpm. Perfusão preservada. A melhor conduta, nesse momento, é:

- A. Manobras vagais e, se refratário, adenosina IV rápido. ✓**
- B. Lidocaína.
- C. Amiodarona IV.
- D. Cardioversão sincronizada.
- E. Verapamil IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

QRS estreito com frequência de 280 bpm em lactente e taquicardia supraventricular. Com perfusão PRESERVADA (paciente estável), a sequência é: manobras vagais (gelo na face no lactente) e, se refratário, adenosina intravenosa em bolus RÁPIDO seguido de flush, por causa de sua meia-vida de segundos. A cardioversão sincronizada (D) fica para o instável. Verapamil é contraindicado abaixo de 1 ano pelo risco de colapso (E), e lidocaína e amiodarona são para taquicardia de QRS largo. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Uma criança de 4 anos é atendida em consulta de puericultura. Não apresenta comorbidades e tem esquema vacinal completo até 2 anos. Nesse momento, a recomendação vacinal é indicar reforço de:

- A. Tríplice bacteriana e polio. ✓**
- B. Hepatite A.
- C. Pneumocócica.
- D. Varicela.
- E. Meningocócica C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 4 anos, o calendário do PNI prevê os reforços de DTP (tríplice bacteriana) e de polio (VOP/VIP), além da segunda dose de varicela quando aplicável na tetraviral. Hepatite A e dose única aos 15 meses (B); a pneumocócica conjugada se encerra com o reforço aos 12 meses em criança hígida (C) e a meningocócica C tem reforço aos 12 meses e depois na adolescência (E). Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Um lactente de 2 meses, filho de mãe portadora de HIV positivo em tratamento, não amamentado ao seio materno, chega para vacinação. A melhor conduta vacinal para esse bebê é:

- A. Suspender todas as vacinas.
- B. Contraindicar BCG.
- C. Vacinar conforme calendário de rotina, incluindo BCG. ✓**
- D. Aguardar sorologia negativa para iniciar vacinas.
- E. Adiar vacinas com vírus vivos até os 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança exposta ao HIV, assintomática e sem imunossupressão comprovada, deve receber o calendário vacinal de rotina, INCLUINDO a BCG ao nascimento ou o mais precoce possível — a restrição de vacinas de agente vivo só vale para a criança com infecção confirmada e imunossupressão grave. Suspender ou adiar vacinas (A, D e E) deixa o lactente vulnerável justamente no período de maior risco. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito E

Uma criança de 9 meses apresenta perímetro cefálico no p97, mas desde o nascimento acompanha esse canal de crescimento sem desvio. Tem fontanela anterior aberta e desenvolvimento neurológico normal. Nesse momento, a melhor conduta é:

- A. Solicitar ressonância nuclear magnética.
- B. Encaminhar para avaliação neuropediátrica.
- C. Solicitar ultrassonografia de crânio.
- D. Solicitar tomografia computadorizada de crânio.
- E. Considerar variante normal e manter seguimento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O que importa na avaliação do perímetro cefálico não é o percentil absoluto, mas a TRAJETÓRIA: criança no p97 desde o nascimento, mantendo o mesmo canal de crescimento, com fontanela normotensa e desenvolvimento neurológico adequado, tem macrocefalia constitucional (frequentemente familiar) — conduta e seguimento clínico. Exames de imagem (A, C, D) e encaminhamento (B) se justificam quando há CRUZAMENTO ascendente de percentis, abaulamento de fontanela, vômitos ou atraso do desenvolvimento. Resposta E.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Primigesta, na 22ª semana de gestação, cardiopata crônica, tem como recomendação a vacina:

- A. Pneumocócica. ✓**
- B. Tríplice viral.
- C. Dengue.
- D. HPV nonavalente.
- E. Varicela.

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra na gestação é simples: vacinas INATIVADAS podem, vacinas de agente VIVO atenuado não. A pneumocócica (conjugada ou polissacarídica) é inativada e esta formalmente recomendada em gestante com comorbidade, como a cardiopatia crônica, além de dTpa, influenza, hepatite B e VSR. Tríplice viral (B), varicela (E) e dengue (C) são vacinas vivas, contraindicadas; a vacina HPV não é recomendada durante a gestação (D). Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Primigesta, 40 anos de idade, encontra-se na 36ª semana da gestação e apresentou sangramento vaginal moderado há 30 minutos. Refere cólica abdominal. Exame físico: descorada +/4, PA: 130 x 85 mmHg, FC: 94 bpm, altura uterina: 33 cm, dinâmica uterina 1/10 contrações/minuto, tônus uterino aumentado, 100 batimentos cardíacos fetais por minuto, exame especular: saída de coágulos pela vagina. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo, é:

- A. Rompimento de vasa prévia.
- B. Placenta prévia.
- C. Descolamento prematuro da placenta. ✓**
- D. HELLP síndrome.
- E. Hemangioma roto de cordão umbilical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com DOR/colica, hipertonia uterina, sangue escuro em coágulos e bradicardia fetal (100 bpm) no terceiro trimestre e descolamento prematuro de placenta — situação de emergência obstétrica com risco de morte fetal. A placenta previa (B) cursa com sangramento vermelho vivo, INDOLOR, tonus normal e sem sofrimento fetal. Vasa previa (A) da sangramento fetal após amniorrexe. HELLP não gera sangramento vaginal com hipertonia (D). Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito E

Primigesta, encontra-se na 12ª semana de gestação, em consulta de pré-natal traz urocultura positiva para *E. coli* sensível a todos os antibióticos descritos no antibiograma. Paciente refere que há 3 anos apresentou 3 episódios de cistite e uma pielonefrite, durante relacionamento com parceiro anterior. Nega disúria e refere corrimento genital branco inodoro. O diagnóstico mais provável, dentre os abaixo, é:

- A. Infecção urinária de repetição.
- B. Cistite bacteriana aguda.
- C. Pielonefrite.
- D. Uretrite.

E. Bacteriúria assintomática. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Urocultura positiva em gestante ASSINTOMÁTICA (nega disúria; o corrimento branco inodoro e fisiológico da gestação) define bacteriúria assintomática. A perla: fora da gestação não se trataria, mas na gestante o rastreio é obrigatório e o tratamento é mandatório, pois reduz o risco de pielonefrite, prematuridade e baixo peso. O antecedente remoto de cistites não caracteriza infecção de repetição ATUAL (A), e sem sintomas não há cistite nem pielonefrite (B e C). Resposta E.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Secundigesta, 36 anos de idade, encontra-se gestante na 32ª semana de gestação resultante de fertilização in vitro, comparece a consulta de pré-natal com cefaleia, edema de membros inferiores e pressão arterial sistêmica 130 x 85 mmHg. Refere parto anterior, cesárea há 11 anos, com peso do recém-nascido 2.430 gramas, com 40 semanas de gestação. Refere que sua mãe teve pré-eclâmpsia em sua gestação. Dos marcadores clínicos abaixo, o que caracteriza ISOLADAMENTE essa paciente de alto risco para indicação de prevenção de pré-eclâmpsia é:

- A. Intervalo interpartal maior do que 10 anos.
- B. Gestação decorrente reprodução assistida. ✓**
- C. Histórico familiar de pré-eclâmpsia.
- D. Idade materna maior do que 35 anos.
- E. Recém-nascido de baixo peso ao nascer de termo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os fatores listados, apenas a gestação decorrente de reprodução assistida é classificada como fator de ALTO risco isolado para pré-eclâmpsia, suficiente por si só para indicar profilaxia com AAS (e cálcio) a partir do primeiro trimestre. Idade materna acima de 35 anos, história familiar de pré-eclâmpsia, intervalo interpartal maior que 10 anos e nuliparidade são fatores MODERADOS, que exigem a combinação de dois ou mais para indicar a profilaxia. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Primigesta, na 32ª semana de gestação, com diabetes gestacional controlada com dieta e exercício físico, refere perda de líquido amniótico confirmado no Pronto Atendimento. Dinâmica uterina ausente. Boa vitalidade fetal no momento, com peso fetal estimado de 2 kg. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é:

- A. Indicação imediata de parto cesárea.
- B. Observação materno-fetal, corticoterapia e antibioticoprofilaxia. ✓**
- C. Antibioticoprofilaxia seguida de parto cesárea.
- D. Indução de trabalho de parto com misoprostol.
- E. Corticoterapia por 48 horas seguida de parto cesárea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas com 32 semanas, sem trabalho de parto, sem corioamnionite e com boa vitalidade fetal tem indicação de conduta EXPECTANTE até cerca de 34 semanas: corticoterapia para maturação pulmonar, antibioticoprofilaxia (que prolonga o período de latência e reduz infecção neonatal) e vigilância materno-fetal. Interromper a gestação de imediato (A, C, D e E) submete o prematuro a morbidade evitável sem benefício, na ausência de infecção ou sofrimento fetal. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Mulher, 21 anos de idade, teve uma relação sexual desprotegida e foi orientada a usar um método contraceptivo de emergência na UBS. Essa conduta está corretamente indicada caso essa paciente tenha

- A. feito uso isolado de espermicida. ✓**
- B. esquecido 1 pílula combinada por 24 horas.
- C. tido atraso de 1 semana na aplicação do injetável trimestral.
- D. removido anel vaginal por mais de 2 horas na 3ª semana de uso.
- E. tido relação após 14 dias do parto, se não estiver amamentando.

COMENTÁRIO OSCELABS

A contracepção de emergência está indicada quando houve relação desprotegida ou falha real do método. O uso ISOLADO de espermicida e um método de baixíssima eficácia (índice de Pearl alto), equivalendo a relação desprotegida — indicação correta. O esquecimento de UMA pílula combinada por até 24 horas não exige emergência, basta tomar assim que lembrar (B); o injetável trimestral tem tolerância de até 2 semanas de atraso (C); o anel pode ficar fora até 3 horas (D) e antes de 21 dias de puerpério não há risco de ovulação (E). Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Mulher, 58 anos de idade, tercípara (3 cesáreas), menopausa há 8 anos, refere perda urinária aos grandes esforços, incontinência de urgência e noctúria (2 vezes/noite) há 6 meses. Nega comorbidades. Exame físico: sem perda urinária ao esforço solicitado, ponto Ba -1 (POP-q), nota 4 na Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico. A conduta mais adequada nesse caso, dentre as abaixo, é:

- A. Prescrever oxibutinina.
- B. Hormonioterapia sistêmica.
- C. Medidas comportamentais e fisioterapia. ✓**
- D. Indicar sling retropúbico.
- E. Indicar colpoplastia anterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

Incontinência urinária MISTA, com teste de esforço negativo, prolapso mínimo (Ba -1) e boa contratilidade do assoalho pélvico (nota 4) tem tratamento inicial CONSERVADOR: medidas comportamentais (diário miccional, treinamento vesical, controle de ingestão hídrica e de cafeína) e fisioterapia com exercícios de Kegel. Anticolinérgico (A) tem efeitos adversos relevantes e não é primeira linha aqui. Sling (D) e colpoplastia (E) exigem falha do tratamento conservador e componente de esforço demonstrado. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Em relação à possibilidade de preservação da fertilidade em mulher com câncer de ovário sem prole definida é necessário que

- A. se realize a cirurgia de second look 6 meses após a ooforectomia.
- B. o carcinoma epitelial seja no estágio IA G1-3 com biópsia contralateral negativa.
- C. o tumor germinativo maligno tenha biópsia contralateral negativa.

D. o tumor seja borderline nos estádios I a III. ✓

- E. o tumor borderline tenha biópsia contralateral negativa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Preservação da fertilidade em neoplasia ovariana exige tumor de bom prognóstico e cirurgia conservadora (salpingo-ooforectomia unilateral com preservação do útero e do ovário contralateral). Os tumores BORDERLINE (baixo potencial de malignidade) permitem essa conduta mesmo em estágios avançados (I a III), pois têm sobrevida excelente e a recorrência costuma ser tratável. No carcinoma epitelial invasor a preservação se restringe ao estágio IA de baixo grau (B), e biópsia contralateral de rotina não é mais recomendada. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito E

Mulher, 45 anos de idade, nuligesta, realizou uma ultrassonografia transvaginal e observou que no laudo estava descrito um mioma uterino FIGO 7. A orientação mais adequada para essa paciente é indicar que se trata de um nódulo uterino

- A. intramural hipervascularizado.
- B. que pode causar dismenorreia secundária.
- C. que pode levar a hemorragias repentinas.
- D. que contraindica a terapia hormonal.

E. subseroso pediculado assintomático. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação FIGO dos miomas, o tipo 7 é o SUBSEROZO PEDICULADO — cresce para fora do útero preso por um pedículo, longe do endométrio. Por isso costuma ser assintomático e NÃO causa sangramento uterino anormal, ao contrário dos tipos 0, 1 e 2 (submucosos), que são os responsáveis por hipermenorreia (C). Não é intramural (A), não contraindica terapia hormonal (D) e a dismenorreia secundária se associa mais a adeniose e submucosos (B). Resposta E.

QUESTÃO 70 — Gabarito E

Mulher, 52 anos de idade, refere fogachos e sudorese noturna há 6 meses. Refere secura vaginal e dispareunia de penetração. É sobrevivente de câncer de mama, faz uso de anastrozol. Nega outras comorbidades. A conduta mais adequada, dentre as abaixo, é

- A. Testosterona transdérmica e estriol vaginal.
- B. Óleo de primolis oral e hidratante vaginal.
- C. Progesterona transdérmica e lubrificante vaginal.
- D. Tibolona oral e estradiol vaginal.

E. Desvenlafaxina oral e promestrieno vaginal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sobrevivente de cancer de mama em uso de inibidor de aromatase NAO pode receber terapia hormonal sistêmica (nem tibolona), que antagonizaria o proprio tratamento. Para os fogachos, a alternativa de melhor evidencia sao os antidepressivos duais ou ISRS — desvenlafaxina, venlafaxina, paroxetina (esta ultima evitada com tamoxifeno). Para a atrofia vulvovaginal, o promestrieno tem absorcao sistêmica desprezível, sendo a opcao mais segura. Estriol e estradiol vaginais (A e D) e tibolona sao evitados nesse contexto. Resposta E.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Mulher, 26 anos de idade, refere ter menstruado normalmente há 50 dias, apresenta mamas doloridas, náuseas e cólica em baixo ventre há 10 dias. Exame: abdome sem alterações, útero de tamanho normal, anexos palpáveis e indolores, conteúdo vaginal aumentado, esbranquiçado e sem odor. Nesse momento, dentre as condutas abaixo, está indicado realizar:

- A. Teste imunológico de urina para I-hCG. ✓**
- B. Dosagem sérica de FSH e LH.
- C. Ultrassonografia pélvica.
- D. Dosagem sérica de prolactina e progesterona.
- E. Pesquisa de hiperandrogenismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Atraso menstrual (50 dias desde a ultima menstruacao), mastalgia, nauseas, colica e aumento de conteudo vaginal em mulher de 26 anos: a primeira hipotese e GESTACAO, e o primeiro exame e o teste imunologico de gravidez (beta-hCG). A regra pratica de ouro: toda mulher em idade fertil com atraso menstrual faz teste de gravidez ANTES de qualquer outra investigacao. Dosagens hormonais e ultrassom (B, C, D, E) so fazem sentido depois de afastada a gestacao. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Primigesta na 24ª semana de gestação, previamente hígida, faz exame de VDRL com resultado 1:16 e tem o teste treponêmico reagente. Refere não ter usado nenhum antibiótico nos 6 meses antes de engravidar. Tem parceiro fixo há 1 ano. Nesse caso está indicada

- A. ceftriaxona 1 g intramuscular por 10 dias.
- B. penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, 1x/semana por 3 semanas. ✓**
- C. penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, dose única.
- D. penicilina cristalina 18 a 24 milhões UI dose diária por 10 dias.
- E. coleta de líquido cefalorraquidiano para indicar o tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com teste treponemico reagente e VDRL 1:16, sem tratamento previo documentado e sem como definir o tempo de infeccao, e classificada como sífilis LATENTE TARDIA / de duracao indeterminada. O tratamento e penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, uma vez por semana, por 3 semanas (total 7.200.000 UI). Dose unica (C) so trata sífilis recente. Ceftriaxona (A) nao e aceita para tratamento adequado do feto, e a puncao lombar (E) nao e exigida sem sinais neurologicos. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

O aleitamento materno é liberado sem restrições para mães que

- A. apresentam infecção por HTLV I/II.
- B. apresentam tuberculose pulmonar ativa não tratada.
- C. estão em uso de varfarina. ✓**
- D. apresentam infecção por HIV.
- E. estão em tratamento com quimioterapia antineoplásica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A varfarina tem alta ligacao a proteínas plasmáticas e praticamente nao passa ao leite materno, sendo considerada compatível com a amamentacao (assim como a heparina). Já o HTLV I/II e o HIV sao CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS a amamentacao no Brasil, pela transmissao vertical pelo leite (A e D). Tuberculose pulmonar ativa nao tratada exige adiar o contato direto e usar mascara ate 2 a 3 semanas de tratamento (B), e quimioterapia antineoplásica contraindica a amamentacao (E). Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Primigesta, 30 anos de idade, com gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, confirmada em ultrassonografia precoce, está com 33 semanas, com crescimento adequado para ambos os fetos, que se encontram em apresentação pélvica. A conduta mais adequada é

- A. iniciar corticoide para maturação pulmonar e indicar parto na 34ª semana.
- B. resolver a gestação com 36 semanas.
- C. cesárea eletiva com 39 semanas.
- D. seguir até 38 semanas, com avaliação seriada. ✓**
- E. aguardar o trabalho de parto espontâneo e realizar cesárea nesse momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestacao gemelar DICORIONICA e diamniotica, com crescimento adequado e sem outras intercorrencias, tem indicacao de conduta expectante com vigilancia seriada (ultrassom de crescimento e avaliacao de vitalidade), resolvendo-se a gestacao proxima do termo — nao ha beneficio em antecipar o parto para 33 ou 34 semanas em fetos hígidos (A). A apresentacao pelvica do primeiro gemelar define a VIA de parto (cesarea), mas nao o MOMENTO. Aguardar o trabalho de parto espontaneo sem programacao (E) e insegura na gemelar. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito E

Durante a cesárea, gestante de 41 anos de idade, com 39 semanas, apresenta dispneia súbita, cianose, e hipotensão importante. O diagnóstico mais provável, dentre as abaixo, é

- A. atonia uterina.
- B. tromboembolismo pulmonar.

- C. infarto agudo do miocárdio.
- D. anafilaxia.

E. embolia amniótica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia subita, cianose, hipotensão grave e colapso cardiovascular DURANTE a cesárea caracterizam embolia por líquido amniótico, uma reação anafilatoide a antígenos fetais com hipertensão pulmonar aguda, seguida de falência de VE e coagulação intravascular disseminada. O tratamento é de suporte agressivo, com reposição de hemocomponentes. Atonia uterina cursa com sangramento e não com cianose subita (A); TEP e IAM são possíveis mas muito menos prováveis nesse contexto exato (B e C). Resposta E.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Em uma mulher de 23 anos de idade, com ciclos regulares de 28 dias, o pico de LH ocorre

- A. na metade da fase lútea.
- B. na metade da fase folicular.
- C. no início da fase folicular.

D. no meio do ciclo, entre fase folicular e lútea. ✓

- E. no final da fase lútea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em ciclo regular de 28 dias, o estradiol produzido pelo folículo dominante atinge o limiar que inverte o feedback de negativo para POSITIVO, disparando o pico de LH — que ocorre no MEIO do ciclo, na transição entre as fases folicular e lútea (por volta do dia 13). A ovulação acontece cerca de 34 a 36 horas após o início do pico e 10 a 12 horas após o seu apice. No início da fase folicular predomina o FSH (C) e na fase lútea, a progesterona (A e E). Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Mulher, 26 anos de idade, apresenta verrugas genitais acinzentadas, aveludadas, de aspecto em couve-flor na vulva, com extensão de 2 cm há 3 meses. A conduta inicial é

A. cauterizar as lesões. ✓

- B. ressecção cirúrgica das lesões.
- C. prescrever imiquimode oral.
- D. vacinar contra HPV.
- E. realizar vulvoscopia com biópsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão verrucosa vulvar em couve-flor e condiloma acuminado (HPV de baixo risco, tipos 6 e 11). Para lesão de 2 cm, a conduta inicial é a destruição local no consultório: cauterização química (ácido tricloroacético), crioterapia ou eletrocauterização. Imiquimode existe apenas em apresentação TOPICA, nunca oral (C). Ressecção cirúrgica (B) fica para lesões extensas ou refratárias. A vacina (D) é preventiva, não terapêutica, e a biópsia (E) se reserva à lesão atípica, pigmentada, ulcerada ou refratária. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Adolescente, 18 anos de idade, refere que nunca menstruou. Ao exame, observa-se IMC: 22 kg/m²; mamas desenvolvidas, pelos pubianos ausentes, vulva de aspecto normal. A hipótese diagnóstica mais provável é:

- A. Síndrome de Kallmann.

B. Síndrome de insensibilidade androgênica. ✓

- C. Disgenesia gonadal.
- D. Anomalia mülleriana.
- E. Síndrome de Rokitansky.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com MAMAS DESENVOLVIDAS e pelos pubianos AUSENTES e a combinação patognomônica da síndrome de insensibilidade androgênica completa (46,XY): os testículos produzem testosterona, mas o receptor androgênico não funciona — logo não há pelos — enquanto a aromatização periférica em estrogênio desenvolve as mamas. Kallmann (A) e disgenesia gonadal (C) cursam com mamas AUSENTES por hipogonadismo. Rokitansky e anomalia mülleriana (D e E) têm pelos e mamas normais. Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Mulher, 25 anos de idade, procura o pronto-socorro com queixa de lesão dolorosa na vulva, que apareceu há 2 dias. Ao exame, encontram-se úlceras confluentes de bordas irregulares no grande lábio direito, dolorosas ao toque, com fundo purulento, medindo cerca de 2 cm. Os linfonodos inguinais direitos encontram-se aumentados e dolorosos. O agente etiológico mais provável é:

- A. Clamídia trachomatis.
- B. Herpes vírus 1.
- C. Haemophilus ducreyi. ✓**
- D. Treponema pallidum.
- E. Klebsiella granulomatis.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlceras genitais MULTIPLAS e confluentes, DOLOROSAS, de bordas irregulares e fundo purulento, com adenopatia inguinal dolorosa (que pode fistulizar por orifício único), caracterizam o cancro mole, causado pelo *Haemophilus ducreyi*. O cancro duro da sífilis é único, INDOLOR e de fundo limpo (D). O herpes gera vesículas que ulceram, com base limpa e ardor (B). O linfogranuloma da adenopatia com fistulas em bico de regador e úlcera fugaz (A); a donovanose é indolor e vegetante (E). Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Mulher, 42 anos de idade, assintomática, faz mamografia que mostrou microcalcificações agrupadas e pleomórficas no quadrante superior externo, com cerca de 1 cm de extensão. A biópsia por mamotomia foi compatível com carcinoma ductal in situ. Nesse momento, indica-se

- A. mastectomia simples.
- B. hormonioterapia neoadjuvante.
- C. radioterapia exclusiva.
- D. cirurgia conservadora e radioterapia. ✓**
- E. setorectomia com biópsia de linfonodo sentinela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma ductal in situ de 1 cm, unifocal, em mama de bom volume, tem tratamento padrão de cirurgia conservadora (setorectomia com margens livres) SEGUIDA de radioterapia adjuvante, que reduz pela metade a recidiva local. Mastectomia (A) fica para lesões extensas, multicêntricas ou com margens irrepetíveis. Radioterapia exclusiva (C) não trata o tumor. A biópsia de linfonodo sentinela (E) NÃO é indicada de rotina no CDIS tratado com cirurgia conservadora, só na mastectomia ou na suspeita de invasão. Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei nº 8.080/1990, que define a organização, o funcionamento e as ações dos serviços de saúde, é

- A. Longitudinalidade.
- B. Integralidade. ✓**
- C. Coordenação do Cuidado.
- D. Acesso de Primeiro Contato.
- E. Orientação Comunitária.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 8.080/1990 estabelece como princípios DOUTRINÁRIOS do SUS a universalidade, a equidade e a INTEGRALIDADE (entendida como conjunto articulado de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade). Longitudinalidade, coordenação do cuidado, acesso de primeiro contato e orientação comunitária (A, C, D, E) são ATRIBUTOS da Atenção Primária descritos por Barbara Starfield — outra moldura conceitual, frequentemente confundida nas provas. Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente (Portaria nº 2.436/2017), a faixa de população adscrita recomendada por Equipe de Saúde da Família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica (eAB) é de:

- A. 2.000 a 3.500 pessoas. ✓**
- B. 3.500 a 5.000 pessoas.
- C. 5.000 a 6.000 pessoas.
- D. 1.000 a 2.000 pessoas.
- E. 6.000 a 7.000 pessoas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436/2017) recomenda população adscrita de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe de Saúde da Família ou de Atenção Básica, respeitando critérios de equidade e vulnerabilidade — em áreas de maior risco social, recomenda-se ficar no limite inferior. O teto de 4.000 pessoas por equipe é considerado excepcional. As demais faixas não correspondem ao texto da PNAB. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

De acordo com a classificação de Barbara Starfield, amplamente utilizada pelo Ministério da Saúde para definir a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), são denominados atributos derivados:

- A. Acesso de Primeiro Contato e Longitudinalidade.
- B. Integralidade e Coordenação do Cuidado.
- C. Acessibilidade e Equidade.
- D. Orientação Familiar e Competência Cultural. ✓**

E. Escuta qualificada e Universalidade do Cuidado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação de Starfield, os atributos ESSENCIAIS da APS são quatro — acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (A e B). Os atributos DERIVADOS, que qualificam os essenciais, são três: orientação familiar (centralidade na família), competência cultural e orientação comunitária. Acessibilidade, equidade e universalidade pertencem a outra moldura, a dos princípios do SUS (C e E). Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Na Atenção Primária à Saúde (APS), um dos principais atributos que o médico deve praticar para garantir o cuidado adequado de seus pacientes é a Longitudinalidade. Segundo a PNAB 2017, a melhor definição, entre as seguintes, para longitudinalidade é

- A. a capacidade da APS de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado.
- B. a continuidade da relação de cuidado, com construção de responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente. ✓**
- C. a definição da população que está presente no território da UBS, permitindo o planejamento e a programação descentralizada das ações de saúde para um grupo específico.
- D. o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem a confiança necessária para gerir e tomar decisões sobre sua própria saúde.
- E. o processo de elaboração, acompanhamento e organização do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

COMENTÁRIO OSCELABS

Longitudinalidade é a continuidade da RELAÇÃO ao longo do tempo entre a equipe e a pessoa, com vínculo e corresponsabilização permanentes, independentemente da presença de doença — e o atributo que mais se associa a melhores desfechos e menor uso de serviços de urgência. A alternativa A descreve resolutividade, a C descreve adesão de clientela, a D fala de cuidado centrado na pessoa e a E descreve coordenação do cuidado nas Redes de Atenção. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

O Coeficiente de Mortalidade Infantil é um dos principais indicadores das condições de vida e saúde de uma população. De acordo com o Ministério da Saúde e o Comitê de Prevenção do Óbito Infantil, a fórmula correta para o seu cálculo em um determinado local e ano é:

- A. $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos em menores de 5 anos} / \text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos}) \times 1.000$.
- B. $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos em menores de 1 ano} / \text{População total}) \times 100.000$.
- C. $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos em menores de 1 ano} / \text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos}) \times 1.000$. ✓**
- D. $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos maternos} / \text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos}) \times 100.000$.
- E. $(\text{N}^\circ \text{ de óbitos em menores de 1 ano} / \text{N}^\circ \text{ total de nascidos vivos}) \times 100.000$.

COMENTÁRIO OSCELABS

O coeficiente de mortalidade infantil é o número de óbitos de menores de 1 ANO de idade dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo local e período, multiplicado por 1.000. Os distratores trocam elementos-chave: menores de 5 anos e mortalidade na infância (A); população total como denominador não se aplica (B); óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos e a razão de mortalidade materna (D); e a base 100.000 está errada para mortalidade infantil (E). Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Uma paciente de 55 anos, assintomática, realiza sua mamografia de rastreamento conforme o protocolo do Ministério da Saúde para sua faixa etária. Ela retorna à UBS ansiosa, trazendo o resultado classificado como BI-RADS® 1, com descrição de mamas predominantemente adiposas. Entre as condutas do médico de família e comunidade abaixo, a melhor para esta paciente é:

- A. Solicitar uma ultrassonografia mamária complementar.
- B. Tranquilizar a paciente e manter a rotina de rastreamento. ✓**
- C. Repetir a mamografia em 6 meses.
- D. Encaminhar para mastologista para avaliação.
- E. Solicitar biópsia mamária.

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 1 significa exame NORMAL, sem achados, com valor preditivo negativo altíssimo — a conduta é tranquilizar a paciente e manter o rastreamento de rotina (bienal dos 50 aos 69 anos, conforme o Ministério da Saúde). Densidade adiposa, alias, torna a mamografia ainda mais sensível. Complementar com ultrassom (A), repetir em 6 meses (C, conduta do BI-RADS 3), encaminhar (D) ou biopsiar (E) são exemplos de excesso diagnóstico e geram ansiedade e cascata de exames. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

O médico de família de uma nova UBS precisa organizar os agendamentos das gestantes de baixo risco atendidas por sua equipe. Seguindo a rotina orientada pelo Ministério da Saúde e a última versão da Caderneta da Gestante, o cronograma de consultas recomendado é mensalmente até a

- A. 36ª semana e semanalmente a partir da 36ª semana.
- B. 32ª semana; quinzenalmente da 32ª até a 38ª semana; e semanalmente a partir da 38.
- C. 28ª semana; quinzenalmente da 28ª até a 36ª semana; e semanalmente a partir da 36ª. ✓**
- D. 28ª semana; quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente a partir da 36ª semana.
- E. 32ª semana e quinzenalmente a partir da 32ª semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

O calendário de pré-natal de baixo risco preconizado pelo Ministério da Saúde é: consultas MENSÁIS até a 28ª semana, QUINZENÁIS da 28ª a 36ª semana e SEMANÁIS a partir da 36ª semana até o parto, totalizando no mínimo seis consultas. O acompanhamento não se encerra na 41ª semana: a gestante deve ser avaliada semanalmente até o parto. As demais opções deslocam os marcos de 28 e 36 semanas. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Durante uma ação de vigilância em saúde, uma equipe da Estratégia Saúde da Família identificou que, em uma determinada comunidade, há alta prevalência de doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos. Observou-se que estas famílias vivem em moradias com pouca ventilação, em área próxima a um lixão, e que a maioria dos responsáveis possui baixa escolaridade e renda instável. Com base no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e no conceito de determinantes sociais da saúde, analise as afirmativas a seguir: I. As condições de moradia e exposição ambiental são determinantes intermediários da saúde, que influenciam diretamente o risco de adoecimento. II. A baixa escolaridade e a renda insuficiente são determinantes estruturais, pois condicionam oportunidades e acesso a recursos de saúde. III. O fato de as crianças apresentarem doenças respiratórias está relacionado apenas a fatores individuais e biológicos. IV. As ações intersectoriais são fundamentais para modificar os determinantes identificados e promover equidade em saúde. Está correto o que se afirma em

A. I, III e IV, apenas.

B. II e IV, apenas.

C. I, II e IV, apenas. ✓

D. I, II, III e IV.

E. I e III, apenas.

COMENTÁRIO OSCELABS

No modelo de Dahlgren e Whitehead, as camadas mais externas (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, como escolaridade e renda) são determinantes ESTRUTURAIS, enquanto condições de vida e trabalho, moradia e ambiente são determinantes INTERMEDIÁRIOS — o que valida I e II. A afirmativa IV também procede: enfrentar lixo, moradia e renda exige ação INTERSETORIAL, além do setor saúde. A III é falsa e contradiz todo o modelo, ao reduzir o adoecimento a fatores individuais e biológicos. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Durante uma consulta de acompanhamento em uma UBS com Estratégia de Saúde da Família, o médico residente atende Dona Helena, 63 anos, hipertensa, que relata aumento da pressão arterial e insônia desde que passou a cuidar do marido, recentemente diagnosticado com Alzheimer. A paciente demonstra cansaço e chora ao falar sobre a rotina de cuidados. O profissional decide utilizar instrumentos de abordagem familiar para compreender melhor o contexto. No genograma, identifica que Helena mora com o marido e um filho adulto que pouco participa dos cuidados. No APGAR familiar, o escore é baixo, principalmente nos itens de participação e apoio. Com base nos princípios da Medicina de Família e Comunidade e no uso desses instrumentos, entre as opções abaixo, a melhor conduta para este caso é:

A. Focar o atendimento na hipertensão arterial, ajustando a medicação conforme protocolos clínicos.

B. Utilizar as informações coletadas para elaborar um plano de cuidado que envolva todos os membros da família. ✓

C. Encaminhar a paciente para avaliação psiquiátrica, devido a seu sofrimento emocional.

D. Reforçar orientações de adesão ao tratamento medicamentoso e iniciar antidepressivo.

E. Solicitar que o filho assuma o cuidado dos pais devido a vulnerabilidade destes, independente dos desejos pessoais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Genograma e APGAR familiar são ferramentas de abordagem FAMILIAR: se revelam sobrecarga da cuidadora e baixa participação dos demais membros, o uso lógico desses dados é construir um plano de cuidado que redistribua responsabilidades e envolva a família, incluindo o filho, além de oferecer suporte à cuidadora. Tratar apenas a hipertensão (A) ou reforçar adesão e medicar (D) ignora a causa do descontrole. Encaminhar para a psiquiatria (C) medicaliza sofrimento reativo, e impor o cuidado ao filho (E) viola a autonomia. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Em uma Unidade de Saúde da Família (USF), durante um turno de atendimento, uma usuária procura o serviço relatando dor abdominal leve há três dias, sem febre, vômitos ou alteração importante do estado geral. Enquanto aguarda, outro paciente chega apresentando dor torácica súbita e sudorese intensa. Diante dessa situação, o enfermeiro responsável pelo acolhimento com classificação de risco deve agir conforme os princípios da Atenção Primária à Saúde e da Política Nacional de Humanização (PNH). Entre as opções abaixo, a conduta mais adequada neste momento é:

- A. Atender os usuários por ordem de chegada, garantindo isonomia.
- B. Orientar procurarem a UPA, uma vez que a UBS não atende estes tipos de casos.
- C. Solicitar que ambos aguardem a triagem médica.
- D. Encaminhar imediatamente o paciente com dor torácica para avaliação médica. ✓**
- E. Realizar acolhimento de casos previamente agendados e reagendar os de procura espontânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acolhimento com classificação de risco significa organizar o atendimento pela GRAVIDADE, e não pela ordem de chegada: dor torácica súbita com sudorese e potencial síndrome coronariana aguda, condição tempo-dependente que deve ser avaliada imediatamente. Atender por ordem de chegada (A) confunde isonomia com equidade. A UBS é porta de entrada e deve prestar o primeiro atendimento e estabilização antes de acionar o transporte (B), e mandar aguardar triagem (C) ou priorizar apenas agendados (E) contraria a PNH. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Durante uma ação de vacinação em uma Unidade de Saúde da Família, o enfermeiro observa três situações distintas: I. Uma adolescente de 13 anos comparece para atualização da caderneta, sem registro da vacina HPV. II. Um idoso de 70 anos, com doença pulmonar crônica, solicita a vacina contra influenza. III. Uma criança de 1 ano e 3 meses apresentou febre e irritabilidade leve por 24 horas após receber a vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). Com base nas recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e no manejo adequado de eventos adversos pós vacinação, qual é a conduta mais apropriada da equipe de saúde?

- A. Administrar apenas uma dose de HPV na adolescente, pois ela já ultrapassou a faixa etária ideal; adiar a vacina contra influenza por causa da doença pulmonar; e notificar a febre como evento adverso grave.
- B. Iniciar o esquema de HPV com duas doses na adolescente; aplicar a vacina contra influenza no idoso; e orientar a família que febre leve pós-vacinal é um evento esperado, sem necessidade de notificação. ✓**
- C. Iniciar o esquema de HPV com três doses na adolescente; encaminhar o idoso para avaliação médica antes da vacina; e suspender futuras doses de tríplice viral.
- D. Aplicar dose única de HPV; vacinar o idoso se não apresentar sintomas gripais; e considerar o evento adverso como contraindicação definitiva à tríplice viral.
- E. Aguardar o próximo calendário nacional de campanhas antes de realizar qualquer vacinação, garantindo que todos os usuários recebam vacinas simultaneamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres condutas corretas na mesma alternativa: (1) adolescente de 13 anos sem registro previo inicia o esquema de HPV conforme o PNI para a faixa de 9 a 14 anos; (2) idoso com pneumopatia cronica e grupo prioritario para influenza, e doenca cronica ESTAVEL nao adia vacina; (3) febre baixa e irritabilidade por 24 horas apos triplice viral e evento adverso ESPERADO e leve, que nao exige notificacao nem contraindica doses futuras. As demais opcoes ou negam a vaccinacao ou tratam reacao banal como evento grave. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Durante o seguimento na Atenção Primária, Dona Lúcia, 67 anos, é acompanhada pela equipe de Saúde da Família. Ela tem diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos e hipertensão arterial sistêmica há 12 anos. Faz uso de losartana 50 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, metformina 850 mg 2x/dia e sinvastatina 20 mg à noite. Refere adesão irregular à dieta e atividade física. Nega tabagismo. Últimos exames e dados clínicos: PA: 138 x 84 mmHg; IMC: 32 kg/m²; HbA1c: 7,8%; LDL: 118 mg/dL; Microalbuminúria: positiva; Creatinina: 1,0 mg/dL; CG: sem alterações isquêmicas. Considerando as Diretrizes Brasileiras de HAS e DM (SBC, SBD e Ministério da Saúde) e as recomendações da APS, é INCORRETO afirmar:

- A. Apesar do controle pressórico adequado, a presença de microalbuminúria e DM2 de longa data caracteriza Dona Lúcia como paciente de alto risco cardiovascular, devendo intensificar o controle glicêmico e lipídico.
- B. A meta de HbA1c em pacientes idosos e de longa duração de diabetes pode ser menos rígida (até 8%), principalmente se houver risco de hipoglicemia ou comorbidades, o que se aplica ao caso de Dona Lúcia.
- C. A associação de losartana e hidroclorotiazida é adequada para o controle pressórico e a manutenção da sinvastatina está correta, pois o LDL atual já atinge a meta preconizada para alto risco (< 130 mg/dL). ✓**
- D. A orientação sobre adesão terapêutica e mudanças de estilo de vida (alimentação saudável, perda de peso e atividade física regular) deve ser reforçada como parte essencial do plano de cuidado longitudinal.
- E. Caso a meta glicêmica não seja atingida após otimização da metformina e medidas não farmacológicas, pode-se considerar a associação de outro antidiabético oral ou início de insulina basal, conforme protocolo clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao pede a INCORRETA. A afirmativa C erra ao dizer que LDL de 118 mg/dL atinge a meta do alto risco: para paciente de alto risco cardiovascular a meta e LDL abaixo de 70 mg/dL (e abaixo de 50 mg/dL no risco muito alto) — a paciente precisaria de intensificacao da estatina, e nao de manutencao da sinvastatina 20 mg. As demais estao corretas: diabete de longa data com microalbuminuria define alto risco (A), meta de HbA1c flexivel no idoso (B), reforco de estilo de vida (D) e escalonamento terapeutico apos falha da metformina (E). Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Durante o acompanhamento de crianças na Atenção Primária à Saúde (APS), o profissional deve integrar ações de promoção, prevenção e cuidado no contexto da puericultura e no manejo de agravos comuns, como diarreia e doenças respiratórias agudas (IRA). Sobre essas ações, analise as afirmativas abaixo: I. A puericultura é o momento ideal para monitorar o crescimento e o desenvolvimento infantil, revisar o calendário vacinal, avaliar o estado nutricional e orientar a família, fortalecendo o vínculo e a promoção da saúde. II. Em casos de diarreia aguda sem sinais de desidratação, a conduta prioritária é manter a alimentação habitual, garantir hidratação oral com Soro de Reidratação Oral (SRO) e orientar os sinais de alarme para retorno. III. Em doenças respiratórias agudas leves, como resfriados comuns, recomenda-se realizar painel viral para se decidir na introdução ou não de oseltamivir. IV. A pneumonia é uma das principais causas de mortalidade infantil e deve ser suspeitada na presença de taquipneia e esforço respiratório, sendo o diagnóstico baseado em critérios clínicos na APS. V. O acompanhamento do desenvolvimento infantil deve incluir observação do comportamento, da linguagem e da interação social, permitindo identificar precocemente atrasos ou sinais de risco para transtornos do neurodesenvolvimento. Está correto o que se afirma em

A. I, II, IV e V, apenas. ✓

B. I, II e IV, apenas.

C. II, III e IV, apenas.

D. I, III e V, apenas.

E. I, II, III, IV e V.

COMENTÁRIO OSCELABS

São corretas I, II, IV e V: a puericultura integra crescimento, desenvolvimento, vacinação e vínculo; a diarreia aguda sem desidratação (plano A) se maneja com manutenção da alimentação, soro de reidratação oral e sinais de alarme; a pneumonia na APS e diagnóstico CLÍNICO, com taquipneia como marcador mais sensível (critérios da OMS por faixa etária); e o desenvolvimento deve ser monitorado nos domínios de linguagem, comportamento e interação. A III é falsa: resfriado comum não exige painel viral, e oseltamivir se indica por critério clínico e epidemiológico. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Durante uma consulta de rotina, Seu José, 83 anos, portador de hipertensão e insuficiência cardíaca controlada, relata que o filho marcou exames particulares "para garantir que ele não tenha câncer", incluindo PSA, colonoscopia e tomografia de tórax. O médico da equipe analisa o caso e explica que, considerando a idade e as comorbidades do paciente, os riscos desses exames superam os possíveis benefícios, optando por não os solicitar e priorizar acompanhamento clínico, controle de doenças crônicas e qualidade de vida. Essa conduta representa:

A. Prevenção primária, pois busca evitar o aparecimento de novas doenças por meio de vigilância diagnóstica.

B. Prevenção secundária, pois envolve o rastreamento para diagnóstico precoce de doenças assintomáticas.

C. Prevenção terciária, pois tem como foco reduzir sequelas das doenças já existentes.

D. Prevenção quaternária, pois visa evitar intervenções médicas desnecessárias e potenciais danos iatrogênicos. ✓

E. Promoção da saúde, pois incentiva a participação familiar e a corresponsabilidade no cuidado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção quaternária e o conceito, criado por Marc Jamouille, de proteger a pessoa do EXCESSO de medicina — evitar intervenções desnecessárias e o dano iatrogeno da cascata diagnóstica. Solicitar PSA, colonoscopia e tomografia em homem de 83 anos com comorbidades e expectativa de vida limitada geraria achados incidentais, exames invasivos e ansiedade sem ganho de sobrevida. Prevenção secundária (B) seria justamente rastrear; terciária (C) trata sequelas; e a promoção da saúde (E) não descreve a recusa fundamentada do rastreio. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Em 2024, o governo federal junto ao Ministério da Saúde, lançou a Portaria 3.493 de 10 de abril de 2024 que alterou e instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS. Assinale a alternativa correta sobre os componentes:

- A. O componente fixo é o valor mensal por equipe que será transferido aos municípios referente ao número de equipes de estratégia de saúde da família (eSF) e equipes de atenção primária (eAP) que atendem aos critérios: demográficos, de vulnerabilidade, de completude do cadastro, acompanhamento/atendimento dos cadastrados e satisfação do usuário.
- B. O componente de vínculo e acompanhamento territorial é o valor mensal por equipe que será transferido aos municípios referente ao número de equipes de estratégia de saúde da família (eSF) e equipes de atenção primária (eAP) dependentes da classificação do município pelo índice de Equidade e Dimensionamento (IED).
- C. No componente de qualidade do novo modelo de cofinanciamento federal, indicadores relacionados a desenvolvimento infantil, gestante e puérpera, cuidado com a pessoa com diabetes e cuidados paliativos serão avaliados e participarão do incentivo federal.
- D. O novo modelo de financiamento federal da APS através de seus novos critérios, fortalece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário da APS, bem como valida e incentiva o papel das equipes multiprofissionais (e-multi) e equipes de Saúde Bucal (eSB). ✓**
- E. No novo modelo de cofinanciamento federal da APS, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde não foram contemplados junto aos indicadores de boas práticas de equipes de estratégia de saúde da família (eSF).

COMENTÁRIO OSCELABS

A Portaria 3.493/2024 substituiu o modelo de pagamento por captação ponderada por uma metodologia com componentes de cofinanciamento (fixo por equipe, qualidade, vínculo e acompanhamento territorial), e sua diretriz central é reafirmar a Estratégia Saúde da Família como modelo PRIORITÁRIO da APS, incentivando também as equipes multiprofissionais (e-Multi) e as equipes de Saúde Bucal. As demais alternativas trocam as definições entre os componentes ou negam o papel dos indicadores e das visitas dos agentes comunitários. Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito E

Mulher, 69 anos, hipertensa e diabética vai em consulta de retorno em uma UBS com estratégia de saúde da família. Exames laboratoriais revelaram insuficiência renal crônica no estágio 3b. Por este motivo, é encaminhada ao serviço de nefrologia de referência para avaliação. De acordo com a Organização da Atenção à Saúde no Brasil representada pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), entre as opções abaixo, a que o melhor descreve o acompanhamento desta paciente é

- A. seguimento no serviço de referência sem necessidade de retorno à APS.
- B. ações de promoção e prevenção na UBS e seguimento clínico no especialista.
- C. coordenado pelo serviço secundário e se necessário este realizará novos encaminhamentos.
- D. seguimento no serviço de referência até receber alta deste ou ser encaminhado de volta a UBS.

E. coordenado pela APS na UBS com apoio da especialidade. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, a APS e a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede: encaminhar ao nefrologista NAO transfere a responsabilidade pelo paciente. O seguimento continua na UBS, com apoio matricial e contrarreferência da especialidade, o que preserva longitudinalidade e integralidade. Alta da APS (A), coordenação pelo serviço secundário (C) e seguimento exclusivo no especialista até a alta (B e D) invertem a lógica da rede e fragmentam o cuidado. Resposta E.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

A alternativa que melhor descreve a aplicação da medicina baseada em evidência (MBE) na APS é:

- A. O uso da probabilidade pré-teste, estimativa da probabilidade de um paciente ter doença antes da solicitação de um exame diagnóstico, na definição do diagnóstico clínico. ✓**
- B. O processo para a tomada de decisão, deve levar em conta os estudos com validade científica, independente da experiência clínica individual e preferências da pessoa consultada.
- C. As evidências mais sólidas a respeito de tratamentos são obtidas a partir de estudos ecológicos, ensaios clínicos e revisões sistemáticas.
- D. O uso de diretrizes clínicas resulta em redução da morbimortalidade e deve receber adaptações locais, o que leve à certa inconsistência do cuidado mesmo que esteja padronizando.
- E. Na hierarquia de evidências, a força de evidência proporcionada pela observação não sistemática do médico é considerada como de alta qualidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O raciocínio bayesiano e o coração da medicina baseada em evidência aplicada a APS: estimar a probabilidade PRE-TESTE antes de pedir o exame determina se o resultado terá algum poder de mudar a conduta — em prevalência baixa, o valor preditivo positivo despenca e o exame gera mais falso-positivo que diagnóstico. A MBE integra evidência, experiência clínica e preferências do paciente, nunca as descarta (B). Estudos ecológicos estão na base da hierarquia (C) e a observação não sistemática e a evidência mais fraca (E). Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Mulher, 42 anos, vem para atendimento de demanda espontânea da equipe de Estratégia de Saúde da Família (eSF) queixando-se de dor no joelho esquerdo após escorregar no piso molhado do supermercado em que trabalha como auxiliar de limpeza. Durante exame físico, observa-se escoriações, leve edema e dor à manipulação. Entre as condutas abaixo, a melhor a ser adotada à essa trabalhadora é prescrever sintomáticos, encaminhar para realização de Rx do joelho esquerdo para afastar fratura e

- A. emitir a CAT e notificar no SINAN.
- B. emitir a CAT. ✓**
- C. encaminhar para o CEREST para avaliar necessidade de emissão da CAT.
- D. encaminhar paciente para UPA para emissão da CAT.
- E. se constatada ausência, liberar paciente para retorno ao trabalho.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acidente ocorrido no local e no horário de trabalho e acidente de trabalho típico, e a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) deve ser emitida — o médico assistente da UBS tem competência para fazê-lo, não sendo necessário encaminhar ao CEREST ou a UPA para isso (C e D). A notificação no SINAN é obrigatória para acidentes de trabalho GRAVES, fatais ou envolvendo crianças e adolescentes, o que não é o caso de uma lesão leve de joelho (por isso A está incorreta). Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Durante a reunião de equipe, a enfermeira traz como pauta para discussão o alto número de internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) relacionados ao pré-natal e ao parto. A equipe avalia o território e realiza diagnóstico situacional: O território é rural, de difícil acessibilidade, bastante vulnerável e com alta taxa de absenteísmo nas consultas. Baseando-se nessas informações, entre as estratégias abaixo, a melhor a ser adotada pela equipe levando em consideração planejamento local em saúde é

- A. orientar durante as consultas a importância do acompanhamento pré-natal, no comparecimento das consultas e a realização de exames.
- B. realizar visitas no território para compreender os entraves no acesso e vulnerabilidades envolvidas e após elaborar estratégias eficazes para resolução. ✓**
- C. informar a gestão que essa responsabilidade não é da equipe e que seria necessária a construção de uma nova UBS no território rural.
- D. priorizar a identificação de todas as gestantes de risco e encaminhá-las para serviço de pré-natal especializado.
- E. solicitar à gestão a necessidade de contratação de especialistas com o intuito de melhorar a assistência pré-natal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Planejamento local em saúde começa por COMPREENDER o problema no território, e não por impor soluções: diante de alto absenteísmo em área rural vulnerável e de difícil acesso, a estratégia correta é ir ao território, identificar as barreiras reais (transporte, jornada, cultura, violência) e só então desenhar intervenções. Apenas orientar nas consultas (A) culpabiliza quem não consegue chegar. Negar a responsabilidade (C), encaminhar todas ao pré-natal especializado (D) ou pedir mais especialistas (E) não atacam a causa do problema, que é o acesso. Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

Homem, 43 anos, vem para atendimento de demanda espontânea no acolhimento da equipe de eSF com queixa de angústia, palpitações frequentes, tremores, tontura e medo de perder o controle no último mês. Isto tem causado prejuízo no trabalho e na vida social. Durante a consulta está tranquilo, nega ideação suicida ou pensamentos de morte. Entre as condutas abaixo, a melhor para este paciente no âmbito da APS é:

- A. Encaminhamento para hospital via SAMU, para internação.
- B. Encaminhamento para o CAPS para avaliação inicial do quadro.
- C. Iniciar seguimento multiprofissional na UBS e considerar introdução de inibidor seletivo da recaptação da serotonina. ✓**
- D. Encaminhar paciente para psicóloga da equipe para definir se o seguimento será na APS ou no CAPS.
- E. Acolher paciente, realizar escuta qualificada e explicar que é comum se sentir assim, sem necessidade de acompanhamento específico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Palpitações, tremores, tontura, medo de perder o controle e prejuízo funcional há um mês, em paciente sem risco de suicídio, configuram transtorno de pânico/ansiedade — condição de manejo próprio da Atenção Primária. A conduta é acolher, iniciar seguimento multiprofissional na UBS (psicoeducação, apoio psicológico) e considerar ISRS, primeira linha farmacológica. O CAPS (B e D) é para transtornos graves e persistentes. Internação via SAMU (A) é desproporcional, e minimizar o sofrimento sem seguimento (E) é negligência. Resposta C.