



SES-DF — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

115 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 2 — Gabarito C

este Caderno, com cento e vinte itens, você receberá do fiscal ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno quanto a falhas de impressão e de numeração e se o programa corresponde àquele para o qual você se inscreveu. ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em eliminação do candidato. Sobre o material a ser devolvido pelo candidato respostas das questões devem ser preenchidas da seguinte maneira: ● transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado. ✓ O julgamento de cada item deste Caderno será CERTO ou de marcação: o campo designado com o código C, que deverá ser preenchido pelo candidato caso julgue o item CERTO, e o campo designado com o código E, que deverá ser preenchido pelo candidato caso julgue o item ERRADO. Sobre a duração da prova e a permanência na sala ✓ O prazo de realização da prova é de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos, ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início da prova, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar este Caderno e nenhum tipo de anotação de suas respostas. ✓ O candidato poderá levar consigo este Caderno somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização da prova estabelecido em edital. ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno. Sobre a divulgação das provas e dos gabaritos ✓ As provas e os gabaritos preliminares estarão disponíveis no site do Instituto AOCP no endereço eletrônico www.institutoaocp.org.br, conforme previsto em Edital. NOME DO CANDIDATO INSCRIÇÃO FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 2 Cirurgia Geral Uma paciente de 72 anos será submetida a uma cirurgia eletiva de histerectomia aberta e, para isso, passa por uma consulta pré-anestésica. Diante do caso, o anestesista opta em associar um bloqueio anestésico para a paciente. Com base no caso clínico e nos bloqueios anestésicos,

Julgue o item: A raquianestesia consiste em uma alternativa a pacientes como a citada nesse caso, a depender do procedimento cirúrgico em questão, pois evita a manipulação da via aérea e as complicações da intubação traqueal.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra as vantagens do bloqueio de neuroeixo frente à anestesia geral na paciente idosa. A raquianestesia, com injeção única no espaço subaracnóideo, produz bloqueio sensitivo e motor confiável até níveis torácicos médios, suficiente para uma histerectomia abdominal aberta, e dispensa laringoscopia, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Com isso, afasta as complicações associadas à manipulação da via aérea (trauma dentário e de orofaringe, laringoespasma, broncoaspiração, via aérea difícil não prevista) e reduz náuseas e vômitos pós-operatórios, consumo de opioides e, em pacientes de 72 anos como a do caso, o risco de delírium pós-operatório. A ressalva pertinente é hemodinâmica, e não conceitual: o bloqueio simpático causa hipotensão e bradicardia, que exigem volume e vasopressor, mas isso não invalida a técnica, cuja escolha depende do porte e da duração do procedimento, como o próprio item explicita. Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito E

este Caderno, com cento e vinte itens, você receberá do fiscal ✓ Confira seu nome, o número do seu documento e o número de sua inscrição em todos os documentos entregues pelo fiscal. Além disso, não se esqueça de conferir seu Caderno quanto a falhas de impressão e de numeração e se o programa corresponde àquele para o qual você se inscreveu. ✓ O não cumprimento a qualquer uma das determinações constantes em eliminação do candidato. Sobre o material a ser devolvido pelo candidato respostas das questões devem ser preenchidas da seguinte maneira: ● transparente de cor azul ou preta. Esse documento deve ser devolvido ao fiscal na saída, devidamente preenchido e assinado. ✓ O julgamento de cada item deste Caderno será CERTO ou de marcação: o campo designado com o código C, que deverá ser preenchido pelo candidato caso julgue o item CERTO, e o campo designado com o código E, que deverá ser preenchido pelo candidato caso julgue o item ERRADO. Sobre a duração da prova e a permanência na sala ✓ O prazo de realização da prova é de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos, ✓ Após 60 (sessenta) minutos do início da prova, o candidato estará liberado para utilizar o sanitário ou deixar definitivamente o local de aplicação, não podendo, no entanto, levar este Caderno e nenhum tipo de anotação de suas respostas. ✓ O candidato poderá levar consigo este Caderno somente se aguardar em sala até o término do prazo de realização da prova estabelecido em edital. ✓ Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala juntos, após assinatura do Termo de Fechamento do Envelope de Retorno. Sobre a divulgação das provas e dos gabaritos ✓ As provas e os gabaritos preliminares estarão disponíveis no site do Instituto AOCP no endereço eletrônico www.institutoaocp.org.br, conforme previsto em Edital. NOME DO CANDIDATO INSCRIÇÃO FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 2 Cirurgia Geral Uma paciente de 72 anos será submetida a uma cirurgia eletiva de histerectomia aberta e, para isso, passa por uma consulta pré-anestésica. Diante do caso, o anestesista opta em associar um bloqueio anestésico para a paciente. Com base no caso clínico e nos bloqueios anestésicos,

Julgue o item: Caso o anestesista opte por colocar um cateter epidural, em geral, ele não deve ser colocado após 24 horas da última dose de heparina de baixo peso molecular (HBPM) e não deve ser removido antes de 12 horas após a última dose de HBPM.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra os intervalos de segurança entre heparina de baixo peso molecular e punção/manipulação de neuroeixo, padronizados pelas recomendações da ASRA para prevenção de hematoma epidural. A afirmação inverte a lógica temporal: o problema não é puncionar ou passar o cateter depois de 24 horas da última dose, e sim antes do intervalo mínimo de segurança. A regra é aguardar pelo menos 12 horas após a última dose profilática de HBPM (por exemplo, enoxaparina 40 mg ao dia) e pelo menos 24 horas após dose terapêutica ou plena antes de puncionar ou instalar o cateter epidural. Quanto à retirada, a orientação é remover o cateter no mínimo 12 horas após a última dose profilática, retomando a HBPM apenas cerca de 4 horas depois da remoção. Ou seja, o intervalo de 24 horas foi atribuído à situação errada e o enunciado transforma um limite mínimo em impedimento máximo, o que torna o item falso. Resposta E

QUESTÃO 4 — Gabarito E

Uma paciente de 48 anos chega ao hospital com relato de vômitos frequentes há 1 dia, progredindo para dor intensa em região subesternal nas últimas horas. Com base no caso clínico e nos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: Uma das hipóteses diagnósticas para essa paciente é a de ruptura esofágica associada à síndrome de Mallory-Weiss.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa a distinção entre duas lesões esofagogástricas induzidas por vômito, e a associação proposta é incorreta. A síndrome de Mallory-Weiss é uma laceração mucosa e submucosa longitudinal na junção esofagogástrica, não transmural, cuja manifestação típica é hemorragia digestiva alta (hematêmese após episódios de vômito), com sangramento autolimitado na maioria dos casos e sem mediastinite. A ruptura esofágica pós-emética, transmural, é a síndrome de Boerhaave, que caracteristicamente ocorre no terço distal e na parede posterolateral esquerda e se apresenta exatamente como a vinheta descreve: vômitos repetidos seguidos de dor torácica intensa retroesternal, podendo evoluir com enfisema subcutâneo, derrame pleural e sepse. Portanto, a hipótese correta para essa paciente seria Boerhaave, e não ruptura esofágica associada a Mallory-Weiss, que por definição não perfura toda a parede. Resposta E

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Uma paciente de 48 anos chega ao hospital com relato de vômitos frequentes há 1 dia, progredindo para dor intensa em região subesternal nas últimas horas. Com base no caso clínico e nos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: O diagnóstico de uma possível perfuração esofágica pode ser feito por meio de uma radiografia do tórax, que pode demonstrar um hidropneumotórax, ou de uma esofagografia com contraste.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item aborda a investigação por imagem da perfuração esofágica, e a afirmação está correta. A radiografia de tórax é o primeiro exame, barato e disponível, e costuma ser anormal na maioria dos casos: pode mostrar pneumomediastino, enfisema subcutâneo cervical, alargamento mediastinal, derrame pleural e, quando há comunicação com a cavidade pleural, hidropneumotórax, mais frequentemente à esquerda nas rupturas do terço distal, como na síndrome de Boerhaave sugerida pela vinheta. A confirmação clássica é a esofagografia contrastada, iniciada com contraste hidrossolúvel para evitar mediastinite química pelo bário e, se negativa apesar da forte suspeita, repetida com bário diluído, que tem maior sensibilidade para extravasamentos pequenos. A tomografia de tórax com contraste é hoje a alternativa mais usada na emergência, mas isso não invalida os métodos citados no item. Resposta C

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Uma paciente de 48 anos chega ao hospital com relato de vômitos frequentes há 1 dia, progredindo para dor intensa em região subesternal nas últimas horas. Com base no caso clínico e nos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: O tratamento cirúrgico não está indicado para todos os pacientes com perfuração do esôfago, pois a conduta depende de fatores como a estabilidade do paciente, a extensão da contaminação e a localização da perfuração. Caso o paciente esteja instável, necessitará de uma rápida avaliação e tratamento imediato.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a individualização do tratamento da perfuração esofágica, e a afirmação procede. Nem todo paciente vai à cirurgia: perfurações contidas, sem sinais sistêmicos, com drenagem do extravasamento de volta à luz esofágica, contaminação limitada e localização favorável (sobretudo cervical) podem ser conduzidas de forma conservadora, com jejum, antibioticoterapia de amplo espectro, inibidor de bomba de prótons, suporte nutricional e drenagem dirigida, ou por via endoscópica com prótese ou cliques. Os fatores que a assertiva enumera são exatamente os que orientam a decisão: estabilidade hemodinâmica, extensão da contaminação mediastinal e pleural, tempo decorrido desde a perfuração, tamanho e localização da lesão e presença de doença esofágica de base. Já o paciente instável, com sepse ou contaminação ampla, exige avaliação rápida e intervenção imediata (reanimação, drenagem, reparo primário com reforço ou exclusão esofágica), pois a mortalidade aumenta com o retardo. Resposta C

QUESTÃO 7 — Gabarito E

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: Esse paciente pode ser classificado como em estado de choque classe II.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item pede a classificação do choque hemorrágico do ATLS a partir dos parâmetros da vinheta: frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35 irpm em trauma abdominal contuso. O choque classe II corresponde a perda de cerca de 15 a 30% da volemia e cursa com taquicardia entre 100 e 120 bpm, frequência respiratória de 20 a 30 irpm, pressão arterial sistólica ainda normal (com pinçamento da pressão de pulso pelo aumento da diastólica) e débito urinário preservado. O dado que quebra essa classificação é a hipotensão franca, que só aparece a partir da classe III, somada à taquipneia acima de 30 irpm e à taquicardia superior a 120 bpm. Portanto, o paciente não é classe II, e sim classe III, com perda estimada de 31 a 40% da volemia e necessidade de hemocomponentes além de cristalóide. Resposta E

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: O paciente em questão tem indicação de receber transfusão sanguínea, já que se trata de um choque grau III.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item une classificação e conduta, e ambas estão corretas. Pelos parâmetros do ATLS, frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 70 x 40 mmHg (hipotensão instalada, com pressão de pulso estreitada) e frequência respiratória de 35 irpm colocam esse politraumatizado no choque hemorrágico classe III, correspondente a perda de aproximadamente 31 a 40% da volemia. É justamente a partir dessa classe que a reposição apenas com cristalóide deixa de ser suficiente: o paciente tem indicação de transfusão de hemocomponentes, idealmente com protocolo de transfusão maciça em proporção balanceada de concentrado de hemácias, plasma fresco congelado e plaquetas, associado a controle precoce do foco de sangramento, hemostasia e reanimação de controle de danos. No trauma abdominal contuso descrito, a busca ativa da fonte hemorrágica (FAST, laparotomia) corre em paralelo à transfusão. Resposta C

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: A perda de sangue estimada para esse paciente é de 30-40% do seu total.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa a correlação entre a classe de choque e o volume de sangue perdido. Com frequência cardíaca de 122 bpm, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35 irpm, o paciente está em choque hemorrágico classe III do ATLS, definido pela presença de hipotensão associada a taquicardia acima de 120 bpm, taquipneia de 30 a 40 irpm, redução do débito urinário e alteração do nível de consciência (ansiedade e confusão). A perda volêmica estimada para essa classe é de 31 a 40% da volemia, o que em um adulto de porte médio corresponde a cerca de 1500 a 2000 mL. A faixa de 30 a 40% trazida pela assertiva é, portanto, compatível com o quadro descrito. Lembre-se de que esses parâmetros são estimativas orientadoras e podem ser mascarados em idosos, betabloqueados, atletas e gestantes. Resposta C

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: Caso haja sinais de dor abdominal e peritonite, com líquido intra-abdominal detectado no FAST, há indicação de laparotomia exploradora imediata.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o algoritmo de decisão no trauma abdominal contuso, e a afirmação procede. Peritonite ou dor abdominal com irritação peritoneal já é, por si só, indicação de laparotomia, pois traduz lesão de víscera oca ou hemoperitônio significativo. Quando a esse achado se soma um FAST positivo, ou seja, líquido livre intra-abdominal em paciente hemodinamicamente instável como o da vinheta (pressão arterial de 70 x 40 mmHg, taquicárdico e taquipneico), a conduta é laparotomia exploradora imediata, sem perder tempo com tomografia. A regra prática do ATLS é clara: instabilidade hemodinâmica com FAST positivo vai direto para a sala de cirurgia; o paciente estável com FAST positivo é quem pode ser levado à tomografia e eventualmente tratado de forma não operatória. Resposta C

QUESTÃO 11 — Gabarito E

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: Pode-se afirmar que o paciente se encontra na tríade letal, quando são encontradas acidose, hipertermia e coagulopatia associadas.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a tríade letal do trauma, e o erro está em um dos seus componentes. A tríade é composta por hipotermia, acidose metabólica e coagulopatia, e não por hipertermia como afirma a assertiva. A lógica fisiopatológica explica a substituição: a hipoperfusão gera metabolismo anaeróbio e acidose láctica; a exposição, a infusão de fluidos frios e a própria queda do débito cardíaco causam hipotermia; e tanto o frio quanto a acidose inibem a atividade das enzimas da cascata de coagulação e a função plaquetária, perpetuando o sangramento em um ciclo vicioso que se retroalimenta e eleva a mortalidade. Por isso a reanimação de controle de danos inclui aquecimento ativo do paciente e dos hemoderivados, hemostasia precoce, hipotensão permissiva quando cabível e uso de ácido tranexâmico. Trocar hipotermia por hipertermia inverte o conceito e torna o item falso. Resposta E

QUESTÃO 12 — Gabarito E

Um paciente de 23 anos sofreu um acidente automobilístico com trauma contuso abdominal importante. Foi admitido no serviço de emergência com frequência cardíaca de 122, pressão arterial de 70 x 40 mmHg e frequência respiratória de 35ipm. Em relação ao manejo desse paciente e aos conhecimentos médicos correlacionados,

Julgue o item: Caso o paciente apresente lesão esplênica com laceração envolvendo vasos hilares e desvascularização importante, maior que 25% do baço, pode-se classificar essa lesão como grau III.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a graduação AAST da lesão esplênica e a classificação apresentada está subestimada. Laceração que compromete vasos segmentares ou hilares produzindo desvascularização maior que 25% do baço corresponde ao grau IV, e não ao grau III. Para revisar a escala: grau I é hematoma subcapsular menor que 10% da superfície ou laceração com menos de 1 cm de profundidade; grau II é hematoma subcapsular de 10 a 50% ou laceração de 1 a 3 cm; grau III é hematoma subcapsular maior que 50%, hematoma intraparenquimatoso com mais de 5 cm, hematoma roto ou laceração com mais de 3 cm de profundidade; grau IV inclui a desvascularização acima de 25% por lesão de vasos segmentares ou hilares; e grau V corresponde ao baço destruído ou à lesão vascular hilar que desvasculariza todo o órgão. Como o achado descrito preenche o critério do grau IV, a assertiva está incorreta. Resposta E

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Em mais de 95% dos pacientes com sangramento gastrointestinal baixo, a fonte da hemorragia é o cólon, sendo o intestino delgado apenas ocasionalmente responsável.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a epidemiologia topográfica da hemorragia digestiva baixa, ou seja, do sangramento originado distalmente ao ligamento de Treitz. A afirmação procede: a literatura cirúrgica clássica registra que em mais de 95% dos casos a fonte está no cólon (doença diverticular, angiodisplasia, colites, neoplasia e doença orificial), cabendo ao intestino delgado apenas uma fração pequena dos episódios. É justamente por isso que o delgado é chamado de fonte obscura, investigado com cápsula endoscópica ou enteroscopia somente depois de colonoscopia e endoscopia digestiva alta negativas. Esse dado tem consequência prática direta no paciente da vinheta, homem de 68 anos com enterorragia autolimitada: a investigação ambulatorial começa pela colonoscopia, exame que combina diagnóstico e terapêutica e ainda permite rastrear neoplasia colorretal na faixa etária dele. Resposta C

QUESTÃO 14 — Gabarito E

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: A cintilografia com tecnécio-99m é o método mais sensível e preciso para localizar o sangramento gastrointestinal, tanto no intestino delgado quanto no grosso. FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 3

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra as limitações da cintilografia com hemácias marcadas por tecnécio-99m na hemorragia digestiva baixa. A afirmação erra ao chamar o método de preciso para localizar o sangramento. É verdade que a cintilografia é o exame mais sensível entre os métodos de detecção, pois identifica sangramentos de fluxo muito baixo, da ordem de 0,1 a 0,5 mL/min, bem abaixo do limiar da arteriografia; o problema está na acurácia topográfica. Como o radiotraçador extravasa para a luz e é deslocado pelo peristaltismo, a imagem mostra apenas a região abdominal onde o sangue se acumulou, e não o ponto de origem, com erro de localização relevante em parcela expressiva dos exames. Por isso a cintilografia funciona como triagem, indicando quem deve seguir para arteriografia ou colonoscopia, e nunca deve, sozinha, definir uma ressecção segmentar. O correto seria dizer mais sensível, porém pouco preciso na localização. Resposta E

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: A angiografia seletiva pode detectar hemorragia na faixa de 0,5 a 1,0 mL/min e geralmente é usada para o diagnóstico de hemorragia contínua, apresentando capacidade terapêutica.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o papel da arteriografia seletiva mesentérica na hemorragia digestiva baixa, e a afirmação está integralmente correta. O limiar de detecção descrito, de 0,5 a 1,0 mL/min de sangramento ativo, é o classicamente citado: como o exame depende de visualizar o contraste extravasando para a luz intestinal, ele só rende quando a hemorragia está em curso no momento da injeção, o que explica a indicação preferencial nos sangramentos contínuos ou recorrentes e a baixa positividade nos casos já cessados, como o do paciente da vinheta. O diferencial da arteriografia frente à cintilografia é duplo: além de localizar o vaso culpado com precisão anatômica, ela permite tratamento no mesmo tempo, por embolização supersseletiva com microcoils ou micropartículas ou por infusão intra-arterial de vasopressina, poupando o doente de uma laparotomia de urgência. Resposta C

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: O carcinoma colorretal é uma das causas de hemorragia digestiva baixa, porém é uma causa incomum de sangramento significativo.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a distinção entre a frequência de uma etiologia e a gravidade do sangramento que ela produz. A afirmação procede: o carcinoma colorretal figura entre as causas de hemorragia digestiva baixa, sobretudo em pacientes acima de 50 anos como o da vinheta, mas costuma se manifestar por perda crônica e oculta, traduzida em anemia ferropriva, hematoquezia intermitente de pequeno volume ou sangue misturado às fezes, e não por hemorragia maciça com repercussão hemodinâmica. O sangramento volumoso da hemorragia digestiva baixa é tipicamente arterial e responde muito mais à doença diverticular e à angiodisplasia. Isso não diminui a importância da neoplasia no raciocínio: qualquer enterorragia nessa faixa etária obriga colonoscopia completa para excluir câncer, ainda que o sangramento tenha cessado espontaneamente. Resposta C

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: A angiodisplasia também pode ser uma causa de sangramento digestivo baixo, suas lesões são consideradas degenerativas adquiridas e são usualmente associadas à estenose da artéria aorta e à insuficiência renal, especialmente em pacientes idosos.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a angiodisplasia, ectasia vascular adquirida e degenerativa que acomete tipicamente o ceco e o cólon direito de idosos e responde por parcela relevante das hemorragias digestivas baixas. A descrição está quase toda certa, e o erro se esconde em uma palavra: a associação clássica é com estenose da valva aórtica, e não com estenose da artéria aorta. Esse binômio de estenose aórtica valvar mais sangramento por angiodisplasia é conhecido como síndrome de Heyde e se explica pela destruição dos múltiplos de alto peso molecular do fator de von Willebrand ao atravessarem a valva estenosada, gerando uma doença de von Willebrand adquirida do tipo 2A. A associação com doença renal crônica, também citada no item, é verdadeira e decorre da disfunção plaquetária urêmica. Trocada a estrutura anatômica, a assertiva se torna falsa. Resposta E

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Um paciente de 68 anos apresentou sangramento via retal recente, cessando espontaneamente. Em seguida, procurou o atendimento médico ambulatorial para iniciar a investigação da causa desse episódio. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Uma das principais causas de sangramento anorretal são as hemorroidas e as fissuras anais.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra as causas mais frequentes de sangramento de origem anorretal, e a afirmação procede. Doença hemorroidária e fissura anal respondem pela maior parte da hematoquezia de pequeno volume vista no ambulatório: nas hemorroidas internas o sangue é vermelho vivo, indolor, goteja ao final da evacuação ou suja o papel; na fissura, o mesmo sangramento vem acompanhado de dor anal intensa, em facada, durante e após a defecação, o que ajuda na diferenciação clínica. Ainda assim, reconhecer a doença orificial não encerra a investigação em um paciente de 68 anos como o da vinheta, porque a coexistência de hemorroidas com neoplasia colorretal é frequente; a conduta correta é o exame proctológico com anuscopia somado à colonoscopia, jamais atribuir o sangramento à hemorroida apenas pelo achado ao exame local. Resposta C

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Trata-se de provável hérnia inguinal, mais comum no sexo masculino.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o diagnóstico sindrômico do abaulamento inguinal e sua epidemiologia. A afirmação procede: abaulamento na região inguinal que aparece ou aumenta ao esforço e à manobra de Valsalva, com desconforto local e sem sinais flogísticos, é a apresentação típica da hérnia inguinal redutível; a ausência de calor, rubor e dor intensa afasta encarceramento com estrangulamento e também processos inflamatórios ou infecciosos locais, como adenite. A predominância masculina é marcante, com razão aproximada de 8 a 9 homens para cada mulher e risco de desenvolver hérnia inguinal ao longo da vida em torno de 25% nos homens contra cerca de 2% nas mulheres, o que se explica pela passagem do funículo espermático e pela persistência potencial do conduto peritoniovaginal. O diagnóstico é essencialmente clínico, e a ultrassonografia fica reservada aos casos duvidosos. Resposta C

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: As hérnias diretas ocorrem no triângulo de Hesselbach, enquanto as hérnias inguinais indiretas originam-se lateralmente ao triângulo.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a anatomia que sustenta a classificação das hérnias inguinais, e a afirmação está correta. O triângulo de Hesselbach é delimitado pelo ligamento inguinal inferiormente, pela borda lateral do músculo reto abdominal medialmente e pelos vasos epigástricos inferiores lateralmente; a hérnia direta protrui exatamente por essa área de fraqueza da fáscia transversal, medial aos vasos epigástricos inferiores, sendo por isso uma hérnia adquirida, ligada ao esforço e à degeneração da parede. Já a hérnia indireta emerge pelo anel inguinal profundo, situado lateralmente ao triângulo de Hesselbach e lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, acompanhando o funículo espermático dentro do canal inguinal e podendo alcançar a bolsa escrotal; sua origem é congênita, pela persistência do conduto peritoniovaginal. A relação com os vasos epigástricos inferiores é o marco intraoperatório que separa os dois tipos. Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito E

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: As hérnias inguinais indiretas com anel inguinal normal são classificadas como tipo II de Nyhus.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a classificação de Nyhus para as hérnias da região inguinal, e a afirmação troca o número do tipo. Nessa classificação, o tipo I corresponde à hérnia inguinal indireta com anel inguinal interno de tamanho e configuração normais, situação típica de lactentes, crianças e adultos jovens, exatamente o cenário possível no paciente de 32 anos da vinheta. O tipo II é a hérnia indireta com anel inguinal interno alargado ou dilatado, porém com parede posterior íntegra e sem comprometimento do assoalho do canal inguinal. O tipo III reúne os defeitos da parede posterior, subdividido em IIIA para a hérnia direta, IIIB para a indireta com destruição do assoalho, incluindo as escrotais e a hérnia em pantalone, e IIIC para a hérnia femoral. O tipo IV designa as hérnias recidivadas. O correto, portanto, seria tipo I. Resposta E

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: É recomendada a intervenção cirúrgica quando ocorre a descoberta de uma hérnia inguinal sintomática, porque a história natural pode resultar em potencial encarceramento e estrangulamento.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a indicação cirúrgica na hérnia inguinal, e a afirmação procede. Diante de hérnia inguinal sintomática, isto é, que provoca dor, desconforto ou limitação das atividades, como o desconforto local relatado pelo paciente de 32 anos da vinheta, a conduta recomendada é o reparo eletivo, justamente porque a história natural da doença é progressiva: o defeito não se fecha espontaneamente, tende a aumentar e expõe o doente ao risco de encarceramento e de estrangulamento, complicação que impõe cirurgia de urgência, eventual ressecção intestinal e morbimortalidade muito superior à do procedimento programado. A conduta expectante vigilante, respaldada por ensaios clínicos, aplica-se apenas às hérnias assintomáticas ou minimamente sintomáticas em pacientes selecionados, e mesmo nesse grupo a maioria acaba operando por surgimento de sintomas. Resposta C

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: O reparo de McVay é particularmente utilizado para hérnias femorais estranguladas, porque ele proporciona obliteração do espaço femoral sem o uso de malha.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra as particularidades do reparo de McVay, também chamado de reparo do ligamento de Cooper, e a afirmação está correta. Nessa técnica o arco aponeurótico do transverso e a fáscia transversal são suturados ao ligamento de Cooper na porção medial e ao trato iliopúbico lateralmente, após incisão de relaxamento na bainha do reto, o que fecha não apenas o canal inguinal mas também o espaço femoral, motivo pelo qual o método é classicamente indicado para as hérnias femorais. Sua grande utilidade contemporânea está na hérnia femoral encarcerada ou estrangulada: por ser reparo puramente tecidual, dispensa a colocação de tela protética em campo potencialmente contaminado ou com necessidade de ressecção intestinal, situação em que o material sintético eleva o risco de infecção. O preço é maior tensão na linha de sutura e mais dor pós-operatória. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito E

Um paciente do sexo masculino de 32 anos percebeu um abaulamento em região inguinal à direita, mais evidente ao esforço físico, com desconforto local eventual, sem sinais flogísticos. Com base no caso descrito e nos conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: No reparo de Shouldice, uma tela inabsorvível protética é confeccionada para proteger ou reforçar o canal inguinal, a qual é suturada com fio inabsorvível começando no tubérculo púbico.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a técnica de Shouldice e descreve, na verdade, outro reparo. O Shouldice é uma herniorrafia puramente tecidual, sem qualquer prótese: após a abertura da fáscia transversal, a parede posterior do canal inguinal é reconstruída por imbricação em quatro planos superpostos, com sutura contínua de fio inabsorvível, tradicionalmente aço monofilamentar ou polipropileno, aproximando fáscia transversal, arco aponeurótico do transverso e tendão conjunto ao trato iliopúbico e ao ligamento inguinal. É o reparo sem tela com as menores taxas de recidiva quando executado por cirurgiões experientes. A descrição do enunciado, com tela protética inabsorvível reforçando o canal inguinal e suturada com fio inabsorvível a partir do tubérculo púbico, corresponde à hernioplastia de Lichtenstein, técnica livre de tensão. Resposta E

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: O eletrocardiograma número 1 denota um eletrocardiograma com supradesnivelamento do segmento ST, compatível com infarto agudo do miocárdio.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o reconhecimento eletrocardiográfico da síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento do segmento ST. A vinheta descreve um homem de 80 anos com perda súbita de consciência em via pública que chega hipotenso (80x40 mmHg), com estertores em todos os campos pulmonares e turgência jugular, ou seja, baixo débito somado a congestão pulmonar e sistêmica: o cenário clássico de infarto extenso complicado. O traçado número 1 exhibe elevação do ponto J e do segmento ST em derivações contíguas, achado que, diante de quadro clínico compatível, fecha o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST pela Quarta Definição Universal de Infarto (elevação de ST maior ou igual a 1 mm em duas derivações contíguas, ou maior ou igual a 2 mm em V2-V3 nos homens acima de 40 anos). Vale lembrar que esse é um diagnóstico eletrocardiográfico e clínico: aciona a estratégia de reperfusão imediatamente, sem esperar a troponina. A afirmação, portanto, procede. Resposta C

QUESTÃO 26 — Gabarito E

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: O paciente apresenta-se em Killip III. FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 4

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a classificação de Killip-Kimball, que estratifica o infarto agudo do miocárdio pela repercussão hemodinâmica na admissão: Killip I, sem sinais de congestão; Killip II, com estertores em até metade dos campos pulmonares, terceira bulha ou turgência jugular; Killip III, com edema agudo de pulmão (estertores difusos, acima da metade dos campos); e Killip IV, com choque cardiogênico, definido por pressão sistólica abaixo de 90 mmHg acompanhada de sinais de hipoperfusão. O paciente da vinheta reúne estertores em todos os segmentos pulmonares e turgência jugular, o que isoladamente sugeriria Killip III, mas apresenta também pressão arterial de 80x40 mmHg após síncope, isto é, hipotensão com má perfusão. O dado pressórico reclassifica o caso para Killip IV, a categoria de maior mortalidade. O erro do item está justamente em desprezar a pressão arterial e parar no grau III. Resposta E

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: No eletrocardiograma número 2, o paciente apresenta taquicardia ventricular.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a interpretação de uma taquiarritmia de QRS largo. No eletrocardiograma número 2 observa-se ritmo rápido, regular, com QRS alargado e morfologia monomórfica, sem ondas P conduzidas identificáveis, padrão que caracteriza taquicardia ventricular. Além da leitura morfológica, vale a regra epidemiológica de segurança: toda taquicardia de complexo largo em paciente idoso e com cardiopatia isquêmica aguda, como o desta vinheta, deve ser presumida taquicardia ventricular até prova em contrário, pois é essa a origem em mais de 80% dos casos, e os critérios de Brugada e de Vereckei servem para reforçar, não para relativizar essa presunção. Tratar como taquicardia supraventricular com aberrância uma taquicardia ventricular real expõe o paciente a antiarrítmicos inadequados e a colapso hemodinâmico. A afirmação está correta. Resposta C

QUESTÃO 28 — Gabarito E

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: Na ausência de pulso no eletrocardiograma número 2, deve-se realizar cardioversão elétrica sincronizada.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a distinção entre choque sincronizado e não sincronizado. Taquicardia ventricular SEM pulso é ritmo de parada cardiorrespiratória e entra no braço chocável do ACLS junto com a fibrilação ventricular: a conduta é desfibrilação imediata, ou seja, choque NÃO sincronizado, seguido de retomada imediata das compressões por dois minutos, adrenalina 1 mg a cada 3 a 5 minutos e amiodarona 300 mg em bolus após o terceiro choque. A cardioversão elétrica sincronizada está indicada na taquicardia ventricular COM pulso e instabilidade hemodinâmica; além disso, o sincronismo depende do reconhecimento da onda R pelo aparelho, e em ritmos de parada essa sincronização pode simplesmente não ocorrer, atrasando de forma perigosa a entrega do choque. O erro do item está no termo sincronizada, que deveria ser substituído por desfibrilação. Resposta E

QUESTÃO 29 — Gabarito E

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: No contexto clínico apresentado, o paciente não apresenta benefício na revascularização miocárdica imediata.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item afirma que o paciente não se beneficiaria de revascularização miocárdica imediata, e isso inverte exatamente a recomendação vigente. Trata-se de infarto com supradesnivelamento de ST complicado por choque cardiogênico (hipotensão, congestão pulmonar e turgência jugular) e por arritmia ventricular maligna. Nesse cenário, a revascularização precoce da artéria culpada, preferencialmente por angioplastia primária, com cirurgia de revascularização reservada à anatomia desfavorável, é a única medida que comprovadamente reduz mortalidade, evidência consagrada pelo estudo SHOCK e incorporada às diretrizes de síndrome coronariana aguda. Justamente por ser de altíssimo risco, o paciente em choque é aquele com maior benefício absoluto, sem limite rígido de janela temporal e independentemente da idade avançada. Portanto o item está errado. Resposta E

QUESTÃO 30 — Gabarito E

Clínica Médica Paciente de 80 anos foi encontrado em rua pública, e testemunhas disseram que ele estava caminhando quando subitamente caiu no chão, perdendo a consciência. No hospital, foi realizado eletrocardiograma mostrado a seguir. Ao exame físico, sua pressão arterial era de 80x40mmHg, havia estertores pulmonares em todos os segmentos pulmonares com turgência jugular; sua glicemia estava normal. Durante seu atendimento, o paciente demonstrou um ritmo cardíaco no monitor. Com base nos conhecimentos clínicos e nos eletrocardiogramas apresentados,

Julgue o item: O uso de balão intra-aórtico bem como o uso de amiodarona melhoram o prognóstico desse paciente.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item reúne duas intervenções que não demonstraram ganho prognóstico. O balão intra-aórtico foi testado no ensaio IABP-SHOCK II em choque cardiogênico pós-infarto e não reduziu mortalidade em 30 dias nem no seguimento de longo prazo, o que levou as diretrizes a rebaixarem sua indicação de rotina, restringindo-o a situações selecionadas, como complicações mecânicas. A amiodarona, por sua vez, é antiarrítmico usado para reverter ou prevenir recorrência de taquicardia ventricular e, na parada cardiorrespiratória, aumenta a taxa de retorno da circulação espontânea e de admissão hospitalar, mas sem melhora comprovada de sobrevida à alta com bom desfecho neurológico; fora da parada, controla a arritmia sem alterar mortalidade. Como nenhuma das duas medidas melhora prognóstico, o item é falso. Resposta E

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Pela epidemiologia, provavelmente trata-se de carcinoma urotelial.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra epidemiologia dos tumores de bexiga. Trata-se de homem de 78 anos, tabagista pesado com carga tabágica altíssima (cerca de três maços por dia desde os 15 anos), com hematúria macroscópica, emagrecimento, anemia e massa em parede posterior da bexiga. O carcinoma urotelial, antes chamado de células transicionais, responde por cerca de 90% dos tumores vesicais nos países ocidentais, e o tabagismo é o principal fator de risco modificável, aumentando o risco em três a quatro vezes e explicando quase metade dos casos, junto com a exposição ocupacional a aminas aromáticas. Os diferenciais histológicos são bem menos prováveis aqui: o carcinoma epidermoide associa-se a esquistossomose e irritação crônica, cenário de países como o Egito, e o adenocarcinoma relaciona-se ao úraco. A procedência dos Estados Unidos reforça a hipótese urotelial. Resposta C

QUESTÃO 32 — Gabarito E

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: A anemia esperada nesse paciente é a macrocítica, sendo que a endoscopia faz parte da avaliação etiológica de anemia.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item mistura uma afirmação falsa com outra verdadeira, e em prova de certo ou errado basta uma parte falsa para invalidar todo o enunciado. A anemia esperada nesse paciente é MICROCÍTICA e hipocrômica, por deficiência de ferro secundária a perda sanguínea crônica, no caso pela hematúria macroscópica de repetição, com hemoglobina de 7,6 e queda progressiva acompanhada de fraqueza. Anemia macrocítica remeteria a deficiência de vitamina B12 ou folato, a síndromes mielodisplásicas ou a etilismo e hipotireoidismo, nada disso sugerido pela vinheta. Já a segunda parte procede: diante de anemia ferropriva em homem idoso, a investigação do trato gastrointestinal com endoscopia digestiva alta e colonoscopia é obrigatória para excluir neoplasia oculta, e foi por isso que a endoscopia foi realizada. O erro está no termo macrocítica. Resposta E

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Hematúria é o sintoma mais frequente, geralmente indolor.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a apresentação clínica do câncer de bexiga. A hematúria é de fato a manifestação mais frequente, presente em torno de 80% a 90% dos casos, e caracteristicamente é macroscópica, total, intermitente e INDOLOR, exatamente como descrito na vinheta. A ausência de dor é o dado semiológico que a distingue da hematúria de litíase urinária e de infecção, nas quais predominam cólica renal ou sintomas irritativos miccionais. Sintomas irritativos isolados, como disúria e urgência, podem ocorrer e sugerem carcinoma in situ. O ponto prático é que hematúria macroscópica em paciente acima de 40 anos, ainda mais tabagista, obriga investigação com cistoscopia e imagem do trato urinário superior, pois o caráter intermitente do sangramento faz muitos pacientes retardarem a procura por atendimento após um episódio que cessou sozinho. Resposta C

QUESTÃO 34 — Gabarito E

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: De acordo com os dados epidemiológicos esperados para esse paciente, a quimioterapia com cisplatina apresenta resultados frustrantes.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a resposta terapêutica do carcinoma urotelial e afirma o oposto do que se observa na prática. O urotelial é classicamente um tumor QUIMIOSENSÍVEL, e a platina é a espinha dorsal do tratamento: os esquemas MVAC em dose densa e gencitabina com cisplatina alcançam taxas de resposta objetiva da ordem de 50% a 70% na doença avançada. Além disso, a quimioterapia neoadjuvante baseada em cisplatina antes da cistectomia radical é padrão de cuidado na doença músculo-invasiva justamente porque aumenta a sobrevida global e a taxa de resposta patológica completa. O problema clínico real não é a ineficácia da cisplatina, e sim a elegibilidade: idosos com disfunção renal, perda auditiva, neuropatia, insuficiência cardíaca ou mau desempenho podem não tolerar a droga, e nesses casos usa-se carboplatina ou imunoterapia. Dizer que os resultados são frustrantes é incorreto. Resposta E

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Caso falhe a quimioterapia convencional nesse paciente, pode ser utilizado o Enfortumab.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra terapia de resgate no carcinoma urotelial avançado. O enfortumabe vedotina é um anticorpo-droga conjugado dirigido contra a Nectina-4, proteína amplamente expressa nas células uroteliais, que entrega monometil auristatina E diretamente ao tumor. Está aprovado para carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático após falha da quimioterapia com platina e do inibidor de checkpoint imunológico, indicação sustentada pelo estudo EV-301, que demonstrou ganho de sobrevida global e de sobrevida livre de progressão em comparação à quimioterapia de resgate convencional. Mais recentemente, a combinação de enfortumabe vedotina com pembrolizumabe passou a ocupar também a primeira linha em pacientes selecionados. As toxicidades a vigiar são rash cutâneo grave, hiperglicemia e neuropatia periférica. A assertiva está correta. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito E

Um paciente de 78 anos, tabagista pesado (3 carteiras de cigarro por dia desde os 15 anos de idade), proveniente dos Estados Unidos, vem ao consultório médico por apresentar hematúria, emagrecimento e fraqueza. O exame de sangue revelou hemoglobina de 7.6mg/dl. Foram realizadas investigações adicionais com endoscopia digestiva alta que se apresentou normal. Devido à hematúria macroscópica, uma tomografia de abdome foi realizada, sendo identificada uma massa posterior da bexiga em contato com o reto. Constatou-se não haver outras lesões e a ausência de linfonodomegalia. Em relação ao caso clínico apresentado e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: O principal local de metástase desse câncer são os pulmões.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a história natural da disseminação do carcinoma urotelial de bexiga. A via preferencial de disseminação é a LINFÁTICA, e os linfonodos regionais, obturadores, ilíacos internos e externos, pré-sacrais e, em seguida, os retroperitoneais, constituem o principal sítio de metástase; é por isso que a linfadenectomia pélvica estendida integra a cistectomia radical e tem valor prognóstico e terapêutico. Entre as metástases hematogênicas à distância, os sítios mais frequentes são fígado, osso e pulmão, sendo o pulmão apenas um deles, e não o principal local de metástase do tumor. Some-se a isso a extensão local por contiguidade, que na vinheta já se manifesta pela massa em parede posterior da bexiga em contato com o reto. O erro do item está em eleger o pulmão como sítio principal, quando essa posição cabe aos linfonodos. Resposta E

QUESTÃO 37 — Gabarito E

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO₃ de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Trata-se de estado de cetoadicose diabética, sendo necessária hidratação vigorosa com solução salina hipertônica.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o tipo de fluido na fase de expansão da cetoadicose diabética. O paciente preenche a tríade diagnóstica — hiperglicemia (HGT 500 mg/dL), acicose metabólica (pH 7,05 com HCO₃ de 11) e cetose (hálito cetônico) —, de modo que a primeira parte da afirmação procede. O erro está no tipo de solução: a reposição volêmica inicial na cetoadicose é feita com solução salina ISOTÔNICA (NaCl a 0,9%), tipicamente 15 a 20 mL/kg na primeira hora, e não com solução hipertônica. A salina hipertônica não tem papel no tratamento da cetoadicose — seu uso é restrito à hipertensão intracraniana e à hiponatremia sintomática grave — e agravaria a hiperosmolaridade já presente, com risco de piora neurológica e sobrecarga de sódio.

Após a expansão inicial, o fluido é ajustado pelo sódio corrigido: mantém-se salina a 0,9% se o sódio estiver baixo e troca-se por salina a 0,45% se estiver normal ou elevado, acrescentando-se soro glicosado quando a glicemia cai para cerca de 200 mg/dL, até que a cetose e o ânion-gap se resolvam.

Resposta E

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO₃ de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: A terapêutica com insulina regular deve ser realizada preferencialmente por via endovenosa.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a via de administração da insulina na cetoacidose diabética. A insulina regular por via endovenosa contínua, em bomba de infusão, na dose de 0,1 U/kg/h (com ou sem bólus inicial de 0,1 U/kg), é de fato a via preferencial, por duas razões. Primeiro, a meia-vida da insulina regular por via endovenosa é de poucos minutos, o que permite titulação fina e suspensão imediata diante de hipoglicemia ou hipocalemia. Segundo, o paciente em cetoacidose está desidratado e com má perfusão tecidual, o que torna errática e imprevisível a absorção subcutânea ou intramuscular.

O caso descrito — paciente desacordado, com pH de 7,05 e HCO_3^- de 11 — configura cetoacidose grave, cenário em que os esquemas subcutâneos com análogos de ação rápida, aceitáveis apenas nos quadros leves a moderados e sem instabilidade, estão contraindicados. Lembre-se ainda de que a insulina só pode ser iniciada após checar a potassemia: com potássio abaixo de 3,3 mEq/L, repõe-se potássio antes. Aqui, com K de 4,5 mEq/L, a infusão pode começar junto com a reposição.

Resposta C

QUESTÃO 39 — Gabarito E

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO_3^- de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Na presença de leucocitose e acidose, deve-se iniciar o tratamento com antibióticos de largo espectro.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa a interpretação do leucograma na cetoacidose diabética. A leucocitose é achado esperado da própria descompensação metabólica, decorrente da desidratação, da hemoconcentração e da descarga de catecolaminas e cortisol, podendo alcançar valores de 20.000 a 25.000/mm³ sem que exista qualquer infecção. Portanto, a contagem de leucócitos isolada, somada à acidose, não autoriza antibioticoterapia empírica de largo espectro.

O que aponta infecção é o conjunto clínico: febre (a cetoacidose tende a cursar com normotermia ou até hipotermia por vasodilatação periférica), foco identificável, desvio à esquerda expressivo com bastonetes e exames complementares dirigidos — sumário de urina, radiografia de tórax, culturas. A conduta correta é procurar ativamente o fator precipitante (infecção, má adesão à insulina, infarto, pancreatite) e prescrever antimicrobiano dirigido apenas quando houver evidência de infecção, e não cobertura ampla motivada somente pelo hemograma.

Resposta E

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO_3^- de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Deve-se realizar reposição de potássio, entretanto não deve ser utilizada reposição de bicarbonato para esse paciente.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item traz duas condutas e ambas estão corretas. Quanto ao potássio: mesmo com potassemia de 4,5 mEq/L, o déficit corporal total na cetoacidose é grande, porque a insulinopenia e a acidose deslocam o potássio do intracelular para o extracelular, enquanto a diurese osmótica o espolia pela urina. Ao iniciar a insulina e corrigir a acidose, o íon retorna para dentro da célula e a potassemia despenca. Por isso, com potássio entre 3,3 e 5,2 mEq/L, repõem-se 20 a 30 mEq por litro de soro, mantendo alvo de 4 a 5 mEq/L.

Quanto ao bicarbonato: as diretrizes reservam sua administração para pH inferior a 6,9. Com pH de 7,05, não há indicação, já que a própria insulinoterapia interrompe a cetogênese e regenera bicarbonato endógeno, ao passo que o uso desnecessário associa-se a hipocalcemia, acidose líquórica paradoxal, edema cerebral e retardo na resolução da cetose.

Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito E

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO₃ de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Em geral, altas doses de insulina podem ajudar a aumentar a velocidade do decréscimo da glicemia para valores habituais.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a dose de insulina na cetoacidose diabética. O tratamento é feito com doses BAIXAS e contínuas — 0,1 U/kg/h em infusão endovenosa após bólus, ou 0,14 U/kg/h sem bólus —, tendo como meta uma queda glicêmica de 50 a 75 mg/dL por hora. Acelerar essa redução com altas doses não traz benefício e é deletério: a queda abrupta da glicemia derruba rapidamente a osmolaridade plasmática e favorece o edema cerebral, complicação temida sobretudo em pacientes jovens, além de precipitar hipoglicemia e hipocalcemia grave pelo influxo intracelular maciço de glicose e potássio.

Vale reforçar que o objetivo terapêutico não é normalizar a glicemia depressa, e sim fechar o ânion-gap e resolver a cetose. Quando a glicemia atinge cerca de 200 mg/dL, adiciona-se soro glicosado e reduz-se a velocidade de infusão, mantendo-se a insulina até a correção da acidose e a transição para insulina subcutânea com sobreposição de uma a duas horas.

Resposta E

QUESTÃO 42 — Gabarito E

Um paciente de 33 anos foi encontrado desacordado com hálito cetônico, sendo levado direto para a emergência do hospital. Na sua história, consta que, há duas semanas, ele começou a apresentar polidipsia e poliúria. Os exames da emergência demonstram um PH de 7,05; HCO₃ de 11; K de 4,5 meq/l; sódio corrigido de 140 meq/l e seu HGT foi de 500mg/dl; além de presença de leucocitose com 26 mil leucócitos. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: O paciente apresenta uma osmolaridade efetiva plasmática, em torno de 290 meq/l.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item exige o cálculo da osmolaridade efetiva, também chamada de tonicidade, obtida pela fórmula $2 \times \text{sódio} + \text{glicemia}/18$, na qual se despreza a ureia por ser osmol inefetivo (atravessa livremente a membrana celular).

Aplicando os dados da vinheta — sódio corrigido de 140 mEq/L e glicemia de 500 mg/dL —, obtém-se $2 \times 140 + 500/18 = 280 + 27,8$, ou seja, aproximadamente 308 mOsm/kg, e não 290 como afirma o item.

O valor encontrado está acima da faixa normal (285 a 295 mOsm/kg), refletindo a desidratação e a hiperglicemia, mas ainda abaixo do patamar de 320 mOsm/kg que caracteriza o estado hiperglicêmico hiperosmolar. Repare também no equívoco de unidade: osmolaridade se expressa em mOsm/L ou mOsm/kg, jamais em mEq/L. O cálculo importa na prática porque a osmolaridade elevada correlaciona-se com o rebaixamento do nível de consciência e porque sua queda rápida durante o tratamento é o mecanismo do edema cerebral.

Resposta E

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, com história de febre, perda de peso e urina espumosa, foi ao nefrologista para avaliação adicional. Durante sua avaliação, sua creatinina estava em 2,42 mg/dL, com proteinúria de 1,3/24h. Também havia presença de hemoglobina. Além disso, o paciente apresentava história de infecções de vias aéreas superiores como rinossinusites recorrentes. Diante do quadro, o nefrologista levantou a hipótese de doença por depósito de IgA. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: A presença de ANCA geralmente é associada com glomerulonefrite rapidamente progressiva. FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 5

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o perfil sorológico das glomerulonefrites rapidamente progressivas (GNRP). O anticorpo anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) marca as vasculites de pequenos vasos pauci-ímmes — granulomatose com poliangiite (c-ANCA/anti-PR3), poliangiite microscópica e granulomatose eosinofílica com poliangiite (p-ANCA/antimieloperoxidase) —, que constituem a GNRP tipo III, a forma mais frequente de glomerulonefrite crescêntica no adulto. A afirmação, portanto, procede.

A pertinência do anticorpo neste caso é evidente: paciente com febre, perda de peso, hematúria, proteinúria, creatinina de 2,42 mg/dL e rinossinusites de repetição levanta forte suspeita de granulomatose com poliangiite, principal diferencial da nefropatia por IgA aventada pelo nefrologista. A confirmação definitiva exige biópsia renal com imunofluorescência (pauci-ímmune na vasculite, depósito mesangial de IgA na doença de Berger), mas a positividade do ANCA orienta a imunossupressão precoce, decisiva para o prognóstico renal.

Resposta C

QUESTÃO 45 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, com história de febre, perda de peso e urina espumosa, foi ao nefrologista para avaliação adicional. Durante sua avaliação, sua creatinina estava em 2,42 mg/dL, com proteinúria de 1,3/24h. Também havia presença de hemoglobina. Além disso, o paciente apresentava história de infecções de vias aéreas superiores como rinossinusites recorrentes. Diante do quadro, o nefrologista levantou a hipótese de doença por depósito de IgA. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos,

Julgue o item: Insuficiência renal aguda é uma complicação possível, entretanto mais rara.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item aborda a história natural da nefropatia por IgA, ou doença de Berger. A apresentação clássica é a hematúria macroscópica sinfaringítica, que surge no auge de uma infecção de vias aéreas superiores — e não uma a duas semanas depois, como na glomerulonefrite pós-estreptocócica —, ou a hematúria microscópica com proteinúria descoberta em exame de rotina.

A lesão renal aguda é, de fato, uma complicação possível, porém incomum, e reconhece dois mecanismos principais: necrose tubular aguda provocada pelos cilindros hemáticos durante episódio de hematúria macroscópica, geralmente reversível com medidas de suporte; e evolução para glomerulonefrite rapidamente progressiva com formação de crescentes, forma grave que exige biópsia renal e imunossupressão. A regra, contudo, é o curso crônico e lentamente progressivo, com cerca de um quarto a um terço dos pacientes atingindo doença renal terminal em duas a três décadas.

Resposta C

QUESTÃO 46 — Gabarito E

Paciente de 30 anos, com história de febre, perda de peso e urina espumosa, foi ao nefrologista para avaliação adicional. Durante sua avaliação, sua creatinina estava em 2,42 mg/dl, com proteinúria de 1,3/24h. Também havia presença de hemoglobina. Além disso, o paciente apresentava história de infecções de vias aéreas superiores como rinossinusites recorrentes. Diante do quadro, o nefrologista levantou a hipótese de doença por depósito de IgA. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos, Julgue o item: Pressão arterial elevada, desde o diagnóstico, é indicador de bom prognóstico.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item inverte um marcador prognóstico consagrado. Na nefropatia por IgA, a hipertensão arterial já presente ao diagnóstico é indicador de PIOR prognóstico, e não de bom prognóstico, pois traduz dano glomerular estabelecido e acelera a perda de função renal. Compõem o mesmo grupo de mau prognóstico a proteinúria persistente acima de 1 g em 24 horas, a redução da taxa de filtração glomerular ou a creatinina elevada na apresentação — como os 2,42 mg/dL do paciente da vinheta — e os achados histológicos da classificação de Oxford (MEST-C): hiper celularidade mesangial, proliferação endocapilar, esclerose segmentar, atrofia tubular com fibrose intersticial e crescentes.

Bom prognóstico associa-se justamente ao oposto: episódios de hematúria macroscópica recorrente isolada, sem proteinúria significativa, com pressão arterial e função renal normais. Por isso o controle pressórico rigoroso com bloqueio do sistema renina-angiotensina é a pedra angular do tratamento.

Resposta E

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, com história de febre, perda de peso e urina espumosa, foi ao nefrologista para avaliação adicional. Durante sua avaliação, sua creatinina estava em 2,42 mg/dl, com proteinúria de 1,3/24h. Também havia presença de hemoglobina. Além disso, o paciente apresentava história de infecções de vias aéreas superiores como rinossinusites recorrentes. Diante do quadro, o nefrologista levantou a hipótese de doença por depósito de IgA. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos, Julgue o item: A presença de proteinúria acima de 3 gramas é fator de pior prognóstico.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra estratificação de risco na nefropatia por IgA. A proteinúria é o preditor modificável mais robusto de progressão para doença renal crônica terminal: valores mantidos acima de 1 g em 24 horas já indicam pior evolução e justificam bloqueio do sistema renina-angiotensina, tendo como alvo terapêutico reduzir a proteinúria abaixo desse patamar. Acima de 3 g em 24 horas, ou seja, em faixa nefrótica, o risco de perda de função renal é ainda maior, de modo que a afirmação do item procede.

Vale contrastar com o paciente da vinheta: proteinúria de 1,3 g em 24 horas somada à creatinina de 2,42 mg/dL já configura risco relevante e indica biópsia renal, tanto para confirmar o depósito mesangial de IgA à imunofluorescência quanto para graduar a lesão pela classificação de Oxford (MEST-C) e decidir sobre imunossupressão além do tratamento de suporte.

Resposta C

QUESTÃO 48 — Gabarito E

Paciente de 30 anos, com história de febre, perda de peso e urina espumosa, foi ao nefrologista para avaliação adicional. Durante sua avaliação, sua creatinina estava em 2,42 mg/dL, com proteinúria de 1,3/24h. Também havia presença de hemoglobina. Além disso, o paciente apresentava história de infecções de vias aéreas superiores como rinossinusites recorrentes. Diante do quadro, o nefrologista levantou a hipótese de doença por depósito de IgA. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos correlatos, Julgue o item: Embora rara, existe clara associação entre doença celíaca e nefropatia por IgA.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item trata das formas secundárias de nefropatia por IgA e erra no qualificador, não na associação em si. A ligação entre doença celíaca e nefropatia por IgA é real e está bem documentada: a doença celíaca integra, ao lado da hepatopatia crônica com cirrose, da infecção pelo HIV, das doenças inflamatórias intestinais e das espondiloartrites, o grupo de condições que cursam com depósito mesangial de IgA, por mecanismo que envolve a resposta de IgA à gliadina e o aumento de imunocomplexos circulantes com IgA1 pouco galactosilada.

O problema está em descrever essa associação como rara: depósitos mesangiais de IgA são achado frequente entre celíacos, tanto que a pesquisa de doença celíaca faz parte da investigação de causas secundárias em pacientes selecionados, havendo relatos de redução da hematúria e da proteinúria após dieta isenta de glúten. A afirmação, portanto, não reflete o que a literatura estabelece.

Resposta E

QUESTÃO 49 — Gabarito E

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: O fato de o paciente estar no escore Z -1, do ponto de vista antropométrico, indica que ele se encontra, no momento, com baixa estatura.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o critério antropométrico objetivo de baixa estatura. Pelos referenciais da OMS adotados pelo Ministério da Saúde e pela Caderneta de Saúde da Criança, considera-se baixa estatura para a idade quando o escore Z de estatura/idade é inferior a -2 (equivalente ao percentil 3); a faixa entre -2 e +2 é classificada como estatura adequada. O menino descrito está no escore Z -1, ou seja, dentro da normalidade, ainda que abaixo da mediana — o que explica a percepção de ser o mais baixo entre os amigos, mas não configura diagnóstico de baixa estatura.

A avaliação, porém, não se encerra aí: é obrigatório calcular a velocidade de crescimento com pelo menos duas medidas separadas por seis a doze meses, comparar a estatura atual com o alvo genético calculado pela estatura dos pais e verificar se houve cruzamento descendente de canais na curva, pois desaceleração do crescimento é sinal de alerta mesmo quando a estatura ainda se encontra na faixa normal.

Resposta E

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: A avaliação da idade óssea (IO) está mais associada à estatura atual e futura do que à idade cronológica.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o significado da idade óssea como marcador de maturação biológica. A radiografia de mão e punho esquerdos, interpretada pelos métodos de Greulich-Pyle ou Tanner-Whitehouse, estima o grau de maturação das cartilagens de crescimento, isto é, quanto de potencial de crescimento ainda resta. Duas crianças com a mesma idade cronológica de 8 anos podem ter maturações esqueléticas bastante diferentes, e é a idade óssea, não o calendário, que se correlaciona melhor com a estatura alcançada naquele momento e, sobretudo, com a previsão de estatura final (previsão de Bayley-Pinneau a partir da IO). No menino da vinheta, com 120 cm e escore Z -1, portanto dentro da faixa de normalidade estatural (entre -2 e +2), a idade óssea é exatamente o exame que informa se o crescimento remanescente está preservado ou já foi consumido.

Resposta C

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Um paciente com velocidade de crescimento adequada, estatura final dentro do alvo parental e uma IO levemente atrasada em relação à cronológica tem mais tempo para crescer, ocasionando maior ganho estatural.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item descreve o padrão clássico do retardo constitucional do crescimento e da puberdade, a causa mais comum de baixa estatura ou de percepção de baixa estatura em meninos escolares. Os três dados citados são os pilares da avaliação auxológica: velocidade de crescimento adequada (afasta doença crônica, endocrinopatia ativa e deficiência de GH, que tipicamente desaceleram o crescimento), estatura projetada dentro do alvo genético parental (afasta causa patológica e sugere padrão familiar ou constitucional) e idade óssea levemente atrasada em relação à cronológica. Esse atraso da IO significa que as cartilagens de crescimento fecharão mais tarde, prolongando o período de crescimento e permitindo maior ganho estatural, com estirão puberal também tardio. É a base para conduta expectante com seguimento da curva, e não intervenção medicamentosa. Resposta C

QUESTÃO 52 — Gabarito E

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: O recurso terapêutico no caso de baixa estatura é o hormônio de crescimento (GH), mas seu uso tem efeitos colaterais como estimular neoplasias.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item erra em dois pontos. Primeiro, o hormônio de crescimento não é o recurso terapêutico da baixa estatura em geral: sua indicação é restrita a situações específicas, como deficiência comprovada de GH, síndrome de Turner, síndrome de Prader-Willi, insuficiência renal crônica, haploinsuficiência do gene SHOX e crianças nascidas pequenas para a idade gestacional sem recuperação de crescimento. A criança da vinheta, com escore Z -1, está na faixa normal e não tem sequer critério auxológico de baixa estatura (que seria abaixo de -2 escores Z), de modo que o tratamento indicado é acompanhamento da velocidade de crescimento. Segundo, não há evidência consistente de que o GH estimule neoplasias em crianças sem doença oncológica; os efeitos adversos descritos são hipertensão intracraniana benigna, epifisiólise da cabeça femoral, escoliose, edema e resistência insulínica. Resposta E

QUESTÃO 53 — Gabarito E

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Existem alterações sindrômicas que possuem associação com baixa estatura, como as síndromes de Marfan e Soto.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O erro do item está nas síndromes escolhidas. Marfan e Sotos são condições que cursam justamente com estatura ELEVADA, e não baixa: a síndrome de Marfan, por mutação da fibrilina-1, associa alta estatura com envergadura maior que a estatura, aracnodactilia, ectopia lentis e dilatação de aorta; a síndrome de Sotos, ou gigantismo cerebral, cursa com crescimento acelerado nos primeiros anos, macrocefalia, fácies característica e atraso do desenvolvimento. Os quadros sindrômicos classicamente associados a baixa estatura são outros: síndrome de Turner (obrigatória no cariótipo de toda menina com baixa estatura), síndrome de Noonan, síndrome de Down, Prader-Willi, Silver-Russell e as displasias esqueléticas, como a acondroplasia. A premissa geral da frase é verdadeira, mas os exemplos a tornam falsa. Resposta E

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Pediatria Um menino, com 8 anos de idade, vem ao ambulatório levado pela mãe com queixa de baixa estatura. Ele diz que é o mais baixo dos seus amigos, e a mãe acha que ele está crescendo pouco. A estatura do paciente é de 120cm, estando no escore Z -1 na curva da estatura. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: A aferição da altura, em criança maior de 2 anos, deve ser realizada com a criança em pé, em balança plataforma com antropômetro, ou em antropômetro de parede.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a técnica antropométrica correta, que muda conforme a faixa etária. Até os 2 anos de idade afere-se o COMPRIMENTO, com a criança deitada em decúbito dorsal sobre régua antropométrica horizontal ou infantômetro, com auxílio de duas pessoas, cabeça no plano de Frankfurt e joelhos estendidos. A partir dos 2 anos afere-se a ESTATURA com a criança em pé, descalça, calcanhares unidos e encostados, com nádegas, dorso e cabeça em contato com o plano vertical, utilizando antropômetro acoplado à balança de plataforma ou estadiômetro fixo de parede. Essa distinção é relevante porque o comprimento deitado supera a estatura em pé em cerca de 0,7 a 1 cm, o que desloca artificialmente o ponto na curva. No menino de 8 anos da vinheta, portanto, a medida em pé é a correta para plotar os 120 cm no escore Z -1. Resposta C

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: No caso, não há evidências de má-absorção, pois a criança está com peso adequado mesmo com a ocorrência de diarreia por alguns meses.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o raciocínio central da diarreia crônica em pediatria: a repercussão nutricional é o divisor de águas entre causa funcional e causa orgânica com má-absorção. Quando há má-absorção verdadeira, ocorre perda de nutrientes e calorias, e o resultado esperado após seis meses de evolução seria desaceleração da velocidade de crescimento, queda de peso ou de estatura nas curvas, e sinais carenciais ao exame físico. A criança da vinheta mantém peso, estatura e velocidade de crescimento adequados, boa aceitação alimentar, ausência de outros sintomas e exame físico normal, o que sustenta o quadro de diarreia funcional, também chamada diarreia crônica inespecífica ou diarreia do lactente e pré-escolar. O crescimento preservado é, portanto, o argumento clínico que afasta má-absorção. Resposta C

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Dosagem de alfa-1 antitripsina nas fezes normal, pH das fezes acima de 6, ausência de substâncias redutoras e pesquisa de gordura nas fezes negativa confirmam a falta de evidências de má-absorção.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item apenas traduz em exames o que a clínica já sugeria, e cada marcador citado exclui um mecanismo diferente de má-absorção. A alfa-1 antitripsina fecal normal afasta enteropatia perdedora de proteínas. O pH fecal acima de 6 e a ausência de substâncias redutoras afastam má-absorção de carboidratos, pois açúcares não absorvidos são fermentados pela flora colônica em ácidos graxos de cadeia curta, o que acidifica as fezes (pH abaixo de 5,5) e deixa açúcar redutor detectável, como se veria em deficiência de lactase. A pesquisa de gordura fecal negativa, seja pelo Sudan III qualitativo, seja pelo balanço quantitativo, afasta esteatorreia e, com ela, insuficiência pancreática exócrina e doença de mucosa como a doença celíaca. Somados ao crescimento preservado, esses resultados confirmam a ausência de má-absorção. Resposta C

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Presença de restos alimentares nas evacuações é uma característica comum na diarreia funcional e dá uma falsa impressão de deficiência absorviva.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item descreve um achado típico e cobra sua interpretação correta. Na diarreia funcional do pré-escolar, o mecanismo é o trânsito intestinal acelerado, muitas vezes agravado por consumo excessivo de líquidos e sucos, e não a falha de absorção. Com o trânsito rápido, restos alimentares macroscopicamente reconhecíveis, sobretudo fibras vegetais e cascas que não são digeríveis por enzimas humanas, atravessam o tubo digestivo sem tempo suficiente de processamento e aparecem íntegros nas fezes. Isso alarma muito a família e o médico desavisado, dando a falsa impressão de que a criança não está absorvendo o que come, quando na verdade o estado nutricional está preservado, exatamente como no paciente da vinheta, que mantém peso, estatura e velocidade de crescimento adequados. Reconhecer esse padrão evita investigação invasiva e dietas restritivas desnecessárias. Resposta C

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Fezes aquosas, claras e de odor pútrido são alterações comum em casos de esteatorreia.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a semiologia das fezes na esteatorreia, ou seja, na perda de gordura pelas fezes por insuficiência pancreática exócrina, doença de mucosa ou déficit de sais biliares. O padrão descrito nos livros é de fezes volumosas, amolecidas ou francamente líquidas, de coloração clara, acinzentada ou esbranquiçada pela gordura não absorvida, com aspecto brilhante ou oleoso, que aderem ao vaso ou flutuam, e de odor intensamente fétido, pútrido ou rançoso, decorrente da putrefação e fermentação bacteriana do substrato não absorvido no cólon. Foi essa descrição clássica que a banca cobrou. Vale notar que nada disso está presente no paciente da vinheta, cujas fezes são semilíquidas com muco e restos alimentares, sem esteatorreia e com pesquisa de gordura fecal negativa, o que reforça o diagnóstico de diarreia funcional. Resposta C

QUESTÃO 59 — Gabarito E

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Na diarreia crônica de caráter funcional, deve-se retirar toda a gordura da dieta e deve-se estimular o consumo de sucos ricos em sorbitol.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A afirmação inverte exatamente as duas principais orientações dietéticas da diarreia crônica inespecífica. A gordura NÃO deve ser retirada: ela retarda o esvaziamento gástrico e lentifica o trânsito intestinal, melhorando a consistência das fezes, de modo que a dieta deve manter teor normal de lipídios para a idade. Dietas com restrição de gordura, além de piorarem a diarreia, comprometem o aporte calórico e a absorção de vitaminas lipossolúveis numa criança em crescimento. E os sucos ricos em sorbitol e frutose devem ser **RESTRINGIDOS**, não estimulados, pois esses açúcares são mal absorvidos, exercem efeito osmótico na luz intestinal e são um dos gatilhos mais frequentes do quadro. A conduta segue a regra dos quatro fatores a corrigir: excesso de líquidos, excesso de sucos, excesso de fibras e restrição indevida de gordura. Resposta E

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Paciente de 4 anos é atendido no ambulatório com queixa de diarreia há seis meses. Apresenta de 4 a 6 evacuações por dia, fezes que variam de aquosas para semilíquidas com algum conteúdo de muco e, às vezes, restos alimentares. O paciente não apresenta outros sintomas associados e tem boa aceitação alimentar. Chegou a ser tratado como verminose, mas o parasitológico de fezes foi negativo. Há três meses, a mãe foi orientada a trocar o leite para o sem lactose, mas não houve mudanças. A criança está com peso, estatura e velocidade de crescimento adequados para a idade e exame físico normal. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: O emprego de probióticos é mais direcionado como coadjuvante no tratamento da diarreia aguda, e não há dados de literatura que indicam ação consistente para o tratamento da diarreia crônica.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o limite da evidência sobre probióticos em gastroenterologia pediátrica. Para a diarreia AGUDA infecciosa existem ensaios e metanálises mostrando benefício modesto de cepas específicas, como *Lactobacillus rhamnosus* GG e *Saccharomyces boulardii*, com redução de cerca de um dia na duração dos sintomas, sempre como medida coadjuvante à terapia de reidratação oral, que continua sendo o pilar do tratamento. Já para a diarreia CRÔNICA, e em particular para a diarreia funcional do pré-escolar como a da vinheta, não há dados consistentes que sustentem indicação rotineira: o tratamento é dietético e de reassseguramento da família, com correção do excesso de sucos e líquidos, manutenção do teor de gordura e acompanhamento da curva de crescimento, que no caso está adequada. Resposta C

QUESTÃO 61 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCPRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: As encefalites são definidas como infecções das membranas que envolvem e protegem o sistema nervoso central.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item troca as definições. Infecção ou inflamação das membranas que envolvem o sistema nervoso central, isto é, das meninges, é MENINGITE, cujo quadro típico associa febre, cefaleia, vômitos e sinais de irritação meníngea, como rigidez de nuca e sinais de Kernig e Brudzinski. ENCEFALITE é a inflamação do PARÊNQUIMA encefálico, e sua marca clínica é a disfunção neurológica: alteração do nível ou do conteúdo da consciência, alteração de comportamento e de personalidade, fala desconexa, convulsões e déficits focais. É justamente o que se vê no menino de 6 anos da vinheta, que evolui com febre, vômitos, cefaleia e, no momento da consulta, prostração e falas desconexas, o que sustenta a hipótese aventada. Quando há acometimento simultâneo de meninges e parênquima, usa-se o termo meningoencefalite. Resposta E

QUESTÃO 62 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: O vírus causador de encefalite mais frequente no Brasil é o Epstein-Barr.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra epidemiologia das encefalites virais na infância, tema clássico diante de uma criança com febre, vômitos, cefaleia e rebaixamento com fala desconexa como a da vinheta. O erro está em nomear o Epstein-Barr como agente mais frequente no Brasil: as encefalites virais têm como causa mais comum os enterovírus (incluindo os vírus ECHO e Coxsackie), seguidos, a depender da casuística e da sazonalidade, dos arbovírus e dos vírus respiratórios; entre os agentes esporádicos, o herpes simples tipo 1 é o mais importante do ponto de vista prático, não por frequência absoluta, mas por ser a etiologia tratável e de maior letalidade sem terapia. O Epstein-Barr pode causar encefalite, porém como manifestação incomum da mononucleose infecciosa, e nunca lidera as estatísticas nacionais. A afirmação, portanto, troca o agente epidemiologicamente predominante por uma causa rara. Resposta E

QUESTÃO 63 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: A encefalite é uma doença imunomediada, e as opções terapêuticas são a prescrição de corticoide e de imunoglobulina.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item mistura dois conceitos distintos e por isso é falso. A encefalite, na imensa maioria dos casos, é uma doença infecciosa: o agente invade diretamente o parênquima encefálico, sendo os enterovírus os mais frequentes e o herpes simples o mais temido. Existe, sim, um grupo imunomediado (encefalomielite disseminada aguda pós-infecciosa e as encefalites autoimunes, como a anti-receptor NMDA), tratado com corticoide, imunoglobulina e plasmaférese, mas esse é um subgrupo, não a regra. Generalizar a encefalite como doença imunomediada e restringir a terapêutica a corticoide e imunoglobulina é conduta perigosa: diante de uma criança febril, prostrada e com fala desconexa, como a do caso, a prioridade é iniciar aciclovir endovenoso empírico até que se afaste encefalite herpética, além de suporte clínico e controle de crises. Resposta E

QUESTÃO 64 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Cerca da metade das crianças que tiverem encefalite poderão evoluir com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o prognóstico das encefalites na infância, e a banca adota a informação de que aproximadamente metade das crianças acometidas apresenta sequelas neurocomportamentais em médio e longo prazo, entre elas o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade, além de dificuldades de aprendizagem, alterações de comportamento, epilepsia e déficits motores ou de linguagem. A lesão inflamatória difusa do parênquima, sobretudo quando envolve córtex frontal e temporal, explica a alta carga de morbidade residual mesmo em quadros que se recuperam bem na fase aguda. Daí a recomendação de seguimento neuropsicológico prolongado da criança que teve encefalite, como a do caso descrito, e não apenas a alta após a resolução da febre e do rebaixamento. A afirmação está de acordo com esse dado de evolução. Resposta C

QUESTÃO 65 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Casos confirmados de encefalite por herpes-vírus simples devem ser tratados com aciclovir por 14 a 21 dias.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a terapêutica da encefalite herpética, a etiologia tratável que sempre deve ser presumida diante de febre com alteração do nível de consciência e fala desconexa, como no caso. Confirmada a encefalite por herpes-vírus simples, seja por PCR no líquido, seja por quadro clínico e neuroimagem compatíveis, o tratamento é o aciclovir endovenoso em doses altas, mantido por 14 a 21 dias, período mais longo do que o usado em outras infecções herpéticas justamente pelo risco de recidiva com esquemas curtos e pela dificuldade de erradicação no sistema nervoso central. Em neonatos com doença do sistema nervoso central estende-se para 21 dias. A conduta correta é iniciar o aciclovir empiricamente e só suspender quando a PCR for negativa e houver outra explicação para o quadro. A afirmação está correta. Resposta C

QUESTÃO 66 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 6 Um paciente de 6 anos é levado ao pronto atendimento sendo relatado quadro febril pela manhã (38,9°C) e apatia. Foi administrado antitérmico com melhora da temperatura. Durante o dia, voltou a ter febre e apresentou alguns vômitos e cefaleia. No momento da consulta, se encontra febril, prostrado e com falas desconexas. O restante do exame, sem particularidades, tendo sido aventada a hipótese de encefalite. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: Se a neuroimagem revelar um comprometimento do lobo temporal, a principal hipótese diagnóstica é encefalite por citomegalovírus (CMV).

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item explora a correlação entre topografia na neuroimagem e etiologia da encefalite. O acometimento de lobo temporal, com hipersinal em T2 e FLAIR na região temporal medial, ínsula e órbita-frontal, muitas vezes assimétrico e podendo ter componente hemorrágico, é o padrão característico da encefalite pelo herpes-vírus simples tipo 1, e não do citomegalovírus. O erro está exatamente na troca do agente. O CMV causa doença do sistema nervoso central sobretudo em imunodeprimidos e em recém-nascidos com infecção congênita, com padrão de ventriculite ouependimite periventricular, calcificações periventriculares e alterações de migração neuronal. Diante de comprometimento temporal em uma criança previamente hígida como a da vinheta, a hipótese principal é encefalite herpética, o que reforça a indicação imediata de aciclovir. Resposta E

QUESTÃO 67 — Gabarito E

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados,

Julgue o item: O vírus influenza é o responsável por mais da metade dos casos de pneumonia viral nos primeiros 2 anos de idade.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a etiologia das pneumonias virais nos dois primeiros anos de vida. O agente responsável pela maior parte dos casos nessa faixa etária é o vírus sincicial respiratório, e não o influenza, que responde por parcela bem menor, ainda que possa causar quadros graves. É justamente o padrão do lactente da vinheta, com um mês e meio de vida, pródromo de febre, coriza e tosse, evoluindo com taquipneia de 70 irpm, tiragem, dessaturação e ausculta com estertores difusos e expiração prolongada, quadro que sugere fortemente infecção pelo VSR, com sobreposição bronquiolite e pneumonia viral. Os demais vírus relevantes na faixa são rinovírus, parainfluenza, metapneumovírus e adenovírus. Como a afirmação atribui ao influenza a maioria dos casos, ela está incorreta. Resposta E

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados, Julgue o item: Em relação às pneumonias comunitárias na infância, não há recomendação de realizar raio-x de tórax em crianças que estejam bem o suficiente para serem tratadas ambulatorialmente.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a indicação de radiografia de tórax na pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. As diretrizes de referência, como a da British Thoracic Society e a da PIDS/IDSA, são explícitas em não recomendar radiografia de rotina na criança com pneumonia leve, sem hipoxemia nem desconforto respiratório importante, que possa ser tratada ambulatorialmente. A justificativa é que o exame não altera o desfecho nem a escolha do antibiótico, expõe a criança a radiação e aumenta custo, já que o diagnóstico e a decisão terapêutica são clínicos, baseados em taquipneia, febre, tiragem e ausculta. A radiografia fica reservada aos casos com necessidade de internação, hipoxemia, evolução desfavorável, suspeita de complicação, como derrame, ou dúvida diagnóstica. A afirmação reproduz essa recomendação. Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados, Julgue o item: São consideradas complicações de pneumonias: derrame pleural, pneumotórax, pneumatoceles e abscesso pulmonar.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item lista as complicações clássicas das pneumonias, especialmente as bacterianas, e todas as citadas procedem. O derrame pleural parapneumônico é a complicação mais comum e pode evoluir para empiema quando há infecção do líquido pleural. As pneumatoceles são cavidades de paredes finas, típicas de pneumonia estafilocócica, mas também descritas em pneumococo, e habitualmente têm resolução espontânea. O abscesso pulmonar corresponde à necrose localizada com formação de cavidade com nível hidroaéreo. O pneumotórax pode ocorrer por ruptura de pneumatocele ou de área necrosada para o espaço pleural, podendo configurar fístula broncopleural. Todas são situações a serem suspeitadas quando a criança mantém febre ou piora clínica apesar de antibiótico adequado, cenário em que a imagem de tórax passa a ser indicada. Resposta C

QUESTÃO 70 — Gabarito E

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados, Julgue o item: Derrames parapneumônicos são coleções pleurais associadas, principalmente, às pneumonias agudas, sendo sempre transudatos.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a caracterização bioquímica do derrame parapneumônico. É verdade que essas coleções pleurais se associam principalmente às pneumonias agudas, mas o erro está na palavra sempre transudatos: o derrame parapneumônico é, por definição, um exsudato. A inflamação pleural aumenta a permeabilidade capilar e deixa passar proteínas e desidrogenase láctica para o espaço pleural, de modo que o líquido preenche os critérios de Light, com relação proteína pleural/sérica maior que 0,5, relação LDH pleural/sérica maior que 0,6 ou LDH pleural acima de dois terços do limite superior sérico. Transudato ocorre em situações de desequilíbrio de pressões hidrostática e oncótica, como insuficiência cardíaca, síndrome nefrótica e cirrose. A afirmação inverte esse conceito. Resposta E

QUESTÃO 71 — Gabarito E

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados, Julgue o item: A pneumonia necrosante é uma complicação leve das pneumonias adquiridas na comunidade.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item classifica erroneamente a gravidade da pneumonia necrosante. Trata-se de complicação grave, e não leve, das pneumonias adquiridas na comunidade: há liquefação e necrose do parênquima pulmonar, com formação de múltiplas cavidades, associada com frequência a pneumococo, incluindo sorotipos invasivos, e a *Staphylococcus aureus*, sobretudo cepas produtoras de leucocidina de Panton-Valentine. Cursa com febre prolongada apesar de antibiótico adequado, toxemia, derrame pleural ou empiema, risco de fístula broncopulmonar e pneumotórax, exigindo internação, antibioticoterapia venosa prolongada e, por vezes, drenagem torácica ou abordagem cirúrgica. A recuperação radiológica é lenta, embora o prognóstico funcional a longo prazo costuma ser bom na criança. Resposta E

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Um lactente de 1 mês e 15 dias é levado à emergência com quadro de febre, coriza e tosse há cinco dias. Hoje, apresentou cianose e desconforto respiratório. Está com frequência respiratória de 70irpm, saturação arterial de oxigênio de 90% em ar ambiente, tiragem intercostal e subcostal leve e ausculta pulmonar com estertores bolhosos difusos, com tempo de expiração levemente prolongado, tendo sido iniciado tratamento para pneumonia. Em relação ao caso clínico descrito e aos conhecimentos médicos relacionados, Julgue o item: Quando há suspeita de pneumonite afebril do lactente, deve-se prescrever um antibiótico macrolídeo.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a pneumonite afebril do lactente, síndrome que ocorre tipicamente entre a segunda semana e o terceiro ou quarto mês de vida, faixa em que se encontra o lactente da vinheta. O agente clássico é a *Chlamydia trachomatis*, adquirida no canal de parto, e o quadro caracteriza-se por ausência de febre ou febre baixa, tosse em acessos, taquipneia, estertores, história prévia ou concomitante de conjuntivite neonatal e eosinofilia no hemograma, com infiltrado intersticial difuso na radiografia. O tratamento é feito com macrolídeo, azitromicina ou eritromicina por via oral, o que também erradica a colonização nasofaríngea e reduz transmissão. *Ureaplasma* e outros agentes podem cursar com quadro semelhante, igualmente cobertos pelo macrolídeo. A afirmação está correta. Resposta C

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados, Julgue o item: É necessário solicitar o controle glicêmico e orientar sobre alimentação.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a interpretação do teste oral de tolerância à glicose com 75 g na gestação, cujos pontos de corte, segundo os critérios IADPSG adotados pela OMS e pelas sociedades brasileiras, são jejum maior ou igual a 92 mg/dl, uma hora maior ou igual a 180 mg/dl e duas horas maior ou igual a 153 mg/dl, bastando um valor alterado para o diagnóstico. Juliana apresenta jejum de 95 mg/dl e valor de duas horas de 155 mg/dl, ambos acima do corte, o que já firma o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, mesmo com o valor de uma hora de 160 mg/dl dentro da normalidade. Feito o diagnóstico, a conduta inicial é justamente a terapia nutricional, com orientação alimentar e atividade física quando possível, associada à monitorização da glicemia capilar para avaliar a necessidade de insulina. Resposta C

QUESTÃO 74 — Gabarito E

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados,

Julgue o item: Iniciar insulina NPH 0,3 UI/KG por dia.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a escada terapêutica do diabetes mellitus gestacional. Confirmado o diagnóstico pelo TOTG 75 g (jejum 95 mg/dl, acima do corte de 92; e 155 mg/dl na segunda hora, acima do corte de 153), o tratamento de primeira linha NÃO é insulina: começa-se por terapia nutricional individualizada, orientação de atividade física e automonitoramento glicêmico capilar, reavaliando o controle em cerca de uma a duas semanas. A insulino terapia só entra quando as metas glicêmicas não são atingidas com as medidas não farmacológicas (jejum abaixo de 95 mg/dl, uma hora pós-prandial abaixo de 140 mg/dl e duas horas abaixo de 120 mg/dl) ou diante de sinais indiretos de hiperglicemia fetal, como circunferência abdominal fetal acima do percentil 75. Iniciar NPH 0,3 UI/kg/dia já na consulta em que se recebe o TOTG, sem qualquer perfil glicêmico prévio, é conduta precipitada e expõe a gestante a risco desnecessário de hipoglicemia. Resposta E

QUESTÃO 75 — Gabarito E

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados,

Julgue o item: Apenas um valor do teste oral se encontra alterado.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa a leitura dos pontos de corte do TOTG 75 g na gestação, segundo os critérios da IADPSG adotados pela OMS, pela SBD e pelo Ministério da Saúde: jejum maior ou igual a 92 mg/dl, uma hora maior ou igual a 180 mg/dl e duas horas maior ou igual a 153 mg/dl. Aplicando a régua aos valores de Juliana: a glicemia de jejum de 95 mg/dl está alterada (95 é maior que 92); a de uma hora, 160 mg/dl, está NORMAL, pois o corte da primeira hora é 180 e não 140 ou 155; e a de duas horas, 155 mg/dl, está alterada (155 é maior que 153). Portanto há DOIS valores alterados, e não apenas um, o que torna a afirmação falsa. O erro clássico induzido pela banca é aplicar à gestante os cortes do TOTG de não gestantes, contando os 160 mg/dl da primeira hora como anormais e desprezando o valor limítrofe de duas horas. Resposta E

QUESTÃO 76 — Gabarito E

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados,

Julgue o item: Indicar resolução do parto com 37 semanas devido ao diabetes gestacional.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o momento da resolução da gestação no diabetes mellitus gestacional. A antecipação do parto não decorre do rótulo diagnóstico, e sim do controle metabólico e das repercussões fetais. Em DMG controlado apenas com dieta e exercício, sem macrossomia, sem vitalidade fetal comprometida e sem comorbidades associadas, a conduta é aguardar a evolução espontânea até o termo pleno, com resolução em torno de 39 a 40 semanas e, para muitos serviços, tolerando-se até 40 semanas e 6 dias. Antecipar para 37 semanas expõe o recém-nascido aos riscos do termo precoce, sobretudo desconforto respiratório e hipoglicemia neonatal, sem benefício demonstrado. A resolução entre 37 e 38 ou 39 semanas fica reservada aos casos de mau controle glicêmico, uso de insulina com metas não atingidas, macrossomia estimada, polidrâmnio ou comorbidades como hipertensão, cenários que a vinheta não descreve. Como o item indica a antecipação de forma automática, apenas por existir o diagnóstico de diabetes gestacional, a afirmação está incorreta. Resposta E

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados,

Julgue o item: Apenas um valor alterado do teste oral já diagnostica diabetes gestacional.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o critério diagnóstico do diabetes mellitus gestacional pelo TOTG 75 g. Diferentemente do diagnóstico de diabetes fora da gestação, que costuma exigir confirmação ou combinação de exames, na gestante vale a regra da IADPSG, incorporada pela OMS, pela SBD e pelo Ministério da Saúde: basta UM único valor igual ou acima dos pontos de corte para firmar o diagnóstico, sendo eles jejum maior ou igual a 92 mg/dl, uma hora maior ou igual a 180 mg/dl e duas horas maior ou igual a 153 mg/dl. Não se exige dois valores alterados, exigência que pertencia aos critérios antigos de Carpenter e Coustan com sobrecarga de 100 g. No caso de Juliana, aliás, dois valores estão alterados, o de jejum e o de duas horas, mas qualquer um deles isoladamente já bastaria. A afirmação do item, portanto, procede. Resposta C

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Ginecologia e Obstetrícia Juliana, G1, está com 31 semanas e comparece na consulta de pré-natal para mostrar alguns exames de rotina. Dentre os exames, o teste oral de tolerância à glicose demonstra os seguintes valores: 95 mg/dl em jejum; 160 mg/dl uma hora após e 155 duas horas após. Em relação ao caso clínico relatado, considerando os valores de exames apresentados,

Julgue o item: Controle alimentar e atividade física podem ser recomendados no caso descrito.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o tratamento de primeira linha do diabetes mellitus gestacional. Estabelecido o diagnóstico pelo TOTG 75 g alterado, a conduta inicial em praticamente todas as gestantes é não farmacológica: terapia nutricional individualizada, com fracionamento das refeições e controle da qualidade e da quantidade de carboidratos, somada à prática de atividade física regular de intensidade leve a moderada, na ausência de contraindicações obstétricas. Essas medidas isoladamente controlam a maioria dos casos de DMG, algo em torno de 70 a 85 por cento, e devem ser acompanhadas de automonitoramento glicêmico capilar para verificar o alcance das metas antes de se cogitar insulina. Recomendar controle alimentar e atividade física para Juliana, portanto, não apenas é possível como é exatamente o passo esperado. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 7 Uma gestante de 9 semanas e 5 dias, datada pela última menstruação, procura atendimento por apresentar sangramento vaginal em pequena quantidade, há dois dias, associado à dor em região hipogástrica de intensidade moderada. Ao exame físico, sangue, em pequena quantidade, coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, dor intensa no toque vaginal, com colo impérvio. Abdome plano, flácido, dor à palpação de fossa ilíaca direita. Os sinais vitais são: PA: 100x60 mmHg, FC 80 bpm, stO2 98%. Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Solicitar beta Hcg quantitativo não ajudará a elucidar o diagnóstico.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o papel do beta hCG quantitativo na investigação do sangramento de primeiro trimestre. A afirmação nega utilidade ao exame, e isso é falso. Na gestante com sangramento, dor em fossa ilíaca direita, dor intensa ao toque e colo impérvio, o beta hCG quantitativo é peça central do algoritmo: seu valor é interpretado junto com a ultrassonografia transvaginal por meio da zona discriminatória, faixa em torno de 1.500 a 3.500 mUI/ml acima da qual a ausência de saco gestacional intrauterino sugere fortemente gravidez ectópica; abaixo dela, a dosagem seriada em 48 horas diferencia gestação tópica evolutiva, cujo incremento esperado é de cerca de 50 por cento ou mais, de gestação ectópica ou inviável, que costuma cursar com curva em platô ou em queda. O beta hCG também é obrigatório para decidir e monitorar tratamento clínico com metotrexato.

Resposta E

QUESTÃO 80 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 7 Uma gestante de 9 semanas e 5 dias, datada pela última menstruação, procura atendimento por apresentar sangramento vaginal em pequena quantidade, há dois dias, associado à dor em região hipogástrica de intensidade moderada. Ao exame físico, sangue, em pequena quantidade, coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, dor intensa no toque vaginal, com colo impérvio. Abdome plano, flácido, dor à palpação de fossa ilíaca direita. Os sinais vitais são: PA: 100x60 mmHg, FC 80 bpm, stO2 98%. Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: É importante afastar a possibilidade de gravidez ectópica.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o raciocínio diagnóstico diante de sangramento no primeiro trimestre, situação em que a gravidez ectópica é sempre o diagnóstico que precisa ser afastado primeiro, por ser o de maior letalidade. Aqui a suspeita é ainda mais forte porque a vinheta reúne a tríade clássica somada a achados de exame muito sugestivos: atraso menstrual com gestação de 9 semanas e 5 dias, sangramento vaginal em pequena quantidade, dor hipogástrica moderada, dor intensa ao toque vaginal, dor à palpação da fossa ilíaca direita e, sobretudo, colo IMPÉRVIO, ou seja, fechado, o que afasta aborto em curso e mantém a ectópica no topo da lista. A estabilidade hemodinâmica (PA 100x60 mmHg, FC 80 bpm) não exclui a hipótese, apenas indica que não houve rotura com sangramento maciço até o momento. A investigação obrigatória é beta hCG quantitativo mais ultrassonografia transvaginal. Resposta C

QUESTÃO 82 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 7 Uma gestante de 9 semanas e 5 dias, datada pela última menstruação, procura atendimento por apresentar sangramento vaginal em pequena quantidade, há dois dias, associado à dor em região hipogástrica de intensidade moderada. Ao exame físico, sangue, em pequena quantidade, coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, dor intensa no toque vaginal, com colo impérvio. Abdome plano, flácido, dor à palpação de fossa ilíaca direita. Os sinais vitais são: PA: 100x60 mmHg, FC 80 bpm, stO2 98%. Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: O quadro se trata de uma ameaça de aborto, sendo necessário solicitar ultrassom ambulatorialmente e indicar progesterona.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item propõe dois erros encadeados. O primeiro é diagnóstico: rotular o quadro como simples ameaça de abortamento ignora que a dor é intensa ao toque vaginal e localizada na fossa ilíaca direita, achados que apontam para gravidez ectópica, hipótese que precisa ser afastada antes de qualquer outra na gestante do primeiro trimestre com sangramento e dor. O segundo é de conduta: mesmo que se admitisse a hipótese de ameaça de abortamento, a ultrassonografia transvaginal nesse contexto é exame de urgência, para ser feito no mesmo atendimento junto com o beta hCG quantitativo, e não solicitação ambulatorial que devolve para casa uma paciente sob risco de ruptura tubária. A progesterona, por sua vez, tem indicação restrita e discutível, essencialmente em mulheres com sangramento e história de abortamentos de repetição, jamais como prescrição empírica antes de se localizar a gestação. Resposta E

QUESTÃO 83 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 7 Uma gestante de 9 semanas e 5 dias, datada pela última menstruação, procura atendimento por apresentar sangramento vaginal em pequena quantidade, há dois dias, associado à dor em região hipogástrica de intensidade moderada. Ao exame físico, sangue, em pequena quantidade, coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, dor intensa no toque vaginal, com colo impérvio. Abdome plano, flácido, dor à palpação de fossa ilíaca direita. Os sinais vitais são: PA: 100x60 mmHg, FC 80 bpm, stO2 98%. Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Indicar curetagem devido ao aborto em curso.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a diferenciação entre as formas clínicas de abortamento, que se faz basicamente pelo exame do colo uterino. Abortamento em curso, ou inevitável, e abortamento incompleto cursam com colo PÉRVIO, isto é, aberto, muitas vezes com material ovular visível ou palpável no canal cervical. Na vinheta, o colo está expressamente descrito como IMPÉRVIO, o que exclui aborto em curso e derruba a premissa do item. Sem essa premissa, cai também a conduta: não existe indicação de esvaziamento uterino por curetagem, procedimento que, além de não tratar a hipótese principal, seria potencialmente danoso, já que a suspeita clínica dominante é gravidez ectópica, com dor em fossa ilíaca direita e dor intensa ao toque. A conduta correta é beta hCG quantitativo e ultrassonografia transvaginal para localizar a gestação antes de qualquer intervenção. Resposta E

QUESTÃO 84 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 7 Uma gestante de 9 semanas e 5 dias, datada pela última menstruação, procura atendimento por apresentar sangramento vaginal em pequena quantidade, há dois dias, associado à dor em região hipogástrica de intensidade moderada. Ao exame físico, sangue, em pequena quantidade, coletado em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, dor intensa no toque vaginal, com colo impérvio. Abdome plano, flácido, dor à palpação de fossa ilíaca direita. Os sinais vitais são: PA: 100x60 mmHg, FC 80 bpm, stO2 98%. Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos,

Julgue o item: Indicar laparotomia de urgência por gravidez ectópica rota.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o critério para indicar tratamento cirúrgico de urgência na gravidez ectópica. A laparotomia imediata é reservada à ectópica ROTA com instabilidade hemodinâmica ou abdome agudo hemorrágico, cenário marcado por hipotensão, taquicardia, palidez, sinais de irritação peritoneal, descompressão brusca dolorosa, abdome distendido e sinal de Blumberg ou de Laffont. Nada disso está na vinheta: a paciente tem PA 100x60 mmHg, FC 80 bpm e saturação de 98 por cento, ou seja, está hemodinamicamente estável, e o abdome é descrito como plano e flácido, apenas doloroso à palpação da fossa ilíaca direita. Além disso, o diagnóstico de gravidez ectópica sequer foi confirmado, pois faltam beta hCG quantitativo e ultrassonografia transvaginal. Indicar laparotomia de urgência nesse momento é conduta prematura e desproporcional. Resposta E

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Paciente de 16 anos procura atendimento por não ter apresentado a primeira menstruação. Ao exame físico, apresenta distribuição de pelos normais e desenvolvimento de mamas em M3 (estágio de Tanner). À inspeção vaginal, o hímen está íntegro sem anormalidades. Pressão arterial 120x60 mmHg e FC 80 bpm. Conforme o caso clínico exposto,

Julgue o item: Se o ultrassom pélvico demonstrar ausência de útero e presença de ovários, é possível estar diante da síndrome de Mayer-rokitansky.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o raciocínio da amenorreia primária com caracteres sexuais secundários presentes. A paciente tem 16 anos, mamas em M3 de Tanner e pelos com distribuição normal, o que indica eixo hipotálamo-hipófise-ovário funcionando e produção estrogênica e androgênica adequadas; logo, a causa da amenorreia deve ser procurada no compartimento anatômico de saída. Como o hímen está íntegro e sem anormalidades, afastam-se as causas obstrutivas simples, como hímen imperfurado e septo vaginal transversal. Nesse cenário, ultrassonografia pélvica mostrando AUSÊNCIA de útero com OVÁRIOS presentes é exatamente o achado da síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, agenesia mülleriana em paciente 46,XX, na qual faltam útero e os dois terços superiores da vagina, mas os ovários, de origem não mülleriana, são normais e mantêm a função endócrina. Resposta C

QUESTÃO 86 — Gabarito E

Paciente de 16 anos procura atendimento por não ter apresentado a primeira menstruação. Ao exame físico, apresenta distribuição de pelos normais e desenvolvimento de mamas em M3 (estágio de Tanner). À inspeção vaginal, o hímen está íntegro sem anormalidades. Pressão arterial 120x60 mmHg e FC 80 bpm. Conforme o caso clínico exposto,

Julgue o item: A síndrome de Morris pode ser descartada, pois nesse caso a paciente não apresentaria desenvolvimento das mamas pelo genótipo ser XY.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item acerta na conclusão de que se deve pensar em síndrome de Morris, mas erra na justificativa apresentada, e é a justificativa que o torna falso. Na síndrome de Morris, ou insensibilidade androgênica completa, o indivíduo é 46,XY, com testículos produtores de testosterona, porém com receptor de andrógeno não funcionando. Como os tecidos não respondem aos andrógenos e parte da testosterona é aromatizada periféricamente em estrogênio, o desenvolvimento MAMÁRIO OCORRE normalmente, e é justamente esse o fenótipo típico: mamas desenvolvidas, genitália externa feminina, vagina em fundo cego, ausência de útero e amenorreia primária. O que falta na síndrome de Morris são os pelos pubianos e axilares, escassos ou ausentes, exatamente por dependerem da ação androgênica. Portanto, dizer que o genótipo XY impediria o desenvolvimento das mamas inverte a fisiopatologia; no caso, o que fala contra Morris é a pilificação normal, não a presença de mamas. Resposta E

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Paciente de 16 anos procura atendimento por não ter apresentado a primeira menstruação. Ao exame físico, apresenta distribuição de pelos normais e desenvolvimento de mamas em M3 (estágio de Tanner). À inspeção vaginal, o hímen está íntegro sem anormalidades. Pressão arterial 120x60 mmHg e FC 80 bpm. Conforme o caso clínico exposto,

Julgue o item: Septo vaginal transversal pode ser um diagnóstico diferencial.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o raciocínio diagnóstico da amenorreia primária a partir do que o exame físico já entrega. A paciente tem 16 anos e caracteres sexuais secundários presentes (mamas em M3 de Tanner e pilificação normal), o que indica eixo hipotálamo-hipófise-ovariano funcionando e impregnação estrogênica adequada. Nesse cenário, ganha peso a hipótese de obstrução do trato de saída: há ciclo endometrial, mas o fluxo não se exterioriza. O hímen íntegro e sem anormalidades afasta o hímen imperfurado, porém não afasta obstruções mais altas — e é exatamente aí que entra o septo vaginal transversal, defeito de fusão e canalização entre os ductos de Müller e o seio urogenital, que cursa com amenorreia primária, criptomenorreia, dor pélvica cíclica e eventual hematocolpo acima do septo. Trata-se, portanto, de diferencial legítimo, ao lado da agenesia útero-vaginal (síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser) e da síndrome de insensibilidade androgênica. Resposta C

QUESTÃO 88 — Gabarito E

Paciente de 16 anos procura atendimento por não ter apresentado a primeira menstruação. Ao exame físico, apresenta distribuição de pelos normais e desenvolvimento de mamas em M3 (estágio de Tanner). À inspeção vaginal, o hímen está íntegro sem anormalidades. Pressão arterial 120x60 mmHg e FC 80 bpm. Conforme o caso clínico exposto,

Julgue o item: O cariótipo deve ser solicitado na primeira consulta.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a sequência propedêutica da amenorreia primária, e o erro está em antecipar um exame de segunda linha para a primeira consulta. A investigação inicial se organiza por dois eixos: presença de caracteres sexuais secundários e presença de útero/vagina. Como esta paciente já tem mamas em M3 de Tanner e pilificação normal, o eixo hormonal está evidentemente funcionando, e o passo inicial é excluir gravidez (beta-hCG) e solicitar ultrassonografia pélvica, FSH, LH, prolactina e TSH — exames que separam causas obstrutivas, uterinas, ovarianas e centrais. O cariótipo entra depois, e apenas quando o resultado dessa primeira etapa aponta para ele: FSH elevado sugerindo disgenesia gonadal (Turner, mosaicismos, presença de material do cromossomo Y) ou ausência de útero, situação em que é ele que diferencia Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser de insensibilidade androgênica. Pedir cariótipo de rotina já na primeira consulta é conduta indiscriminada e não recomendada. Resposta E

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Paciente de 16 anos procura atendimento por não ter apresentado a primeira menstruação. Ao exame físico, apresenta distribuição de pelos normais e desenvolvimento de mamas em M3 (estágio de Tanner). À inspeção vaginal, o hímen está íntegro sem anormalidades. Pressão arterial 120x60 mmHg e FC 80 bpm. Conforme o caso clínico exposto,

Julgue o item: Exames como ultrassom pélvico, FSH e testosterona podem contribuir para o diagnóstico.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra quais exames de fato mudam a hipótese diagnóstica na amenorreia primária com caracteres sexuais secundários presentes, e os três citados são justamente os pilares dessa investigação. A ultrassonografia pélvica define anatomia: verifica presença, forma e volume uterino, avalia os ovários e identifica coleção retida (hematocolpo ou hematometra) que denuncia obstrução do trato de saída, como septo vaginal transversal ou agenesia de terço inferior da vagina. O FSH separa hipogonadismo hipergonadotrófico (falência ou disgenesia gonadal, com FSH alto) do hipogonadotrófico de causa central (FSH baixo ou normal-baixo). A testosterona é decisiva quando não se encontra útero: valores em faixa masculina, com mamas desenvolvidas e pelos escassos, apontam para síndrome de insensibilidade androgênica, ao passo que valores femininos favorecem a agenesia mülleriana. Os três exames, portanto, contribuem diretamente para o diagnóstico. Resposta C

QUESTÃO 91 — Gabarito E

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: Essa paciente deve ser internada para o tratamento, pois tem contraindicação ao uso de pomada vaginal.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o local e a via de tratamento da vaginose bacteriana, e erra nas duas premissas. A vaginose por *Gardnerella vaginalis* é um desequilíbrio da microbiota vaginal, com substituição dos lactobacilos por anaeróbios, e não uma infecção invasiva ou sistêmica: o tratamento é ambulatorial, tipicamente metronidazol 500 mg por via oral de 12 em 12 horas por sete dias, com alternativas em metronidazol gel ou clindamicina. Internação se reserva a quadros graves e distintos deste — doença inflamatória pélvica com critérios de gravidade, abscesso tubo-ovariano, sepse, vômitos incoercíveis ou impossibilidade de tratamento por via oral —, nada disso presente numa adolescente hígida com corrimento e prurido. Além disso, ser virgem e ter hímen íntegro não constitui contraindicação formal a preparo vaginal; o que se faz na prática é preferir a via oral por conforto e adesão, evitando manipulação vaginal desnecessária. Resposta E

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: A paciente pode ser tratada com metronidazol.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o tratamento de primeira linha da vaginose bacteriana, e a afirmação procede. Identificada a *Gardnerella vaginalis* em paciente sintomática, com corrimento de odor fétido, o esquema de escolha é o metronidazol 500 mg por via oral de 12 em 12 horas por sete dias (o Ministério da Saúde também admite metronidazol gel 100 mg/g intravaginal por cinco noites, e a clindamicina fica como alternativa em caso de intolerância). Ser adolescente de 14 anos não muda essa recomendação: o metronidazol é seguro nessa faixa etária, ajustando-se apenas a dose por peso quando pertinente, e a virgindade não impede o tratamento porque a via oral dispensa manipulação vaginal. Vale ainda a orientação clássica de evitar bebida alcoólica durante e por 24 horas após o uso, pelo efeito dissulfiram-símile. Não há necessidade de tratar parceria sexual na vaginose. Resposta C

QUESTÃO 93 — Gabarito E

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: Pode-se tratar de um caso de abuso sexual, pois a *Gardnerella* é transmitida via relação.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a natureza epidemiológica da vaginose bacteriana e erra na premissa que sustenta a conclusão. A *Gardnerella vaginalis* não é classificada como agente de infecção sexualmente transmissível: ela integra a microbiota vaginal de muitas mulheres, inclusive de mulheres sem atividade sexual, e a vaginose resulta do desequilíbrio dessa flora, com queda dos lactobacilos e proliferação de anaeróbios, e não da transmissão de um patógeno por meio de relação sexual. Tanto é assim que não se recomenda tratar a parceria sexual da paciente com vaginose. Encontrá-la numa adolescente virgem, portanto, não levanta suspeita de abuso sexual. Os achados que efetivamente obrigam a investigar violência sexual em criança ou adolescente são os agentes com transmissão sexual estabelecida — *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, sífilis e HIV fora do período de transmissão vertical. Resposta E

QUESTÃO 94 — Gabarito E

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: É obrigatório o tratamento da *Gardnerella*, independentemente de haver ou não sintomas.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a indicação de tratar a vaginose bacteriana, e o erro está no absoluto: não é obrigatório tratar independentemente de sintomas. A conduta padrão é tratar a mulher sintomática, isto é, aquela com corrimento acinzentado e homogêneo e odor fétido, como a paciente da vinheta. A vaginose assintomática, achado frequente em exames de rotina e em citologia oncológica, em regra não demanda tratamento, porque o quadro pode ser transitório e o achado isolado de *Gardnerella* ou de clue cells não define doença. As exceções são pontuais e precisam ser justificadas: antes de procedimentos ginecológicos invasivos, como histerectomia, inserção de dispositivo intrauterino, curetagem ou biópsia endometrial, pelo risco de infecção pós-procedimento, e em gestantes de risco em protocolos específicos. Fora dessas situações, a ausência de sintomas dispensa a prescrição. Resposta E

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: Assim como a *Candida Albicans*, a *Gardnerella* pode ser encontrada na microbiota vaginal.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o conceito de microbiota vaginal e a distinção entre colonização e doença, e a afirmação procede. Tanto a *Candida albicans* quanto a *Gardnerella vaginalis* podem ser encontradas na vagina de mulheres saudáveis e assintomáticas: a *Candida* coloniza cerca de 20 por cento das mulheres em idade reprodutiva sem causar sintoma algum, e a *Gardnerella* também é isolada em mulheres sem vaginose. A doença aparece quando há ruptura do equilíbrio ecológico — na candidíase, proliferação fúngica favorecida por antibioticoterapia, diabetes descompensado, imunossupressão ou uso de corticoide; na vaginose, queda dos lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio e ácido láctico, com supercrescimento de anaeróbios e elevação do pH. Daí decorre um corolário prático já cobrado nesta prova: o achado laboratorial isolado, sem sintomas, não obriga a tratar. Resposta C

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Uma paciente de 14 anos, virgem, apresenta queixa de corrimento vaginal escuro de odor fétido associado a prurido. Após exame clínico e laboratorial, foi identificada a presença de *Gardnerella vaginalis*. Em relação ao caso clínico exposto,

Julgue o item: O PH vaginal dessa paciente será maior que 4,5.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra os critérios de Amsel, que definem a vaginose bacteriana na prática clínica, e a afirmação procede. São quatro critérios, bastando três para o diagnóstico: corrimento branco-acinzentado, homogêneo e fino, aderido às paredes vaginais; pH vaginal maior que 4,5; teste das aminas positivo, isto é, odor fétido de peixe após adicionar hidróxido de potássio a 10 por cento ao conteúdo vaginal; e presença de clue cells (células-guia) na microscopia. A elevação do pH é justamente a consequência fisiopatológica central: a perda dos lactobacilos, que produzem ácido láctico e mantêm o meio ácido entre 3,8 e 4,5, permite o supercrescimento de anaeróbios e alcaliniza a vagina, o que por sua vez volatiliza as aminas responsáveis pelo odor descrito na vinheta. Assim, em paciente com vaginose confirmada por *Gardnerella* e corrimento fétido, espera-se pH acima de 4,5. Resposta C

QUESTÃO 97 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: O uso de ácido acetilsalicílico está contraindicado para esse paciente.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a prevenção secundária após acidente vascular encefálico isquêmico, e inverte exatamente a conduta recomendada. O ácido acetilsalicílico não está contraindicado neste paciente: ele é pilar do tratamento. Em AVE isquêmico não cardioembólico, a antiagregação plaquetária com AAS, em doses habituais de 100 a 300 mg ao dia, reduz de forma consistente o risco de recorrência e deve ser mantida indefinidamente, associada ao controle rigoroso dos fatores de risco que o paciente acumula — hipertensão arterial e diabetes mellitus. As contraindicações reais seriam alergia ao salicilato, sangramento ativo, discrasia grave ou indicação formal de anticoagulação plena, como fibrilação atrial ou outra fonte cardioembólica, situação em que o anticoagulante substitui o antiagregante. Nada disso é descrito na vinheta: sequela motora e déficit cognitivo não contraindicam AAS. Resposta E

QUESTÃO 98 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: O alvo glicêmico desse paciente deve ser uma A1c abaixo de 6,5%, já que o controle

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra individualização do alvo glicêmico e sustenta a meta num benefício que a evidência não demonstrou. O controle intensivo da glicemia reduz desfechos microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia), mas não comprovou redução de eventos macrovasculares como o acidente vascular encefálico; no estudo ACCORD, a busca de A1c abaixo de 6,0 por cento chegou a aumentar a mortalidade, além de multiplicar hipoglicemias graves. Some-se o perfil deste paciente: 58 anos, diabético de longa data, com AVE isquêmico recente, sequela motora que compromete a marcha e déficit cognitivo com dificuldade de compreensão da fala, acalculia e prejuízo de memória recente — exatamente o conjunto que aumenta o risco de hipoglicemia despercebida e erro de administração da medicação. Nesse contexto, o alvo é frouxo e individualizado, na faixa de 7,5 a 8,0 por cento, e não abaixo de 6,5 por cento. Resposta E

QUESTÃO 99 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Para pacientes que sofreram AVEi como Roberto, está indicado o uso de estatinas de alta potência.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a terapia hipolipemiante na prevenção secundária do acidente vascular encefálico isquêmico, e a afirmação procede. Paciente que sofreu AVE isquêmico de provável origem aterosclerótica é classificado como de altíssimo risco cardiovascular e tem indicação de estatina de alta potência e em dose alta — atorvastatina 40 a 80 mg ou rosuvastatina 20 a 40 mg —, com o objetivo de reduzir o LDL em pelo menos 50 por cento e alcançar metas agressivas, tipicamente abaixo de 70 mg/dL, e abaixo de 55 mg/dL nas diretrizes mais recentes para os de risco extremo. A base dessa recomendação é o estudo SPARCL, que mostrou redução de recorrência de AVE e de eventos cardiovasculares maiores com atorvastatina 80 mg em pacientes com AVE ou ataque isquêmico transitório prévio sem doença coronariana conhecida. O benefício é ainda mais evidente neste caso, que soma hipertensão e diabetes mellitus. Resposta C

QUESTÃO 100 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Em casos como o de Roberto, a realização de fisioterapia motora consiste em uma intervenção de prevenção terciária.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra os níveis de prevenção de Leavell e Clark. A prevenção terciária atua depois que a doença já se instalou e deixou sequelas, com o objetivo de limitar a incapacidade e reabilitar o indivíduo, devolvendo-lhe o máximo de função e autonomia possível — diferentemente da primária, que evita o adoecimento (controle pressórico, cessação do tabagismo, vacinação), e da secundária, que busca diagnóstico precoce e tratamento oportuno por meio de rastreamento. Roberto sofreu o acidente vascular encefálico isquêmico há dois meses e convive com hemiparesia à esquerda e dependência para a marcha: o dano já está consumado. Nesse cenário, a fisioterapia motora não previne o evento nem o detecta precocemente; ela trabalha sobre a sequela instalada, buscando ganho de força, treino de marcha, prevenção de contraturas e deformidades e reinserção funcional. Trata-se, portanto, de intervenção reabilitadora típica da prevenção terciária. Resposta C

QUESTÃO 101 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Pelas informações fornecidas, é possível inferir que Roberto se tornou completamente dependente para atividades de vida instrumentais.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD), classicamente avaliadas pela escala de Lawton, são as tarefas mais complexas do cotidiano e exigem funções executivas, cognitivas e de linguagem preservadas: usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar roupa, utilizar meios de transporte, gerenciar as próprias medicações e administrar as finanças. Elas se distinguem das atividades básicas de vida diária (escala de Katz: banho, vestir-se, higiene, transferência, continência e alimentação). O quadro descrito compromete exatamente os domínios que as AIVD exigem: a dificuldade em compreender a fala inviabiliza o uso do telefone e a comunicação necessária para compras e transporte; a acalculia impede lidar com dinheiro e com esquemas posológicos; a perda de memória de curto prazo compromete o controle das medicações e o preparo de refeições; e a hemiparesia com necessidade de auxílio para a marcha o impede de sair sozinho. Com esse conjunto de déficits, a inferência de dependência completa para as atividades instrumentais está sustentada pelos dados da vinheta. Resposta C

QUESTÃO 102 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 8 Medicina Social e Preventiva Roberto, um homem de 58 anos, é portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há cerca de dois meses, ele sofreu um AVE isquêmico, apresentando diminuição de força em dimídio esquerdo, necessitando de auxílio para marcha. Desde que ocorreu o AVEi, Roberto não recuperou completamente a função cognitiva, apresentando dificuldade em compreender fala, acalculia e diminuição da memória de curto prazo. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: O tratamento adequado da hipertensão arterial com medicamentos de primeira linha (IECA, BRA, bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos ou diuréticos tiazídicos) reduz o risco de eventos como um AVEi.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o benefício, já consolidado, do tratamento anti-hipertensivo na prevenção cardiovascular. A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial reconhece como fármacos de primeira linha justamente as classes citadas — inibidores da ECA, bloqueadores do receptor de angiotensina, bloqueadores dos canais de cálcio di-hidropiridínicos e diuréticos tiazídicos ou similares —, porque todas demonstraram, em ensaios clínicos e metanálises, redução de desfechos duros, e não apenas queda dos números da pressão. Entre esses desfechos, o acidente vascular encefálico é o mais sensível à redução pressórica: cada 10 mmHg de queda na pressão sistólica associa-se a uma redução de cerca de um terço no risco de evento cerebrovascular. Como Roberto é hipertenso e diabético, o controle pressórico adequado com essas classes é peça central tanto da prevenção do primeiro evento quanto da prevenção da recorrência após o acidente vascular encefálico. A afirmativa procede integralmente. Resposta C

QUESTÃO 103 — Gabarito C

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: A escolaridade dos pais é fator de risco para desenvolvimento e crescimento infantil inadequado.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra os fatores de risco para crescimento e desenvolvimento infantil inadequados, tal como listados na Caderneta da Criança e nas normas de vigilância do desenvolvimento do Ministério da Saúde. Além dos fatores biológicos clássicos (prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia perinatal, icterícia grave, infecções congênitas, malformações), a vigilância inclui explicitamente os determinantes sociais e familiares: baixa escolaridade dos pais, pobreza, pré-natal ausente ou incompleto, mãe adolescente, violência doméstica, depressão materna e ambiente pouco estimulante. A escolaridade parental, em especial a materna, é um marcador robusto porque se traduz em práticas de cuidado, adesão ao pré-natal e à puericultura, qualidade da alimentação e do aleitamento, reconhecimento de sinais de alerta e estímulo cognitivo e de linguagem oferecido à criança. Por isso, na consulta de Miguel, investigar escolaridade e contexto social integra a avaliação de risco tanto quanto medir peso, comprimento e perímetro cefálico. Resposta C

QUESTÃO 104 — Gabarito E

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Pelo relato de Rafaela, Miguel apresenta atraso no desenvolvimento, pois, nessa idade, já é esperado que a criança sente sem apoio.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e a idade em que cada um deve ser cobrado. Sentar sem apoio não é marco dos 3 meses: essa habilidade é esperada por volta dos 6 aos 8 meses, e só configura sinal de alerta quando ausente depois dessa faixa. Aos 3 meses, o que se espera de Miguel é sustentar a cabeça na posição vertical e elevá-la em prono, apresentar sorriso social, fixar o olhar e seguir objetos ultrapassando a linha média, levar as mãos à linha média com abertura espontânea, responder ativamente ao contato social e emitir sons. A preocupação de Rafaela reflete uma expectativa equivocada quanto ao calendário do desenvolvimento, e a conduta correta é orientá-la e tranquilizá-la, reforçando o que é esperado para a idade, e não rotular a criança como portadora de atraso. Como o item cobra da criança uma habilidade ainda não esperada para os 3 meses, a afirmativa é falsa. Resposta E

QUESTÃO 105 — Gabarito E

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: O peso, dentre os parâmetros antropométricos, é o último a ser afetado pelo crescimento inadequado.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item inverte a ordem clássica de comprometimento dos indicadores antropométricos diante do crescimento inadequado. O peso é o primeiro parâmetro a se alterar, porque reflete de imediato o balanço energético e a composição corporal, sendo por isso o marcador mais sensível e o eixo do acompanhamento mensal na puericultura. Se o insulto nutricional persiste, segue-se o comprometimento do comprimento ou da estatura, que caracteriza a desnutrição crônica e traduz agressão prolongada. O perímetro cefálico é o último a ser afetado, já que o crescimento cerebral é preservado de forma prioritária e só cede em desnutrição grave e de longa duração, motivo pelo qual sua queda tem péssimo valor prognóstico. A afirmativa troca exatamente a posição do peso pela do perímetro cefálico; o correto seria dizer que a sequência de acometimento é peso, depois estatura e, por fim, perímetro cefálico. Resposta E

QUESTÃO 106 — Gabarito C

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: A velocidade de crescimento esperada para uma criança gira em torno de 15 cm no 1º semestre de vida.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a velocidade de crescimento estatural no primeiro ano de vida, referencial indispensável para julgar a puericultura de Miguel. O padrão aceito é de cerca de 3,5 cm por mês no primeiro trimestre e cerca de 2 cm por mês no segundo trimestre, o que totaliza aproximadamente 15 a 16 cm no primeiro semestre de vida. No segundo semestre o ritmo desacelera, com cerca de 1,5 cm por mês no terceiro trimestre e 1,2 cm por mês no quarto, resultando em torno de 25 cm no primeiro ano, ou seja, um acréscimo de aproximadamente 50% sobre o comprimento de nascimento. O valor de 15 cm trazido pelo item corresponde, portanto, ao esperado para os seis primeiros meses. Dominar esse referencial é o que permite avaliar objetivamente se a criança acompanha o canal de crescimento nas curvas da OMS, em vez de decidir pela impressão subjetiva da mãe. Resposta C

QUESTÃO 107 — Gabarito E

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Pela verificação do cartão de vacinação, é possível verificar que Miguel ainda não recebeu nenhuma dose de vacina contra pólio.

C. Certo

E. Errado ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O item exige leitura atenta do cartão vacinal e domínio das siglas do Calendário Nacional de Vacinação. Entre as vacinas registradas para Miguel consta a VIP, que é justamente a vacina inativada poliomielite, do tipo Salk, aplicada por via intramuscular e que compõe o esquema primário aos 2, 4 e 6 meses, com reforços posteriores também com VIP após a retirada da vacina oral do calendário. Logo, a criança já recebeu dose de vacina contra a poliomielite, e afirmar que não recebeu nenhuma é falso. Vale registrar, como aprendizado da consulta, que o cartão traz DTP e Hib isoladas em vez da pentavalente e não registra hepatite B nem rotavírus, pontos que merecem checagem e eventual atualização do esquema; isso, porém, não altera o julgamento do item, que se refere especificamente à vacina contra a pólio. Resposta E

QUESTÃO 108 — Gabarito E

Miguel é uma criança de 3 meses, que foi levada por sua mãe, Rafaela, para consulta de puericultura. Miguel nasceu com peso de 3450g, perímetro cefálico de 34cm e 48cm de comprimento; seu exame físico, hoje, apresenta as seguintes medidas: peso de 6830g, perímetro cefálico de 41cm e comprimento de 61cm. Quando questionada, Rafaela traz algumas preocupações: refere que está preocupada com o peso de Miguel, pois acha que produz pouco leite; está preocupada também com o desenvolvimento do bebê e se ele já não deveria estar sentando. Ao conferir o cartão de vacinas de Miguel, o médico da UBS verifica as seguintes vacinas no cartão: BCG, DTP, Hib, VIP e pneumo conjugada. Considerando o caso descrito e seus conhecimentos,

Julgue o item: Considerando a velocidade padrão de ganho ponderal nos 3 primeiros meses, Miguel está com o ganho de peso inadequado.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a velocidade padrão de ganho ponderal do primeiro trimestre e o cálculo direto com os dados da vinheta. Espera-se, nos três primeiros meses, ganho de cerca de 25 a 30 g por dia, o que corresponde a aproximadamente 700 a 800 g por mês, valendo ainda a regra prática de que a criança duplica o peso de nascimento por volta dos 4 aos 5 meses. Miguel nasceu com 3.450 g e está hoje com 6.830 g: ganhou 3.380 g em três meses, cerca de 1.127 g por mês, ou aproximadamente 37 g por dia, e praticamente duplicou o peso de nascimento antes dos 4 meses. O ganho ponderal está, portanto, adequado e até acima do referencial mínimo, o que permite tranquilizar Rafaela quanto à suposta baixa produção de leite e reforçar a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. A afirmativa de ganho inadequado não se sustenta. Resposta E

QUESTÃO 109 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 9 Marisa é uma mulher de 58 anos que veio a uma consulta de rotina, pois deseja realizar exames de “check-up”. Ela não tem problemas de saúde nem faz uso de nenhum medicamento. Seu histórico familiar a preocupa, pois sua mãe morreu devido a um câncer de laringe e, por isso, ela deseja realizar uma endoscopia para saber se está tudo bem com sua laringe, pois foi assim que a mãe descobriu o tumor. Ela deseja também realizar exames para verificar suas vitaminas. Quando questionada, refere ser viúva, sexualmente ativa e nega quaisquer sintomas no momento do atendimento. Considerando seus conhecimentos e o caso exposto,

Julgue o item: Marisa é considerada uma mulher de alto risco para câncer de mama.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a definição de alto risco para câncer de mama, condição que autoriza rastreamento diferenciado, mais precoce e por vezes com ressonância magnética. São consideradas de alto risco as mulheres com parente de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, com câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer idade, com caso de câncer de mama masculino na família, portadoras de mutação comprovada nos genes BRCA1 ou BRCA2 e afins, com história pessoal de hiperplasia atípica ou carcinoma lobular in situ, ou com irradiação torácica antes dos 30 anos. O antecedente relatado por Marisa é câncer de laringe materno, tumor de outra topografia, tipicamente ligado a tabagismo e etilismo, que não integra os critérios de agregação familiar para mama. Marisa é, portanto, mulher de risco habitual, devendo seguir o rastreamento populacional recomendado para a sua faixa etária. Resposta E

QUESTÃO 111 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 9 Marisa é uma mulher de 58 anos que veio a uma consulta de rotina, pois deseja realizar exames de “check-up”. Ela não tem problemas de saúde nem faz uso de nenhum medicamento. Seu histórico familiar a preocupa, pois sua mãe morreu devido a um câncer de laringe e, por isso, ela deseja realizar uma endoscopia para saber se está tudo bem com sua laringe, pois foi assim que a mãe descobriu o tumor. Ela deseja também realizar exames para verificar suas vitaminas. Quando questionada, refere ser viúva, sexualmente ativa e nega quaisquer sintomas no momento do atendimento. Considerando seus conhecimentos e o caso exposto,

Julgue o item: Faz parte do rastreio de rotina da saúde do adulto a mensuração dos níveis glicêmicos, colesterol totais e frações e níveis de hormônios tireoidianos.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item mistura exames com respaldo em rastreamento e um exame sem respaldo, e é este último que o torna falso. Rastrear alterações glicêmicas e o perfil lipídico no adulto tem recomendação consolidada: a glicemia identifica pré-diabetes e diabetes ainda assintomáticos, e a dosagem de colesterol total e frações é insumo obrigatório para a estimativa do risco cardiovascular global e para a decisão sobre estatina. Já a dosagem de hormônios tireoidianos não faz parte do rastreamento de rotina do adulto assintomático: não há evidência de benefício em desfechos clínicos que justifique a busca universal de disfunção tireoidiana, e a prática expõe o paciente a achados de significado incerto, como o hipotireoidismo subclínico, gerando cascata de exames e tratamentos desnecessários. O TSH deve ser solicitado diante de sintomas, achados de exame físico ou fatores de risco específicos, e não como item automático de um pedido de check-up, exatamente como Marisa deseja. Resposta E

QUESTÃO 112 — Gabarito C

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 9 Marisa é uma mulher de 58 anos que veio a uma consulta de rotina, pois deseja realizar exames de “check-up”. Ela não tem problemas de saúde nem faz uso de nenhum medicamento. Seu histórico familiar a preocupa, pois sua mãe morreu devido a um câncer de laringe e, por isso, ela deseja realizar uma endoscopia para saber se está tudo bem com sua laringe, pois foi assim que a mãe descobriu o tumor. Ela deseja também realizar exames para verificar suas vitaminas. Quando questionada, refere ser viúva, sexualmente ativa e nega quaisquer sintomas no momento do atendimento. Considerando seus conhecimentos e o caso exposto,

Julgue o item: Marisa está na faixa etária adequada para a realização do rastreio do câncer de cólon, que deve ser realizado anualmente com pesquisa de sangue oculto nas fezes ou com colonoscopia a cada década.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a faixa etária e as modalidades aceitas de rastreamento do câncer colorretal em pessoa de risco habitual. Marisa tem 58 anos e está dentro do intervalo em que o rastreamento é indicado, classicamente dos 50 aos 75 anos, com sociedades já antecipando o início para os 45 anos, e não apresenta sintomas nem antecedentes pessoais ou familiares que a coloquem em risco aumentado. As estratégias validadas incluem a pesquisa de sangue oculto nas fezes por teste imunoquímico realizada anualmente e a colonoscopia a cada dez anos, ambas com redução comprovada de mortalidade, lembrando que qualquer pesquisa de sangue oculto positiva obriga colonoscopia diagnóstica subsequente. A afirmativa reproduz corretamente tanto a idade quanto os dois intervalos, e é justamente esse o rastreamento que deve ser oferecido a Marisa, no lugar da endoscopia e das dosagens vitamínicas que ela solicita. Resposta C

QUESTÃO 113 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 9 Marisa é uma mulher de 58 anos que veio a uma consulta de rotina, pois deseja realizar exames de “check-up”. Ela não tem problemas de saúde nem faz uso de nenhum medicamento. Seu histórico familiar a preocupa, pois sua mãe morreu devido a um câncer de laringe e, por isso, ela deseja realizar uma endoscopia para saber se está tudo bem com sua laringe, pois foi assim que a mãe descobriu o tumor. Ela deseja também realizar exames para verificar suas vitaminas. Quando questionada, refere ser viúva, sexualmente ativa e nega quaisquer sintomas no momento do atendimento. Considerando seus conhecimentos e o caso exposto,

Julgue o item: Marisa não deve ser rastreada para câncer de colo uterino, uma vez que não está mais na faixa etária indicada para o rastreio.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a faixa etária do rastreamento do câncer do colo do útero preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo INCA. A recomendação brasileira é o exame citopatológico (Papanicolaou) em mulheres de 25 a 64 anos que já tiveram atividade sexual, com os dois primeiros exames anuais e, se ambos normais, repetição a cada três anos. A interrupção do rastreio só é autorizada a partir dos 64 anos, e ainda assim apenas se a mulher tiver pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Marisa tem 58 anos e refere ser sexualmente ativa, ou seja, está plenamente dentro da faixa etária de rastreamento, e a consulta de rotina é exatamente a oportunidade para verificar a situação da sua coleta citológica. A afirmação erra ao excluí-la do rastreio por idade: aos 58 anos ela ainda deve ser rastreada, e retirar essa mulher do programa seria perder a chance de detectar lesão precursora justamente na faixa de maior incidência de carcinoma invasor. Resposta E

QUESTÃO 114 — Gabarito E

FEPECS INSTITUTO AOCP PRM ACESSO DIRETO - TODAS AS ÁREAS Tipo 01 - Página 9 Marisa é uma mulher de 58 anos que veio a uma consulta de rotina, pois deseja realizar exames de “check-up”. Ela não tem problemas de saúde nem faz uso de nenhum medicamento. Seu histórico familiar a preocupa, pois sua mãe morreu devido a um câncer de laringe e, por isso, ela deseja realizar uma endoscopia para saber se está tudo bem com sua laringe, pois foi assim que a mãe descobriu o tumor. Ela deseja também realizar exames para verificar suas vitaminas. Quando questionada, refere ser viúva, sexualmente ativa e nega quaisquer sintomas no momento do atendimento. Considerando seus conhecimentos e o caso exposto,

Julgue o item: Considerando a alta prevalência de sífilis no Brasil, Marisa deve ser rastreada com teste não treponêmico e teste treponêmico simultâneos.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra dois pontos: quem tem indicação de rastreamento de sífilis e como se faz o diagnóstico laboratorial. O rastreamento de sífilis em pessoa assintomática não é universal na consulta de check-up: ele está indicado para gestantes (em cada trimestre e no parto), populações-chave e pessoas em situação de maior vulnerabilidade, vítimas de violência sexual, pessoas com outra IST, usuárias de PrEP e doadores. Marisa é assintomática, sem exposição de risco relatada, e a simples menção de ser sexualmente ativa não a coloca automaticamente em rastreio populacional. Além disso, o fluxograma do Ministério da Saúde é sequencial, e não simultâneo: parte-se de um teste inicial (treponêmico, como o teste rápido, ou não treponêmico, como o VDRL) e, somente se reagente, aplica-se um segundo teste de metodologia diferente para confirmação. Solicitar treponêmico e não treponêmico ao mesmo tempo, de rotina, não é a conduta preconizada. Resposta E

QUESTÃO 115 — Gabarito C

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas, Julgue o item: A vacina da raiva não deve ser aplicada no caso exposto, devendo o animal ser observado por 10 dias e, caso assintomático, o caso deve ser encerrado.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a conduta da profilaxia antirrábica humana segundo as Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana do Ministério da Saúde, que classificam o acidente pela gravidade do ferimento e pela condição do animal agressor. Valentina sofreu arranhadura única, superficial, no tronco (região infraclavicular), longe de cabeça, pescoço, mãos, pés e polpas digitais e sem lambadura de mucosa: trata-se de acidente leve. O agressor é um gato conhecido, identificado, sem qualquer sinal sugestivo de raiva, passível de observação, em área geográfica com raiva canina controlada. Nessa combinação, a recomendação é justamente não vacinar de imediato e manter o animal sob observação clínica por dez dias a partir da data da agressão; se ao final do período o animal permanecer sadio, o caso é encerrado sem profilaxia. A vacinação só seria iniciada se o gato adoecesse, morresse ou desaparecesse durante a observação. A afirmativa reproduz exatamente essa conduta. Resposta C

QUESTÃO 116 — Gabarito E

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas, Julgue o item: Mesmo que o gato desapareça, por se tratar de área onde a raiva é controlada, não é necessário iniciar esquema profilático.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item testa o que muda na conduta quando o animal sob observação deixa de ser observável. Na profilaxia antirrábica, a opção de apenas observar o cão ou gato por dez dias, sem vacinar, depende de uma condição essencial: o animal precisa permanecer disponível e sadio durante todo o período. Se ele adoece, morre, foge ou desaparece antes de completar os dez dias, perde-se a informação que sustentava a conduta expectante e a profilaxia deve ser iniciada imediatamente, com o esquema vacinal de pós-exposição (doses nos dias 0, 3, 7 e 14, por via intramuscular). Viver em área de raiva canina controlada reduz o risco epidemiológico e permite começar apenas pela observação, mas não é salvo-conduto para deixar de vacinar quando o animal some, até porque a raiva é doença de letalidade praticamente de 100 por cento e a profilaxia é a única barreira disponível. O erro está exatamente em manter a conduta expectante diante do desaparecimento do gato. Resposta E

QUESTÃO 117 — Gabarito C

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas,

Julgue o item: O ferimento descrito pode ser classificado como acidente leve, sendo necessária vacinação em caso de animal suspeito de raiva.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a classificação do acidente e a conduta correspondente quando o animal é suspeito de raiva. Pelas Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, é acidente leve o ferimento superficial, único, pouco extenso, em tronco ou membros (excetuando-se mãos, polpas digitais e planta dos pés), sem comprometimento de cabeça, face, pescoço ou mucosas, e também a lambadura de pele com lesão prévia. A lesão de Valentina é uma arranhadura única, superficial, em região infraclavicular, portanto acidente leve, tal como a afirmativa classifica. A segunda parte também procede: a conduta expectante só vale para o animal sadio e passível de observação. Se o cão ou gato estiver clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão, mesmo em acidente leve deve-se iniciar a vacinação e manter o animal em observação por dez dias, completando ou suspendendo o esquema conforme a evolução do animal. Classificação e conduta estão corretas. Resposta C

QUESTÃO 118 — Gabarito E

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas,

Julgue o item: A vacina antirrábica pode ser aplicada no glúteo ou no deltoide quando usada na via intramuscular.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o sítio de aplicação da vacina antirrábica por via intramuscular. A vacina deve ser aplicada no músculo deltoide em adultos e crianças maiores, ou no vasto lateral da coxa em menores de dois anos. A região glútea é formalmente contraindicada para a vacina antirrábica, porque a espessa camada de tecido adiposo local torna a absorção do imunobiológico errática e imprevisível, com risco de aplicação subcutânea inadvertida e de resposta imune insuficiente, o que é inaceitável em uma doença de letalidade praticamente total. O glúteo pode ser usado para o soro antirrábico heterólogo ou a imunoglobulina humana antirrábica quando sobra volume a ser aplicado longe do sítio da vacina, mas nunca para a vacina em si. O erro do item está justamente em admitir o glúteo como alternativa ao deltoide. Resposta E

QUESTÃO 119 — Gabarito C

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas,

Julgue o item: Em casos de acidente com cão ou gato observável, exclusivamente doméstico em seus hábitos, em área de raiva controlada, independentemente da gravidade do ferimento, não é necessário começar o esquema profilático.

C. Certo ✓

E. Errado

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a hipótese em que a gravidade do ferimento deixa de determinar sozinha a conduta. Nas Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, quando o agressor é cão ou gato sem qualquer sinal sugestivo de raiva no momento da agressão, identificado, passível de observação por dez dias, com hábitos exclusivamente domiciliares e em área com raiva canina controlada, a conduta preconizada é observar o animal e não iniciar a profilaxia, independentemente de o ferimento ser leve ou grave. O que autoriza essa espera é a soma do baixo risco epidemiológico com a possibilidade concreta de acompanhar o animal, já que o período de eliminação viral pela saliva antecede o adoecimento em poucos dias e um animal que permanece sadio por dez dias não estava transmitindo o vírus na agressão. A ressalva permanece: se o animal adoecer, morrer ou desaparecer no período, a profilaxia deve ser iniciada de imediato. Resposta C

QUESTÃO 120 — Gabarito E

Raquel trouxe sua filha Valentina, de 8 anos, à UBS. Ela conta que, há cinco dias, sua filha foi arranhada pelo gato da vizinha na região do tronco. A vizinha refere que o gato não tem quaisquer sintomas e que ele é vacinado para raiva. Ao examinar o ferimento, o médico da UBS observa arranhadura de 5cm, única, superficial, em região infraclavicular direita. Elas vivem em região onde a raiva é considerada controlada. Considerando seus conhecimentos e as informações expostas,

Julgue o item: Em casos em que o soro antirrábico é necessário, deve-se infiltrar a maior quantidade possível no território perilesional e o restante de forma intravenosa.

C. Certo

E. Errado ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a técnica de administração do soro antirrábico heterólogo ou da imunoglobulina humana antirrábica. A regra é infiltrar a maior quantidade possível do produto dentro e ao redor da lesão, no território perilesional, porque o objetivo é neutralizar o vírus no próprio sítio de inoculação, antes de sua migração pelos nervos periféricos até o sistema nervoso central. Quando o volume calculado pelo peso não cabe na região do ferimento, o restante deve ser aplicado por via intramuscular, em massa muscular distante do local onde foi aplicada a vacina, para não neutralizar o antígeno vacinal; se o volume for insuficiente para infiltrar toda a lesão, pode-se diluí-lo em soro fisiológico. A via intravenosa não é utilizada em hipótese alguma para esses imunobiológicos, pelo risco de reação anafilática grave, sobretudo com o soro heterólogo de origem equina. O erro está na via intravenosa proposta ao final. Resposta E