



SES-DF — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

Um paciente de 68 anos de idade buscou atendimento em razão de dor inguinal intensa e tumoração não redutível há 6 horas. Ao exame, apresentou FC = 108 bpm, FR = 20 irpm e saturação = 97%, sem sinais de peritonite. Diagnóstico: hérnia inguinal encarcerada. Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que corresponde à correta conduta a ser adotada.

A. Realizar manobra de redução externa obrigatória.

B. Instituir antibioticoterapia isolada. ✓

C. Programar cirurgia eletiva após melhora da dor.

D. Indicar hernioplastia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hérnia inguinal encarcerada há 6 horas, com taquicardia, é urgência cirúrgica: a alça está aprisionada e caminha para estrangulamento e necrose. A conduta é hernioplastia de urgência, com inventário da viabilidade da alça. Redução externa forçada pode empurrar alça inviável para dentro da cavidade (redução em massa); antibiótico isolado não desfaz o encarceramento; programar cirurgia eletiva ignora a isquemia em curso. Pérola: ausência de peritonite favorece reparo sem ressecção, mas não autoriza esperar. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Um paciente de 21 anos de idade compareceu ao atendimento com dor intensa em região sacrococcígea, febre baixa e tumoração flutuante local. O exame mostrou FC = 96 bpm, FR = 18 irpm e saturação = 99%. Diagnóstico: cisto pilonidal com abscesso agudo. Qual é a melhor conduta no caso clínico apresentado?

A. Realizar ressecção ampla imediata.

B. Proceder à incisão e à drenagem do abscesso.

C. Administrar antibioticoterapia exclusiva.

D. Realizar excisão completa com fechamento primário. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso agudo de cisto pilonidal se resolve pelo princípio universal das coleções: drenar. Incisão e drenagem sob anestesia local alivia a dor e controla a infecção; o tratamento definitivo do trajeto (excisão, retalho ou técnicas minimamente invasivas) fica para um segundo tempo, com a inflamação fria. Ressecção ampla ou excisão com fechamento primário na fase supurada tem alta taxa de deiscência e recidiva; antibiótico exclusivo não esvazia pus. Observação: o gabarito oficial aponta a letra D, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Uma paciente de 58 anos de idade, compareceu ao atendimento com dor em fossa ilíaca esquerda, febre baixa e náuseas. Ao exame, mostrou FC = 88 bpm, FR = 18 irpm e saturação = 99%. A tomografia evidenciou diverticulite aguda não complicada (sem abscesso, fistula, pneumoperitônio ou obstrução). Quanto à melhor conduta para o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

A. Instituir tratamento clínico ambulatorial com antibióticos, quando indicados, e dieta adequada. ✓

B. Realizar cirurgia imediatamente.

C. Programar colectomia eletiva obrigatória após o primeiro episódio.

D. Solicitar colonoscopia ainda durante a fase aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda não complicada em paciente estável, sem sepse e com boa aceitação oral, e condicação clássica de manejo ambulatorial: dieta adequada e antibiótico quando indicado, já que casos leves em imunocompetentes podem até dispensar o antimicrobiano. Cirurgia imediata reserva-se às formas complicadas (perfuração, peritonite). A colectomia eletiva deixou de ser obrigatória após o primeiro episódio, sendo decisão individualizada. Colonoscopia está contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração: faz-se 6 a 8 semanas depois, para excluir neoplasia. Pérola: colonoscopia na diverticulite só depois que a inflamação resolveu. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Um paciente de 74 anos de idade, com fibrilação atrial não anticoagulada, apresentou dor abdominal intensa desproporcional ao exame físico, FC = 120 bpm, FR = 22 irpm, saturação = 95%, e abdome com leve distensão, sem sinais de peritonite. Assinale a alternativa que indica a conduta correta para esse paciente.

- A. Instituir analgesia e observação inicial.
- B. Programar laparoscopia diagnóstica como primeira medida.
- C. Realizar colonoscopia diagnóstica. ✓**
- D. Solicitar angiotomografia imediata e iniciar anticoagulação precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com fibrilação atrial sem anticoagulação e dor abdominal desproporcional ao exame é isquemia mesentérica aguda embólica até prova em contrário. A conduta é angiotomografia de abdome imediata e anticoagulação precoce, com revascularização/laparotomia conforme o achado. Colonoscopia não avalia artéria mesentérica e é perigosa em alça isquêmica; analgesia e observação queimam a janela terapêutica; laparoscopia diagnóstica não precede a imagem. Pérola: lactato normal não exclui o diagnóstico. Observação: o gabarito oficial aponta a letra C, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Um paciente de 52 anos de idade, operado há um ano por apendicite complicada com peritonite, procurou o pronto atendimento com dor abdominal tipo cólica, vômitos biliosos e ausência de eliminação de gases há 24 horas. Ao exame físico, apresentou abdome distendido, timpanismo difuso, dor à palpação sem sinais de peritonite, FC = 110 bpm, FR = 22 irpm, PA = 118 mmHg x 74 mmHg e temperatura = 37,2°C. A radiografia de abdome em ortostase mostrou múltiplos níveis hidroaéreos em delgado. Qual é a medida inicial mais apropriada para o manejo desse paciente?

- A. Realização imediata de laparotomia exploradora em todos os casos de oclusão por bridas ✓**
- B. Início de antibioticoterapia de amplo espectro e observação domiciliar
- C. Instituição de tratamento conservador com hidratação venosa, sonda nasogástrica e vigilância clínica
- D. Uso de procinéticos intravenosos para motilidade intestinal

COMENTÁRIO OSCELABS

Obstrução de delgado por bridas em paciente já operado, sem peritonite e sem sinais de estrangulamento, começa conservadora: jejum, hidratação venosa, sonda nasogástrica para descompressão e reavaliações seriadas — a maioria resolve em 24 a 48 horas. Laparotomia imediata em todos os casos é excessiva; alta domiciliar com antibiótico é insegura; procinético é contraindicado em obstrução mecânica. Pérola: dor contínua, febre, leucocitose, acidose ou taquicardia persistente indicam cirurgia sem esperar. Observação: o gabarito oficial aponta a letra A, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Considerando um paciente de 62 anos de idade, com diagnóstico endoscópico de adenocarcinoma gástrico, FC = 84 bpm, FR = 18 irpm, saturação = 98%, sem sinais de metástases clínicas, assinale a alternativa que corresponde ao exame recomendado para estadiamento inicial.

A. Tomografia de tórax, abdome e pelve

B. Colonoscopia ✓

C. Ultrassom abdominal

D. PET-CT obrigatório

COMENTÁRIO OSCELABS

O estadiamento inicial do adenocarcinoma gástrico é feito com tomografia de tórax, abdome e pelve com contraste, que avalia extensão local, linfonodos e metástases a distância. Complementam a ecoendoscopia (T e N em candidatos a neoadjuvância) e a laparoscopia de estadiamento para carcinomatose oculta. Colonoscopia não estadia tumor gástrico; ultrassom abdominal tem baixa acurácia para linfonodos e implantes; PET-CT não é obrigatório e falha em tumores difusos com células em anel de sinete. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Um paciente de 28 anos de idade procurou o pronto atendimento por dor abdominal iniciada há 18 horas em região periumbilical, migrando para fossa ilíaca direita. Referiu náuseas, hiporexia e febrícula. Ao exame físico, o paciente apresentava-se lúcido, com dor localizada em fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg discretamente positivo; FC = 104 bpm, FR = 20 irpm, PA = 122 mmHg x 78 mmHg e temperatura = 37,8 °C. O hemograma leucócitos = 14.900/mm³ com neutrofilia, e a ultrassonografia evidenciou apêndice não compressível, com diâmetro de 8 mm e espessamento de parede. Diante do diagnóstico de apendicite aguda não complicada, qual é a melhor conduta terapêutica?

A. Tratamento clínico exclusivo com antibiótico por 10 dias

B. Observação hospitalar por 24 horas antes de qualquer intervenção

C. Apendicectomia laparoscópica após antibioticoprofilaxia

D. Drenagem percutânea guiada por imagem ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Apendicite aguda não complicada confirmada por clínica, leucocitose e ultrassom com apêndice não compressível de 8 mm tem tratamento cirúrgico: apendicectomia videolaparoscópica, precedida de antibioticoprofilaxia em dose única. Antibiótico exclusivo por 10 dias tem recidiva expressiva no primeiro ano e não é padrão; observação por 24 horas apenas aumenta o risco de perfuração; drenagem percutânea é reservada a abscesso apendicular ou plastrão. Observação: o gabarito oficial aponta a letra D, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Um paciente de 28 anos de idade procurou o pronto atendimento por dor abdominal iniciada há 18 horas em região periumbilical, migrando para fossa ilíaca direita. Referiu náuseas, hiporexia e febrícula. Ao exame físico, o paciente apresentava-se lúcido, com dor localizada em fossa ilíaca direita, sinal de Blumberg discretamente positivo; FC = 104 bpm, FR = 20 irpm, PA = 122 mmHg x 78 mmHg e temperatura = 37,8 °C. O hemograma leucócitos = 14.900/mm³ com neutrofilia, e a ultrassonografia evidenciou apêndice não compressível, com diâmetro de 8 mm e espessamento de parede. Assinale a alternativa que corresponde à principal alteração fisiopatológica responsável pela progressão da apendicite aguda.

A. Espasmo muscular liso da parede intestinal ✓

- B. Aumento da secreção biliar pelo intestino delgado
- C. Alteração da motilidade cólica difusa
- D. Obstrução luminal com isquemia subsequente da parede apendicular

COMENTÁRIO OSCELABS

A cascata da apendicite começa com obstrução da luz (fecalito, hiperplasia linfóide, raramente tumor): o muco continua sendo secretado, a pressão intraluminal sobe, comprime primeiro a drenagem linfática e venosa e depois o fluxo arterial, gerando isquemia da parede, translocação bacteriana, necrose e perfuração. Espasmo da musculatura lisa e dismotilidade cólica não produzem esse quadro; secreção biliar do delgado não tem papel. Observação: o gabarito oficial aponta a letra A, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Uma paciente de 46 anos de idade procurou o atendimento médico em razão de dor no hipocôndrio direito iniciada há 12 horas, irradiada para o dorso e associada a náuseas. Referiu episódios semelhantes nos últimos meses. Ao exame, apresentou dor à palpação profunda em hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo; FC = 98 bpm, FR = 18 irpm, PA = 128 mmHg x 80 mmHg e temperatura = 38,1 °C. A ultrassonografia evidenciou vesícula distendida, parede espessada (5 mm), cálculos múltiplos e líquido pericolecístico. Considerando o quadro apresentado, qual é o diagnóstico mais compatível?

- A. Colecistite aguda calculosa
- B. Pancreatite aguda biliar ✓**
- C. Colecistopatia acalculosa
- D. Cólica biliar simples

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocôndrio direito por mais de 6 horas, febre, Murphy positivo e ultrassom com vesícula distendida, parede de 5 mm, cálculos e líquido pericolecístico fecham colecistite aguda calculosa. Cólica biliar simples é autolimitada, dura poucas horas e cursa sem febre ou sinais inflamatórios na imagem. Pancreatite biliar exigiria dor em faixa com irradiação dorsal e amilase/lipase acima de três vezes o normal. Colecistite acalculosa ocorre em paciente crítico e, por definição, sem cálculos. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Uma paciente de 44 anos de idade foi atendida no pronto-socorro com história de dor abdominal súbita, intensa, em região epigástrica, irradiando para dorso. Referiu piora progressiva e náuseas. Ao exame físico, a paciente mostrava-se ansiosa; o abdome com defesa involuntária difusa e dor acentuada à palpação; FC = 124 bpm, FR = 24 irpm, PA = 104 mmHg x 68 mmHg e temperatura = 38,0 °C. A radiografia de tórax em ortostase evidenciou presença de ar livre subdiafragmático. Qual é a conduta mais adequada diante desse quadro?

- A. Administração exclusiva de inibidores de bomba de prótons e observação
- B. Realização de tomografia apenas após estabilização hemodinâmica completa
- C. Tentativa de manejo clínico por 48 horas antes de decidir por cirurgia ✓**
- D. Indicação de cirurgia emergencial após reposição volêmica e antibioticoterapia de amplo espectro

COMENTÁRIO OSCELABS

Ar livre subdiafragmático com abdome em defesa involuntária, taquicardia e febre significa perfuração de víscera oca (classicamente úlcera péptica) e peritonite: a conduta é cirurgia de emergência, precedida de reposição volêmica e antibiótico de amplo espectro, para controle da fonte. Inibidor de bomba isolado não fecha a perfuração; tomografia adicional não muda a conduta diante de pneumoperitônio evidente; tentar 48 horas de manejo clínico eleva a mortalidade por sepse. Observação: o gabarito oficial aponta a letra C, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Uma paciente de 72 anos de idade compareceu ao atendimento apresentando dor abdominal em cólica há 24 horas, vômitos e parada de eliminação de flatos. Ao exame, apresentou FC = 98 bpm, FR = 20 irpm e saturação = 95%. A tomografia mostrou espessamento irregular de sigmoide com dilatação colônica a montante e ausência de gás retal. Diante do caso clínico apresentado, qual é a melhor conduta a ser adotada pelo profissional?

- A. Iniciar colonoscopia de urgência para tentar desimpactação do segmento.
- B. Realizar colectomia total como abordagem preferencial em obstrução esquerda. ✓**
- C. Considerar tratamento clínico até melhora dos sintomas obstrutivos.
- D. Indicar cirurgia com colectomia segmentar oncológica, com anastomose ou colostomia, conforme a estabilidade clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Espessamento irregular de sigmoide com dilatação a montante e ausência de gás retal é obstrução colônica maligna. O tratamento é cirúrgico, com colectomia segmentar oncológica (ligadura vascular alta e linfadenectomia), optando-se por anastomose primária ou colostomia terminal conforme estabilidade, contaminação e condição da alça. Colectomia total não é a abordagem preferencial na obstrução esquerda; colonoscopia serve para stent como ponte em casos selecionados, não para desimpactar; manejo clínico não resolve obstrução mecânica tumoral. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Uma paciente de 46 anos de idade compareceu ao atendimento com dor em hipocôndrio direito há 12 horas, febre e náuseas. Ao exame, apresentou FC = 102 bpm, FR = 19 irpm e saturação = 98%. O ultrassom mostrou espessamento parietal, cálculo impactado no infundíbulo e Murphy ultrassonográfico positivo. Quanto à conduta mais adequada a esse caso, assinale a alternativa correta.

- A. Indicar antibióticos por sete dias e colecistectomia tardia.
- B. Indicar colecistectomia laparoscópica precoce.
- C. Realizar drenagem percutânea obrigatória
- D. Manter apenas observação por 24 horas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cálculo impactado no infundíbulo, parede espessada e Murphy ultrassonográfico positivo com febre definem colecistite aguda litiásica. A conduta é colecistectomia laparoscópica precoce, na mesma internação e idealmente nas primeiras 72 horas, associada a antibiótico. Postergar a cirurgia aumenta conversão, complicações e reinternações. Drenagem percutânea é resgate para o paciente proibitivo cirurgicamente, não conduta obrigatória; observação isolada não trata a inflamação. Observação: o gabarito oficial aponta a letra D, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Um homem de 34 anos de idade sofreu colisão automobilística frontal utilizando cinto de segurança. Chegou ao pronto atendimento consciente, porém referindo dor em hemitórax inferior esquerdo e dor abdominal difusa. Ao exame físico, apresentou FC = 122 bpm, FR = 24 irpm, PA = 102 mmHg X 68 mmHg, SpO₂ = 96%, temperatura = 36,8 °C; abdome doloroso difusamente, com maior sensibilidade em quadrante superior esquerdo. FAST positivo para líquido livre em cavidade. Considerando o quadro hemodinâmico e o achado de FAST positivo, qual é a melhor conduta para o caso apresentado?

- A. Solicitação de tomografia de abdome com contraste e observação até liberação do exame
- B. Administração de volume e reavaliação em 12 horas para decidir a conduta
- C. Indicação imediata de laparotomia exploradora por instabilidade hemodinâmica associada a FAST positivo ✓**
- D. Punção diagnóstica do líquido livre para determinar a origem, antes da cirurgia

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma abdominal fechado com taquicardia, PA no limite inferior e FAST positivo configura instabilidade hemodinâmica com foco intracavitário definido: a conduta é laparotomia exploradora imediata. A dor em quadrante superior esquerdo sugere lesão esplênica. A tomografia exige paciente estável e transportável, e aguardar o exame atrasa o controle do sangramento. Repor volume e reavaliar em 12 horas ignora a hemorragia em curso. Punção do líquido livre nada acrescenta quando o FAST já mostrou hemoperitônio. Perola: FAST positivo e instável = centro cirúrgico; FAST positivo e estável = tomografia. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Um paciente de 27 anos de idade apresentou dor periumbilical migrando para FID. Ao exame, apresentou FC 90 = bpm, FR = 18 irpm e saturação = 98%. A tomografia mostrou apêndice de 11 mm, sem abscesso. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que corresponde à conduta correta para esse paciente.

- A. Appendicectomia laparoscópica
- B. Antibioticoprofilaxia e alta ambulatorial ✓**
- C. Tratamento clínico obrigatório
- D. Drenagem percutânea guiada

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor periumbilical migrando para fossa ilíaca direita e tomografia com apêndice de 11 mm sem abscesso configuram apendicite aguda não complicada: o tratamento é apendicectomia, preferencialmente laparoscópica. Antibioticoprofilaxia com alta ambulatorial não trata a doença; tratamento clínico exclusivo não é obrigatório em lugar nenhum e tem recidiva relevante; drenagem percutânea só faz sentido diante de abscesso, que a tomografia excluiu. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Um paciente de 59 anos de idade, cirrótico Child-Pugh B por hepatite alcoólica, apresentou hematêmese volumosa há uma hora. Ao exame, mostrou FC = 115 bpm, FR = 20 irpm e saturação = 94%. Encontra-se afebril, com abdome flácido e sem ascite volumosa. Suspeita-se de sangramento varicoso. Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa que corresponde à conduta inicial correta a ser adotada pelo profissional.

- A. Administrar eritromicina intravenosa como primeira medida terapêutica. ✓**
- B. Iniciar omeprazol em alta dose como intervenção principal.

- C. Realizar reposição volêmica prudente associada à infusão de octreotida e antibioticoprofilaxia.
- D. Indicar TIPS como primeira abordagem terapêutica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva varicosa em cirrótico exige três pilares imediatos: reposição volêmica prudente (transfusão restritiva, alvo de hemoglobina em torno de 7 g/dL, pois expandir demais eleva a pressão portal e ressangra), droga vasoativa (octreotida ou terlipressina) e antibioticoprofilaxia com ceftriaxona, que comprovadamente reduz mortalidade. A endoscopia com ligadura vem em até 12 horas. Eritromicina é apenas procinético adjuvante; inibidor de bomba não trata varize; TIPS é resgate. Observação: o gabarito oficial aponta a letra A, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Um paciente de 45 anos de idade chegou ao pronto-socorro com dor abdominal intensa iniciada há 12 horas, localizada inicialmente no epigástrio, que migrou para o quadrante inferior direito. Ele apresentava febre (38,2 °C), náuseas e anorexia. Ao exame físico, havia dor à palpação profunda no quadrante inferior direito e sinal de Blumberg positivo. O hemograma revelou leucocitose com desvio à esquerda. Qual é a conduta mais adequada para o caso desse paciente?

- A. Solicitar tomografia de abdome e pelve para confirmação diagnóstica, antes de qualquer intervenção.
- B. Encaminhar imediatamente para apendicectomia, preferencialmente por via laparoscópica.
- C. Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro e observar evolução clínica por 24 - 48 horas. ✓**
- D. Administrar analgesia e dar alta, com retorno ambulatorial em 24 horas caso haja persistência dos sintomas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica que migra para o quadrante inferior direito, febre, anorexia, Blumberg positivo e leucocitose com desvio compõem quadro clássico de apendicite aguda, com escore de Alvarado alto: o diagnóstico é clínico e a conduta é apendicectomia, preferencialmente laparoscópica. Tomografia é útil na apresentação atípica ou duvidosa, não obrigatória aqui. Antibiótico com observação por 24 a 48 horas aumenta o risco de perfuração; alta com retorno ambulatorial é conduta inaceitável. Observação: o gabarito oficial aponta a letra C, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Uma paciente de 40 anos de idade buscou atendimento com quadro de hipertensão refratária, cefaleia intensa e hipertrofia de ventrículo esquerdo à ecocardiografia. A investigação laboratorial revelou aldosterona elevada e renina suprimida. A respeito desse caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O diagnóstico é de hipertensão essencial com controle clínico apenas.
- B. Deve-se realizar investigação de feocromocitoma antes de qualquer tratamento. ✓**
- C. A suspeita é de hiperaldosteronismo primário, indicativo de investigação específica para adenoma adrenal ou hiperplasia.
- D. O controle deve ser feito apenas com diurético tiazídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão refratária com hipertrofia ventricular esquerda, aldosterona elevada e renina suprimida (relação aldosterona/renina alta) aponta hiperaldosteronismo primário. O caminho é confirmar com teste de supressão e, depois, definir a etiologia por tomografia de adrenais e, quando houver dúvida ou intenção cirúrgica, cateterismo de veias adrenais, separando adenoma de hiperplasia bilateral. Não é hipertensão essencial; feocromocitoma cursa com paroxismos e se investiga por metanefrinas; tiazídico isolado não controla nem trata a causa. Pérola: hipocalcemia é frequente, mas não obrigatória. Observação: o gabarito oficial aponta a letra B, divergente do conteúdo clínico correto. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Nos casos de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do ST (STEMI), qual é a intervenção considerada primordial para reduzir a mortalidade dos pacientes?

- A. Reperusão imediata por angioplastia primária ou trombólise ✓**
- B. Administração isolada de nitrato sublingual
- C. Controle ambulatorial da pressão arterial
- D. Administração isolada de betabloqueador

COMENTÁRIO OSCELABS

No IAM com supradesnívelamento do ST a oclusão coronariana é total e o miocárdio morre progressivamente: a medida com impacto consistente sobre a mortalidade é a reperfusão precoce, por angioplastia primária (ideal em até 90 minutos do primeiro contato médico) ou trombólise quando a transferência ultrapassaria 120 minutos. Nitrato sublingual é sintomático, atua na dor e na pré-carga, sem recanalizar a artéria. Betabloqueador tem benefício adjuvante modesto e, por via venosa em paciente instável, aumenta o risco de choque. Controle ambulatorial de pressão e prevenção, não fase aguda. Pérola: tempo e músculo. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Qual é a conduta inicial recomendada para pacientes que apresentam exacerbações graves de DPOC com saturação de oxigênio < 90%?

- A. Oxigênio para saturação > 98%
- B. Uso de broncodilatadores de curta duração e oxigenoterapia controlada (88-92%).
- C. Solicitação de tomografia antes do tratamento
- D. Uso exclusivo de antibiótico ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação grave de DPOC com SpO₂ < 90% pede broncodilatador de curta duração (beta-2 + ipratrópio) e oxigenoterapia CONTROLADA, com alvo de saturação entre 88% e 92%. Saturar acima de 98% (A) é armadilha clássica: hiperóxia piora a hipercapnia por alteração da relação V/Q, efeito Haldane e redução do drive respiratório. Tomografia (C) não precede o tratamento de um paciente hipoxêmico, e antibiótico isolado (D) não desfaz a broncoconstrição — entra como adjuvante quando há aumento de volume/purulência do escarro. Pérola: no DPOC, oxigênio é droga com dose e alvo. O gabarito oficial da banca aponta a letra D. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Em pacientes acometidos por hipercalemia grave com alterações eletrocardiográficas, qual é a conduta inicial a ser adotada?

- A. Hidratação oral

B. Infusão de manitol

C. Administração de gluconato de cálcio intravenoso ✓

D. Resina trocadora de potássio isolada

COMENTÁRIO OSCELABS

Na hipercalemia grave com repercussão eletrocardiográfica (T apiculada, alargamento do QRS, achatamento da onda P), a primeira medida é o gluconato de cálcio intravenoso, que antagoniza o efeito do potássio no potencial de membrana e protege contra arritmias em minutos. Ele não reduz a calemia: na sequência entram insulina com glicose e beta-2-agonista inalatório para deslocar potássio para o meio intracelular, e depois diuréticos, resina ou diálise para remoção real. Hidratação oral não corrige e manitol não tem papel. A resina isolada age em horas e não protege o coração. Pérola: estabilize, desloque, elimine. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Assinale a alternativa que corresponde ao medicamento que tem efeito comprovado na redução de mortalidade em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (HFrEF).

A. Nitrato sublingual isolado

B. Diurético de alça isolado ✓

C. Bloqueador beta seletivo

D. Inibidor da enzima conversora de angiotensina

COMENTÁRIO OSCELABS

Na IC com fração de ejeção reduzida, quem reduz mortalidade são as classes de bloqueio neuro-hormonal: betabloqueadores com evidência (carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol), IECA/BRA/ARNI, antagonistas do receptor mineralocorticoide e iSGLT2 — ou seja, tanto o betabloqueador seletivo (C) quanto o IECA (D) descrevem classes com benefício de sobrevida comprovado. Nitrato sublingual isolado (A) é apenas sintomático. Diurético de alça isolado (B) alivia congestão e melhora sintomas e internações, mas não tem impacto demonstrado em mortalidade. Pérola: diurético trata congestão; quem prolonga a vida é o bloqueio neuro-hormonal. O gabarito oficial da banca aponta a letra B. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta o exame que confirma o diagnóstico de hipertireoidismo em paciente com TSH suprimido.

A. Dosagem de TSH isolada

B. Ultrassonografia de tireoide

C. Dosagem de T4 livre e T3 total ou livre

D. Punção aspirativa de tireoide ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH suprimido apenas mostra que o eixo está freado; a confirmação do hipertireoidismo é bioquímica, com dosagem de T4 livre e T3 (alternativa C). Se ambos vierem normais com TSH baixo, trata-se de hipertireoidismo subclínico — distinção que o TSH isolado (A) jamais permite fazer. Ultrassonografia (B) avalia nódulos, volume e vascularização, e a punção aspirativa (D) investiga nódulo com suspeita de malignidade: nenhuma das duas confirma tireotoxicose. Pérola: função tireoidiana se mede no sangue; imagem e citologia respondem à etiologia e ao nódulo, nunca ao diagnóstico funcional. O gabarito oficial da banca aponta a letra D. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Um paciente de 65 anos de idade, com histórico de constipação crônica e perda de peso de 5 kg nos últimos quatro meses, procurou atendimento médico em razão de estar apresentando, há uma semana, dor abdominal difusa, distensão abdominal progressiva e vômitos. Negou fezes há três dias. Tem antecedentes de hipertensão arterial controlada e colecistectomia há 15 anos. A radiografia abdominal evidenciou distensão difusa de cólon e ausência de gás no reto. Quanto a esse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento de escolha.

- A. Íleo paralítico secundário ao uso de opioides e tratamento conservador com sonda nasogástrica e hidratação.
- B. Obstrução colônica por carcinoma de cólon e tratamento cirúrgico com ressecção do segmento acometido. ✓**
- C. Doença diverticular aguda com perfuração e tratamento exclusivamente clínico com antibiótico oral.
- D. Vólvulo de cólon sigmoide e tratamento conservador com dieta líquida e laxante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 65 anos com constipação crônica, perda de 5 kg em quatro meses e quadro obstrutivo (distensão, vômitos, parada de eliminação) com radiografia mostrando distensão colônica e ausência de gás no reto tem obstrução mecânica de cólon distal, e a etiologia mais provável nessa faixa etária com emagrecimento e o carcinoma colorretal, tratado com ressecção do segmento acometido. O íleo paralítico cursa com gás até o reto e não há opioide no relato. Diverticulite perfurada traria peritonite e pneumoperitônio. O vólvulo de sigmoide mostra alca em grau de café e jamais se trata com laxante. Perola: obstrução colônica em idoso que emagrece e neoplasia até prova em contrário. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Uma paciente de 72 anos de idade, com histórico de hipertensão e fibrilação atrial crônica, procurou atendimento médico por apresentar fadiga e palpitações há um mês. O exame físico mostrou ritmo irregular, pressão arterial de 130 mmHg x 80 mmHg e ausculta cardíaca sem sopros. O ECG revelou ondas F irregulares e intervalos RR desiguais, sem complexos QRS anormais. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que contém a interpretação adequada do exame eletrocardiográfico realizado.

- A. Flutter atrial com condução 2:1
- B. Bloqueio atrioventricular de segundo grau tipo Mobitz II
- C. Fibrilação atrial crônica com resposta ventricular irregular ✓**
- D. Taquicardia supraventricular paroxística com QRS estreito

COMENTÁRIO OSCELABS

O eletrocardiograma com ausência de onda P organizada, ondas f de fibrilação e intervalos RR irregulares com QRS estreito e a tradução clássica da fibrilação atrial com resposta ventricular irregular, coerente com o ritmo irregular à ausculta e o antecedente conhecido. O flutter atrial produz ondas F em dente de serra e, na condução 2:1, ritmo tipicamente regular. O bloqueio atrioventricular Mobitz II tem ondas P presentes com PR fixo e falha súbita de condução. A taquicardia supraventricular paroxística e regular, de início e término abruptos. Perola: ritmo irregularmente irregular sem onda P identificável e fibrilação atrial. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Um homem de 58 anos de idade, hipertenso, buscou a emergência hospitalar apresentando dor torácica há 40 minutos, do tipo opressiva, irradiada para o braço esquerdo. A avaliação médica revelou PA = 128 mmHg x 78 mmHg, e o ECG mostrou supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF. Com base nesse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata mais adequada para esse paciente.

- A. Administração intravenosa de betabloqueador como primeira medida.

B. Liberação para investigação ambulatorial por boa estabilidade hemodinâmica.

C. Indicação de reperfusão imediata por trombólise ou angioplastia primária. ✓

D. Administração de nitroglicerina sublingual sem necessidade de reperfusão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica opressiva irradiada para o membro superior esquerdo há 40 minutos com supradesnivelamento do ST em DII, DIII e aVF caracteriza IAM de parede inferior, indicação formal de reperfusão imediata por angioplastia primária ou trombolise, conforme disponibilidade e tempo de transferência. Betabloqueador venoso como primeira medida aumenta o risco de choque cardiogênico e não substitui a recanalização. Liberar para investigação ambulatorial é erro grave: estabilidade hemodinâmica não exclui oclusão coronariana. Nitroglicerina alivia sintomas mas não reabre a artéria. Perola: no supra inferior, registre V3R e V4R antes do nitrato. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Uma paciente de 55 anos de idade, diabética, apresenta edema de membros inferiores e proteinúria de 3,5 g/24h; creatinina sérica = 1,6 mg/dL e exame de urina com hematuria microscópica. Nesse caso, qual é o método diagnóstico definitivo para caracterizar a lesão renal da paciente?

A. Ultrassonografia renal

B. Biópsia renal percutânea ✓

C. Tomografia computadorizada com contraste

D. Proteinúria de 24 horas repetida

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabética com proteinúria na faixa nefrótica, creatinina elevada e hematuria microscópica apresenta achados atípicos para a nefropatia diabética clássica, que costuma ser proteinúrica sem hematuria significativa e acompanhada de retinopatia. Diante dessa discordância, o método definitivo é a biópsia renal percutânea, que fornece o diagnóstico histológico. A ultrassonografia avalia tamanho, ecogenicidade e obstrução, mas não define a glomerulopatia. A tomografia com contraste acrescenta nefrotoxicidade sem valor histológico. Repetir a proteinúria apenas quantifica a perda. Perola: hematuria, ausência de retinopatia ou perda rápida de função são os gatilhos para biopsiar. Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Um paciente de 65 anos de idade, com insuficiência renal crônica, apresenta hipercalemia ($K^+ = 6,8$ mEq/L) e ECG com ondas T apiculadas. Considerando esse caso clínico, assinale a alternativa que apresenta a medida de emergência a ser adotada com prioridade nesse caso

A. Hidratação oral para correção do potássio ✓

B. Infusão de manitol como tratamento principal

C. Aplicação de resina trocadora de potássio isolada

D. Administração de gluconato de cálcio intravenoso para estabilizar membrana cardíaca

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipercalcemia grave (K^+ 6,8) com onda T apiculada é emergência elétrica: a primeira medida é estabilizar a membrana do miócito com gluconato (ou cloreto) de cálcio IV, que não reduz o potássio mas protege contra arritmia enquanto se faz o deslocamento intracelular (insulina + glicose, beta-2 inalatório, bicarbonato se acidose) e a remoção (diurético, resina, diálise — frequentemente necessária no renal crônico). Hidratação oral (A) e manitol (B) não têm papel, e a resina isolada (C) age em horas, tempo que o paciente com alteração de ECG não tem. Pérola: proteger, deslocar, remover — nessa ordem. O gabarito oficial da banca aponta a letra A. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Um paciente de 33 anos de idade apresentou febre alta, cefaleia intensa e rigidez de nuca; além de líquido turvo, com neutrofilia e hipoglicorraquia. Para o caso apresentado, qual é a conduta mais adequada?

- A. Dar início imediato ao antibiótico intravenoso para meningite bacteriana.
- B. Utilizar corticoide isolado como primeira opção.
- C. Realizar hidratação venosa exclusiva.

D. Esperar a cultura do líquido para iniciar antibiótico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, cefaleia e rigidez de nuca com líquido turvo, neutrofílico e com hipoglicorraquia fecham meningite bacteriana. A conduta é antibiótico empírico intravenoso IMEDIATO (ceftriaxona, associando ampicilina quando há risco de *Listeria*), com dexametasona antes ou junto da primeira dose. Esperar a cultura (D) custa 24 a 48 horas e cada hora de atraso aumenta mortalidade e sequela neurológica. Corticoide isolado (B) não trata a infecção e hidratação exclusiva (C) é inaceitável. Pérola: se houver indicação de imagem antes da punção, colhe-se hemocultura e trata-se na hora — a coleta do líquido nunca atrasa a droga. O gabarito oficial da banca aponta a letra D. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Uma paciente de 30 anos de idade apresentou os seguintes achados clínicos: poliúria, polidipsia e glicemia de 380 mg/dL com cetonemia positiva. O diagnóstico mais provável para essa paciente é

- A. insuficiência adrenal aguda.
- B. síndrome hiperosmolar sem cetose.

C. hipoglicemia por sulfonilureia. ✓

- D. cetoacidose diabética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliúria, polidipsia, glicemia de 380 mg/dL e cetonemia positiva compõem a tríade da cetoacidose diabética (hiperglicemia + cetose + acidose metabólica com ânion-gap elevado), apresentação típica de abertura de DM1 em adulto jovem. O estado hiperosmolar hiperglicêmico (B) cursa com glicemias bem mais altas (geralmente > 600), osmolaridade elevada e cetose ausente ou mínima. Hipoglicemia por sulfonilureia (C) é incompatível com glicemia de 380. Insuficiência adrenal aguda (A) cursa com hipotensão, hiponatremia, hipercalcemia e hipoglicemia. Pérola: cetonemia positiva com hiperglicemia moderada = CAD. O gabarito oficial da banca aponta a letra C. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Um paciente de 60 anos de idade apresentou dispneia progressiva aos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores. O exame físico mostrou B3 presente e turgência jugular elevada. A radiografia de tórax evidenciou cardiomegalia difusa. Nesse caso, qual é o exame de escolha para avaliar com precisão as funções sistólica e diastólica do ventrículo esquerdo nesse paciente?

A. Eletrocardiograma de repouso ✓

B. Ecocardiograma transtorácico

C. Radiografia de tórax

D. Tomografia computadorizada de tórax

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia progressiva, ortopneia, edema, B3 e turgência jugular com cardiomegalia definem insuficiência cardíaca; o exame que quantifica a fração de ejeção e avalia a função diastólica (relação E/A, E/e', volume do átrio esquerdo, pressões de enchimento), além de valvas e pericárdio, é o ecocardiograma transtorácico. O ECG de repouso (A) e a radiografia (C) apenas sugerem (sobrecargas, cardiomegalia) e não medem função ventricular. A TC de tórax (D) avalia parênquima e aorta. Pérola: o eco define o fenótipo (FE reduzida, levemente reduzida ou preservada), e é o fenótipo que determina o tratamento. O gabarito oficial da banca aponta a letra A. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Uma paciente de 35 anos de idade buscou atendimento médico por apresentar sangramentos gengivais frequentes e petéquias difusas. O hemograma evidenciou plaquetas = 25.000/mm³, hemoglobina e leucócitos normais. De acordo com esse caso clínico, qual é a conduta inicial adequada?

A. Observação sem tratamento imediato

B. Administração de antibiótico profilático

C. Transfusão de plaquetas ✓

D. Uso de corticosteroide

COMENTÁRIO OSCELABS

Plaquetopenia isolada de 25.000 com hemoglobina e leucócitos normais, em jovem com sangramento gengival e petéquias, é púrpura trombocitopênica imune. Com plaquetas abaixo de 30.000 e sangramento, o tratamento inicial padrão é corticosteroide (prednisona), reservando imunoglobulina intravenosa quando se precisa de resposta em horas. A transfusão de plaquetas (C) fica restrita a hemorragia grave ou de sistema nervoso central, porque as plaquetas transfundidas são destruídas pelo mesmo autoanticorpo. Observação (A) só cabe em paciente assintomático com contagem mais alta, e antibiótico (B) não tem papel. O gabarito oficial da banca aponta a letra C. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Um paciente de 28 anos de idade procurou atendimento médico em razão de febre alta, tosse produtiva com expectoração purulenta, dor torácica unilateral e leucocitose significativa. A radiografia mostrou condensação lobar no lobo inferior direito. No caso, o tratamento mais adequado a ser iniciado nesse paciente é a

A. administração de corticosteroide isolado.

B. solicitação de cultura de escarro seguida de antibiótico empírico adequado. ✓

C. administração de antibiótico empírico intravenoso.

D. observação ambulatorial por 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, tosse produtiva purulenta, dor torácica e condensação lobar com leucocitose configuram pneumonia adquirida na comunidade bacteriana. A conduta associa a coleta de material para investigação etiológica, como a cultura de escarro, ao início do antibiótico empírico adequado, escolhido pela gravidade e pelo local de tratamento. O ponto central é que a coleta não pode retardar a primeira dose, e o resultado servirá para eventual descalonamento. Corticoide isolado não trata infecção bacteriana. Observar 48 horas sem antimicrobiano nesse quadro e inseguro. Perola: colha as culturas antes da primeira dose, mas nunca espere o resultado. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Um lactente de 10 meses de vida foi levado à consulta ambulatorial. A mãe referiu alimentação predominante com leite de vaca integral desde os quatro meses, bem como palidez progressiva. Ao exame, o paciente mostrava-se ativo, com palidez cutânea leve, sem sopros; FC = 124 bpm, FR = 30 irpm, SpO₂ = 98%, e peso e estatura adequados. Hemograma mostrou Hb = 8,7 g/dL; VCM = 68 fL e RDW aumentado. Considerando o quadro apresentado, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Anemia ferropriva ✓**
- B. Anemia por doença crônica
- C. Anemia hemolítica hereditária
- D. Anemia megaloblástica

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 10 meses com leite de vaca integral como base alimentar desde os quatro meses, palidez progressiva, hemoglobina de 8,7 g/dL, VCM de 68 fL e RDW aumentado tem anemia microcítica hipocrômica com anisocitose: o padrão clássico da ferropriva, favorecido pelo baixo teor e baixa biodisponibilidade de ferro do leite de vaca e pela microperda enteral que ele provoca. A anemia de doença crônica costuma ser normocítica e sem contexto inflamatório aqui. A hemolítica hereditária cursaria com icterícia, reticulocitose e esplenomegalia. A megaloblástica é macrocítica. Perola: microcitose com RDW alto aponta ferropenia; na talassemia menor o RDW costuma ser normal. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Um lactente de 10 meses de vida foi levado à consulta ambulatorial. A mãe referiu alimentação predominante com leite de vaca integral desde os quatro meses, bem como palidez progressiva. Ao exame, o paciente mostrava-se ativo, com palidez cutânea leve, sem sopros; FC = 124 bpm, FR = 30 irpm, SpO₂ = 98%, e peso e estatura adequados. Hemograma mostrou Hb = 8,7 g/dL; VCM = 68 fL e RDW aumentado. A conduta terapêutica inicial mais adequada para esse caso é

- A. transfusão de concentrado de hemácias imediata.
- B. início de suplemento de ácido fólico isoladamente.
- C. suplementação de ferro oral na dose terapêutica.
- D. encaminhamento para investigação de doenças genéticas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com leite de vaca integral desde os 4 meses, palidez, Hb 8,7, VCM 68 e RDW aumentado tem anemia ferropriva — microcitose com anisocitose é a assinatura da carência de ferro. O tratamento inicial é ferro elementar oral em dose terapêutica, mantido por cerca de 3 meses após normalizar a hemoglobina, somado à correção dietética (reduzir leite de vaca, ofertar carne e vitamina C). Transfusão (A) só em anemia grave com repercussão hemodinâmica. Ácido fólico (B) trata megaloblástica (VCM alto). Investigação genética (D) não é o primeiro passo com causa nutricional evidente. O gabarito oficial da banca aponta a letra D. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Um lactente de 10 meses de vida foi levado à consulta ambulatorial. A mãe referiu alimentação predominante com leite de vaca integral desde os quatro meses, bem como palidez progressiva. Ao exame, o paciente mostrava-se ativo, com palidez cutânea leve, sem sopros; FC = 124 bpm, FR = 30 irpm, SpO2 = 98%, e peso e estatura adequados. Hemograma mostrou Hb = 8,7 g/dL; VCM = 68 fL e RDW aumentado. A estratégia mais efetiva para prevenção desse tipo de anemia é a

A. introdução de leite de vaca integral a partir dos dois meses.

B. introdução de ferro na dieta após seis meses, com alimentos ricos e suplementação, quando indicada. ✓

C. restrição completa de carnes por um ano.

D. redução de ingestão de frutas cítricas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A prevenção da anemia ferropriva no lactente passa por garantir aporte de ferro na transição alimentar: introdução de alimentos ricos em ferro a partir dos seis meses, associada a suplementação profilática quando indicada pela idade gestacional, peso de nascimento e padrão alimentar. Oferecer leite de vaca integral aos dois meses e justamente o fator de risco do caso, pois tem pouco ferro, dificulta sua absorção e provoca microsangramento intestinal. Restringir carnes remove a melhor fonte de ferro heme, e reduzir cítricos é contraproducente, pois a vitamina C aumenta a absorção do ferro não heme. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Uma criança de cinco anos de idade foi levada à unidade básica de saúde para atualização do calendário vacinal, que estava com o esquema da vacina DTP incompleto, com apenas duas doses aplicadas antes dos dois anos. Nesse caso, a conduta correta é

A. reiniciar todo o esquema desde a primeira dose.

B. utilizar apenas uma dose de reforço e encerrar o esquema.

C. suspender o esquema e aplicar dT na adolescência.

D. completar o esquema com a terceira dose e aplicar reforços conforme a idade. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de cinco anos com apenas duas doses de DTP aplicadas deve ter o esquema completado, com a terceira dose e os reforços previstos para a idade, respeitando os intervalos mínimos. O princípio é simples: dose aplicada e dose válida, e atraso vacinal nunca exige recomeçar do zero, pois isso desperdiçaria doses e retardaria a proteção. Aplicar apenas um reforço e encerrar deixa o esquema primário incompleto. Suspender e adiar para a dT na adolescência expõe a criança à difteria, tétano e coqueluche durante anos de maior vulnerabilidade. Perla: em calendário atrasado, aproveite tudo que já foi feito e complete o que falta. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Uma paciente de seis anos e quatro meses de idade foi encaminhada à avaliação por início de broto mamário há cerca de quatro meses, sem pelos pubianos nem odor axilar. A mãe referiu que a velocidade de crescimento aumentou discretamente no último ano. Ao exame físico, mostrou estadiamento M2, P1; peso no p50 e estatura no p60. A radiografia de mão e punho realizada evidenciou idade óssea compatível com sete anos e seis meses. O teste de estímulo com GnRH revelou pico de LH em 7,2 UI/L. Considerando o quadro e a fisiopatologia envolvida, qual é a conduta mais apropriada?

- A. Início de análogo de GnRH para bloqueio da puberdade central.
- B. Solicitação de ultrassonografia pélvica e suspensão de qualquer investigação adicional.
- C. Acompanhamento clínico sem intervenções, pois o quadro é compatível com variante normal da puberdade ✓**
- D. Introdução de antiestrogênio para evitar progressão da telarca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 6 anos e 4 meses com telarca isolada (M2, P1), crescimento discretamente acelerado, idade óssea 1 ano à frente e pico de LH de 7,2 UI/L após estímulo com GnRH: pico acima de 5 UI/L indica ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, achado que caracteriza puberdade precoce central e sustentaria o bloqueio com análogo de GnRH (A) quando há progressão rápida ou prejuízo à estatura final. Antiestrogênio (D) não tem indicação e encerrar a investigação (B) é inadequado. Formas lentamente progressivas podem ser apenas acompanhadas. O gabarito oficial da banca aponta a letra C. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Um recém-nascido de três dias apresentou episódios de cianose mais intensa durante o choro e dificuldade para mamar. O exame físico mostrou sopro sistólico em borda esternal esquerda média, saturação periférica = 82% em ar ambiente, FR = 48 irpm e FC = 142 bpm. A radiografia de tórax mostrou área cardíaca normal e trama vascular pulmonar discretamente reduzida. A hipótese de cardiopatia congênita com obstrução ao fluxo pulmonar foi aventada. Nesse caso, qual conduta imediata é a mais adequada para estabilização do paciente?

- A. Administração de diuréticos para reduzir a congestão pulmonar ✓**
- B. Oxigenoterapia em alto fluxo como medida isolada
- C. Infusão de prostaglandina E1 para manter canal arterial patente
- D. Uso de inotrópicos para melhora da função sistólica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido com cianose que piora ao choro, sopro em borda esternal esquerda, SpO2 82%, área cardíaca normal e trama vascular pulmonar reduzida: cardiopatia congênita cianótica com obstrução ao fluxo pulmonar, canal-dependente — daí a piora no 3º dia, quando o canal arterial fecha. A medida imediata é prostaglandina E1 em infusão contínua para manter o canal pérvio (C). Oxigênio isolado (B) não vence a obstrução anatômica e favorece o fechamento do canal; diurético (A) e inotrópico (D) tratam congestão e disfunção sistólica, que não são o problema. O gabarito oficial da banca aponta a letra A. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito C

Um paciente de cinco anos de idade foi levado ao atendimento por claudicação matinal há três meses, com dor discreta em joelho esquerdo, sem febre. O exame físico revelou articulação quente, com leve derrame e limitação de movimento. Os exames laboratoriais mostraram PCR discretamente elevada e FAN positivo em título baixo. Não foram percebidas outras articulações envolvidas.

- A. Uso de anti-inflamatório não esteroide como primeira linha.
- B. Encaminhamento imediato para biópsia sinovial.

C. Início de corticosteroide sistêmico em dose plena por quatro semanas. ✓

D. Início imediato de agente biológico anti-TNF.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 5 anos com claudicação matinal e artrite de um único joelho há 3 meses, sem febre, PCR pouco elevada e FAN em título baixo: artrite idiopática juvenil oligoarticular. A primeira linha é anti-inflamatório não esteroideal (A), com corticoide intra-articular se persistir e metotrexato na refratariedade. Corticoide sistêmico em dose plena por semanas (C) é evitado pelo impacto em crescimento e osso; biológico anti-TNF (D) é escalonamento tardio; biópsia sinovial (B) é desnecessária. Pérola: FAN positivo obriga rastreio oftalmológico de uveíte silenciosa. O gabarito oficial da banca aponta a letra C. Resposta C.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Um paciente de oito anos de idade, previamente saudável, foi levado ao hospital em razão de crise tônico-clônica generalizada que dura cerca de três minutos. Recuperou-se bem, porém, no mesmo dia, apresentou novo episódio semelhante. O exame neurológico entre as crises evidenciou-se normal. Não houve febre. A tomografia computadorizada realizada no pronto atendimento mostrou-se normal. O pediatra busca definir conduta inicial. Nesse caso, qual é a conduta mais adequada?

- A. Alta hospitalar sem medicações e seguimento ambulatorial tardio
- B. Início imediato de benzodiazepínico de uso contínuo
- C. Solicitação de punção lombar para todos os casos de crises repetidas

D. Início de anticonvulsivante de manutenção após segunda crise não provocada ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Criança de oito anos, previamente hígida, com duas crises tônico-clônicas generalizadas não provocadas no mesmo dia, exame neurológico intercrítico normal, sem febre e com tomografia normal. A recorrência de crise não provocada eleva o risco de novos eventos e justifica iniciar antiepiléptico de manutenção, complementando a investigação ambulatorial com eletroencefalograma e, quando indicado, ressonância. Benzodiazepínico contínuo não é droga de manutenção, pela tolerância e pela sedação. Punção lombar não é rotina sem febre ou sinais meníngeos. Pérola: TC normal no pronto-socorro não encerra a investigação. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Um recém-nascido prematuro tardio, de 35 semanas, apresentou taquipneia desde as primeiras horas de vida. Ao exame, apresentou FR = 70 irpm, FC = 150 bpm, SpO₂ = 92% em ar ambiente, e retração subcostal leve. A radiografia mostrou hiperinsuflação pulmonar e linhas fluidas, sem infiltrados difusos. O diagnóstico provável é taquipneia transitória do recém-nascido (TTN). Nesse caso, qual é a abordagem clínica mais adequada?

A. Intubação orotraqueal e ventilação mecânica imediata ✓

- B. Suporte ventilatório não invasivo com vigilância clínica até resolução espontânea
- C. Restrição hídrica rigorosa como terapia principal
- D. Administração de surfactante exógeno

COMENTÁRIO OSCELABS

A taquipneia transitória do RN, comum no prematuro tardio, decorre da reabsorção lenta do líquido pulmonar: taquipneia nas primeiras horas, esforço leve, hiperinsuflação e líquido cisternal na radiografia, com resolução em 24 a 72 horas. O manejo é de suporte — oxigênio titulado pela saturação e CPAP quando há esforço, com hidratação e vigilância (B). Intubação (A) fica reservada à falha do suporte não invasivo. Restrição hídrica rigorosa (C) não é terapia principal e surfactante (D) é para membrana hialina, que dá vidro fosco, não hiperinsuflação. O gabarito oficial da banca aponta a letra A. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Uma paciente de 14 anos de idade foi levada ao pronto atendimento com sintomas de cefaleia intensa, febre alta há dois dias e vômitos. Ao exame físico, apresentou rigidez de nuca, FC = 118 bpm, FR = 24 irpm, SpO₂ = 98% e temperatura = 38,7 °C; sem déficits neurológicos focais no momento. O pediatra decidiu realizar punção lombar. A análise inicial do líquido mostrou aspecto turvo; proteínas = 220 mg/dL; glicose = 28 mg/dL (glicemia capilar = 95 mg/dL) e predominância de neutrófilos. Qual a conduta terapêutica mais apropriada para esse caso

- A. Início de antiviral específico para meningite enquanto aguarda o resultado da cultura
- B. Observação em enfermaria, com hidratação oral
- C. Administração apenas de corticosteroide por 24 horas, antes de iniciar antibiótico ✓**
- D. Início imediato de antibioticoterapia empírica para meningite bacteriana

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor turvo, proteína 220 mg/dL, glicose 28 mg/dL para glicemia de 95 (relação < 0,4) e predomínio de neutrófilos fecham meningite bacteriana. A conduta é antibiótico empírico intravenoso imediato (ceftriaxona em alta dose), com dexametasona antes ou junto da primeira dose, sem aguardar cultura. Antiviral (A) só se cogita em suspeita de encefalite herpética e não substitui o antibiótico. Corticoide isolado antes do antibiótico (C) e observação com hidratação oral (B) trazem risco direto de morte. Pérola: hipoglicorraquia com neutrofilia é bacteriana até prova em contrário. O gabarito oficial aponta a letra C. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Um lactente de sete meses de vida, previamente saudável, foi levado ao pronto atendimento por apresentar tosse há três dias, piora progressiva da respiração e queda da aceitação alimentar. Ao exame físico, o paciente mostrou-se alerta, porém cansado, FC = 156 bpm, FR = 58 irpm, SpO₂ = 92%, temperatura = 37,6 °C. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e tiragens intercostais leves. O profissional identificou padrão compatível com bronquiolite viral aguda. Com base no quadro clínico apresentado, qual conduta é a mais adequada na abordagem inicial desse paciente?

- A. Oferta de oxigênio suplementar se SpO₂ permanecer <94% ✓**
- B. Uso de antibiótico de amplo espectro
- C. Uso de corticosteroide sistêmico
- D. Início de broncodilatador inalatório de rotina

COMENTÁRIO OSCELABS

Bronquiolite viral aguda é doença de suporte: o que muda desfecho é oxigenação, hidratação e vigilância do esforço respiratório. Com saturação limítrofe e tiragem leve, a medida correta é ofertar oxigênio suplementar quando a SpO₂ cai abaixo do limiar de segurança, reavaliando o trabalho respiratório. Antibiótico não cobre etiologia viral e só entra se houver coinfeção bacteriana documentada; corticoide sistêmico não reduz internação nem tempo de doença; broncodilatador de rotina foi abandonado por ausência de benefício consistente. Pérola: em bronquiolite, trate o lactente — não o sibilos. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Um lactente de sete meses de vida, previamente saudável, foi levado ao pronto atendimento por apresentar tosse há três dias, piora progressiva da respiração e queda da aceitação alimentar. Ao exame físico, o paciente mostrou-se alerta, porém cansado, FC = 156 bpm, FR = 58 irpm, SpO₂ = 92%, temperatura = 37,6 °C. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e tiragens intercostais leves. O profissional identificou padrão compatível com bronquiolite viral aguda. Qual alteração é mais frequentemente observada na fisiopatologia típica da bronquiolite viral aguda no lactente?

- A. Hipersecreção de muco com edema da via aérea pequena
- B. Obstrução das vias aéreas distais por debris inflamatórios e colapso alveolar ✓**
- C. Espasmo brônquico como mecanismo predominante
- D. (0) Formação de granulomas bronquiolares

COMENTÁRIO OSCELABS

O vírus (VSR na maioria) infecta o epitélio bronquiolar e provoca necrose celular, edema e acúmulo de debris e muco na luz das vias aéreas de pequeno calibre. Como esse calibre já é mínimo no lactente, a obstrução distal gera aprisionamento aéreo, atelectasias por colapso alveolar e distúrbio ventilação-perfusão — daí a hipoxemia com sibilos e hiperinsuflação. O broncoespasmo existe, mas é secundário, e é justamente por isso que o broncodilatador responde mal. Granulomas bronquiolares não fazem parte do quadro. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Um lactente de sete meses de vida, previamente saudável, foi levado ao pronto atendimento por apresentar tosse há três dias, piora progressiva da respiração e queda da aceitação alimentar. Ao exame físico, o paciente mostrou-se alerta, porém cansado, FC = 156 bpm, FR = 58 irpm, SpO₂ = 92%, temperatura = 37,6 °C. Ausculta pulmonar com sibilos difusos e tiragens intercostais leves. O profissional identificou padrão compatível com bronquiolite viral aguda. Assinale a alternativa que corresponde à principal complicação que requer vigilância na bronquiolite aguda moderada a grave.

- A. Apneia, especialmente em lactentes pequenos
- B. Hipernatremia relacionada à alimentação reduzida ✓**
- C. Pneumotórax espontâneo como evento esperado
- D. Exaustão respiratória com evolução para insuficiência respiratória

COMENTÁRIO OSCELABS

Na bronquiolite viral aguda moderada a grave, a vigilância se dirige à exaustão respiratória com evolução para insuficiência respiratória (D) e, em lactentes pequenos, prematuros ou com menos de 2 meses, à apneia (A) — ambas justificam monitorização contínua e escalonamento para CPAP ou alto fluxo. O distúrbio eletrolítico esperado é HIPONatremia, por SIADH somada a líquidos hipotônicos, e não hipernatremia (B). Pneumotórax (C) é raro e ligado à ventilação com pressão positiva. Pérola: queda paradoxal da frequência respiratória sinaliza fadiga. O gabarito oficial aponta a letra B. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Um paciente de três anos de idade, previamente hígido, foi levado ao pronto atendimento por apresentar há dois dias diarreia líquida, com seis episódios por dia, e vômitos ocasionais. A mãe relatou que ele mantém aceitação moderada de líquidos. Ao exame, mostrou-se hidratado, com mucosas úmidas, sem alterações respiratórias, com FC = 110 bpm, FR = 26 irpm, SpO₂ = 97%, e temperatura = 37,3 °C. Abdome sem dor à palpação. Considerando o quadro apresentado, qual é a principal medida terapêutica inicial?

- A. Reposição venosa rápida com solução isotônica
- B. Terapia de reidratação oral com solução padrão de sais

C. Uso imediato de antibiótico para prevenção de disbiose

D. Uso de antidiarreicos para reduzir número de evacuações ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança hidratada, com mucosas úmidas e aceitando líquidos, se enquadra no plano A: terapia de reidratação oral com solução padrão de sais, mantendo dieta e aleitamento, acrescida de zinco por 10 a 14 dias. Hidratação venosa rápida fica reservada à desidratação grave, choque ou falha da via oral. Antibiótico não entra em diarreia aquosa, quase sempre viral e autolimitada, e antidiarreicos/antiperistálticos são desaconselhados em menores de 5 anos porque mascaram perdas e podem causar íleo e neurotoxicidade. Pérola: quem bebe, hidrata-se pela boca. Gabarito oficial: Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Um paciente de três anos de idade, previamente hígido, foi levado ao pronto atendimento por apresentar há dois dias diarreia líquida, com seis episódios por dia, e vômitos ocasionais. A mãe relatou que ele mantém aceitação moderada de líquidos. Ao exame, mostrou-se hidratado, com mucosas úmidas, sem alterações respiratórias, com FC = 110 bpm, FR = 26 irpm, SpO2 = 97%, e temperatura = 37,3 °C. Abdome sem dor à palpação. No contexto da diarreia aguda não complicada, a principal indicação de investigação laboratorial é para

A. todas as crianças com mais de 24 horas de sintomas. ✓

B. os casos de diarreia líquida sem sangue.

C. os casos de suspeita de desidratação moderada a grave ou disenteria.

D. qualquer diarreia viral autolimitada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia aguda na infância é majoritariamente viral e autolimitada, e não se investiga de rotina. Coprocultura, pesquisa de leucócitos fecais, eletrólitos e função renal ficam reservados aos casos de disenteria (sangue ou muco nas fezes), suspeita de bactéria invasiva, desidratação moderada a grave, imunossupressão ou falha da reidratação oral. Pedir exame apenas porque o quadro passou de 24 horas, ou porque a diarreia é líquida sem sangue, gera custo sem mudar conduta. Pérola: exame que não muda conduta não é exame, é ruído. Gabarito oficial: Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Um recém-nascido a termo, de três dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, apresentou icterícia visível até o abdome. Está em bom estado geral, mamando bem, sem alterações ao exame físico. Os exames laboratoriais apresentaram bilirrubina total = 11 mg/dL e bilirrubina direta = 0,4 mg/dL. Qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

A. Manter aleitamento materno e reavaliar clinicamente em 24 horas.

B. Interromper o aleitamento e complementar com fórmula.

C. Iniciar fototerapia imediatamente.

D. Solicitar ultrassonografia hepática e investigar colestase. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo, com 3 dias de vida, em bom estado geral, mamando bem, icterícia limitada ao abdome (zona 2 de Kramer), bilirrubina total de 11 mg/dL e direta de 0,4 mg/dL: padrão típico de icterícia fisiológica/do aleitamento, abaixo do limiar de fototerapia para a idade em horas e sem fatores de risco. Conduta: manter seio materno em livre demanda, estimular mamadas frequentes e reavaliar em 24 horas. Suspender o leite materno é erro clássico. Colestase só se cogita com bilirrubina direta acima de 1 mg/dL ou maior que 20% da total. Gabarito oficial: Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Quanto à fisiologia reprodutiva feminina, assinale a alternativa que descreve corretamente o papel do hormônio antimülleriano (AMH).

- A. Aumento da ovulação mensal por estímulo direto das gonadotrofinas
- B. Determinação do pico ovulatório com amplificação do LH
- C. Aumento da sensibilidade folicular ao FSH durante a fase folicular tardia
- D. Regulação da reserva ovariana ao inibir o recrutamento excessivo de folículos primários ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O hormônio antimülleriano é produzido pelas células da granulosa de folículos pré-antrais e antrais pequenos e funciona como freio: reduz o recrutamento inicial de folículos primordiais e diminui a sensibilidade folicular ao FSH. Por isso seu nível espelha o tamanho do pool folicular restante e é o melhor marcador isolado de reserva ovariana. Ele não amplifica o pico de LH nem aumenta a resposta ao FSH — faz exatamente o oposto. Pérola: AMH baixo indica reserva reduzida, não infertilidade garantida. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Acerca da fisiologia da contração uterina no trabalho de parto, assinale a alternativa que descreve o papel da ocitocina.

- A. Aumento direto da dilatação cervical sem participação miometrial
- B. Redução da sensibilidade das fibras musculares ao cálcio
- C. Estimulação da contração miometrial por aumento da entrada de cálcio nas células uterinas ✓**
- D. Inibição da produção de prostaglandinas associadas ao parto

COMENTÁRIO OSCELABS

A ocitocina liga-se a receptores acoplados à proteína Gq no miométrio, ativa a fosfolipase C e libera cálcio do retículo sarcoplasmático, além de aumentar o influxo de cálcio extracelular. O cálcio liga-se à calmodulina, ativa a quinase da cadeia leve da miosina e produz a contração. Ela não dilata o colo diretamente: a dilatação é consequência mecânica das contrações. E estimula, não inibe, a produção de prostaglandinas. Pérola: os receptores de ocitocina se multiplicam no miométrio a termo — por isso a resposta é maior no fim da gestação. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Acerca da condução do período expulsivo em partos cefálicos de baixo risco, assinale a alternativa que corresponde à correta intervenção nesse caso.

- A. Realização de puxos espontâneos e proteção perineal, respeitando o tempo fisiológico do período expulsivo ✓**
- B. Início de manobra de Kristeller para acelerar o período expulsivo quando houver progressão lenta

- C. Realização de puxos dirigidos e prolongados para otimizar o nascimento
- D. Realização sistemática de episiotomia para evitar lacerações graves do períneo

COMENTÁRIO OSCELABS

Na condução fisiológica do parto cefálico de baixo risco recomenda-se puxo espontâneo (a mulher faz força quando sente vontade), proteção perineal e respeito ao tempo do período expulsivo enquanto houver vitalidade fetal e progressão. A manobra de Kristeller está prosrita, por associação com laceração perineal grave, rotura uterina e trauma fetal. Puxo dirigido e prolongado aumenta fadiga materna, hipóxia fetal e lesão de assoalho pélvico. Episiotomia sistemática foi abandonada — o uso é seletivo. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Uma paciente de 29 anos de idade procurou atendimento em razão de dismenorreia intensa, dor pélvica crônica e infertilidade há um ano. A ultrassonografia evidenciou imagem sugestiva de endometrioma ovariano de 3 cm. Acerca da abordagem terapêutica, assinale a alternativa que representa a conduta adequada considerando o desejo reprodutivo da paciente.

- A. Início de contraceptivo combinado contínuo como terapia de primeira linha.
- B. Indicação de cirurgia imediata para retirada do endometrioma, independentemente do tamanho.
- C. Início de agonista de GnRH como tratamento definitivo para infertilidade.
- D. Avaliação individualizada considerando manejo conservador e possível abordagem cirúrgica apenas se houver piora dos sintomas ou impacto na fertilidade. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometrioma de 3 cm em paciente com desejo reprodutivo exige decisão individualizada: a cistectomia retira tecido ovariano funcionante e pode reduzir a reserva, então só se justifica com dor refratária, crescimento, dúvida diagnóstica ou obstáculo à captação de oócitos. Contraceptivo combinado controla a dor, mas é incompatível com quem quer engravidar agora. Análogo de GnRH não trata infertilidade: suprime o eixo e adia a gestação. Pérola: em endometriose com infertilidade, quem manda na conduta é o projeto reprodutivo. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Uma gestante de 32 semanas apresentou queixa de redução dos movimentos fetais nas últimas 24 horas. O cardiotocograma mostrou variabilidade moderada e presença de acelerações episódicas, o que evidencia padrão

- A. sugestivo de acidemia fetal intraparto. ✓**
- B. compatível com sofrimento fetal agudo iminente.
- C. compatível com bem-estar fetal no momento do exame.
- D. indicativo de ausência de atividade autonômica fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Variabilidade moderada (6 a 25 bpm) somada à presença de acelerações é o marcador mais robusto de ausência de acidemia: traduz sistema nervoso autônomo fetal íntegro e bem oxigenado no momento do exame, o que caracteriza traçado categoria I, ou seja, bem-estar fetal. A queixa de redução dos movimentos justifica o teste, mas o resultado reativo autoriza conduta expectante com orientação de retorno. Sofrimento agudo se anuncia por variabilidade mínima ou ausente, desacelerações tardias e bradicardia. Pérola: variabilidade é o sinal vital do feto. Gabarito oficial: Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Durante a consulta pré-natal, uma gestante com 28 semanas apresentava-se assintomática e com pressão arterial de 112 mmHg x 70 mmHg. O exame de urina mostrou ausência de proteinúria significativa. A avaliação clínica foi compatível com a evolução adequada da gestação. Considerando esse caso, assinale a alternativa que corresponde à conduta adequada acerca da monitorização da pressão arterial na gestação.

- A. Aferição em todas as consultas com técnica padronizada para detecção precoce de hipertensão gestacional
- B. Aferição apenas no primeiro e no terceiro trimestres da gestação ✓**
- C. Aferição com aparelho automático, sem necessidade de calibragem periódica
- D. Monitorização domiciliar como método exclusivo para rastreamento de hipertensão gestacional

COMENTÁRIO OSCELABS

A pressão arterial deve ser aferida em TODA consulta de pré-natal, com técnica padronizada: repouso prévio, gestante sentada, manguito proporcional ao braço e braço na altura do coração. É o rastreamento mais barato e mais rendoso da obstetrícia, porque hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia surgem tipicamente após 20 semanas em gestante até então normotensa e assintomática, exatamente como esta. Aferir só em trimestres selecionados, dispensar calibração do aparelho ou confiar exclusivamente na medida domiciliar perde diagnóstico. Gabarito oficial: Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Uma puérpera apresentou sangramento vaginal aumentado no primeiro dia após o parto vaginal sem lacerações significativas. Ao exame, foram detectados útero amolecido e presença de coágulos. Considerando o quadro clínico descrito, assinale a alternativa que indica a causa mais provável da hemorragia pós-parto precoce.

- A. Acretismo placentário residual
- B. Retenção urinária em bexiga pouco distendida
- C. Laceração de vasos cervicais sem sinais externos ✓**
- D. Atonia uterina por falha de contração miometrial

COMENTÁRIO OSCELABS

Útero amolecido e mal contraído, com eliminação de coágulos e sem laceração ao exame, é atonia uterina, causa de cerca de 70% a 80% das hemorragias pós-parto precoces (primeiras 24 horas). Vale a regra dos 4 T: Tônus (atonía), Trauma (lacerações e roturas), Tecido (restos placentários e acretismo) e Trombina (coagulopatia); a palpação do fundo uterino é o que separa o primeiro dos demais. Conduta: massagem uterina, esvaziamento vesical, ocitocina e demais uterotônicos. Pérola: útero mole que sangra é atonia até prova em contrário. Gabarito oficial: Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Durante a consulta ginecológica, uma paciente de 42 anos referiu ciclos menstruais regulares e sem sintomas climatéricos intensos. O exame físico mostrou-se normal. Considerando a prevenção secundária do câncer do colo do útero, assinale a alternativa que indica a conduta adequada conforme as diretrizes atuais.

- A. Realização de colposcopia anual independentemente de citologia
- B. Interrupção do rastreamento após os 40 anos em mulheres assintomáticas
- C. Realização de rastreamento conforme periodicidade recomendada seguindo citologia ou teste HPV de acordo com faixa etária ✓**
- D. Coleta anual de citologia oncótica para todas as mulheres após os 30 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção secundária é rastreamento de assintomáticas, e ele segue protocolo por faixa etária: citologia oncológica dos 25 aos 64 anos, a cada três anos após dois exames anuais normais, ou teste de HPV-DNA nos intervalos previstos pelas diretrizes que já o incorporaram. Colposcopia é exame de segunda linha, indicado por citologia ou teste alterado, nunca de rastreamento. Não se interrompe o rastreamento aos 40 anos, e citologia anual indefinida é sobre-rastreamento: mais custo, mais conização desnecessária. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Uma paciente de 25 anos de idade procurou atendimento por sangramento uterino irregular há quatro meses, com intervalos variáveis entre 15 e 45 dias, acompanhado de fluxo aumentado. Negou uso de anticoncepcionais, histórico de doenças crônicas ou gestação. O exame físico não mostrou alterações relevantes. Os exames laboratoriais revelaram: Beta-hCG negativo, Hemograma: Hb = 11,2 g/dL. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero de volume normal, endométrio com 1 mm na fase tardia do ciclo, sem pólipos ou miomas visíveis. No caso clínico apresentado, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Sangramento uterino anovulatório por disfunção ovulatória
- B. Miomatose uterina submucosa
- C. Síndrome de Asherman

D. Adenomiose difusa ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com intervalos menstruais variáveis (15 a 45 dias), fluxo aumentado, útero de volume normal e endométrio de apenas 1 mm em fase tardia do ciclo: sangramento uterino anormal por disfunção ovulatória, o 'O' do PALM-COEIN. O endométrio fino e a irregularidade do intervalo afastam causa estrutural: mioma submucoso e adenomiose cursam com útero aumentado ou heterogêneo e sangramento cíclico intenso; a síndrome de Asherman cursa com hipomenorreia ou amenorreia, não com fluxo aumentado. Pérola: irregularidade de intervalo é eixo, não anatomia. Gabarito oficial: Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Uma paciente de 25 anos de idade procurou atendimento por sangramento uterino irregular há quatro meses, com intervalos variáveis entre 15 e 45 dias, acompanhado de fluxo aumentado. Negou uso de anticoncepcionais, histórico de doenças crônicas ou gestação. O exame físico não mostrou alterações relevantes. Os exames laboratoriais revelaram: Beta-hCG negativo, Hemograma: Hb = 11,2 g/dL. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero de volume normal, endométrio com 1 mm na fase tardia do ciclo, sem pólipos ou miomas visíveis. No caso, qual é a conduta terapêutica inicial mais adequada?

- A. Uso de análogos de GnRH por 3 meses
- B. Ablação endometrial
- C. Uso de contraceptivo hormonal combinado cíclico

D. Histeroscopia diagnóstica de rotina ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Afastada causa estrutural e sem desejo gestacional imediato, o sangramento uterino anormal por disfunção ovulatória tem tratamento clínico: contraceptivo hormonal combinado (ou progestagênio cíclico, ou SIU de levonorgestrel) regulariza o ciclo, estabiliza o endométrio e corrige a anemia leve. Análogo de GnRH é caro, hipoestrogenizante e não é primeira linha; ablação endometrial é procedimento definitivo, proscrito em paciente de 25 anos com prole a constituir; histeroscopia de rotina não se justifica com ultrassonografia normal. Gabarito oficial: Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Uma paciente de 25 anos de idade procurou atendimento por sangramento uterino irregular há quatro meses, com intervalos variáveis entre 15 e 45 dias, acompanhado de fluxo aumentado. Negou uso de anticoncepcionais, histórico de doenças crônicas ou gestação. O exame físico não mostrou alterações relevantes. Os exames laboratoriais revelaram: Beta-hCG negativo, Hemograma: Hb = 11,2 g/dL. A ultrassonografia transvaginal mostrou útero de volume normal, endométrio com 1 mm na fase tardia do ciclo, sem pólipos ou miomas visíveis. Qual alteração fisiopatológica é mais comum nesses casos?

- A. Redução da produção hipotalâmica de GnRH
- B. Falha na seleção e dominância folicular, levando à anovulação persistente ✓**
- C. Aumento da atividade dopaminérgica
- D. Excesso de FSH na fase folicular

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino anormal em jovem sem lesão estrutural e com endométrio fino traduz ciclos anovulatórios: a falha na seleção e na dominância folicular mantém estímulo estrogênico sem oposição da progesterona, e o endométrio prolifera de forma instável e descama de modo irregular e imprevisível. Não há redução da produção de GnRH (o problema é a pulsatilidade inadequada, não a ausência); hiperatividade dopaminérgica e excesso de FSH não descrevem o quadro. Pérola: sem corpo lúteo não há progesterona — e sem progesterona o endométrio sangra sem hora marcada. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Uma gestante de 32 anos de idade, G1P0, com 31 semanas de gestação, apresentou PA = 152 mmHg x 98 mmHg em dois momentos distintos, sem proteinúria. Ao exame, verificou-se boa vitalidade fetal, sem sintomas. Exames laboratoriais e de imagem: hemograma e enzimas hepáticas normais; ácido úrico normal; doppler de artérias uterinas com incisura bilateral. Qual é o diagnóstico mais provável nesse caso?

- A. Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade
- B. Hipertensão gestacional
- C. Hipertensão crônica ✓**
- D. Doença trofoblástica gestacional

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg confirmada em duas aferições, surgindo APÓS 20 semanas, sem proteinúria, sem sintomas e com hemograma, enzimas hepáticas e ácido úrico normais, define hipertensão gestacional. Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade exigiria PA maior ou igual a 160x110 mmHg, plaquetopenia, disfunção hepática ou renal, ou sintomas de iminência de eclâmpsia. Hipertensão crônica é a identificada antes de 20 semanas ou já pré-gestacional. A incisura bilateral no Doppler apenas sinaliza risco de evoluir para pré-eclâmpsia, não fecha diagnóstico. Gabarito oficial: Resposta C.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Uma gestante de 32 anos de idade, G1P0, com 31 semanas de gestação, apresentou PA = 152 mmHg x 98 mmHg em dois momentos distintos, sem proteinúria. Ao exame, verificou-se boa vitalidade fetal, sem sintomas. Exames laboratoriais e de imagem: hemograma e enzimas hepáticas normais; ácido úrico normal; doppler de artérias uterinas com incisura bilateral. Assinale a alternativa que indica a conduta ideal para essa paciente.

- A. Controle ambulatorial com anti-hipertensivos e vigilância fetal seriada ✓**

- B. Internação imediata por risco iminente
- C. Uso de sulfato de magnésio profilático até o parto
- D. Realização de parto imediato

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 31 semanas, assintomática, com níveis pressóricos elevados, laboratório normal e boa vitalidade fetal não preenche critério de gravidade. A conduta é ambulatorial: anti-hipertensivo oral, controle pressórico, laboratório seriado e vigilância fetal, com conduta expectante até o termo enquanto tudo permanecer estável. Internação imediata e resolução imediata da gestação são para gravidade ou comprometimento fetal. Sulfato de magnésio é neuroprofilaxia de eclâmpsia em situação aguda, não terapia crônica ambulatorial. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Uma paciente de 27 anos de idade procurou atendimento devido a aumento de secreção vaginal com odor desagradável há uma semana. Relatou que o corrimento era acinzentado, homogêneo e sem prurido. Ao exame, observou-se secreção fina aderida às paredes vaginais. O teste das aminas (whiff test) foi positivo. Considerando o quadro descrito, assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada a ser realizada.

- A. Coleta de cultura vaginal como etapa obrigatória antes do início do tratamento.
- B. Indicação de antifúngico oral, pois o corrimento sugere candidíase recorrente.
- C. Prescrição de antibiótico apenas se houver febre ou dor pélvica associada. ✓**
- D. Início de tratamento para vaginose bacteriana com esquema antibiótico recomendado em diretrizes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento acinzentado, homogêneo, fino, aderido às paredes vaginais, com odor e teste das aminas positivo, fecha vaginose bacteriana pelos critérios de Amsel: diagnóstico clínico, sem necessidade de cultura, já que a flora vaginal é polimicrobiana e a cultura não distingue colonização de doença. O tratamento é metronidazol oral 500 mg de 12 em 12 horas por 7 dias ou gel vaginal. Não é candidíase, cujo corrimento é grumoso, pruriginoso e sem odor, e não se aguarda febre ou dor pélvica para tratar: vaginose não é quadro febril. Gabarito oficial: Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Uma paciente de 22 anos de idade procurou atendimento em razão de corrimento vaginal amarelado há cinco dias, acompanhado de disúria leve e aumento do odor. Negou febre. Ao exame especular, observou-se secreção mucopurulenta no orifício cervical e sangramento de contato. O teste rápido para HIV foi negativo. Considerando esse quadro clínico, assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada a ser realizada.

- A. Coleta de citologia oncológica como método diagnóstico principal para corrimento mucopurulento >
- B. Início de tratamento empírico para cervicite infecciosa com cobertura para clamídia e gonococo.
- C. Início de tratamento apenas após confirmação laboratorial por cultura cervical
- D. Indicação exclusiva de antifúngico oral por provável vulvovaginite candidiásica isolada ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Secreção mucopurulenta saindo do orifício cervical, com colo friável (sangramento ao contato) e disúria leve, caracteriza cervicite mucopurulenta. A conduta é tratamento empírico na mesma consulta, com cobertura simultânea para clamídia e gonococo (ceftriaxona intramuscular associada a azitromicina ou doxiciclina), somada ao rastreio das demais ISTs e ao tratamento das parcerias sexuais. Aguardar cultura perde seguimento e propaga a infecção; citologia oncológica é rastreio de câncer, não método diagnóstico de corrimento; antifúngico não cobre nenhum desses agentes. Gabarito oficial: Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

A respeito do processo de lactação, assinale a alternativa que descreve a função da prolactina no puerpério.

- A. Estímulo da síntese e da secreção de leite pelas células alveolares da mama
- B. Estímulo da descida do leite por contração das células mioepiteliais ✓**
- C. Redução progressiva da produção de leite com estímulo de sucção
- D. Inibição da ejeção do leite por redução da contratilidade alveolar

COMENTÁRIO OSCELABS

Prolactina e ocitocina dividem tarefas na lactação. A prolactina, liberada pela adeno-hipófise sob estímulo da sucção, comanda a SÍNTESE e a secreção do leite pelas células alveolares da mama (lactogênese e galactopoiese). A ocitocina, da neuro-hipófise, contrai as células mioepiteliais e promove a EJEÇÃO, a chamada descida do leite. A sucção aumenta, e nunca reduz, a produção, o que é a base fisiológica da livre demanda e do esvaziamento frequente. Pérola: prolactina fabrica, ocitocina entrega. Gabarito oficial: Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Um homem de 42 anos de idade apresentou febre alta, cefaleia intensa, icterícia e mialgia após o retorno de uma área rural. O médico suspeitou de leptospirose e iniciou o tratamento. No entanto, afirmou que só notificaria o caso se o exame laboratorial confirmasse a doença. Nesse contexto, qual é a conduta correta quanto à notificação?

- A. Não notificar, pois a leptospirose só entra na lista de notificações laboratoriais confirmadas. ✓**
- B. Notificar imediatamente, mesmo na suspeita clínica.
- C. Notificar apenas se houver surto na região.
- D. Notificar apenas após internação hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leptospirose é doença de notificação compulsória e a notificação é feita já na SUSPEITA clínica, pela ficha do SINAN, sem aguardar sorologia. O objetivo é epidemiológico: deflagrar investigação, identificar a fonte de exposição (enchente, roedores, área rural) e detectar surto em tempo útil. Condicionar a notificação à confirmação laboratorial, à internação ou à existência prévia de surto atrasa a resposta em saúde pública e produz subnotificação. Pérola: notifica-se o caso suspeito; confirmar ou descartar é etapa do encerramento. Gabarito oficial: Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Uma paciente com suspeita de câncer de mama, após achado suspeito em mamografia na UBS, necessita de biópsia e de acompanhamento oncológico. A UBS, entretanto, não realiza esses procedimentos, e a equipe deve encaminhar a paciente conforme o fluxo regional. Esse fluxo entre níveis de atenção ilustra qual princípio organizacional do SUS?

- A. Regionalização e hierarquização
- B. Universalidade
- C. Equidade ✓**
- D. Participação social

COMENTÁRIO OSCELABS

O encaminhamento da UBS, porta de entrada da atenção primária, para serviço de referência capaz de realizar biópsia e seguimento oncológico, obedecendo ao fluxo pactuado da região de saúde, é a tradução prática da regionalização e hierarquização, princípio ORGANIZATIVO do SUS. Universalidade, equidade e integralidade são princípios doutrinários (definem quem tem direito e a quê); participação social diz respeito ao controle social por conselhos e conferências. Pérola: os doutrinários dizem o 'quê', os organizativos dizem o 'como'. Gabarito oficial: Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Considere que uma comunidade apresente alta prevalência de hipertensão, e que a equipe da ESF tenha decidido implantar ações como grupos educativos, caminhadas orientadas e articulação com o CRAS para apoio psicossocial. Essas ações correspondem a qual estratégia de promoção da saúde?

- A. Educação técnica centrada na transmissão vertical de informações
- B. Intervenções exclusivamente terapêuticas ✓**
- C. Ações intersetoriais com empoderamento comunitário
- D. Medidas restritas ao consultório individual

COMENTÁRIO OSCELABS

Grupos educativos, caminhadas orientadas e articulação com o CRAS extrapolam o consultório e envolvem outro setor (assistência social): são ações intersetoriais com empoderamento comunitário, eixo central da promoção da saúde desde a Carta de Ottawa e reafirmado na Política Nacional de Promoção da Saúde. Promoção atua sobre determinantes sociais e sobre a autonomia do sujeito, o que a distingue da educação vertical (palestra que apenas transmite informação), da abordagem exclusivamente terapêutica e das medidas restritas ao atendimento individual. Gabarito oficial: Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Durante a análise de indicadores, um gestor observou queda significativa na cobertura da vacina pentavalente em determinada região. Como primeira medida para recuperar a cobertura, qual é a estratégia mais eficaz?

- A. Aumentar a quantidade de vacinas no estoque. ✓**
- B. Implementar busca ativa de crianças com doses atrasadas.
- C. Ampliar o horário da unidade apenas aos sábados.
- D. Lançar campanha de mídia sem foco territorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda de cobertura vacinal se enfrenta primeiro no território: cruzar o registro de nascidos vivos/cartão-espelho com o sistema de informação e fazer busca ativa dos faltosos, com visita do ACS e resgate porta a porta. Ampliar estoque só resolve se o problema for desabastecimento, e não há nada no enunciado que sugira isso; abrir aos sábados amplia acesso, mas isolado não alcança quem sequer sabe que há dose atrasada; campanha de mídia sem recorte territorial dispersa recurso. Perola: cobertura baixa quase sempre e problema de busca de faltoso, não de vacina na geladeira. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Um paciente de 50 anos de idade, assintomático e com boa saúde, procurou a unidade exigindo a realização de uma bateria de exames sem indicação clínica, incluindo a ressonância magnética de corpo inteiro. A conduta recomendada, no caso, é

- A. solicitar todos os exames para satisfazer o paciente.
- B. solicitar apenas exames de maior custo-benefício, como a RM.
- C. encaminhar o paciente ao especialista para que o profissional decida a respeito dos exames.

D. explicar riscos de sobrediagnóstico e evitar exames desnecessários. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastrear assintomático fora de protocolo não é zelo, é dano potencial: exames sem indicação geram achados incidentais, cascata de investigação, biópsias e ansiedade — o campo da prevenção quaternária. Ressonância de corpo inteiro não tem evidência de benefício em rastreio populacional. Atender ao pedido ou escolher o exame mais caro medicaliza sem ganho, e empurrar ao especialista terceiriza o vínculo e mantém a cascata. O caminho é explicar o risco de sobrediagnóstico e pactuar o que tem evidência. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Um operário que trabalha há 12 anos em construção civil relatou perda auditiva progressiva e zumbidos nos ouvidos. Ele afirmou que raramente utiliza protetores auriculares. O agravo apresentado relaciona-se principalmente ao risco

- A. físico.
- B. químico.
- C. biológico. ✓**
- D. ergonômico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ruído contínuo de canteiro de obra por 12 anos, sem protetor auricular, com perda auditiva progressiva e zumbido, e o quadro clássico da PAIR (perda auditiva induzida por ruído) — e o ruído e agente FÍSICO, ao lado de vibração, calor, radiação e pressão anormal. Agente químico seria poeira de sílica, cimento ou solvente; biológico, microrganismos; ergonômico, postura, levantamento de peso e repetitividade. Perola: em saúde do trabalhador, classifique o agravo pelo AGENTE, não pela profissão — pedreiro se expõe a vários riscos, mas quem causa zumbido e disacusia é o ruído. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Um paciente de 52 anos de idade, pedreiro, compareceu à Unidade Básica de Saúde para reavaliação de hipertensão. Relatou boa adesão medicamentosa e ausência de sintomas. A PA média das últimas três consultas foi 128 mmHg x 82 mmHg. Informou ter histórico familiar de doença cardiovascular. IMC = 29 kg/m². Exames recentes mostraram glicemia de jejum = 94 mg/dL e função renal normal. Qual é a conduta mais apropriada nesse momento, segundo os princípios da atenção primária?

- A. Aumentar a dose do anti-hipertensivo para reduzir ainda mais a PA.
- B. Iniciar estatina independentemente do perfil lipídico, em razão do risco familiar.
- C. Solicitar teste ergométrico de rotina para rastreio cardiovascular. ✓**
- D. Manter o esquema atual, reforçando orientações de estilo de vida e programando o retorno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertenso assintomático, aderente, com média de 128x82 mmHg nas últimas consultas já está na meta: a conduta é manter o esquema, reforçar estilo de vida (o IMC de 29 e o alvo real aqui) e programar retorno programado. Subir a dose de anti-hipertensivo em paciente controlado só agrega efeito adverso e hipotensão. Estatina não se inicia por história familiar isolada — depende do cálculo de risco cardiovascular global e do perfil lipídico. E teste ergométrico de rotina em assintomático não rastreia nada: gera falso-positivo e cascata de exames. Perola: prevenção quaternária também é conduta. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Uma paciente de 34 anos de idade, professora de educação infantil, procurou o posto de saúde com tosse seca há cinco dias, coriza, leve dor de garganta e febre baixa nos primeiros dois dias, já resolvida; sem comorbidades, com ausculta pulmonar normal; sem dispneia. Ela se mostrava preocupada porque "precisa melhorar logo para trabalhar". Qual é a conduta mais indicada para o caso?

- A. Prescrever antibiótico para acelerar a resolução dos sintomas.
- B. Solicitar radiografia de tórax para descartar pneumonia ✓**
- C. Explicar o caráter viral do quadro, oferecer tratamento sintomático e planejar manejo compartilhado.
- D. Prescrever corticoide oral para reduzir o processo inflamatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse seca, coriza, dor de garganta leve e febre baixa já resolvida em cinco dias, com ausculta normal e sem dispneia, definem resfriado comum — quadro viral autolimitado. A conduta é explicar a história natural (tosse pode durar 2-3 semanas), oferecer sintomáticos e combinar sinais de alarme e retorno, num manejo compartilhado que acolhe a pressão dela para voltar ao trabalho. Antibiótico não encurta virose e seleciona resistência; radiografia sem taquipneia, febre persistente ou achado focal na ausculta só gera achado incidental; corticoide oral não tem papel. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Uma paciente de 67 anos de idade, diabética há 10 anos, compareceu à consulta de rotina. Ela usa metformina 850 mg duas vezes ao dia e relatou episódios ocasionais de hipoglicemia leve no final da tarde. Os exames mostraram HbA_{1c} = 6,3%, creatinina normal e IMC = 26 kg/m². Referiu que mora sozinha e tem dificuldade em manter alimentação regular. Qual deve ser a prioridade do médico de família nessa consulta?

- A. Reduzir a meta de HbA_{1c} para < 6%, dada a idade e o tempo de doença. ✓**
- B. Avaliar o risco de hipoglicemia, ajustar metas individuais e trabalhar planejamento alimentar.
- C. Suspender imediatamente a metformina por risco de hipoglicemia.
- D. Iniciar insulina basal para melhor controle glicêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa de 67 anos, diabética há 10 anos, morando sozinha, com alimentação irregular e hipoglicemias no fim da tarde, com HbA1c de 6,3%: o controle está APERTADO DEMAIS para o perfil. A prioridade é avaliar o risco de hipoglicemia, individualizar a meta (afrouxando para algo em torno de 7-7,5%) e trabalhar planejamento alimentar e rede de apoio. Baixar o alvo para <6% aumenta o risco de queda, fratura e evento cardiovascular; suspender metformina é desnecessário (ela não causa hipoglicemia isoladamente — a irregularidade alimentar causa); iniciar insulina basal seria piorar o problema. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Em um programa de rastreamento populacional para câncer de colo do útero, uma estratégia importante é garantir que o teste utilizado apresente boa capacidade de identificar corretamente indivíduos com a doença. Essa característica do teste é conhecida como

- A. valor preditivo positivo.
- B. especificidade.
- C. sensibilidade.
- D. acurácia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A capacidade de um teste de identificar corretamente quem TEM a doença (poucos falso-negativos) é a sensibilidade — e por isso que teste de rastreamento populacional, como o de HPV no colo do útero, prioriza sensibilidade: deixar passar um caso custa mais caro do que convocar alguém a mais para investigação. Especificidade é o oposto: acertar os sadios. Valor preditivo positivo depende da prevalência na população rastreada, então não é propriedade intrínseca do teste. Acurácia mistura os dois em um número único e mascara o desempenho em cada grupo. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Determinada UBS iniciou um programa de caminhadas orientadas, oficinas de alimentação saudável e atividades educativas a respeito de autocuidado. Essas ações se enquadram em qual nível de atenção em saúde?

- A. Prevenção primária
- B. Prevenção secundária ✓**
- C. Prevenção terciária
- D. Reabilitação funcional

COMENTÁRIO OSCELABS

Caminhadas orientadas, oficinas de alimentação saudável e educação para autocuidado são dirigidas a pessoas ainda sem a doença instalada: o objetivo é reduzir a INCIDÊNCIA agindo sobre fatores de risco, o que caracteriza prevenção primária (com forte componente de promoção da saúde). Prevenção secundária seria rastreamento e diagnóstico precoce em assintomáticos (citologia, mamografia, glicemia de rastreio). Terciária é limitar dano e sequelas em quem já adoeceu, e reabilitação funcional é sua ponta final. Perla: promoção age no coletivo e nos determinantes, não no caso individual. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Uma gestante de 32 anos de idade tem dificuldade de adesão ao pré-natal por morar em área rural isolada, sem transporte público. Esse é um fator considerado

- A. de risco comportamental.
- B. determinante social estrutural.
- C. determinante biológico.
- D. determinante relacionado a estilos de vida. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Morar em área rural isolada, sem transporte público para chegar ao pré-natal, e barreira de ACESSO gerada pela organização social e territorial — determinante social estrutural, no nível macro do modelo de Dahlgren-Whitehead (condições socioeconômicas, infraestrutura, oferta de serviços). Não é risco comportamental nem estilo de vida: culpar a gestante por 'faltar' inverte a responsabilidade e ignora que a escolha não existe sem transporte. Determinante biológico seria idade, genética ou comorbidade. Perola: a resposta do serviço e busca ativa e visita domiciliar, não advertência. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Em uma cidade com 50.000 habitantes, ocorreram 100 novos casos de tuberculose no último ano. A medida epidemiológica descrita denomina-se

- A. prevalência. ✓**
- B. mortalidade proporcional.
- C. letalidade
- D. incidência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Casos NOVOS em um período definido, sobre a população exposta, e incidência — aqui 100 casos novos em um ano para 50.000 habitantes, ou seja, 2 casos por 1.000 habitantes-ano. Prevalência contaria todos os casos existentes num momento (novos + antigos ainda em tratamento). Letalidade é a proporção de óbitos entre os DOENTES, medindo gravidade. Mortalidade proporcional é a fatia que uma causa representa do total de óbitos. Perola: a palavra 'novos' no enunciado é o marcador de incidência; 'casos existentes' marca prevalência. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Antes da implantação de um novo teste de triagem neonatal, uma equipe analisa se o exame possui boa sensibilidade e especificidade, além de custo viável. Esse processo caracteriza

- A. auditoria em saúde.
- B. avaliação de tecnologias em saúde (ATS). ✓**
- C. pesquisa clínica experimental.
- D. controle de qualidade laboratorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Analisar sensibilidade, especificidade, custo e viabilidade antes de incorporar um teste é exatamente o escopo da Avaliação de Tecnologias em Saúde: exame sistemático de eficácia, segurança, custo-efetividade e implicações organizacionais para subsidiar a decisão de incorporar (no SUS, atribuição da Conitec). Auditoria verifica conformidade do que já é feito; pesquisa clínica experimental gera a evidência primária, mas não é a decisão de incorporação; controle de qualidade laboratorial monitora o desempenho analítico da rotina. Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Em uma comunidade com alta incidência de hipertensão, profissionais organizam rodas de conversa adaptadas à realidade cultural local, permitindo participação ativa dos moradores. Essa iniciativa é um exemplo de

- A. educação em saúde dialógica.
- B. educação técnica.
- C. ação verticalizada

D. prevenção terciária. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Roda de conversa adaptada a cultura local, com participação ativa dos moradores, e educação em saúde dialógica (matriz freiriana): parte do saber e da experiência da comunidade, constroi o conhecimento na troca e favorece autonomia e adesão — justamente o que falta ao hipertenso que 'sabe' o que fazer e não faz. Educação técnica/verticalizada e o modelo de transmissão de cima para baixo, com o profissional como único detentor do saber, historicamente pouco efetivo em mudança de comportamento. Prevenção terciária trata de sequelas e reabilitação, o que não é o caso. Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Uma mulher de 28 anos de idade procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) em razão de dor abdominal leve há dois dias. Ela não tinha horário agendado e afirmou não ter conseguido consulta para as próximas semanas. A equipe da recepção informou-a de que ela só poderia retornar quando houvesse vaga. De acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde no SUS, qual deveria ter sido a conduta correta da equipe?

A. Solicitar à paciente que ligasse todas as manhãs para disputar vagas remanescentes. ✓

- B. Orientar a paciente a procurar diretamente o pronto-socorro.
- C. Realizar o acolhimento com avaliação de risco e definir o encaminhamento adequado.
- D. Liberar um encaixe apenas se ela apresentasse febre ou sinais vitais alterados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Negar atendimento a quem chega com queixa aguda por 'falta de vaga' contraria a PNAB. A UBS é porta de entrada preferencial e deve organizar a demanda espontânea pelo ACOLHIMENTO com avaliação/classificação de risco: escutar a queixa, avaliar vulnerabilidade e gravidade e então definir o destino — atendimento no mesmo dia, agendamento oportuno ou encaminhamento a urgência. Mandar ligar toda manhã para disputar vaga transfere o problema à paciente; empurrar para o pronto-socorro rompe a longitudinalidade; e exigir febre ou alteração de sinais vitais reduz o acolhimento a triagem de sintoma. Resposta A.