



SUS-BA — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Mulher, 21 anos de idade, procura atendimento ambulatorial para investigação de diarreia crônica. Faz uso de anticoncepcional injetável. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, descorada +/4+. Realizados exames laboratoriais, com Hb: 10,5g/dL, ferritina 25ng/mL, vitamina D 11ng/dL. Solicitada endoscopia digestiva alta, com achado de redução do pregueado mucoso em segunda porção duodenal. Diante do quadro clínico, Com relação às alterações esperadas para confirmação

- A. As lesões acometem mais o íleo, mas podem ocorrer em todo o tubo digestivo.
- B. Os anticorpos são úteis para o diagnóstico, sendo a biópsia gástrica o padrão-ouro.
- C. A realização de uma colonoscopia é essencial para avaliação, pois as alterações são mais frequentes no cólon.

D. No anatomopatológico, observa-se redução da relação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne diarreia crônica, anemia com ferritina baixa para quem tem inflamação e hipovitaminose D em mulher jovem: é uma síndrome de má absorção de intestino delgado proximal, e a redução do pregueado mucoso na segunda porção duodenal à endoscopia é o sinal endoscópico clássico da doença celíaca. A confirmação, porém, é histológica, e o achado esperado é exatamente o da alternativa D: atrofia vilositária com hiperplasia de criptas, ou seja, redução da relação vilo/cripta, somada ao aumento de linfócitos intraepiteliais — o conjunto que a classificação de Marsh-Oberhuber gradua. Por isso a biópsia deve colher múltiplos fragmentos de bulbo e de segunda/terceira porção duodenal, com o paciente ainda ingerindo glúten, sob pena de falso-negativo. A alternativa A descreve acometimento ileal e de todo o tubo digestivo, padrão da doença de Crohn, não da celíaca, cuja lesão é contínua e proximal. A alternativa B acerta o valor dos anticorpos mas erra o sítio do padrão-ouro, que é a biópsia duodenal e não a gástrica. A alternativa C erra porque o cólon não é alvo da doença celíaca; a colonoscopia investigaria outras causas de diarreia crônica, não confirmaria esta. Resposta D

QUESTÃO 2 — Gabarito B

vilo/cripta e infiltração de linfócitos na mucosa. Identifique o anticorpo associado ao diagnóstico mais

- A. Anticélula parietal.
- B. Antitransglutaminase tecidual. ✓**
- C. Anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA).
- D. Anticitoplasma de neutrófilo (ANCA).

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o marcador sorológico de primeira linha da doença celíaca, doença autoimune desencadeada pelo glúten em indivíduos geneticamente predispostos (HLA-DQ2/DQ8). O anticorpo antitransglutaminase tecidual da classe IgA é o teste inicial recomendado por ter a melhor relação entre sensibilidade e especificidade e menor custo, devendo ser solicitado sempre em conjunto com a dosagem de IgA sérica total, já que a deficiência seletiva de IgA é mais frequente nesses pacientes e produz falso-negativo — nesse cenário migra-se para os testes de classe IgG (antitransglutaminase IgG ou antipeptídeo deamidado da gliadina). O antiendomísio funciona como teste confirmatório, de altíssima especificidade. O anticorpo anticélula parietal aponta para gastrite atrófica autoimune e anemia perniciosa, e não explicaria a atrofia vilositária duodenal. O ASCA associa-se à doença de Crohn e o ANCA, no contexto intestinal, à retocolite ulcerativa, além das vasculites; ambos pertencem ao diagnóstico diferencial das doenças inflamatórias intestinais, não da celíaca. Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Indique a conduta terapêutica inicial mais adequada.

- A. Suspende o método contraceptivo.
- B. Adotar dieta isenta de glúten. ✓**
- C. Realizar corticoterapia.
- D. Fazer uso de Imunobiológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fechado o diagnóstico de doença celíaca por sorologia e histologia, o tratamento é dietético e não medicamentoso: a retirada completa e permanente do glúten, isto é, de trigo, centeio e cevada, incluindo fontes ocultas e contaminação cruzada. É essa medida que promove a recuperação das vilosidades, a negatização dos anticorpos e a correção da má absorção, com melhora da diarreia em semanas e normalização histológica em meses; o acompanhamento com nutricionista e a reposição das carências identificadas, no caso ferro e vitamina D, complementam a conduta, mas não a substituem. Suspende o anticoncepcional injetável não tem qualquer relação causal com o quadro e não altera a evolução da doença. A corticoterapia não é tratamento inicial: fica reservada às situações excepcionais de doença celíaca refratária ou crise celíaca, após comprovada aderência à dieta. O imunobiológico pertence ao arsenal das doenças inflamatórias intestinais e não tem indicação na celíaca. Resposta B

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Homem, 19 anos de idade, lavrador, dá entrada na emergência após acidente ofídico por jararaca, em pé esquerdo, há 48 horas. Queixa-se de dor intensa no local da picada. Nega comorbidades. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, com FR: 22irpm, PA: 140x90mmHg, FC: 100bpm, SatO₂: 95%. Observam-se dois orifícios de inoculação, edema, equimose e lesões bolhosas no local da picada. Em relação ao tratamento geral desse paciente, deve-se

- A. realizar torniquete, no atendimento inicial, para impedir a circulação do veneno.
- B. iniciar aciclovir, para cobertura de herpes, presente na saliva da serpente.
- C. realizar cobertura para anaeróbios, gram positivos e gram negativos, caso ocorra infecção secundária. ✓**
- D. evitar opioides, para que os efeitos colaterais não se

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de acidente botrópico, o mais comum no Brasil, cuja marca é a síndrome local intensa: dor, edema progressivo, equimose e bolhas no ponto de inoculação, exatamente o que o lavrador apresenta após 48 horas. Justamente por causa dessa lesão tecidual extensa, a infecção secundária é a complicação local mais frequente, favorecida pela flora da cavidade oral da serpente, rica em bactérias gram-negativas como *Morganella morganii*, além de gram-positivos e anaeróbios; por isso, havendo sinais de celulite ou abscesso, a antibioticoterapia deve ter esse espectro amplo, com opções como amoxicilina-clavulanato ou cloranfenicol, associada a drenagem quando indicado. O torniquete é formalmente contraindicado: agrava a isquemia, aumenta a necrose e o risco de amputação, sem impedir a difusão do veneno. Iniciar aciclovir é sem sentido, pois não há transmissão de herpes por picada de serpente. Evitar opioides também é errado: a analgesia deve ser vigorosa, inclusive com opioides, e o veneno botrópico não tem ação neurotóxica relevante — essa é a assinatura dos acidentes crotálico e elapídico. Resposta C

QUESTÃO 5 — Gabarito A

confundam com o efeito neurotóxico do veneno. Em relação ao tratamento específico, o soro anti-veneno a

- A. antibotrópico. ✓**

- B. antilaquético.
- C. anticrotático.
- D. antielapídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A identificação do gênero da serpente define o soro, e aqui a jararaca, do gênero Bothrops, com quadro local exuberante de dor, edema, equimose e bolhas, indica o soro antibotrópico, aplicado por via endovenosa em ambiente hospitalar; o número de ampolas depende da gravidade, e o caso descrito, com lesão local extensa e alterações sistêmicas discretas, situa-se ao menos como moderado. Vale lembrar que o soro é o único tratamento capaz de neutralizar o veneno circulante e que o tempo decorrido, mesmo 48 horas, não contraindica a soroterapia quando ainda há atividade do veneno, sobretudo se houver distúrbio de coagulação. O soro antilaquético é destinado ao acidente por surucucu, do gênero Lachesis, que cursa com quadro local semelhante somado à síndrome vagal. O anticrotático atende ao acidente por cascavel, de predomínio neurotóxico e miotóxico, com pouca alteração local. O antielapídico é reservado ao acidente por coral verdadeira, de bloqueio neuromuscular sem lesão local significativa. Resposta A

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Diante do quadro descrito, indique as complicações que esse paciente, mais provavelmente, poderá apresentar.

- A. Hemorragias, decorrentes de plaquetopenia e distúrbios de coagulação. ✓**
- B. Fácies miastênica e ptose, decorrentes do efeito neurotóxico do veneno.
- C. Síndrome vagal, com diarreia, bradicardia, hipotensão.
- D. Rabdomiólise, devido ao efeito miotóxico do veneno.

COMENTÁRIO OSCELABS

O veneno botrópico tem três ações principais: proteolítica, responsável pela lesão local que o paciente já apresenta, coagulante, por ativação do fator X e da protrombina com consumo de fibrinogênio, e vasculotóxica ou hemorrágica, pela ação das hemorraginas sobre o endotélio, somada à plaquetopenia. É essa combinação que produz a manifestação sistêmica esperada: incoagulabilidade sanguínea com gengivorragia, epistaxe, hematúria e sangramento pelos ferimentos, motivo pelo qual o tempo de coagulação deve ser monitorado e a soroterapia guiada por ele. Fácies miastênica com ptose palpebral, oftalmoplegia e diplopia traduz bloqueio neuromuscular e é característica dos acidentes crotático e elapídico, não do botrópico. Síndrome vagal com diarreia, cólicas, bradicardia e hipotensão é o achado que distingue o acidente laquético do botrópico. Rabdomiólise com mialgia generalizada, urina escura e risco de lesão renal por mioglobínúria decorre da ação miotóxica da crotoxina, própria do acidente crotático. Resposta A

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Mulher, 40 anos de idade, procura pronto-atendimento queixando-se de dispneia, tosse com expectoração amarelada e febre, há 48 horas. Nega comorbidades ou tabagismo. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, com FR: 28irpm, PA: 120x70mmHg, FC: 90bpm, Temperatura axilar: 38,0oC, SatO2: 94%. Ao exame torácico, macicez à percussão e murmúrios vesiculares abolidos nos dois terços inferiores de hemitórax direito, sem ruídos adventícios à ausculta. Radiografia de tórax evidenciou derrame pleural à direita. Com base nos dados do caso clínico, Pode-se afirmar que, em relação à propedêutica torácica,

- A. os dados de exame físico, já fornecidos, permitiriam fechar o diagnóstico de derrame pleural.
- B. o frêmito toracovocal reduzido auxiliaria na diferenciação entre derrame pleural e pneumonia. ✓**
- C. o atrito pleural é auscultado na maior parte dos pacientes com quadro semelhante.
- D. a presença de pectorilóquia afônica permitiria fechar o

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz uma síndrome de derrame pleural: macicez à percussão e murmúrio vesicular abolido nos dois terços inferiores do hemitórax direito, confirmados pela radiografia. A questão cobra o valor semiológico do frêmito toracovocal, e é ele que separa as duas hipóteses em jogo, porque o líquido pleural interpõe-se entre o pulmão e a parede e reduz ou abole a transmissão vibratória, enquanto a consolidação pneumônica, por transmitir melhor as vibrações através do parênquima hepatizado, aumenta o frêmito. Percussão maciça com frêmito diminuído aponta derrame; percussão maciça com frêmito aumentado aponta condensação. A alternativa A erra porque nenhum conjunto de sinais físicos fecha o diagnóstico, que depende de imagem, e a própria banca só o confirmou com a radiografia. A alternativa C erra porque o atrito pleural é achado pouco frequente, típico da pleurite seca, e tende a desaparecer quando o líquido separa os folhetos. A alternativa D erra porque a pectorilóquia afônica é sinal inespecífico, presente também em condensações, e por si só não define derrame. Resposta B

QUESTÃO 8 — Gabarito D

diagnóstico de derrame pleural. A conduta diagnóstica mais adequada, neste momento, é

- A. não realizar procedimento invasivo, pois a presença de febre indica que o derrame é parapneumônico.
- B. realizar toracocentese para esvaziamento completo do derrame, visto que há infecção associada.
- C. puncionar na linha hemiescapular direita, na borda inferior do arco costal, logo abaixo do limite superior do derrame.

D. realizar toracocentese diagnóstica para avaliar a ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de derrame pleural em paciente febril com quadro infeccioso respiratório, a prioridade é caracterizar o líquido, e não presumir sua natureza. A toracocentese diagnóstica é a conduta inicial correta: permite classificar transudato ou exsudato pelos critérios de Light, medir pH, glicose e DHL, realizar bacterioscopia, cultura e citologia, e é isso que define se o derrame parapneumônico é simples, complicado ou empiema, decidindo entre antibiótico isolado e drenagem. A alternativa A inverte a lógica, pois a febre não dispensa a punção, ao contrário, reforça sua indicação. A alternativa B erra em dois pontos: o esvaziamento completo não é o objetivo neste momento e retiradas superiores a cerca de 1,5 litro em sessão única aumentam o risco de edema de reexpansão. A alternativa C erra na técnica: a punção é feita na borda superior da costela inferior, justamente para não lesar o feixe vasculonervoso intercostal, que corre no sulco da borda inferior da costela, e o local deve ficar abaixo, e não acima, do limite superior do derrame. Resposta D

QUESTÃO 9 — Gabarito A

etiologia do derrame. Indique o parâmetro que recomendaria a drenagem pleural

- A. pH abaixo de 7,2 no líquido pleural. ✓**
- B. DHL acima de 500U/L no líquido pleural.
- C. Relação entre DHL do líquido pleural e sérica acima de 0,6.
- D. Relação entre proteínas totais do líquido pleural e

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta separa o que caracteriza exsudato do que indica drenagem torácica. No derrame parapneumônico, os parâmetros que definem derrame complicado e impõem a colocação de dreno são pus franco, bacterioscopia ou cultura positiva, glicose baixa, presença de loculações e, classicamente, pH do líquido pleural abaixo de 7,2, marcador do metabolismo anaeróbio bacteriano no espaço pleural, que sinaliza falha do tratamento apenas clínico. DHL acima de 500 não é o ponto de corte de gravidade; o valor associado a derrame complicado situa-se em torno de 1000 U/L, e mesmo esse é achado de apoio, não critério isolado de drenagem. A relação entre DHL pleural e sérica acima de 0,6 e a relação entre proteínas totais pleural e sérica acima de 0,5 são critérios de Light: servem para classificar o derrame como exsudato, o que já se presume num parapneumônico, mas nada dizem sobre a necessidade de drená-lo. Resposta A

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Paciente, sexo masculino, 40 anos de idade, está no 4º dia de pós-operatório de gastroplastia em Y-de-Roux aberta para tratamento de obesidade mórbida, evolui na enfermaria com dor abdominal difusa, hiporexia, náuseas e vômitos. Paciente é portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Ao exame físico, regular estado geral, corado, Temperatura axilar: 37,9°C, FC: 108bpm, PA: 128x78mmHg, FR: 20imp; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome distendido, ruídos hidroaéreos presentes, flácido, dor de grande intensidade difusamente à palpação profunda e ausência de dor à descompressão brusca. De acordo com os dados apresentados, Indique a principal suspeita diagnóstica correspondente ao

A. Apendicite aguda.

B. Deiscência de anastomose intestinal. ✓

C. Abscesso intra-abdominal.

D. Tromboembolismo pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem no quarto dia de pós-operatório de gastroplastia em Y-de-Roux que evolui com dor abdominal difusa de grande intensidade, náuseas, vômitos, distensão, febrícula e, sobretudo, taquicardia de 108 bpm apresenta o quadro típico de deiscência ou fístula de anastomose, a complicação mais temida da cirurgia bariátrica e cujo pico de incidência ocorre entre o terceiro e o quinto dias. A taquicardia persistente acima de 100 a 120 bpm é o sinal precoce mais sensível dessa complicação no obeso, no qual a peritonite pode ser oligossintomática e a descompressão brusca negativa não afasta o diagnóstico, dada a espessura do panículo adiposo. A apendicite aguda não guarda relação com o momento pós-operatório e daria dor migratória localizada em fossa ilíaca direita. O abscesso intra-abdominal é habitualmente mais tardio e representa, em geral, a consequência tardia de uma fístula prévia, não a suspeita principal neste momento. O tromboembolismo pulmonar cursaria com dispneia, dor torácica, hipoxemia e taquipneia importante, e aqui a ausculta respiratória é normal com saturação preservada. Resposta B

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Para a confirmação diagnóstica da suspeita principal, será

A. Radiografias de abdome agudo e hemograma.

B. Tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste. ✓

C. Angiotomografia computadorizada de tórax.

D. Hemograma, hemocultura e PCR.

COMENTÁRIO OSCELABS

Confirmada a suspeita clínica de deiscência de anastomose, o exame de escolha é a tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, idealmente associada a contraste oral hidrossolúvel, porque demonstra o extravasamento do contraste pela linha de sutura, além de coleções, pneumoperitônio tardio, líquido livre e borramento da gordura, informações que também orientam a decisão entre reabordagem cirúrgica e drenagem percutânea. A radiografia de abdome agudo com hemograma é insuficiente, pois o pneumoperitônio residual do pós-operatório recente confunde a leitura e nenhum dos dois localiza a lesão. A angiotomografia de tórax responderia à hipótese de tromboembolismo pulmonar, que não é a suspeita principal neste caso de abdome doloroso com ausculta respiratória normal. Hemograma, hemocultura e PCR apenas confirmam resposta inflamatória e infecção, sem identificar a origem nem permitir planejamento cirúrgico. Resposta B

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Indique a conduta terapêutica mais adequada para esse

- A. Realizar laparotomia exploradora. ✓**
- B. Fazer terapia antibiótica endovenosa.
- C. Realizar drenagem guiada por ultrassonografia.
- D. Fazer anticoagulação plena com enoxaparina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Confirmada a deiscência de anastomose em paciente instável do ponto de vista infeccioso, com taquicardia, febre e dor abdominal difusa após cirurgia bariátrica aberta, a conduta é a reabordagem cirúrgica imediata por laparotomia exploradora, para lavagem da cavidade, identificação e tratamento do ponto de fístula, com sutura, refazimento da anastomose ou drenagem dirigida, além da confecção de via de acesso nutricional quando necessário. Postergar a cirurgia é o principal determinante de mortalidade nessa complicação. A antibioticoterapia endovenosa é obrigatória, mas como medida coadjuvante, e nunca controla sozinha o extravasamento de conteúdo entérico. A drenagem guiada por ultrassonografia tem espaço restrito a coleções bem delimitadas em paciente estável e com fístula já bloqueada, o que não é o cenário descrito. A anticoagulação plena com enoxaparina trataria tromboembolismo pulmonar, hipótese afastada pela apresentação abdominal. Resposta A

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Paciente, sexo masculino, 20 anos de idade, é trazido pelo SAMU ao pronto socorro do Hospital Geral, vítima de queda de moto há 20 minutos. Paciente dá entrada com colar cervical e prancha rígida, referindo dor em ombro direito, em região escapular direita e em abdome. No exame inicial, A: Via aérea pérvia, mantido colar cervical, SatO₂: 97% com cateter de O₂ 15L/min; B: murmúrios vesiculares bem distribuídos e sem ruídos adventícios, FR: 18ipm; C: Bulhas rítmicas e normofonéticas, FC: 88bpm, PA: 122x72mmHg, abdome com dor à palpação, principalmente, em hipocôndrio direito, pelve estável e toque retal sem alterações; D: escala de coma de Glasgow=15, pupilas isocóricas e fotorreagentes; E: presença de escoriações em tórax. Diante desse caso clínico, Indique a principal suspeita diagnóstica que justifique o

- A. Trauma esplênico.
- B. Trauma renal direito.
- C. Trauma hepático. ✓**
- D. Trauma de pâncreas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma abdominal contuso em paciente hemodinamicamente estável, e a pista diagnóstica está na topografia da dor. Dor referida no ombro e na região escapular do lado direito traduz irritação da cúpula diafragmática direita, cuja inervação vem do nervo frênico (C3-C5), provocada por sangue ou bile no espaço subfrênico: é o sinal de Kehr, aqui à direita. Soma-se a isso a dor à palpação justamente do hipocôndrio direito. O fígado é a víscera sólida mais volumosa e uma das mais frequentemente lesadas no trauma abdominal fechado, e a projeção da dor à direita aponta para ele. Trauma esplênico é o principal diferencial, mas a dor referida seria no ombro esquerdo e a defesa em hipocôndrio esquerdo. Trauma renal direito cursa tipicamente com dor em flanco e loja renal, hematúria e equimose lombar, não com dor escapular. Lesão pancreática é retroperitoneal, ligada a mecanismo de compressão epigástrica contra guidão ou cinto, com dor epigástrica em faixa irradiada ao dorso e apresentação em regra tardia. Resposta C

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Identifique o exame complementar mais adequado que

- A. Tomografia computadorizada de abdome com contraste. ✓**
- B. Avaliação com ultrassonografia focada para o trauma (FAST).
- C. Videolaparoscopia.
- D. Radiografia de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a escolha do método de imagem no trauma abdominal fechado com estabilidade hemodinâmica. Paciente com PA 122x72 mmHg, FC 88 bpm, Glasgow 15 e boa oxigenação tem tempo para o exame que melhor caracteriza a lesão: a tomografia computadorizada de abdome com contraste endovenoso. Ela identifica qual víscera foi acometida, gradua a lesão pela escala da AAST, detecta extravasamento ativo de contraste (blush arterial) e ainda avalia o retroperitônio e a pelve, informações indispensáveis para indicar e sustentar o tratamento não operatório. O FAST responde apenas se há líquido livre, tem baixa sensibilidade para lesão parenquimatosa sem hemoperitônio e seu papel é triar o paciente instável, não estadiar o estável. A videolaparoscopia é invasiva e não se justifica como método diagnóstico inicial quando há tomografia disponível. A radiografia simples de abdome não avalia víscera sólida e não muda conduta no trauma contuso. Resposta A

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Indique a conduta terapêutica mais adequada, caso o exame complementar não apresente sinais de sangramento ativo e o paciente mantenha o mesmo

- A. Realizar Laparotomia exploradora.
- B. Fazer Transfusão de 02 concentrados de hemácias e transamin endovenoso.
- C. Manter em observação e seriar Hb/Ht e exame físico. ✓**
- D. Realizar arteriografia e embolização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Definido o trauma hepático em paciente estável e sem sinais de sangramento ativo à tomografia, a conduta é o tratamento não operatório, hoje o padrão para lesões de vísceras sólidas nesse cenário, com índice de sucesso superior a 90 por cento no fígado. Seus pilares são internação em ambiente monitorizado, repouso, exame físico abdominal seriado e dosagem seriada de hemoglobina e hematócrito, exatamente para flagrar precocemente a falha do método: queda progressiva da hematimetria, instabilidade hemodinâmica ou surgimento de irritação peritoneal indicariam intervenção. Laparotomia exploradora é reservada ao paciente instável, com peritonite ou com falha do conservador, e operar um estável é sobretratamento com morbidade evitável. Transfundir dois concentrados de hemácias e antifibrinolítico não se justifica em paciente normotenso, normocárdico e sem sangramento demonstrado. Arteriografia com embolização é a resposta ao blush arterial ou ao sangramento ativo, condição que o próprio enunciado exclui. Resposta C

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Paciente, sexo feminino, 34 anos de idade, procura o pronto socorro com queixa de dor em abdome superior há 12 horas. Refere náuseas, vômitos, hiporexia e piora da dor após alimentação. Relata, também, quadros prévios de dor abdominal após libação alimentar. Ao exame físico, bom estado geral, corada, Temperatura axilar: 38,2°C, FC: 92bpm, PA: 122x78mmHg, FR: 18imp; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome globoso às custas de panículo adiposo, flácido e com dor de forte intensidade à palpação de hipocôndrio direito. Diante desse caso clínico, Indique a principal suspeita diagnóstica para o quadro

- A. Pancreatite aguda.
- B. Colecistite aguda. ✓**
- C. Hepatite aguda.
- D. Úlcera péptica gástrica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro clássico de colecistite aguda litiásica. A dor em hipocôndrio direito é de forte intensidade e já dura 12 horas, ou seja, é dor biliar que não cedeu, ao contrário da cólica biliar simples, que é autolimitada em poucas horas. Somam-se náuseas, vômitos, hiporexia, piora pós-prandial e história prévia de crises após libação alimentar, agora acompanhados de febre de 38,2 graus. Pelos critérios de Tóquio, o diagnóstico se apoia em sinal local de inflamação (dor e defesa em hipocôndrio direito, sinal de Murphy), sinal sistêmico (febre, leucocitose, PCR elevada) e confirmação por imagem. Pancreatite aguda cursa com dor epigástrica em faixa irradiada ao dorso e amilase ou lipase acima de três vezes o limite superior. Hepatite aguda dá astenia, colúria e icterícia com transaminases muito elevadas, sem dor localizada de forte intensidade com defesa. Úlcera péptica gástrica produz dor epigástrica de curso crônico relacionada à alimentação, sem febre e sem esse padrão inflamatório agudo. Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito C

Indique o principal achado na ultrassonografia de abdome superior, realizada para auxiliar na confirmação do

- A. Edema pancreático com presença de líquido peripancreático.
- B. Hepatomegalia com líquido pericapsular.
- C. Cálculo impactado no infundíbulo da vesícula biliar. ✓**
- D. Espessamento parietal gástrico e Líquido livre

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia é o exame de primeira linha na suspeita de colecistite aguda, com sensibilidade próxima de 95 por cento para colelitíase e boa acurácia para os sinais inflamatórios. O achado que sustenta o diagnóstico é o cálculo impactado no infundíbulo, na bolsa de Hartmann, responsável pela obstrução persistente da saída da bile que desencadeia a inflamação da parede vesicular. Costuma vir acompanhado de espessamento parietal acima de 3 a 4 mm, distensão da vesícula, líquido perivesicular e sinal de Murphy ultrassonográfico, achados que compõem o critério de imagem de Tóquio. Edema pancreático com líquido peripancreático descreve pancreatite aguda. Hepatomegalia com líquido pericapsular não pertence à doença biliar litíase e sugere hepatopatia difusa ou lesão traumática. Espessamento parietal gástrico com líquido perigástrico aponta para doença gástrica perfurada ou neoplásica, e não para a vesícula biliar. Resposta C

QUESTÃO 18 — Gabarito B

perigástrico. Indique a conduta terapêutica adequada para essa

A. Usar inibidor de bomba de próton e tratar *H. pylori*, se presente.

B. Fazer antibiótico e colecistectomia. ✓

C. Manter observação e tratamento sintomático.

D. Internar em UTI e preescrever nutrição parenteral e

COMENTÁRIO OSCELABS

Confirmada a colecistite aguda litíase, o tratamento tem dois componentes inseparáveis: antibioticoterapia dirigida à flora entérica, com cobertura para gram-negativos e anaeróbios, e a retirada do órgão doente. A colecistectomia, preferencialmente videolaparoscópica e precoce, na mesma internação e idealmente nas primeiras 72 horas de sintomas conforme os critérios de Tóquio, reduz tempo total de internação e reinternações quando comparada à estratégia de operar tardiamente. Inibidor de bomba de prótons com pesquisa e tratamento de *H. pylori* trata doença ulcerosa péptica, e não a via biliar. Manter observação apenas com sintomáticos é conduta de cólica biliar não complicada e, nesta paciente com febre e dor mantida, permite a evolução para empiema, gangrena e perfuração vesicular. Internação em UTI com nutrição parenteral é desproporcional a uma paciente em bom estado geral e hemodinamicamente estável, correspondendo ao manejo de pancreatite aguda grave. Resposta B

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Paciente vem à emergência obstétrica referindo estar gestante - com exame de Beta HCG positivo. Relatou que apresentou sangramento vaginal e cólicas, ambos de leve intensidade. Baseada na data da última menstruação, a idade gestacional é de 8 semanas. Ao Exame físico: PA: 120x80mmHg, FC: 80bpm, Temperatura Axilar: 36,5°C, Mucosas coradas. Abdomen plano, flácido, sem visceromegalias. Toque vaginal: orifício externo pérvio a 1 polpa digital e orifício interno fechado. Indique o diagnóstico no momento do atendimento na

A. Início de Trabalho de Abortamento.

B. Ameaça de abortamento. ✓

C. Gravidez ectópica.

D. Abortamento retido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação inicial com sangramento, e é o toque vaginal que define o diagnóstico. Com 8 semanas de idade gestacional, sangramento e cólicas de leve intensidade, paciente estável, afebril, com mucosas coradas, e sobretudo com o orifício interno do colo fechado, o quadro é de ameaça de abortamento: a gestação permanece potencialmente viável e a conduta é expectante, com orientação, repouso relativo e ultrassonografia para avaliar a vitalidade embrionária. O orifício externo pérvio a uma polpa digital é achado comum, sobretudo em múltiparas, e não caracteriza permeabilidade cervical. O início de trabalho de abortamento, ou abortamento inevitável, exige orifício interno aberto, cólicas intensas e sangramento mais volumoso. Gravidez ectópica não se sustenta como primeira hipótese na ausência de dor anexial, massa palpável ou repercussão hemodinâmica. Abortamento retido também cursa com colo fechado, mas depende da demonstração de óbito embrionário à ultrassonografia e costuma vir com regressão dos sintomas gravídicos, o que não foi documentado neste atendimento. Resposta B

QUESTÃO 20 — Gabarito A

O médico solicitou uma ultrassonografia, cujo resultado é apresentado uma semana após. Não voltou a apresentar cólicas ou sangramento. No laudo ultrassonográfico consta óbito embrionário. Indique os critérios ultrassonográficos que diagnosticarão

- A. Saco gestacional com diâmetro médio $\geq 25\text{mm}$, porém sem vesícula vitelínica e sem embrião. ✓**
- B. Embrião com comprimento crânio-nádegas $\geq 2\text{ mm}$ e sem atividade cardíaca.
- C. Ausência de embrião com batimento cardíaco uma semana após exame, demonstrando saco gestacional vazio.
- D. Ausência de embrião com batimento cardíaco 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os critérios ultrassonográficos definitivos de perda gestacional precoce, padronizados pela Society of Radiologists in Ultrasound e incorporados pelo ACOG. São diagnósticos de falha gestacional, dispensando repetição do exame, o comprimento cabeça-nádega maior ou igual a 7 mm sem batimento cardíaco e o saco gestacional com diâmetro médio maior ou igual a 25 mm sem embrião, a chamada gestação anembrionada, que é exatamente o que descreve a alternativa oficial. Comprimento cabeça-nádega de 2 mm sem atividade cardíaca não fecha diagnóstico: abaixo de 7 mm o embrião pode ainda não ter batimento detectável e o exame precisa ser repetido. Os critérios temporais também têm limiares próprios e mais longos: ausência de embrião com batimento duas semanas ou mais após um saco gestacional sem vesícula vitelínica, ou onze dias ou mais após um saco gestacional já com vesícula vitelínica. Prazos de uma semana ou de cinco dias são curtos demais e podem rotular como inviável uma gestação apenas mais jovem do que a idade calculada pela última menstruação. Resposta A

QUESTÃO 21 — Gabarito C

ou mais dias após exame, demonstrando o saco gestacional com vesícula vitelínica. Constatado o óbito embrionário, indique o método

- A. Dilatação cervical e curetagem uterina.
- B. Curetagem uterina.
- C. Misoprostol e aspiração manual intrauterina. ✓**
- D. Ocitocina endovenosa e aspiração manual intrauterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Óbito embrionário confirmado no primeiro trimestre, útero compatível com cerca de 8 a 9 semanas e paciente estável: o esvaziamento de escolha é o cirúrgico por aspiração, precedido de preparo cervical farmacológico. O misoprostol amolece e dilata o colo, reduzindo a necessidade de dilatação instrumental e, com isso, o risco de laceração cervical e de perfuração uterina. A aspiração manual intrauterina é o método recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde até cerca de 12 semanas, por ser mais rápida, cursar com menos sangramento e menos dor e poder ser feita em regime ambulatorial com anestesia local. Dilatação cervical instrumental seguida de curetagem, assim como a curetagem isolada, são técnicas mais agressivas, com maior risco de perfuração e de sinéquias uterinas (síndrome de Asherman), hoje reservadas às situações em que a aspiração não está disponível. Ocitocina endovenosa é ineficaz nessa idade gestacional, porque o miométrio de primeiro trimestre tem poucos receptores de ocitocina, motivo pelo qual o preparo se faz com prostaglandina. Resposta C

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Em acompanhamento de trabalho de parto a termo, uma parturiente encontra-se com três contrações uterinas a cada 10 minutos. A vitalidade fetal está boa e a dilatação cervical é de 5cm. Após algum tempo, constata-se colo completamente dilatado, bolsa rota, 5 contrações uterinas a cada 10 minutos, batimentos cardíacos fetais em 80bpm. A apresentação fetal encontra-se em -3, variedade de posição Occipto púbica. Considerando que o parto será vaginal, indique em que 0,3)

A. Quando a paciente solicitar, independente da fase do parto. ✓

B. A partir de 5 cm de dilatação, após a fase de latência do trabalho de parto.

C. Após serem oferecidas técnicas de analgesia não farmacológicas disponíveis, sem resultado eficaz.

D. Quando as dores estiverem impedindo a colaboração

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre o momento de indicar analgesia farmacológica no trabalho de parto, e a resposta oficial segue a recomendação do ACOG e das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: a solicitação materna é, por si só, indicação suficiente, em qualquer fase do trabalho de parto, desde que não haja contraindicação clínica ao método escolhido. O princípio é que a dor do parto é experiência subjetiva e que não cabe ao serviço estabelecer um limiar de sofrimento a ser vencido antes de tratar. Condicionar a analgesia a 5 cm de dilatação reproduz conceito antigo, abandonado depois que ensaios clínicos mostraram que a analgesia neuroaxial precoce não aumenta a taxa de cesariana nem prolonga significativamente o parto. Exigir que os métodos não farmacológicos falhem primeiro impõe uma etapa desnecessária: banho morno, deambulação, massagem e bola devem ser oferecidos, mas não são pré-requisito para a analgesia. Esperar que a dor chegue a impedir a colaboração da parturiente é tratar tardiamente e às custas de sofrimento evitável. Resposta A

QUESTÃO 23 — Gabarito C

da parturiente. Indique o momento no qual o partograma deve ser aberto.

A. No início do período de dilatação.

B. No início do período expulsivo.

C. Na fase ativa do trabalho de parto. ✓

D. Na admissão da parturiente no centro obstétrico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O partograma é o instrumento gráfico de acompanhamento da evolução do trabalho de parto, e sua abertura tem momento definido: a fase ativa, caracterizada por contrações rítmicas e efetivas acompanhadas de dilatação cervical progressiva, classicamente de duas a três contrações em 10 minutos com dilatação a partir de 4 a 5 cm. Só nessa fase a progressão da dilatação tem velocidade previsível, o que permite que as linhas de alerta e de ação tenham significado clínico e sinalizem distocia. Registrar o gráfico antes disso, na fase latente, cuja duração é muito variável e pode se estender por horas em gestante normal, produziria cruzamento das linhas sem distocia verdadeira e induziria intervenções desnecessárias. Dizer apenas início do período de dilatação é impreciso, porque esse período engloba também a fase latente. O período expulsivo é tardio: o partograma já deve estar em uso bem antes, justamente para monitorar dilatação e descida. E a admissão no centro obstétrico é evento administrativo, podendo ocorrer com a parturiente ainda em fase latente. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Considerando os dados do caso, indique a melhor conduta

- A. Parto cesariano de urgência. ✓**
- B. Fórceps ou vácuo-extrator.
- C. Manobra de Kristeler.
- D. Estimular o puxo e realizar episiotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário mudou e passou a ser uma emergência obstétrica: colo completamente dilatado, bolsa rota, taquissistolia com 5 contrações em 10 minutos e batimentos cardíacos fetais em 80 bpm, ou seja, bradicardia fetal sustentada traduzindo sofrimento fetal agudo, com indicação de interrupção imediata da gestação. O dado que define a via é a altura da apresentação: menos 3 de De Lee significa apresentação alta, acima do plano das espinhas ciáticas e ainda não insinuada. Sem insinuação não existe parto vaginal operatório possível, e a via de resolução mais rápida e segura é a cesariana de urgência. Fórceps e vácuo-extrator exigem apresentação insinuada, de preferência em plano baixo (mais 2 ou além), colo totalmente dilatado, bolsa rota e conhecimento exato da variedade de posição; aplicá-los em menos 3 é manobra proscrita, com risco de lesão fetal grave e de ruptura uterina. A manobra de Kristeller está formalmente contraindicada pelas diretrizes nacionais pelo risco de trauma materno e fetal. Estimular o puxo e fazer episiotomia com feto alto e bradicárdico apenas consome o tempo de que o feto não dispõe. Resposta A

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Mulher, 71 anos de idade, nuligesta, procura atendimento devido à sangramento genital de pequena quantidade, há 15 dias. Antecedentes médicos: Hipertensa. Antecedentes ginecológicos: Menarca aos 11 anos, na menacme apresentava ciclos longos, menopausou aos 49 anos, não faz reposição hormonal e não tem mais vida sexual ativa. Ao exame físico, PA: 130x80mmHg; Peso: 79Kg; Altura: 1,64m; Circunferência abdominal: 89cm. Exame segmentar: sem nenhum achado relevante. Vulva coaptada, sem lesões. Exame especular: Mucosa pálida, colo aparentemente epitelizado, sangramento +/4+ fluindo pelo Orifício externo; Toque vaginal: útero AVF volume normal; anexos não palpáveis. Diante do quadro, indique a principal suspeita diagnóstica:

- A. Adenocarcinoma cervical.
- B. Hiperplasia endometrial. ✓**
- C. Adenomiose.
- D. Cervicite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento genital depois da menopausa é sinal de alarme e obriga investigação da cavidade endometrial. A vinheta desenha o perfil clássico de estímulo estrogênico crônico sem oposição de progesterona: nuligesta, ciclos longos na menacme (marcador de anovulação crônica), excesso de peso (IMC de 29,4 kg/m², com conversão periférica de androgênios em estrona no tecido adiposo) e hipertensão. O exame especular mostra colo aparentemente epiteliado, sem lesão, com sangue fluindo pelo orifício externo, e o toque revela útero de volume normal: a fonte do sangramento é a cavidade uterina, e o endométrio é o alvo.

Adenocarcinoma cervical erra porque produziria lesão vegetante, friável ou colo francamente alterado ao especular, o que a questão afasta explicitamente. Adenomiose erra porque é doença da menacme, cursa com dismenorreia progressiva e útero aumentado e amolecido, sem qualquer sentido 22 anos após a menopausa em útero de volume normal. Cervicite erra porque se manifesta com corrimento e colo hiperemiado ou friável, quadro improvável em mulher sem vida sexual ativa e com mucosa atrófica. Vale a ressalva de que, na prática, hiperplasia endometrial e carcinoma de endométrio compartilham exatamente esses fatores de risco, e a investigação existe justamente para separar um do outro. Resposta B

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Indique o exame recomendado para confirmar ou afastar

- A. Teste de progesterona.
- B. Curetagem diagnóstica.
- C. Ultrassom transvaginal.

D. Videohisteroscopia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o método que confirma ou afasta a doença endometrial suspeitada na paciente com sangramento pós-menopausa. O diagnóstico é histológico, e o padrão-ouro é a videohisteroscopia com biópsia dirigida: ela permite visualizar diretamente a cavidade, identificar lesão focal (pólipo, área de espessamento, lesão suspeita) e biopsiar exatamente o ponto alterado, o que é decisivo porque hiperplasia e carcinoma inicial costumam ser focais.

O teste de progesterona erra porque avalia impregnação estrogênica e patência do trato em amenorreia da menacme, sem qualquer papel diagnóstico no sangramento pós-menopausa. A curetagem diagnóstica erra porque é feita às cegas e amostra apenas parte da cavidade, podendo deixar passar justamente a lesão focal; hoje foi deslocada pela histeroscopia. O ultrassom transvaginal erra porque é exame de triagem, não de confirmação: mede a espessura endometrial e seleciona quem precisa de estudo histológico (eco endometrial acima de 4 a 5 mm na pós-menopausa com sangramento), mas nunca fecha nem exclui hiperplasia ou câncer. Resposta D

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Indique os fatores de risco mais prevalentes associados à

- A. Infertilidade, uso de Tamoxifeno e síndrome de ovários policísticos. ✓**
- B. Hipertensão, diabetes e menarca tardia.
- C. Menarca tardia, obesidade e diabetes.
- D. Hipertensão, infertilidade e menopausa precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

O item pede os fatores de risco associados à hiperplasia e ao carcinoma de endométrio, e o eixo único que organiza a resposta é a exposição prolongada ao estrogênio sem oposição de progesterona. Infertilidade (em geral por ciclos anovulatórios), uso de tamoxifeno (que age como agonista estrogênico no endométrio, motivo pelo qual toda paciente em uso deve ser investigada diante de qualquer sangramento) e síndrome dos ovários policísticos (anovulação crônica, com estrogênio contínuo e progesterona ausente) são exatamente as três condições que traduzem esse mecanismo.

As demais alternativas se apoiam em variáveis que apontam para o lado protetor. Menarca tardia, presente em duas opções, reduz o tempo total de exposição estrogênica e não é fator de risco: o risco está na menarca precoce. Menopausa precoce, na última alternativa, também encurta a exposição e protege; o que aumenta o risco é a menopausa tardia. Hipertensão, diabetes e obesidade de fato acompanham o perfil metabólico dessa paciente e se associam ao câncer de endométrio, mas nas opções vêm sempre atreladas a um item francamente errado, o que as invalida. Resposta A

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Adolescente, 16 anos de idade, chega à UBS com quadro de poliúria há, aproximadamente, 40 dias. Refere fadiga frequente, o que atribui ao aumento de peso, durante a pandemia. Nega febre, disúria e outros sintomas. Ao exame, IMC: 29kg/m²; acima do 95o percentil; bom estado geral, eupneica, hidratada, afebril, corada. Apresenta eritema macular hiperemiado sob ambas as mamas, pruriginoso. O exame de urina I mostra: pH: 7,2; Densidade: de 1,01; Ausência de cetonas, bilirrubina, urobilinogênio, sangue e nitrito; presença de glicose ++; raros leucócitos e raras células epiteliais. Glicemia em jejum foi de 100mg/dL Diante os dados apresentados, indique a classificação dada

- A. Eutrófica.
- B. Sobrepeso.
- C. Obesidade. ✓**
- D. Obesidade mórbida.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a classificação do estado nutricional na adolescência, que não usa os pontos de corte fixos do adulto e sim a distribuição do IMC por idade e sexo. O enunciado já entrega o dado que decide: IMC de 29 kg/m² situado acima do percentil 95 da curva de IMC para a idade. Pelas referências adotadas na pediatria brasileira, percentil 85 a 95 caracteriza sobrepeso e valor igual ou acima do percentil 95 caracteriza obesidade. A adolescente é, portanto, obesa, e isso importa clinicamente porque a obesidade é o pano de fundo tanto da poliúria com glicosúria quanto da lesão em dobra submamária.

Eutrófica erra porque exigiria IMC entre os percentis 5 e 85. Sobrepeso erra por um degrau: pararia no percentil 95, que ela já ultrapassou. Obesidade mórbida ou grave erra porque demanda critério mais alto (percentil 99 ou valores em torno de 120 por cento do percentil 95), patamar que um IMC de 29 em adolescente de 16 anos não alcança; aplicar aqui o corte adulto de 40 kg/m² também seria impróprio. Resposta C

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Indique o exame que permite melhor avaliar o diagnóstico

- A. Cortisol matinal.
- B. Hemoglobina glicada. ✓**
- C. Glicemia aleatória.
- D. Triglicérides.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de suspeita de diabetes em adolescente com obesidade: poliúria há 40 dias, fadiga, glicosúria de duas cruzes no exame de urina e candidíase de dobra. O ponto de tensão é a glicemia de jejum de 100 mg/dL, valor no limite superior, que sozinho não confirma nem afasta o diagnóstico. A hemoglobina glicada resolve o impasse: reflete a glicemia média dos últimos dois a três meses, dispensa jejum, tem boa reprodutibilidade e valor igual ou maior que 6,5 por cento fecha o diagnóstico, além de identificar o pré-diabetes entre 5,7 e 6,4 por cento. Ela também explica a glicosúria com jejum quase normal, típica de hiperglicemia predominantemente pós-prandial.

Cortisol matinal erra porque investiga hipercortisolismo, e faltam os estigmas de Cushing (estrias violáceas largas, giba, fraqueza proximal, hipertensão, parada de crescimento). Glicemia aleatória erra porque só tem valor diagnóstico isolado quando vem acima de 200 mg/dL com sintomas clássicos; um valor intermediário não encerraria a dúvida. Triglicérides erram porque avaliam dislipidemia, componente do risco metabólico, mas nenhum ponto de corte de triglicérides diagnostica diabetes. Resposta B

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Indique a principal suspeita diagnóstica para as lesões de

- A. Intertrigo por cândida. ✓**
- B. Impetigo.
- C. Acanthose nigricans.
- D. Acne hormonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

As lesões descritas são eritema macular hiperemiado, pruriginoso, situado sob ambas as mamas, ou seja, em área de dobra, numa adolescente com obesidade e provável hiperglicemia. Essa é a descrição do intertrigo candidiásico: a associação de umidade, atrito, oclusão e glicose disponível favorece o crescimento de *Candida*, que produz placa eritematosa de limites bem definidos, com prurido e frequentes lesões satélites na periferia. A distribuição simétrica em ambas as regiões inframamárias reforça o mecanismo mecânico e metabólico, e candidíase de repetição em dobra é sinal sentinela de diabetes.

Impetigo erra porque é infecção bacteriana superficial com vesicopústulas e crostas melicéricas cor de mel, tipicamente em face e membros, sem predileção por dobras e com pouco prurido. Acanthose nigricans erra porque, embora seja o marcador cutâneo esperado da resistência insulínica nessa paciente, se apresenta como placa aveludada, espessada e hiperocrômica em pescoço e axilas, assintomática e não eritematosa. Acne hormonal erra porque produz comedões e pápulo-pústulas foliculares em face, dorso e região anterior do tórax, e não eritema pruriginoso confinado à prega submamária. Resposta A

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Duas meninas, uma de 3 e outra de 8 anos de idade, são atendidas na UPA com quadro de náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia há, aproximadamente, 4 horas. As fezes são líquidas, com rajas de sangue e “incontáveis episódios”. Há relato de que, há 3 dias, haviam almoçado em um bufê e comeram frango assado e salada de maionese. Os pais, que haviam comido o frango, mas não a maionese, negam alterações. Ao exame, ambas estavam hipoativas, com salivagem reduzida. Temperatura da criança maior: 37,8°C; e da criança menor: 38,2°C. Diante da situação descrita, identifique a classificação da

- A. Diarreia Aquosa - *Cryptosporidium*.
- B. Diarreia Aquosa - *Salmonella*.
- C. Disenteria - *Shigella*. ✓**
- D. Disenteria - Ameba.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede duas coisas de uma vez: classificar a síndrome diarreica e nomear o agente provável. A presença de sangue nas fezes, aqui descrita como rajas de sangue, retira o quadro do grupo das diarreias aquosas e o coloca no grupo das disenterias, que traduzem invasão da mucosa colônica. Isso já elimina as duas primeiras alternativas, independentemente do germe citado. Entre os agentes invasores, *Shigella* é a melhor hipótese: incubação de um a três dias, compatível com o almoço de três dias antes, febre, evacuações de pequeno volume e altíssima frequência (os incontáveis episódios, com tenesmo), acometimento simultâneo de duas crianças e nexo com alimento manipulado e mal conservado, como a salada de maionese. O detalhe de que os pais comeram o frango, mas não a maionese, e permaneceram bem aponta o veículo com precisão. *Cryptosporidium* erra porque provoca diarreia aquosa, sem sangue, com incubação mais longa e relevância maior em imunodeprimidos e creches. *Salmonella* pode invadir e até cursar com sangue, mas a alternativa a classifica como diarreia aquosa, o que contraria o achado central da vinheta. Ameba erra porque a disenteria amebiana tem instalação insidiosa, curso subagudo de semanas, febre baixa ou ausente, e não explode como surto agudo simultâneo em duas crianças após uma refeição. Resposta C

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Indique a natureza das manifestações extraintestinais que constituem as complicações mais frequentes dessa

A. Cirúrgicas.

B. Neurológicas. ✓

C. Oftalmológicas.

D. Reumatológicas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra a complicação extraintestinal mais frequente da shigelose na infância. A *Shigella* desencadeia resposta inflamatória sistêmica intensa e libera toxinas, e o sistema nervoso central é o alvo extraintestinal mais atingido: convulsão, sobretudo em menores de cinco anos e muitas vezes como manifestação precoce, até inaugural, além de cefaleia, irritabilidade, letargia, confusão e, nos casos graves, encefalopatia. Por isso, diante de criança pequena com disenteria febril que convulsiona, a shigelose deve estar no topo da lista, e a crise não se explica apenas pela febre.

As manifestações cirúrgicas erram por serem raras: perfuração, megacólon tóxico e prolapso retal existem, mas são complicações de exceção. As reumatológicas erram por frequência e por tempo: a artrite reativa, com a tríade da síndrome de Reiter, aparece semanas depois e é mais descrita em adultos com determinado perfil genético. As oftalmológicas erram porque conjuntivite e uveíte entram como parte dessa mesma síndrome reativa tardia, sendo ainda menos comuns. Convém lembrar que *Shigella dysenteriae* tipo 1 pode causar síndrome hemolítico-urêmica, complicação grave, porém de natureza hematológica e renal, não contemplada nas opções. Resposta B

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Adolescente, 16 anos de idade, é levada à UPA pela mãe, por ter sido agredida fisicamente há, aproximadamente, 3 horas. O relato é de que o padrasto a espancou ao chegar, alcoolizado, em casa. O médico observa que a menor está tensa e retraída, limitando-se a responder com a cabeça às suas perguntas, enquanto a genitora relata o quadro que encontrou em casa. Identifique a atitude mais adequada do médico ao proceder

A. Solicitar a presença do padrasto durante a anamnese e acareá-lo para obter a verdade.

B. Solicitar que a menor faça o relato detalhado e examiná-la na presença da genitora.

C. Solicitar a presença de uma testemunha durante a anamnese e o exame físico.

D. Solicitar à mãe que lhe permita uma conversa só com ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação é de adolescente vítima de violência física intrafamiliar, sendo o agressor o padrasto, e a questão avalia a condução ética da consulta. O comportamento descrito, tensa e retraída, respondendo apenas com a cabeça enquanto a mãe fala por ela, é exatamente o sinal de que a adolescente não está livre para relatar. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Ética Médica e a Sociedade Brasileira de Pediatria garantem ao adolescente o direito a atendimento em privacidade, com sigilo e escuta qualificada, e cabe ao médico pedir à mãe autorização para um momento a sós antes do exame físico, explicando que isso faz parte do atendimento.

Chamar o padrasto e acareá-lo erra gravemente: expõe a vítima ao agressor, produz revitimização e coação, e apurar fatos é tarefa da autoridade competente, não do médico. Exigir relato detalhado e examinar na presença da genitora erra porque a presença de familiar pode inibir a fala, sobretudo quando a violência ocorre dentro de casa, e porque o relato não deve ser arrancado sob pressão. Colocar uma testemunha na anamnese erra pelo mesmo motivo: amplia o constrangimento e não substitui a privacidade, ainda que acompanhante escolhido pela própria adolescente ou profissional da equipe seja aceitável durante o exame físico. Resposta D

QUESTÃO 35 — Gabarito B

a menor, antes do exame físico. Indique a conduta mais correta, nesse momento, tendo sido verificado que houve abuso sexual, e diante do risco

- A. Emitir solicitação de exame no IML.
- B. Prescrever contracepção de urgência. ✓**
- C. Encaminhar para avaliação por ginecologista.
- D. Aguardar o Conselho Tutelar para definir conduta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Confirmada a violência sexual, o atendimento é emergencial e tempo-dependente. Com aproximadamente três horas do evento, a paciente está na janela ideal para a contracepção de emergência, que deve ser oferecida imediatamente, de preferência nas primeiras 72 horas e com eficácia decrescente até cinco dias; junto dela caminham a profilaxia pós-exposição para HIV, a profilaxia das demais infecções sexualmente transmissíveis, a coleta de material e o acolhimento. Adiar essa prescrição é perder eficácia de forma irreversível, e por isso ela é a conduta correta neste momento.

Solicitar exame no IML erra como prioridade e como pré-requisito: pela Lei 12.845 de 2013, o atendimento à vítima de violência sexual é obrigatório e imediato em qualquer serviço do SUS, independentemente de boletim de ocorrência ou de perícia. Encaminhar ao ginecologista erra porque transfere e atrasa uma conduta que qualquer médico deve iniciar ali, na UPA. Aguardar o Conselho Tutelar erra porque a notificação e a comunicação ao Conselho são obrigatórias e correm em paralelo, mas jamais condicionam ou suspendem a assistência clínica. Resposta B

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Especifique quando é dever do médico acionar o Conselho Tutelar ou o Juizado de Menores do Município, durante o atendimento de uma adolescente de 16 anos, conforme as normas éticas determinadas pelo Conselho Federal de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

- A. Em suspeita de uso de droga na adolescência.
- B. Em casos comprovados de doença sexualmente transmissível.
- C. Em casos comprovados de gestação sem conhecimento dos pais
- D. Em suspeita de violência contra o adolescente. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do limite do sigilo no atendimento ao adolescente. A regra é a confidencialidade, que sustenta o vínculo e o acesso do jovem ao serviço; ela só é rompida diante de risco à vida ou à saúde do próprio adolescente ou de terceiros, ou quando a situação exige intervenção protetiva. A suspeita de violência contra criança ou adolescente é justamente essa hipótese: o Estatuto da Criança e do Adolescente torna a comunicação ao Conselho Tutelar obrigatória diante de suspeita, e não de comprovação, e a violência interpessoal é agravo de notificação compulsória imediata no SUS. O médico não precisa provar nada para notificar; investigar e proteger é função do Conselho.

Uso de droga na adolescência erra porque, isoladamente, é problema de saúde a ser manejado com sigilo, vínculo e envolvimento da família quando isso beneficiar o adolescente, sem acionamento automático do Conselho. Infecção sexualmente transmissível comprovada erra porque o adolescente tem direito a diagnóstico e tratamento confidenciais; a IST só muda de estatuto quando aponta abuso, e aí o gatilho é a violência, não a infecção. Gestação sem conhecimento dos pais erra porque, aos 16 anos, não há presunção legal de violência; estimula-se a inclusão da família, mas a recusa da adolescente não autoriza quebra de sigilo nem notificação ao Conselho. Resposta D

QUESTÃO 37 — Gabarito A

O Brasil apresenta um perfil epidemiológico complexo, com uma sobreposição de problemas de saúde, muitas vezes, no mesmo território: persistência de alguns agravos transmissíveis e ocorrência de ciclos epidêmicos de outros; peso importante, e crescente, na morbidade e na mortalidade das doenças crônicas não transmissíveis; e alta ocorrência de acidentes e violência. Essa múltipla carga se concentra, principalmente, nos grupos mais vulneráveis do ponto de vista social e econômico, como resultado das profundas desigualdades que ainda persistem. Esse quadro, também condicionado pelos rápidos processos de urbanização e de envelhecimento da população, exige que o SUS realize análises e planejamentos capazes de encontrar as melhores estratégias para garantir o efetivo acesso da população, ao mesmo tempo que lidere agendas multisectoriais que incidam nos determinantes sociais e econômicos. Barbosa, J. Ramalho, W. Possíveis cenários epidemiológicos para o Brasil em 2040. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021) Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content>>. Acesso em: out. 2021. Adaptado. Ao mencionar o problema da persistência de alguns agravos transmissíveis no perfil epidemiológico brasileiro, o texto se refere especialmente a doenças infecciosas:

A. autóctones de natureza endêmica. ✓

B. alóctones, em surtos limitados por região.

C. autóctones de alta incidência e baixa prevalência.

D. alóctones, em surtos sazonais.

COMENTÁRIO OSCELABS

O trecho descreve a chamada tripla carga de doença brasileira e, ao falar em persistência de alguns agravos transmissíveis, separa esse fenômeno dos ciclos epidêmicos citados logo em seguida. Persistência significa ocorrência habitual, contínua e esperada de uma doença em determinado território, o que é a definição de endemia; autóctone é o caso em que a transmissão acontece no próprio local, sem importação. Encaixam-se aqui tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, esquistossomose, leishmanioses e a malária na Amazônia, doenças de transmissão local mantida, concentradas nos grupos socialmente mais vulneráveis, exatamente como o texto afirma.

As opções com doenças alóctones erram porque descrevem casos importados, cuja marca é o surto delimitado ou sazonal, e não a permanência do agravo no território, situação que o próprio texto trata à parte ao mencionar ciclos epidêmicos. A alternativa de alta incidência e baixa prevalência erra porque esse padrão corresponde a doenças agudas de curta duração, com rápida resolução ou letalidade, o oposto do perfil endêmico persistente, em que a manutenção de casos ao longo do tempo se traduz em prevalência elevada e sustentada. Resposta A

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Na Classificação Internacional de Doenças - CID 10, as doenças classificadas como de Causas Externas têm como

- A. relacionadas à ação humana, mesmo não sendo intencionais.
- B. associadas a agentes agressores externos, não infecciosos. ✓**
- C. auto ou hétero provocadas, com intenção de dano.
- D. súbitas e agudas, mortais, por mecanismos físicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a definição do Capítulo XX da CID-10 (códigos V01 a Y98), que agrupa as causas externas de morbidade e mortalidade. O critério que define o grupo é o mecanismo: são agravos produzidos por um agente agressor externo ao organismo e de natureza não infecciosa — energia mecânica (acidentes de transporte, quedas), térmica (queimaduras), química (intoxicações e envenenamentos), elétrica, por radiação ou por privação (afogamento, asfixia). Entram aí tanto os eventos não intencionais quanto os intencionais (agressões, lesões autoprovocadas, eventos de intenção indeterminada) e ainda as complicações da assistência médica e as sequelas tardias. Por isso a alternativa B é a única que descreve o eixo classificatório real.

A erra porque muitas causas externas independem de qualquer ação humana, como quedas da própria altura em idosos, raios e desastres naturais. C restringe o grupo à intencionalidade, mas os acidentes — que são a maior fatia das causas externas — não têm intenção de dano, e a CID-10 reserva códigos específicos para intenção indeterminada justamente por isso. D erra em três pontos: nem toda causa externa é fatal (a maioria gera morbidade, não óbito), nem toda é súbita (intoxicações crônicas e as sequelas Y85-Y89 são tardias) e o mecanismo não é só físico, já que agentes químicos respondem por parte expressiva dos casos. Resposta B

QUESTÃO 39 — Gabarito D

No grupo das doenças crônico degenerativas, as doenças cardiovasculares ocupam importante papel como causa de morbimortalidade no Brasil. A melhor forma de atenuar

- A. promover o controle da hipertensão arterial.
- B. reduzir o sedentarismo da população.
- C. modificar hábitos alimentares.
- D. reduzir o tabagismo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O item trata do peso relativo dos fatores de risco modificáveis sobre a morbimortalidade cardiovascular e pede a medida de maior impacto populacional. O tabagismo é o fator de risco evitável mais fortemente associado a doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e doença arterial periférica, com efeito dose-dependente, sinergismo com os demais fatores e — diferentemente dos outros — reversibilidade rápida: o risco coronariano cai substancialmente já nos primeiros anos após a cessação. Some-se a isso o fato de a intervenção antitabaco ser a de melhor custo-efetividade e a que atinge, por políticas públicas (preço, ambientes livres de fumo, advertências, restrição de publicidade), toda a população e não apenas quem procura o serviço de saúde. É esse raciocínio de saúde coletiva que sustenta a alternativa D.

A descreve uma medida essencial, mas o controle da hipertensão depende de diagnóstico, acesso e adesão continuada ao tratamento, e mesmo controlada a hipertensão não devolve o risco ao basal. B tem impacto real, porém menor por indivíduo e historicamente resistente a mudança em escala populacional. C esbarra no mesmo problema: hábito alimentar é multifatorial, de modificação lenta e difícil de sustentar. Vale registrar que o ponto é discutível, porque no Brasil a hipertensão arterial tem a maior fração atribuível populacional para acidente vascular cerebral, o que tornaria a alternativa A defensável; ainda assim, o gabarito oficial privilegia o fator de risco evitável de maior magnitude e melhor custo-efetividade. Resposta D

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Pesquisadores internacionais desejam testar cientificamente uma nova vacina para a Malária, no Brasil. Contam para isso com uma instituição nacional patrocinadora. O protocolo de pesquisa implica em usar em voluntários uma dose da nova vacina, testando sua eficácia e segurança. Considerando os aspectos médicos e legais, identifique o órgão no qual a pesquisa científica precisa ser,

- A. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- B. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. ✓**
- C. Câmara Técnica do Conselho Federal de Medicina.
- D. Comitê de Ética em Pesquisa da instituição

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a instância de análise ética de um protocolo com participação estrangeira. Pelo sistema CEP/CONEP, todo projeto com seres humanos entra pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, mas há áreas temáticas especiais cuja apreciação final é obrigatoriamente da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Duas dessas áreas incidem aqui simultaneamente: pesquisa com cooperação ou participação estrangeira e pesquisa com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos ainda não registrados no país. Como o enunciado descreve pesquisadores internacionais testando uma vacina nova contra malária em voluntários no Brasil, o protocolo é necessariamente encaminhado à CONEP, que é o órgão apontado na alternativa B. A erra porque a Anvisa atua na esfera sanitária e regulatória — autorização do ensaio clínico e do produto investigacional, importação de insumos, registro posterior —, não na análise ética do protocolo. C erra porque o Conselho Federal de Medicina e suas câmaras técnicas exercem fiscalização ético-profissional do médico, sem competência para aprovar protocolo de pesquisa. D descreve o passo inicial correto do trâmite, já que o CEP local é a porta de entrada e emite parecer, mas em área temática especial ele não encerra o processo: a palavra final cabe à instância nacional. Resposta B

QUESTÃO 41 — Gabarito B

patrocinadora. Identifique o documento formal inicial necessário para o registro da pesquisa, no qual devem constar o nome do projeto e dos pesquisadores, e que precisa ser assinado

- A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- B. Folha de Rosto do Projeto. ✓**
- C. Termo de Anuência Institucional.
- D. Termo de Responsabilidade por Efeitos Adversos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o trâmite documental de submissão de um projeto de pesquisa com seres humanos. O documento formal que abre o registro é a Folha de Rosto, gerada pela própria Plataforma Brasil no momento do cadastro do protocolo. Nela constam o título do projeto, a identificação do pesquisador responsável e da equipe, a instituição proponente e o patrocinador, e ela só tem validade depois de assinada pelo pesquisador responsável e pelo dirigente máximo da instituição proponente — é essa assinatura institucional que formaliza a ciência e a corresponsabilidade da instituição sobre a pesquisa. Sem a Folha de Rosto anexada e assinada, o CEP sequer inicia a apreciação. Daí a alternativa B.

A descreve documento indispensável, mas de outra natureza e de outro momento: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é dirigido ao participante da pesquisa, assinado por ele no recrutamento, e não serve para registrar o projeto. C aplica-se às instituições coparticipantes, que anuem em ceder campo depois que o projeto já existe, e não é o documento inaugural do registro. D não corresponde a nenhuma peça exigida pelo sistema CEP/CONEP para submissão; a responsabilidade sobre eventos adversos é assumida no próprio protocolo e no TCLE, não em termo autônomo de registro. Resposta B

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Identifique, entre os citados, o desenho metodológico mais apropriado para verificar os desfechos primário e

A. Ensaio Clínico Prospectivo Randomizado Duplo Cego. ✓

B. Estudo Caso - Controle Pareado e Estratificado.

C. Metanálise com Inferência Estatística.

D. Estudo Teste de Sensibilidade e Especificidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de desenho de estudo: quer-se testar eficácia e segurança de uma vacina nova, ou seja, avaliar o efeito de uma intervenção deliberadamente alocada pelo pesquisador. Isso define um estudo experimental, e o padrão-ouro é o ensaio clínico randomizado, prospectivo e duplo-cego. A randomização distribui igualmente os fatores de confusão conhecidos e desconhecidos entre os grupos, o que permite atribuir a diferença de desfecho à intervenção e não a características prévias dos participantes. O caráter prospectivo garante que a exposição preceda o desfecho, requisito de causalidade. O duplo-cego elimina o viés de aferição e o de expectativa, tanto do voluntário quanto do avaliador, o que é decisivo quando se medem desfechos como incidência de malária e ocorrência de eventos adversos. Por isso a alternativa A.

B erra porque o caso-controle é observacional e retrospectivo: parte do desfecho já ocorrido e olha para trás em busca da exposição, fornecendo razão de chances, e não permite testar um produto novo em voluntários. C erra porque a metanálise é estudo secundário, que agrega resultados de ensaios já publicados; não há o que agregar sobre uma vacina que ainda não foi testada. D erra porque estudo de sensibilidade e especificidade avalia acurácia de teste diagnóstico contra um padrão de referência, não eficácia de intervenção preventiva.

Resposta A

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Adolescente, 15 anos de idade, sexo masculino, vem à UBS trazido pela mãe, que informa modificações no comportamento do menor, apresentando-se agressivo em casa, e batendo nos irmãos menores. Trata-se do primeiro filho de uma prole de quatro, sendo o único do primeiro casamento, com 4 anos de diferença para o segundo irmão. Segundo a mãe, o menor mantinha um bom relacionamento em família mas, após ter sido surpreendido, há 3 meses, usando maconha em casa, foi repreendido e teve a mesada suspensa. Não tem contato com o pai. A agressividade se agravou ainda mais, após o término do relacionamento com a namorada, de 17 anos, há duas semanas. Desde então, passa grande parte do tempo trancado no quarto; não senta à mesa para as refeições e muitas vezes não se alimenta. Tem boa escolaridade e é considerado acima da média, mas faltou, pelo menos, dois dias à escola nas últimas semanas. Hoje, após uma briga, o adolescente mencionou que "preferia estar morto do que viver desse jeito".

A. Há ideação suicida que indica grande risco.

B. Há ideação suicida passiva e o risco não pode ser previsto. ✓

C. Não há ideação suicida pois o plano não foi formulado.

D. Há ideação suicida passiva e vaga, com risco baixo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve um adolescente com mudança de comportamento, isolamento, recusa alimentar, queda no funcionamento escolar e verbalização de desejo de morte. A frase "preferia estar morto do que viver desse jeito" caracteriza ideação suicida passiva: existe o desejo de estar morto, mas não há plano, método, data ou providências — o que a distingue da ideação ativa. Reconhecer isso é o primeiro passo; o segundo, que a questão realmente cobra, é que a presença de ideação não permite prever se, quando ou como o ato ocorrerá. Nenhum instrumento ou escala tem valor preditivo individual para suicídio, e a literatura é consistente em mostrar que estratificar o caso em uma categoria fixa de risco não substitui a avaliação clínica seriada. Por isso a conduta é de vigilância ativa, proteção e reavaliação, não de rotulagem prognóstica — o que sustenta a alternativa B.

A erra ao cravar grande risco: os marcadores de gravidade imediata (plano estruturado, método definido, acesso a meios letais, tentativa prévia, intenção declarada) não aparecem no relato. C erra na premissa conceitual, porque ideação passiva já é ideação suicida; exigir plano formulado para reconhecê-la é justamente o erro que faz o profissional subestimar o caso. D erra por dupla razão: chama a ideação de vaga quando ela é explícita e verbalizada, e atribui risco baixo a um adolescente que acumula fatores de alarme — sexo masculino, rompimento amoroso recente, uso de maconha, conflito e punição familiar, ausência paterna, isolamento e alteração do apetite. Resposta B