



# SUS-BA — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

44 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](https://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 1 — Gabarito D**

Mulher, 19 anos de idade, é atendida na UPA com queixa de disúria, há 2 dias, associada a polaciúria. Refere que a urina está avermelhada. Nega dor lombar ou febre. Nega comorbidades e uso recente de antibióticos. Faz uso de anticoncepcional oral de forma regular. Ao exame físico, sinais vitais estáveis, afebril. Leve dor à palpação em região suprapúbica, sinal de Giordano negativo, sem outras alterações no exame segmentar. Quanto aos exames complementares a serem solicitados no caso, é possível afirmar que

- A. é imprescindível a realização de urocultura para determinar o diagnóstico de infecção do trato urinário.
- B. deve ser realizada ultrassonografia do trato urinário para definir o diagnóstico de cistite.
- C. é importante a pesquisa de dismorfismo eritrocitário para afastar hematúria por glomerulonefrite.

**D. é suficiente o sumário de urina para se instituir o ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de cistite aguda não complicada: mulher jovem, hígida, com disúria e polaciúria há 2 dias, urina avermelhada, sem febre, sem dor lombar e com sinal de Giordano negativo, ou seja, sem qualquer sinal de acometimento do trato urinário alto e sem fator de complicação. Nesse cenário o diagnóstico é essencialmente clínico, e o sumário de urina (EAS), mostrando leucocitúria, nitrito positivo e hematúria, basta para confirmar a suspeita e autorizar o início imediato do antimicrobiano empírico. A urocultura não é imprescindível na cistite não complicada; ela fica reservada para gestantes, homens, ITU complicada, pielonefrite, recorrência ou falha terapêutica, e exigir seu resultado apenas retardaria o tratamento. A ultrassonografia do trato urinário não define cistite, pois a inflamação vesical não tem tradução ultrassonográfica confiável; o exame de imagem serve para investigar litíase, obstrução, malformação ou abscesso, situações que não se cogitam aqui. A pesquisa de dismorfismo eritrocitário investiga hematúria de origem glomerular, hipótese que não se sustenta: não há hipertensão, edema, proteinúria, cilindros hemáticos ou queda de função renal, e a hematúria tem explicação direta na cistite hemorrágica, que regride com o tratamento. Resposta D

**QUESTÃO 2 — Gabarito A**

tratamento para infecção do trato urinário. Quanto ao tratamento inicial preferencial, indique o esquema que deve ser realizado nessa paciente:

- A. Nitrofurantoína, VO, ambulatorialmente. ✓**
- B. Norfloxacin, VO, ambulatorialmente.
- C. Ceftriaxona IV, em regime de Hospital-Dia.
- D. Antibiótico

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta cobra a primeira linha para cistite aguda não complicada em mulher jovem, sem comorbidades, sem uso recente de antibiótico e sem critérios de gravidade, situação de tratamento ambulatorial, oral e de curta duração. A nitrofurantoína é a escolha preferencial nas diretrizes atuais (IDSA e protocolos nacionais) por manter excelente atividade contra *Escherichia coli*, alcançar altas concentrações urinárias, ter baixíssimo impacto ecológico sobre a microbiota e taxas de resistência ainda muito reduzidas, sendo usada por 5 a 7 dias. O norfloxacin, como as demais quinolonas, deixou de ser primeira linha para cistite não complicada: além das taxas crescentes de resistência de *E. coli*, há alerta regulatório sobre eventos adversos graves (tendinopatia, ruptura de tendão, neuropatia periférica, aortopatia), de modo que a classe deve ser poupada para infecções em que seja realmente necessária. A ceftriaxona intravenosa em hospital-dia é conduta desproporcional, reservada para pielonefrite ou ITU complicada com intolerância à via oral, e a paciente está afebril, estável e sem sinais de infecção alta. Aguardar urocultura com antibiograma para só então prescrever atrasa o alívio dos sintomas sem ganho algum, já que o tratamento da cistite não complicada é empírico. Resposta A

**QUESTÃO 3 — Gabarito C**

selecionado após urocultura com antibiograma. Indique os fatores de risco para desenvolvimento de complicações do quadro clínico:

- A. Baixa ingestão hídrica e atividade sexual.
- B. Incontinência urinária e menopausa.
- C. Gestação e diabetes mellitus. ✓**
- D. Sexo feminino e litíase renal.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão pede quais condições transformam uma cistite aguda simples em infecção urinária complicada, isto é, com maior risco de progressão para pielonefrite, bacteremia e desfechos adversos. Gestação e diabetes mellitus são exatamente esses fatores: na gravidez, a dilatação pieloureteral induzida pela progesterona, a compressão ureteral pelo útero e a estase urinária favorecem a ascensão bacteriana, motivo pelo qual até a bacteriúria assintomática é rastreada e tratada; no diabetes, a hiperglicemia, a glicosúria, a disfunção de neutrófilos e a bexiga neurogênica aumentam tanto a incidência quanto a gravidade, incluindo pielonefrite enfisematosa e abscesso renal. Baixa ingestão hídrica e atividade sexual são fatores de risco para adquirir cistite, e não para complicá-la; a relação sexual é o clássico gatilho da ITU da mulher jovem, mas o quadro segue sendo não complicado. Incontinência urinária e menopausa se associam sobretudo à recorrência, pela hipoestrogenismo e alteração da flora vaginal, sem definir infecção complicada. Em sexo feminino e litíase renal, apenas a litíase de fato complica, por obstrução e formação de biofilme no cálculo, enquanto o sexo feminino é o perfil habitual da ITU não complicada, o que invalida o par. Resposta C

**QUESTÃO 4 — Gabarito B**

Mulher, 76 anos de idade, procura atendimento na UBS por episódios de dor intensa em hemiface esquerda, principalmente em região maxilar e de mandíbula, graduando até 8/10 na escala de dor. O quadro se repete há 3 anos, associado a sensação de choques e é precipitado pela mastigação ou frio. Tem hipertensão arterial sistêmica, em uso de hidroclorotiazida e enalapril. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, com sinais vitais estáveis, com alodínia térmica em hemiface esquerda. Demais exames segmentares sem alterações. Considerando o caso clínico descrito, indique o diagnóstico mais provável:

- A. Nevralgia do nervo facial.
- B. Nevralgia do nervo trigêmeo. ✓**
- C. Cefaleia em salvas.
- D. Arterite de células gigantes.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro descrito é típico de neuralgia do trigêmeo: dor paroxística, lancinante, em choque, de forte intensidade, unilateral, restrita aos territórios maxilar (V2) e mandibular (V3), recorrente há anos e desencadeada por estímulos banais como mastigar ou o frio, o que caracteriza as zonas de gatilho descritas nos critérios da Classificação Internacional das Cefaleias. A idade avançada, a alodínia térmica em hemiface e a normalidade do restante do exame reforçam o diagnóstico. A neuralgia do nervo facial não explica o caso porque o VII par é essencialmente motor para a mímica facial, com participação sensitiva mínima; sua lesão causa paresia facial, não dor em choque nos territórios maxilar e mandibular. A cefaleia em salvas cursa com dor orbitária ou periorbitária estritamente unilateral, com duração de 15 a 180 minutos, acompanhada de sinais autonômicos (lacrimejamento, congestão nasal, ptose, agitação) e agrupada em surtos diários por semanas, perfil ausente aqui. A arterite de células gigantes, embora ocorra em idosos e possa causar claudicação de mandíbula, produz dor contínua na região temporal, com artéria endurecida e dolorosa, sintomas sistêmicos, provas inflamatórias elevadas e risco de amaurose, e não paroxismos elétricos deflagrados por toque ao longo de três anos. Resposta B

**QUESTÃO 5 — Gabarito A**

O exame complementar mais adequado para diagnóstico etiológico nesse caso:

- A. Ressonância magnética de crânio. ✓**
- B. Tomografia computadorizada de crânio.
- C. Eletroencefalograma.
- D. Biópsia da artéria temporal.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Feito o diagnóstico clínico de neuralgia do trigêmeo, o passo seguinte é definir se ela é clássica (por compressão neurovascular da raiz do nervo, tipicamente pela artéria cerebelar superior, com atrofia ou desvio da raiz), secundária ou idiopática, e o exame capaz de responder a isso é a ressonância magnética de crânio, de preferência com sequências de alta resolução para fossa posterior e ângulo pontocerebelar e com contraste. É ela que identifica esclerose múltipla, tumores como schwannoma do vestibular e meningioma, malformações vasculares e lesões de tronco, causas secundárias que mudam completamente a conduta, e é obrigatória em pacientes candidatos a tratamento cirúrgico. A tomografia computadorizada tem baixa resolução para partes moles e sofre artefatos ósseos justamente na fossa posterior, deixando passar tanto o conflito neurovascular quanto placas desmielinizantes. O eletroencefalograma avalia atividade elétrica cortical e serve à investigação de epilepsia, sem qualquer papel em dor neuropática facial. A biópsia de artéria temporal é o exame confirmatório da arterite de células gigantes, hipótese já afastada pelo padrão paroxístico e pelos gatilhos mecânicos da dor. Resposta A

**QUESTÃO 6 — Gabarito C**

Diante do quadro, indique a melhor opção terapêutica para controle da dor:

- A. Tramadol e oxigenioterapia.
- B. Analgésico comum e escalonar para opioides, conforme resposta.
- C. Carbamazepina, oxcarbamazepina ou gabapentina. ✓**
- D. Analgésico comum associado à corticoterapia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A neuralgia do trigêmeo é dor neuropática por descarga ectópica em fibras desmielinizadas, e por isso responde a bloqueadores de canais de sódio, não a analgesia convencional. O tratamento de primeira linha é a carbamazepina, com melhor nível de evidência, ou a oxcarbamazepina, preferida por perfil de interações e de efeitos adversos mais favorável, especialmente em idosos; a gabapentina figura como alternativa ou adjuvante quando há intolerância a essas drogas. Em uma paciente de 76 anos em uso de hidroclorotiazida, vale lembrar o risco somado de hiponatremia com carbamazepina e oxcarbamazepina, exigindo controle do sódio. Tramadol associado a oxigenioterapia mistura um opioide fraco de baixa eficácia em dor neuropática com uma terapia que é específica da cefaleia em salvas, diagnóstico já excluído. Escalonar de analgésico comum para opioides é justamente o erro clássico: dipirona, anti-inflamatórios e opioides têm resposta pobre nessa dor, além de acrescentarem risco de sedação, queda, constipação e lesão renal na idosa hipertensa. Analgésico comum com corticoterapia seria a linha de raciocínio da arterite de células gigantes, condição diferente, e o corticoide não tem papel estabelecido na neuralgia trigeminal. Resposta C

**QUESTÃO 7 — Gabarito A**

Mulher, 40 anos de idade, procura a UBS por apresentar olhos amarelados, esporadicamente. Nega comorbidades ou uso de medicações. Ao exame físico, bom estado geral, sinais vitais estáveis, icterícia 1+/4. Não há alterações no exame segmentar, exceto espaço de Traube ocupado. Solicitados exames, com os seguintes resultados: Hb: 10,5g/dL, VCM: 100fl, CHCM: 35,1g/dL, RDW: 17%, leucócitos: 5930/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 160mil/mm<sup>3</sup>, ferritina: 1000ng/mL, índice de saturação de transferrina: 54%, bilirrubinas totais: 3,8g/dL, direta: 0,9g/dL, indireta: 2,89g/dL, AST: 26U/L (VR: 31), ALT: 29U/L (VR: 31U/L), Albumina: 4,0g/dL, RNI: 1,0. Considerando o caso clínico descrito, indique o resultado mais provável no caso, entre os seguintes exames:

- A. Haptoglobina baixa. ✓**
- B. Reticulócitos baixos.
- C. Ácido metilmalônico elevado.
- D. Lactato desidrogenase baixa.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Os dados apontam para anemia hemolítica: icterícia flutuante com hiperbilirrubinemia à custa da fração indireta (2,89 de 3,8), anemia com VCM elevado por reticulocitose, RDW alto por anisocitose, CHCM aumentado (35,1), sugestivo de esferócitos, esplenomegalia traduzida pelo espaço de Traube ocupado, ferritina e saturação de transferrina elevadas pela sobrecarga de ferro do turnover eritrocitário, e função hepática íntegra, com transaminases, albumina e RNI normais, o que afasta doença hepatocelular. Na hemólise a hemoglobina liberada no plasma é capturada pela haptoglobina, cujo complexo é rapidamente depurado, de modo que a haptoglobina baixa ou indetectável é o marcador esperado e o mais sensível do processo. Reticulócitos baixos seriam o oposto do esperado, já que a medula responde à destruição periférica com reticulocitose, que inclusive explica a macrocitose. Ácido metilmalônico elevado indicaria deficiência de vitamina B12, hipótese que não se sustenta diante de bilirrubina indireta alta com ferro elevado e esplenomegalia, e que cursaria com anemia hipoproliferativa. Lactato desidrogenase baixa contraria a fisiopatologia: a LDH liberada pelas hemácias destruídas se eleva, e é usada, junto à haptoglobina, para monitorar a hemólise. Resposta A

**QUESTÃO 8 — Gabarito B**

Diante do quadro, indique o exame mais importante para realização do diagnóstico etiológico:

- A. Pesquisa de mutação para hemocromatose hereditária.
- B. Coombs direto. ✓**
- C. Biópsia hepática.
- D. Colangiopancreatografia por ressonância magnética

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Definido que se trata de hemólise, a etapa seguinte é separar causa imune de não imune, e o teste que faz isso à beira do leito é o Coombs direto (teste da antiglobulina direta), que detecta IgG e complemento recobrimo a superfície das hemácias. Em mulher de 40 anos com anemia hemolítica, esplenomegalia e CHCM elevado por esferócitos, a anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes é a principal hipótese, e um Coombs direto positivo confirma o mecanismo e ainda abre a investigação de causas secundárias como lúpus, síndromes linfoproliferativas, infecções e fármacos. A pesquisa de mutação para hemocromatose hereditária interpreta mal a ferritina de 1000 e a saturação de 54%: essa sobrecarga de ferro é consequência da hemólise crônica, e a hemocromatose não causa hiperbilirrubinemia indireta nem esplenomegalia como quadro inicial. A biópsia hepática é invasiva e não se justifica em paciente com transaminases normais, albumina de 4,0 e RNI de 1,0, ou seja, sem evidência de hepatopatia. A colangiopancreatografia por ressonância investiga obstrução das vias biliares, que se manifestaria com predomínio de bilirrubina direta e elevação de enzimas canaliculares, padrão oposto ao encontrado. Resposta B

**QUESTÃO 9 — Gabarito D**

(CPRM). Identifique o mecanismo patológico relacionado à esplenomegalia apresentada pela paciente:

- A. Hipertensão portal.
- B. Depósito de ferro.
- C. Depósito de proteína amiloide.
- D. Aumento da função fagocítica. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta cobra o mecanismo da esplenomegalia na anemia hemolítica autoimune. O baço é o principal sítio do sistema mononuclear fagocitário e possui macrófagos com receptores Fc que reconhecem as hemácias recobertas por IgG; na hemólise extravascular crônica, esse trabalho contínuo de remoção dos eritrócitos opsonizados leva a hiperplasia e hipertrofia da polpa vermelha, ou seja, a esplenomegalia decorre do aumento da função fagocítica, o chamado baço de trabalho. É esse mesmo processo que arranca fragmentos de membrana e gera os esferócitos, coerentes com o CHCM elevado, e que fundamenta a esplenectomia como opção terapêutica em casos refratários. Hipertensão portal produziria esplenomegalia congestiva, mas exigiria doença hepática ou obstrução vascular, e a paciente tem transaminases, albumina e RNI normais, sem estigmas de hepatopatia ou ascite. Depósito de ferro explica lesão de fígado, coração, pâncreas e hipófise na sobrecarga férica, e não é o mecanismo do aumento esplênico, além de a ferritina alta aqui ser consequência da hemólise. Depósito de proteína amiloide causa esplenomegalia em amiloidose sistêmica, quadro que exigiria contexto de doença inflamatória crônica, mieloma ou proteinúria nefrótica, ausente na vinheta. Resposta D

**QUESTÃO 10 — Gabarito C**

Paciente, sexo feminino, nascida há 12 horas, apresentou, durante ultrassonografia morfológica pré-natal, abaulamento em coluna vertebral lombar. Após o nascimento, foi identificada presença de protrusão sacular em região lombar medindo cerca de 10cm, coberta por membrana fina e avermelhada. A paciente também apresentava diminuição da mobilidade dos membros inferiores e retenção urinária. Determine a principal suspeita diagnóstica para o quadro clínico da paciente.

- A. Distúrbio de segmentação vertebral.
- B. Agenesia segmentar da coluna lombar.
- C. Mielomeningocele. ✓**
- D. Meningioma lombar.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Recém-nascida com abaulamento lombar já visto na ultrassonografia morfológica e, ao nascimento, protrusão sacular de cerca de 10 cm na região lombar, recoberta apenas por membrana fina e avermelhada, associada a déficit motor de membros inferiores e retenção urinária, é o retrato da mielomeningocele. Trata-se de disrafismo espinhal aberto por falha de fechamento do tubo neural, em que o saco contém meninges e tecido neural (medula e raízes), o que explica o déficit neurológico abaixo do nível da lesão e a bexiga neurogênica; a distinção para a meningocele simples é exatamente essa, já que nela o saco contém apenas meninges e liquor, com exame neurológico habitualmente normal. Distúrbio de segmentação vertebral, como hemivértebra ou barra não segmentada, produz deformidade óssea e escoliose congênita, sem lesão cística cutânea. Agenesia segmentar da coluna lombar, ainda que possa cursar com déficit motor e se associe a diabetes materno, caracteriza-se por ausência de segmentos vertebrais e não forma protrusão sacular coberta por membrana. Meningioma lombar é tumor de meninges próprio do adulto, excepcional em neonatos, de crescimento lento e intradural, sem apresentação como massa exteriorizada ao nascimento. A conduta é proteger a lesão com curativo estéril úmido, evitar látex e programar o fechamento cirúrgico precoce. Resposta C

**QUESTÃO 11 — Gabarito D**

Indique o principal fator de risco para o surgimento da alteração encontrada na paciente.

- A. Trissomia cromossômica.
- B. Obesidade.
- C. Diabetes mellitus.
- D. Deficiência de ácido fólico. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O principal fator de risco modificável para defeitos de fechamento do tubo neural é a deficiência de ácido fólico no período periconcepcional. O tubo neural se fecha entre a terceira e a quarta semana de gestação, muitas vezes antes de a mulher saber que está grávida, e o folato é essencial ao metabolismo de um carbono, à síntese de nucleotídeos e à metilação envolvidos nesse processo; por isso a recomendação de 0,4 mg por dia pelo menos um mês antes da concepção, elevada para 4 a 5 mg em mulheres com gestação prévia acometida, uso de anticonvulsivantes ou diabetes, além da fortificação obrigatória de farinhas de trigo e milho no Brasil, medida que reduziu de forma mensurável a incidência desses defeitos. Trissomias cromossômicas associam-se a outras malformações e podem coexistir com disrafismos, mas não constituem o principal fator de risco nem explicam a maioria dos casos. Obesidade materna de fato aumenta o risco, provavelmente por hiperinsulinemia e menor biodisponibilidade de folato, porém com magnitude bem menor e sem ser o fator clássico cobrado. Diabetes mellitus mal controlado também é reconhecido como teratogênico, elevando o risco de defeitos de tubo neural e de regressão caudal, mas segue atrás da deficiência de folato como principal e mais prevenível determinante. Resposta D

**QUESTÃO 12 — Gabarito C**

Indique a conduta cirúrgica mais adequada para essa paciente, caso não seja possível o fechamento primário do defeito cutâneo.

- A. Deixar a área fechar por segunda intenção.
- B. Realizar enxerto de pele total.
- C. Confeccionar retalho local fasciocutâneo. ✓**
- D. Realizar colocação de expansor tecidual.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta é de técnica reconstrutiva: fechada a duroplastia da mielomeningocele, é preciso cobertura cutânea estável e bem vascularizada nas primeiras horas ou dias de vida, sob risco de fístula líquórica, meningite e ventriculite. Quando o defeito é grande, como os 10 cm descritos, e não permite fechamento primário, a solução adequada é o retalho local fasciocutâneo, que traz tecido próprio com pedículo vascular, oferece espessura suficiente para proteger o tubo neural reconstruído, veda o liquor e cicatriza sem depender da vascularização do leito. Deixar fechar por segunda intenção expõe a duroplastia por semanas, com perda líquórica, colonização e altíssimo risco de infecção do sistema nervoso central, sendo inaceitável nesse contexto. Enxerto de pele total é tecido não vascularizado, que depende da integração ao leito receptor e não pega de forma confiável sobre dura ou área reconstruída, além de resultar em cobertura fina e aderida, incapaz de proteger a região e sujeita a ulceração. Expansor tecidual exige semanas a meses de insuflações progressivas antes de gerar pele excedente, cronograma incompatível com uma reconstrução que precisa ser feita idealmente nas primeiras 48 a 72 horas de vida. Resposta C

**QUESTÃO 13 — Gabarito C**

Paciente, sexo feminino, 65 anos de idade, procura o Pronto Socorro por empachamento e distensão abdominal há cinco dias. A paciente apresentou náuseas e alguns episódios de vômitos nas últimas 24 horas. Relata, também, hiporexia, perda de peso e obstipação progressiva, há três meses, não sendo investigada previamente. A paciente realizou artroplastia total de quadril esquerdo há 5 anos. Ao exame físico, regular estado geral, corada, desidratada, T axilar: 36°C, FC: 88bpm, PA: 128x78mmHg, FR: 24imp; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome distendido, tenso, com dor à palpação difusa e com descompressão brusca negativa; toque retal sem alterações. Foi realizada radiografia de abdome. Fonte: <https://bityli.com/IlkTekLG> Diante desse caso clínico e da análise do exame de imagem, indique a principal suspeita etiológica que levou a paciente a procurar o Pronto Socorro.

- A. Aderência intestinal.
- B. Volvo de sigmoide.
- C. Neoplasia maligna de cólon. ✓**
- D. Fecaloma.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de obstrução intestinal baixa em idosa, e a chave está na história arrastada que antecede o quadro agudo: obstipação progressiva, hiporexia e perda de peso há três meses. Esse padrão de suboclusão crônica que evolui para obstrução completa em paciente acima de 50 anos é a apresentação clássica do câncer colorretal, sobretudo de cólon esquerdo/retossigmoide, onde o lúmen é mais estreito e as fezes já estão formadas — daí distensão, empachamento, náuseas e vômitos tardios. Aderência intestinal exige laparotomia prévia, e o único antecedente cirúrgico é uma artroplastia de quadril, procedimento extra-abdominal que não produz brida. O volvo de sigmoide ocorre em idosos institucionalizados ou constipados crônicos, mas se instala de forma súbita, com dor e distensão maciça em horas, sem o pródromo de três meses com emagrecimento. O fecaloma cursaria com ampola retal ocupada por fezes endurecidas, e o toque retal descrito é normal, o que praticamente o exclui.

Resposta C

**QUESTÃO 14 — Gabarito B**

Indique o exame complementar que deveria ter sido realizado há três meses, no momento em que se iniciaram os primeiros sintomas.

- A. Tomografia computadorizada com contraste.
- B. Colonoscopia. ✓**
- C. Radiografia de abdome.
- D. Ultrassonografia de abdome.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o rastreamento e a investigação de sintomas de alarme colorretal. Paciente com mais de 50 anos que apresenta mudança do hábito intestinal, obstipação progressiva, hiporexia e perda ponderal tem sintoma de alarme e indicação formal de colonoscopia, exame que permite visualizar toda a mucosa colônica, localizar a lesão, biopsiar e obter o diagnóstico histológico — os três objetivos que nenhum outro método reúne. A tomografia com contraste é excelente para estadiamento e para avaliar o abdome agudo já instalado, mas não fornece histologia e não era o passo inicial diante de sintomas crônicos. A radiografia de abdome só mostra padrão gasoso e níveis hidroaéreos, ou seja, informa sobre obstrução, não sobre a causa. A ultrassonografia de abdome é limitada pelo gás intestinal e serve melhor para vias biliares, fígado e rins, não para avaliar mucosa de cólon.

Resposta B

**QUESTÃO 15 — Gabarito D**

Indique a conduta cirúrgica mais adequada, caso a paciente não apresente melhora com o tratamento clínico instituído no Pronto Socorro.

- A. Lavagem intestinal no centro cirúrgico.
- B. Peritoneostomia descompressiva.
- C. Videolaparoscopia para reversão do volvo.
- D. Retossigmoidectomia com colostomia. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se de obstrução colônica por neoplasia de retossigmoide sem resposta ao tratamento clínico, situação em que a cirurgia é de urgência, com cólon não preparado e paciente desidratada. Nesse cenário a conduta consagrada é a ressecção do segmento acometido com colostomia terminal — a operação de Hartmann —, que remove o tumor, resolve a obstrução e evita anastomose primária em alça distendida, isquêmica e cheia de fezes, condição de altíssimo risco de deiscência. A lavagem intestinal no centro cirúrgico não trata a causa mecânica e apenas retarda a solução definitiva. A peritoneostomia descompressiva é recurso para síndrome compartimental abdominal e abdome hostil, não para obstrução tumoral com peritônio ainda sem sinais de irritação. A videolaparoscopia para reversão do volvo parte de um diagnóstico que já foi afastado pela história crônica com emagrecimento e pelo toque retal normal.

Resposta D

**QUESTÃO 16 — Gabarito A**

Paciente, sexo masculino, 60 anos de idade, procura o médico da família com queixa de ferida em mucosa oral há um mês. Relata, também, o surgimento de nódulo em região cervical direita, neste mesmo período. O paciente é etilista e tabagista de 20 cigarros por dia, há 40 anos. Ao exame físico, bom estado geral, presença de ferida ulcerada em mucosa sublingual, medindo cerca de 2cm; palpado nódulo em região cervical posterior à direita, medindo cerca de 1,5cm; ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; abdome plano, flácido e indolor à palpação. Diante desse caso clínico, indique a principal suspeita etiológica para a ferida em mucosa oral.

- A. Carcinoma espinocelular. ✓**
- B. Lesão de mucosa oral durante a mastigação.
- C. Úlcera oral por herpes simples.
- D. Carcinoma basocelular.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 60 anos, tabagista de 40 maços-ano e etilista, com úlcera oral persistente há um mês e adenopatia cervical concomitante: essa é a tríade que define câncer de boca até prova em contrário. O carcinoma espinocelular (escamoso) responde por mais de 90% das neoplasias malignas da cavidade oral, tem no álcool e no tabaco fatores de risco sinérgicos, costuma se manifestar como úlcera de bordas elevadas que não cicatriza em duas a três semanas e o assoalho bucal/região sublingual é sítio de predileção, com drenagem linfática precoce para cadeias cervicais — o nódulo palpável já sugere metástase regional. Lesão traumática por mastigação regride em poucos dias após remoção do agente e não gera linfonodo cervical. A úlcera por herpes simples é aguda, dolorosa, precedida por vesículas, acomete mucosa ceratinizada e cicatriza em cerca de uma a duas semanas, não persiste por um mês. O carcinoma basocelular origina-se de pele com folículos pilosos e exposição solar, praticamente não ocorre em mucosa oral e não dá metástase linfonodal.

Resposta A

**QUESTÃO 17 — Gabarito C**

Com base nas informações, indique a conduta mais adequada, nesse momento, para a ferida em mucosa oral.

- A. Biópsia excisional.
- B. Ressecção da lesão com margem de 5mm.
- C. Biópsia incisional. ✓**
- D. Tratamento tópico com pomada de triancinolona.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa a escolha da técnica de biópsia diante de lesão com forte suspeita de malignidade. Em úlcera de assoalho bucal de 2 cm, em paciente tabagista e etilista com linfonodo cervical suspeito, é preciso obter diagnóstico histológico antes de qualquer decisão terapêutica, e o método adequado é a biópsia incisional, que retira um fragmento representativo da borda da lesão, com margem entre tecido alterado e são, sem alterar os limites anatômicos que orientarão o estadiamento e o planejamento cirúrgico ou radioterápico. A biópsia excisional só é aceitável em lesões pequenas e de baixa suspeição; aqui removeria a lesão sem planejamento oncológico e comprometeria a definição de margens. A ressecção com margem de 5 mm é tratamento, não diagnóstico, e margem dessa magnitude é insuficiente para carcinoma espinocelular de boca. Pomada de triancinolona trata afta e lesões inflamatórias, e nesse contexto apenas mascara o quadro e atrasa o diagnóstico de câncer.

Resposta C

**QUESTÃO 18 — Gabarito A**

Indique a conduta mais apropriada para a investigação do nódulo cervical da paciente.

- A. Punção aspirativa por agulha fina. ✓**
- B. Exérese do nódulo.
- C. Observação do nódulo por 14 dias.
- D. Tomografia computadorizada cervical.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O nódulo cervical em paciente com lesão oral suspeita deve ser encarado como provável metástase linfonodal de carcinoma espinocelular, e a investigação inicial padronizada é a punção aspirativa por agulha fina, exame ambulatorial, barato, de baixa morbidade e com boa acurácia para confirmar carcinoma metastático, permitindo completar o estadiamento sem violar o compartimento cervical. A exérese do nódulo (biópsia aberta) é formalmente desaconselhada como primeiro passo em adenopatia metastática de cabeça e pescoço, porque rompe a cápsula linfonodal, favorece disseminação tumoral, causa fibrose e piora o resultado do esvaziamento cervical posterior. Observar por 14 dias é conduta razoável para linfonodo reacional em quadro infeccioso, mas inaceitável quando há úlcera oral persistente e fatores de risco para câncer, pois só adia o diagnóstico. A tomografia cervical é importante no estadiamento e na avaliação da extensão, porém é método de imagem e não fornece diagnóstico citológico.

Resposta A

**QUESTÃO 19 — Gabarito A**

Gestante, 30 anos de idade, com idade gestacional de 14 semanas, primigesta, sem comorbidades, iniciou, há 40 horas, tosse esporádica, dor de garganta, coriza e ageusia. Nega febre ou dispneia. Com base nesse quadro clínico, indique a prescrição farmacológica adequada para essa paciente:

- A. Oseltamivir 75mg, 12/12h por 5 dias. ✓**
- B. Ibuprofeno, 400mg de 12/12h por 5 dias.

- C. Ivermectina, 6mg ao dia em dose única.  
D. Hidroxicloroquina, 200mg, via oral, 1x ao dia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante com quadro de síndrome gripal de início há menos de 48 horas — tosse, odinofagia, coriza e ageusia — enquadra-se na recomendação do Ministério da Saúde de tratamento com fosfato de oseltamivir para todo paciente de grupo de risco, e a gestação, em qualquer idade gestacional, é por si só condição de risco para complicações por influenza. A prescrição é 75 mg de 12 em 12 horas por cinco dias, idealmente iniciada nas primeiras 48 horas do início dos sintomas, exatamente a janela em que esta paciente se encontra, sem necessidade de aguardar confirmação laboratorial. O ibuprofeno é anti-inflamatório não esteroide, deve ser evitado na gestação (risco de fechamento precoce do ducto arterioso e oligoâmnio, sobretudo no terceiro trimestre) e não trata a causa; o antitérmico/analgésico de escolha seria o paracetamol, se necessário. Ivermectina e hidroxicloroquina não têm eficácia comprovada em síndrome gripal ou em COVID-19 e foram formalmente desaconselhadas em todas as fases da doença.

Resposta A

**QUESTÃO 20 — Gabarito A**

Correlacione o diagnóstico correto quanto à COVID-19 com a interpretação dos resultados apresentados de exame RT-PCR e das sorologias para SARS-COV-2:

- A. PCR positivo e IGM negativo e IGG negativo: JANELA IMUNOLÓGICA. ✓**  
B. PCR positivo e IGM positivo e IGG negativo: FASE TARDIA DA INFECÇÃO.  
C. PCR positivo e IGM negativo e IGG negativo: FALSO POSITIVO.  
D. PCR positivo e IGM negativo e IGG positivo: FASE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a cinética do RT-PCR e dos anticorpos na COVID-19. O RT-PCR detecta RNA viral e positiva desde os primeiros dias de sintomas; a IgM só se torna detectável por volta do sétimo dia e a IgG, em geral, a partir da segunda semana. Portanto, PCR positivo com IgM e IgG negativos corresponde ao período em que o vírus já está presente e replicando, mas a resposta humoral ainda não é mensurável — a janela imunológica, situação típica da fase inicial e do paciente testado precocemente, como esta gestante com 40 horas de sintomas. A alternativa que rotula PCR positivo com IgM positiva e IgG negativa como fase tardia inverte a lógica: esse é o padrão de infecção recente/aguda, por volta da primeira a segunda semana. Chamar PCR positivo com sorologias negativas de falso positivo é errado, pois o PCR tem alta especificidade e a negatividade sorológica precoce é esperada, não contraditória. E o padrão com IgG positiva e IgM negativa indica infecção mais antiga, em fase tardia ou já convalescente, não fase inicial.

Resposta A

**QUESTÃO 21 — Gabarito B**

INICIAL DA INFECÇÃO. Sobre os riscos dessa gestante, havendo confirmação diagnóstica de COVID-19, pode se dizer que

- A. são maiores entre 14 e 20 dias após início dos sintomas, período mais frequente de piora clínica.  
**B. são maiores entre 7 e 14 dias após início dos sintomas, período mais frequente de piora clínica. ✓**  
C. são mínimos, pois não há comorbidades nem sinais de alerta, podendo a gestante ser revista no pré-natal habitual.  
D. são importantes e configuram situação de gestante de

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O ponto cobrado é o comportamento temporal da COVID-19 e o momento de vigilância mais intensa. A doença tem curso bifásico: a primeira semana é dominada pela replicação viral e por sintomas leves, e a deterioração clínica — dispneia, queda de saturação, pneumonia e necessidade de suporte — concentra-se tipicamente entre o sétimo e o décimo quarto dia de sintomas, quando predomina a resposta inflamatória do hospedeiro. É por isso que a orientação ao paciente ambulatorial, e com mais razão à gestante, é reforçar os sinais de alarme e a reavaliação justamente nessa janela. O intervalo de 14 a 20 dias já corresponde, na maioria dos casos, à fase de resolução ou de sequela, não ao pico de piora. Dizer que os riscos são mínimos e que basta o pré-natal habitual ignora que a gestante é grupo de risco reconhecido para forma grave e óbito por COVID-19, com maior chance de internação em UTI e ventilação mecânica. E a opção que apenas rotula a paciente como situação de risco não responde ao que se pede, que é identificar o período crítico de piora clínica.

Resposta B

**QUESTÃO 22 — Gabarito C**

Mulher admitida em maternidade com gestação de 34 semanas e 2 dias, referindo cefaleia. Ao exame físico: PA: 170x110mmHg. Dinâmica uterina ausente, vitalidade fetal preservada; colo uterino fechado. Solicitados exames laboratoriais que evidenciaram: AST: 80UI, Hb: 10,5 mg/dL, Plaquetas: 92.000, LDH: 650U/L, bilirrubinas: 1,3mg/dL e proteinúria ++. Considerando esses dados clínicos, indique o diagnóstico mais provável:

A. Eclampsia.

B. Pré-eclampsia.

**C. Síndrome HELLP. ✓**

D. Esteatose aguda da gravidez.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 34 semanas com PA 170x110 mmHg, cefaleia e proteinúria tem pré-eclâmpsia grave, mas os exames fecham um diagnóstico mais específico. Os critérios de Tennessee para síndrome HELLP exigem hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia: aqui há LDH 650 U/L acima de 600 e bilirrubinas de 1,3 mg/dL com queda de hemoglobina traduzindo hemólise, AST 80 UI acima do limite de 70, e plaquetas de 92.000, abaixo de 100.000. A tríade está completa. Pré-eclâmpsia isolada explicaria a hipertensão e a proteinúria, mas não a plaquetopenia com hemólise e citólise hepática, ou seja, é diagnóstico incompleto para este caso. Eclâmpsia exige crise convulsiva tônico-clônica ou coma não atribuível a outra causa, e a paciente tem apenas cefaleia, sem convulsão. A esteatose aguda da gravidez cursa com insuficiência hepática franca — hipoglicemia, hiperbilirrubinemia importante com icterícia, coagulopatia, elevação de amônia e alargamento do TAP —, achados ausentes neste quadro, em que a bilirrubina está apenas discretamente elevada.

Resposta C

**QUESTÃO 23 — Gabarito A**

Indique a conduta imediata para o caso:

**A. Sulfato de magnésio, hidralazina e interrupção da gestação. ✓**

B. Sulfato de magnésio, hidralazina e avaliar perfil biofísico fetal para decidir sobre interrupção da gestação.

C. Hidralazina e acompanhamento, dispensando uso de sulfato de magnésio se houver correção da PA.

D. Sulfato de magnésio e hidralazina, com liberação

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Confirmada a síndrome HELLP com 34 semanas e 2 dias, a conduta é tripla e simultânea: sulfato de magnésio para profilaxia de eclâmpsia, anti-hipertensivo de ação rápida — hidralazina endovenosa — para a emergência hipertensiva (PA 170x110 mmHg) e resolução da gestação, único tratamento definitivo da doença. A partir de 34 semanas não há benefício em prolongar a gravidez em pré-eclâmpsia com critérios de gravidade ou HELLP, pois o risco materno de descolamento prematuro de placenta, coagulopatia, insuficiência renal, hematoma e ruptura hepática e AVC supera qualquer ganho de maturidade fetal. Avaliar o perfil biofísico fetal para decidir sobre a interrupção é conduta equivocada, porque a indicação de parto aqui é materna e independe do bem-estar fetal, que inclusive está preservado. Acompanhar com hidralazina e dispensar o sulfato de magnésio caso a PA normalize é grave, já que a profilaxia da convulsão não depende do controle pressórico e a paciente já tem sintoma premonitório (cefaleia). Liberar para seguimento ambulatorial após corrigir a PA ignora que a HELLP é doença progressiva e exige internação e resolução.

Resposta A

**QUESTÃO 24 — Gabarito C**

para acompanhamento ambulatorial se houver correção da PA. Identifique a principal causa de óbito materno nesses casos:

- A. Ruptura hepática.
- B. Sangramento pós-parto por atonia uterina.
- C. Hemorragia cerebral (AVC hemorrágico). ✓**
- D. Intoxicação por sulfato de magnésio.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a mortalidade materna nos quadros hipertensivos graves da gestação, como a pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, a eclâmpsia e a síndrome HELLP. A principal causa de óbito é o acidente vascular cerebral hemorrágico, consequência do pico pressórico sobre a circulação cerebral com perda da autorregulação, e é justamente por isso que a pressão sistólica igual ou maior que 160 mmHg configura emergência hipertensiva obstétrica e deve ser tratada em minutos com hidralazina, nifedipino ou labetalol. A ruptura hepática, associada ao hematoma subcapsular da HELLP, é complicação temida e de alta letalidade, mas rara em termos absolutos, respondendo por parcela pequena das mortes. O sangramento pós-parto por atonia uterina é a principal causa de morte materna por hemorragia em geral, e não a causa específica de óbito nas síndromes hipertensivas — inclusive o sulfato de magnésio contribui para a atonia, mas isso não muda o peso epidemiológico neste contexto. A intoxicação por sulfato de magnésio é evento evitável e reversível com monitorização de reflexo patelar, diurese e frequência respiratória, além de gluconato de cálcio como antídoto, sendo causa incomum de morte.

Resposta C

**QUESTÃO 25 — Gabarito D**

Jovem, de 30 anos de idade, esteve em viagem na Índia há 2 meses. Refere aparecimento de 2 úlceras na região inguinal direita há 4 semanas. Tais úlceras não são acompanhadas de dor local. Relata que, antes das úlceras, apresentou no mesmo local nodulações. Não apresenta comorbidades nem possui outras queixas. Ao exame físico, visualizada a presença de 2 ulcerações em espelho, de borda plana, bem delimitadas e com fundo granuloso vermelho vivo e sangramento fácil. Diante do quadro, indique a principal hipótese diagnóstica:

- A. Cancro mole.
- B. Sífilis.
- C. Lesão herpética.
- D. Donovanose. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de úlcera genital crônica, e o conjunto de dados fecha donovanose (granuloma inguinal), causada por *Klebsiella granulomatis*. Pesam a favor a procedência de área endêmica (Índia), a evolução arrastada de quatro semanas, a lesão que começou como nodulação subcutânea e depois ulcerou, a ausência completa de dor e, sobretudo, o aspecto descrito: borda plana bem delimitada, fundo granuloso vermelho vivo, extremamente friável, que sangra ao mínimo contato, e lesões em espelho, produzidas por autoinoculação entre superfícies cutâneas que se tocam. Cancro mole, por *Haemophilus ducreyi*, é praticamente o oposto do descrito: úlceras múltiplas e muito dolorosas, de fundo sujo e purulento, borda irregular e solapada, acompanhadas de adenite inguinal que fistuliza por orifício único; a indolência da lesão já o afasta. Sífilis primária cursa com cancro duro habitualmente único, indolor, mas de fundo limpo, liso e base endurecida em cartilagem, sem tecido de granulação exuberante nem sangramento fácil, e com cicatrização espontânea em três a seis semanas. Lesão herpética se apresenta como vesículas agrupadas que rompem em ulcerações rasas, dolorosas e ardentes, com pródromo e recorrências, quadro incompatível com úlcera indolor de dois meses de evolução. Resposta D

**QUESTÃO 26 — Gabarito A**

Indique o tratamento inicial preconizado para o caso:

- A. Doxíciclina 100mg, a cada 12 horas por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento das lesões. ✓**
- B. Azitromicina 2g, via oral, dose única.
- C. Penicilina Benzatina, 2,4 milhões de unidades, intramuscular, dose única.
- D. Aciclovir, 200mg, via oral, a cada 4 horas por 5 dias.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o esquema de primeira linha da donovanose, e o ponto-chave é que se trata de infecção granulomatosa de resposta lenta: o antimicrobiano tem de ser prolongado e mantido até a reepitelização completa, sob pena de recidiva. O PCDT de IST do Ministério da Saúde traz doxíciclina 100 mg por via oral a cada 12 horas por no mínimo 21 dias ou até o desaparecimento das lesões, exatamente como enunciado na alternativa A. Azitromicina tem lugar no tratamento da donovanose, mas em regime semanal prolongado (1 g por semana por pelo menos três semanas ou até a cura clínica); dose única isolada de 2 g não erradica a lesão granulomatosa e por isso a alternativa B está errada. Penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades por via intramuscular em dose única é o tratamento da sífilis recente, diagnóstico já afastado pelo aspecto da úlcera. Aciclovir 200 mg a cada quatro horas por cinco dias é o esquema do herpes genital, infecção viral que cursa com úlceras dolorosas e recorrentes, também descartada aqui. Resposta A

**QUESTÃO 27 — Gabarito A**

Indique os agentes causadores de úlceras indolores, como as do caso:

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta testa a divisão clássica das úlceras genitais entre dolorosas e indolores, que é o primeiro nó da árvore diagnóstica das IST ulcerativas. São indolores o cancro duro da sífilis primária, por *Treponema pallidum*, a donovanose, por *Klebsiella granulomatis*, e a lesão inicial do linfogranuloma venéreo, por *Chlamydia trachomatis* sorotipos L1 a L3, que é uma pápula ou úlcera fugaz e assintomática, tantas vezes despercebida, sendo a dor no LGV característica da fase linfática, com adenite inguinal em bubão. Esse é exatamente o trio da alternativa A. As alternativas B e C erram porque incluem agentes de úlcera dolorosa: o herpes simples produz vesículas e ulcerações rasas com ardência intensa, e *Haemophilus ducreyi*, agente do cancro mole, causa úlceras purulentas e francamente dolorosas, das mais dolorosas da genitália. A alternativa D não completa a tríade pedida, contemplando apenas o treponema, e portanto não responde ao que foi solicitado. Resposta A

**QUESTÃO 28 — Gabarito C**

Menino, 2 anos de idade, é levado à UPA com relato de sonolência, náuseas e vômitos há 50 minutos. Após início do quadro, foi constatado que o menor ingeriu bolinhas de naftalina. A genitora informa ter colocado o produto, há dois dias, na gaveta que se encontrava aberta; que as bolinhas estavam em um pacote com 5 unidades, de menos de 1cm de diâmetro, e que 3 delas foram encontradas. Ao exame, criança hipoativa, hidratada, eupneica, corada, afebril. Observa-se hipersalivação. Sem outros achados anormais no momento. Considerando o potencial tóxico do produto, e que a criança permaneceu por 8 horas em observação, sem sintomas, indique a conduta correta:

- A. Manter internado por mais 12 horas, verificando sintomas respiratórios.
- B. Manter internado por mais 48 horas, verificando sintomas neurológicos.
- C. Conceder alta, com retorno, após 5 dias, para realizar Hemograma e Sumário de Urina. ✓**
- D. Conceder alta com observação domiciliar, por 5 a 7

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão exige conhecer a farmacologia toxicológica da naftalina, e o erro comum é liberar ou internar a criança olhando apenas para as primeiras horas. A naftalina é um hidrocarboneto aromático cuja toxicidade principal é oxidativa e tardia: hemólise (particularmente grave em deficientes de G6PD) e metemoglobinemia costumam aparecer entre 24 e 72 horas após a ingestão, podendo se manifestar até o quinto dia. Assim, criança que passou oito horas em observação e permaneceu assintomática, corada, eupneica e sem alterações ao exame, pode receber alta, desde que com retorno programado para hemograma e sumário de urina, exames que documentam a hemólise (queda de hemoglobina, reticulocitose) e a hemoglobinúria antes de haver descompensação clínica. Manter internado por mais 12 horas vigiando sintomas respiratórios não faz sentido: o risco pulmonar dos hidrocarbonetos é a pneumonite por aspiração de produtos líquidos voláteis, como querosene e aguarrás, e não de bolinha sólida deglutida, além de 12 horas não cobrirem a janela hematológica. Observação por 48 horas focada no neurológico também não se sustenta, porque convulsão e depressão do sensorio seriam manifestações precoces e a internação sem exames não altera a conduta. Alta apenas com observação domiciliar e retorno se sintomas é insuficiente, pois a hemólise pode ser oligossintomática e seu reconhecimento é laboratorial. Resposta C

**QUESTÃO 29 — Gabarito D**

dias, e retorno se tiver sintomas. O paciente, em questão, pode apresentar complicação decorrente de:

- A. Lesões cáusticas pela acidez.
- B. Lesões cáusticas pela alcalinidade.
- C. Síndrome hipercolinérgica.
- D. Metahemoglobinemia com cianose. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta cobra a complicação tardia da intoxicação por naftalina. O metabólito oxidante da naftalina converte o ferro da hemoglobina do estado ferroso para o férrico, gerando metemoglobina, que não transporta oxigênio e desvia a curva de dissociação para a esquerda; clinicamente isso se traduz em cianose central que não melhora com oferta de oxigênio, sangue de coloração achocolatada e o característico gap de saturação, com oximetria de pulso travada em torno de 85 por cento apesar de PaO<sub>2</sub> normal na gasometria. Junto com a hemólise oxidativa, é o desfecho temido nessa exposição. As lesões cáusticas, tanto por acidez quanto por alcalinidade, pertencem a outro cenário toxicológico, o das ingestões de ácidos fortes e de soda ou hipoclorito concentrado, com lesão direta de mucosa oral, esofágica e gástrica, o que não é o mecanismo da naftalina. Síndrome hipercolinérgica, com miose, sialorreia, broncorreia, bradicardia e fasciculações, é o quadro dos inseticidas organofosforados e carbamatos; a hipersalivação isolada descrita na vinheta não basta para transformar uma ingestão de naftalina em intoxicação colinérgica. Resposta D

**QUESTÃO 30 — Gabarito C**

No caso de ocorrer a complicação, considere as opções abaixo e indique a conduta adequada:

- A. Administrar carvão ativado.
- B. Fazer lavagem gástrica.
- C. Administrar azul de metileno. ✓**
- D. Administrar atropina.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Instalada a metemoglobinemia sintomática, o tratamento específico é o azul de metileno por via intravenosa, na dose habitual de 1 a 2 mg/kg em alguns minutos, repetível conforme a resposta. Ele funciona porque, reduzido a leucometileno pela NADPH-metemoglobina redutase, doa elétrons e devolve o ferro férrico ao estado ferroso, regenerando hemoglobina funcionante; a indicação clássica é metemoglobina acima de 20 a 30 por cento ou sintomas de hipóxia, e deve-se lembrar da precaução na deficiência de G6PD. Carvão ativado é medida de descontaminação, útil apenas na janela precoce após a ingestão e sem qualquer efeito sobre a metemoglobina já formada, portanto não trata a complicação. Lavagem gástrica foi praticamente abandonada como rotina na intoxicação pediátrica pelo risco de aspiração e pelo benefício não demonstrado, e é inútil horas depois da ingestão. Atropina é o antídoto da síndrome colinérgica por organofosforados e carbamatos, mecanismo estranho à intoxicação por naftalina. Resposta C

**QUESTÃO 31 — Gabarito C**

Adolescente, sexo feminino, 15 anos de idade, é levada à consulta de rotina por sua mãe. Reluta para permitir o exame físico. Ao conversar, sem a presença materna, relata que tem se cortado com gilete nos antebraços, mas seus pais não têm conhecimento do fato pois tem usado mangas compridas para cobrir os ferimentos. Refere término de namoro com um rapaz de 16 anos de idade, com quem teve iniciação sexual, de forma voluntária. Relata fazer uso de contraceptivos e deseja saber se deve continuar. Tem obtido notas medianas na escola. Define-se viciada em internet e jogos eletrônicos, passando mais de 6 horas por dia em uso de telas. Informa que tem poucos amigos. Ao exame físico: bom estado geral, lúcida, orientada; comunica-se pouco na presença da mãe; demonstra tristeza; fala sobre o namoro terminado, hipervalorizando a situação com conteúdo negativo. Demonstra sofrimento, autocrítica e baixa autoestima. Apresenta várias lesões cicatriciais em antebraços. Sem outros achados anormais. Indique a conduta médica adequada, definida pelas normativas éticas nessa situação, com relação à mãe e à confidencialidade da consulta, no que diz respeito aos indícios de autoagressão:

- A. A mãe deve ser informada no momento da consulta, sem a presença da paciente, pois há risco de vida por autoagressão.

B. Caso a paciente escolha uma pessoa adulta para interlocução essa deve ser, necessariamente, seu responsável legal.

**C. Pode ser pactuado que a própria adolescente converse com a mãe, pois esta deve ser informada, já que há risco com a autoagressão. ✓**

D. A mãe não deve ser informada, pois afetaria a

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne sofrimento psíquico, isolamento social, uso excessivo de telas e autolesão repetida em adolescente, e a questão cobra o manejo ético do sigilo. A confidencialidade é a regra na consulta do adolescente, garantida pelo Código de Ética Médica e sustentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, mas ela não é absoluta: cede quando existe risco de vida ou dano grave à saúde, e autolesão de repetição com gilete é exatamente uma dessas situações. O manejo correto, porém, não é romper o segredo por cima da paciente, e sim pactuar a revelação com ela, explicando por que a mãe precisa ser informada e oferecendo que a própria adolescente conduza essa conversa, com o médico como facilitador. Isso preserva o vínculo terapêutico, respeita a autonomia possível e garante a proteção e o encaminhamento à saúde mental. Informar a mãe à revelia da paciente, sem a presença dela, quebra a aliança e não é o preconizado. Dizer que o adulto de interlocução deve ser necessariamente o responsável legal é falso: o adolescente pode indicar outro adulto de confiança da família. Manter o sigilo sob o argumento da autonomia ignora a exceção do risco de vida, que é justamente o que está em jogo aqui. Resposta C

#### QUESTÃO 32 — Gabarito B

autonomia da paciente, sendo o sigilo um direito do paciente adolescente. Considerando as especificidades das consultas médicas para o público adolescente, pode se dizer que

A. a presença de atendente durante o exame físico não é recomendável.

**B. a consulta deve ter momentos com e sem a presença dos pais ou responsáveis. ✓**

C. os pais não devem participar do momento da entrevista com o/a adolescente.

D. a presença de atendente na sala, durante o exame

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do formato canônico da consulta na adolescência, e a resposta é a característica que a define: o atendimento deve ter um momento com os pais ou responsáveis e outro a sós com o adolescente. O momento conjunto capta a preocupação da família, a dinâmica familiar e dados de história pregressa; o momento reservado é o único em que emergem temas como sexualidade, uso de substâncias, violência, ideação suicida e autolesão, exatamente o que aconteceu nesta vinheta, em que a adolescente só revelou os cortes quando a mãe saiu. Dizer que a presença de um atendente durante o exame físico não é recomendável está errado: a recomendação é justamente o contrário, ter acompanhante ou profissional presente como proteção mútua. Afirmar que os pais não devem participar da entrevista também é incorreto, porque exclui uma etapa necessária da consulta. A alternativa que condiciona a presença do atendente à concordância do adolescente traz um princípio verdadeiro de respeito à privacidade, mas descreve um detalhe do exame físico e não a especificidade estruturante da consulta, que é a alternância de momentos; vale registrar que esse ponto é discutível, já que enunciado de forma isolada ele não é falso. Resposta B

#### QUESTÃO 33 — Gabarito C

físico, precisa ter concordância do/da adolescente. 6 Com relação à demanda quanto ao uso de contraceptivos, considerando as indicações éticas da Sociedade Brasileira de Pediatria,

A. está contraindicado pela imaturidade hormonal da paciente e deve ser comunicado à mãe.

B. está contraindicado pela imaturidade hormonal da paciente e não deve ser comunicado à mãe.

**C. está indicado e é direito da adolescente usar sem informação parental e deve ser prescrito de forma adequada. ✓**

D. é indicado e o sigilo deve ser quebrado, pois é dever

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta testa se o candidato sabe que contracepção na adolescência é direito e não favor, e que prescrever não exige autorização nem comunicação parental. Segundo o posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria e da FEBRASGO, o adolescente com capacidade de autodeterminação tem direito à orientação e à prescrição contraceptiva sob sigilo, e a atividade sexual já iniciada de forma voluntária, com parceiro de idade próxima, não configura situação de violência que obrigue notificação. Cabe ao médico prescrever o método de forma adequada, avaliando critérios de elegibilidade e reforçando a dupla proteção com preservativo para prevenção de IST. Não existe contraindicação por imaturidade hormonal: após a menarca a contracepção hormonal pode ser prescrita, e o argumento de que o eixo ainda estaria imaturo não sustenta negativa de método, o que derruba as duas primeiras alternativas, independentemente de comunicarem ou não a mãe. Também está errada a alternativa que impõe quebra de sigilo como dever, porque a revelação só se justifica diante de risco de vida, incapacidade de autocuidado ou suspeita de abuso, nenhum deles ligado ao pedido de contracepção. Resposta C

#### QUESTÃO 34 — Gabarito C

Menina, 5 anos de idade, é atendida na UPA com história de dor no joelho esquerdo, referindo, também, aumento de volume e limitação de movimentos, principalmente ao acordar. Relata que essa dor iniciou há 2 meses, sem trauma, evoluindo para acometimento de ombro esquerdo, joelho direito e quadris, bilateralmente. Há 15 dias, vem com envolvimento de punhos, com mesmas características, além de febre com exantema. Queixa-se de dor ocular, que “piora com luz forte” e que seus olhos ficam, permanentemente, vermelhos. Relata, ainda, dor ao mastigar e abrir a boca. Ao exame, a menor apresenta hiperemia ocular. Temperatura 38,0°C. Nota-se exantema cor de salmão em axilas e zonas de pressão. Apresenta discreta hepatoesplenomegalia. Linfonodos sem características patológicas. Nas articulações em foco, observam-se edema, calor e redução da amplitude de movimentos. Hemograma mostra 15mil leucócitos/mm<sup>3</sup> às custas de polimorfonucleares, com 400mil plaquetas/mm<sup>3</sup>. Considerando o diagnóstico mais provável, sobre a avaliação laboratorial dessa criança, é correto afirmar:

A. Fator Antinuclear é sempre positivo.

B. Proteína C Reativa não é exame indicado.

**C. VHS normal não exclui diagnóstico. ✓**

D. Fator Reumatoide é positivo em mais de 80% dos

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve artrite de mais de seis semanas com acometimento poliarticular progressivo, febre, exantema cor de salmão em axilas e zonas de pressão, hepatoesplenomegalia, comprometimento de temporomandibular e leucocitose com trombocitose, quadro típico de artrite idiopática juvenil, aqui com apresentação sistêmica. O ponto cobrado é que o diagnóstico é clínico, feito pelos critérios da ILAR, e que os exames apenas apoiam e monitoram a atividade: por isso VHS normal não exclui o diagnóstico, e insistir em confirmar a doença por prova de atividade inflamatória é erro conceitual comum. Fator antinuclear não é sempre positivo; ele é útil como marcador de risco de uveíte crônica, sobretudo na forma oligoarticular, e costuma ser negativo na forma sistêmica, o que torna a primeira alternativa falsa. Dizer que a proteína C reativa não é exame indicado é incorreto, pois ela é justamente uma das provas usadas para acompanhar atividade e resposta terapêutica. Fator reumatoide positivo em mais de 80 por cento dos casos iniciais é afirmação claramente errada: o fator reumatoide é positivo em pequena minoria, restrito ao subtipo poliarticular fator reumatoide positivo, mais comum em meninas adolescentes. Resposta C

**QUESTÃO 35 — Gabarito A**

casos iniciais. Considerando a febre que, usualmente, acompanha quadros semelhantes, pode-se afirmar que costuma ser:

- A. Diária e elevada, em picos, com retorno à temperatura normal. ✓**
- B. Irregular, com variação de horários e dias sem febre.
- C. Contínua e baixa, associada à cefaleia.
- D. Elevada e contínua, com prostração intensa.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A curva térmica é um dado semiológico com peso diagnóstico na artrite idiopática juvenil sistêmica, e reconhecê-la é o objetivo da questão. A febre característica é quotidiana, ou seja, diária, com um ou dois picos ao dia, tipicamente vespertinos, alcançando 39 graus ou mais, e com retorno completo à temperatura normal ou até abaixo do normal entre os picos, desenhando aquele traçado em espículas. Os critérios da ILAR exigem febre com esse padrão por pelo menos duas semanas, documentada como diária por no mínimo três dias, e é justamente no pico febril que o exantema assalmoado aparece e depois desaparece, como descrito na vinheta. Febre irregular, com variação de horários e dias sem febre, não corresponde ao padrão quotidiano exigido e é mais compatível com quadros infecciosos intermitentes ou neoplásicos. Febre contínua e baixa associada a cefaleia não descreve a doença e sugere outros diagnósticos, como quadros infecciosos arrastados. Febre elevada e contínua com prostração intensa, sem retorno à normalidade, aponta para sepse ou infecção bacteriana grave, e não para o padrão em picos da doença reumatológica. Resposta A

**QUESTÃO 36 — Gabarito D**

Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, a complicação grave mais temível é:

- A. Insuficiência renal crônica.
- B. Insuficiência hepática aguda.
- C. Lesão de válvulas cardíacas.
- D. Síndrome de ativação macrofágica. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão pede a complicação mais temível da artrite idiopática juvenil sistêmica, e ela é a síndrome de ativação macrofágica, forma secundária de linfo-histiocitose hemofagocítica, com mortalidade elevada e necessidade de reconhecimento imediato. O alerta clínico é paradoxal: a febre deixa de ser em picos e se torna contínua, surgem hepatoesplenomegalia progressiva, sangramento e alteração do sensorio, e no laboratório aparece a assinatura de queda de plaquetas e leucócitos, VHS que despenca por consumo de fibrinogênio, ferritina muito elevada, hipertrigliceridemia, elevação de transaminases e coagulopatia, com hemofagocitose na medula. Insuficiência renal crônica não é desfecho característico da doença, embora possa surgir tardiamente em amiloidose secundária, complicação hoje rara e de instalação lenta. Insuficiência hepática aguda pode ocorrer, mas como parte da própria síndrome de ativação macrofágica, e não como entidade isolada mais temida. Lesão de válvulas cardíacas é a marca da febre reumática, doença pós-estreptocócica com artrite migratória e autolimitada, que não cursa com o exantema assalmoado nem com a artrite crônica de dois meses aqui descrita. Resposta D

**QUESTÃO 37 — Gabarito A**

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Um dos problemas para estabelecer uma política de saúde adequada ao homem é a via de acesso aos serviços de saúde. No caso dos homens, o acesso aos serviços de saúde ocorre por meio da

**A. atenção especializada. ✓**

B. urgência/ emergência.

C. saúde do trabalhador.

D. saúde da família.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra um dos pilares diagnósticos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, Portaria GM/MS 1.944/2009): o padrão de entrada do homem no sistema de saúde. O próprio texto da política reconhece que a população masculina, em regra, não procura a atenção básica e busca o sistema já pela atenção especializada, o que retarda o cuidado, encarece a assistência e agrava a morbimortalidade — daí a diretriz de fortalecer a porta de entrada pela atenção primária e organizar linhas de cuidado que garantam integralidade. Por isso a alternativa A é a resposta pretendida. A urgência/emergência (B) é consequência frequente do adoecimento tardio e do agravamento, mas a política descreve o acesso habitual pela via especializada, não pelo pronto-socorro como porta formal. A saúde do trabalhador (C) é um campo de atenção intersectorial e um cenário importante para captar o homem adulto, mas não configura a via de acesso descrita na PNAISH. A saúde da família (D) é justamente o que a política aponta como subutilizado pelo homem — é a meta a ser alcançada, não o caminho real de entrada. Resposta A

**QUESTÃO 38 — Gabarito B**

Com relação à vulnerabilidade para doenças, quanto ao gênero, no Brasil, podemos dizer que:

A. As mulheres são mais vulneráveis, em geral, do que os homens.

**B. Os homens são mais vulneráveis, em geral, do que as mulheres. ✓**

C. Os homens têm menor mortalidade do que as mulheres para doenças crônicas.

D. As mulheres têm maior mortalidade do que os homens

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O conceito cobrado é o de vulnerabilidade de gênero em saúde no Brasil, tema central da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Os dados epidemiológicos nacionais mostram que o homem adoece mais gravemente e morre mais cedo: tem menor expectativa de vida, maior mortalidade por causas externas (homicídios, acidentes de trânsito), maior mortalidade por doenças cardiovasculares e neoplasias em idades produtivas, além de menor adesão a ações preventivas e de rastreamento. A construção social do masculino — o cuidado percebido como sinal de fragilidade, a dificuldade de conciliar horário de trabalho com o serviço de saúde — se soma ao componente biológico e produz maior vulnerabilidade global. Por isso B é a correta. A alternativa A inverte o padrão descrito na literatura brasileira: a mulher procura mais o serviço e adoece mais em termos de morbidade referida, mas morre menos. C está errada porque a mortalidade masculina por doenças crônicas, sobretudo cardiovasculares, é maior e mais precoce que a feminina. D também inverte o dado: a mortalidade geral e a mortalidade proporcional em idade produtiva são maiores nos homens. Resposta B

**QUESTÃO 40 — Gabarito D**

Criança, 5 anos de idade, iniciou quadro febril agudo seguido de cefaleia e mialgias. Foi levada ao Hospital de Doenças Infecto-contagiosas, onde teve o diagnóstico de meningite viral, tendo alta com três dias por apresentar-se bem na evolução. Já em casa, sete dias após a alta, passa a apresentar perda súbita de força muscular em perna direita, com flacidez muscular. Em três dias não houve progressão, mas também não houve melhora. Os reflexos osteo-tendíneos estão diminuídos e a sensibilidade está preservada. Membro inferior esquerdo e demais dados do exame neurológico atual sem alterações. Quanto ao diagnóstico de poliomielite viral no quadro, pode se dizer que:

- A. O quadro clínico é incompatível, pois não houve contactantes com sintomas de poliomielite.
- B. O quadro clínico é compatível, embora a paralisia mais comum na poliomielite seja espástica.
- C. O quadro clínico é compatível com a Síndrome de Guillain-Barré, com quadro típico dessa condição.

**D. O quadro clínico é compatível e deve ser considerado ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso descreve uma paralisia flácida aguda (PFA) em criança menor de 15 anos, e é exatamente esse o gatilho de vigilância que a questão quer testar. Os elementos são clássicos de acometimento do neurônio motor inferior por poliovírus: pródromo febril com cefaleia e mialgia, instalação súbita do déficit, acometimento assimétrico e de um único membro, flacidez com reflexos osteotendíneos diminuídos, sensibilidade preservada e platô do déficit em poucos dias. Pela normativa do Ministério da Saúde, todo caso de PFA em menor de 15 anos é de notificação compulsória imediata e deve ser investigado como poliomielite até que a doença seja afastada, com coleta de duas amostras de fezes nas primeiras duas semanas do déficit — daí a conduta descrita em D. A alternativa A erra porque a ausência de contactante sintomático não exclui nada: a maioria das infecções por poliovírus é assintomática ou oligossintomática, e o caso paralítico é a minoria. B erra na fisiopatologia: a lesão é do corno anterior da medula, portanto a paralisia é flácida, e não espástica. C é sedutora, mas o quadro não é típico de Guillain-Barré, que cursa com fraqueza ascendente, simétrica e frequentemente com parestesias e disautonomia — aqui há déficit assimétrico, restrito a um membro, com sensibilidade intacta. Resposta D

**QUESTÃO 41 — Gabarito A**

como poliomielite até ser afastada a doença. Quanto à situação da poliomielite viral no Brasil, pode se afirmar que:

- A. Encontra-se erradicada, porém com taxas de cobertura vacinal reduzidas, o que pode reintroduzir a doença no país. ✓**
- B. Encontra-se controlada, com casos apenas episódicos, devido à baixa cobertura vacinal dos últimos anos.
- C. Encontra-se erradicada e, considerando os riscos vacinais, não há indicação de vacina.
- D. Encontra-se em fase pré-epidêmica, pois casos

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta é sobre a situação epidemiológica da poliomielite no Brasil e cobra duas informações que precisam andar juntas. Primeiro, o país não registra caso autóctone de poliomielite por poliovírus selvagem desde 1989 (Souza, na Paraíba), e as Américas receberam da Organização Pan-Americana da Saúde a certificação de região livre da doença em 1994 — ou seja, erradicada no território. Segundo, a manutenção desse status depende inteiramente de cobertura vacinal alta e homogênea, e o Brasil vem operando com coberturas bem abaixo da meta de 95% nos últimos anos, com bolsões municipais ainda mais baixos. Como o poliovírus continua circulando em outros países e há risco de vírus derivado vacinal, a queda de cobertura recoloca o país sob risco real de reintrodução e de surto. Por isso A. B erra ao falar em doença apenas controlada com casos episódicos: não há casos, o país é certificado como livre. C erra na conclusão prática — é justamente a baixa cobertura que sustenta a indicação da vacina, cujo risco individual é ínfimo diante do benefício coletivo. D erra ao descrever fase pré-epidêmica com casos episódicos, situação que não corresponde à realidade brasileira. Resposta A

**QUESTÃO 42 — Gabarito B**

episódicos já indicam risco de disseminação. Quanto à vacina mais empregada no Brasil para prevenção da poliomielite, pode-se afirmar que

A. é feita de vírus mortos e pode complicar com a Síndrome de Guillan Barré.

**B. é feita com vírus vivos, provocando complicações raras por mutação viral. ✓**

C. é feita com DNA viral isolado e pode desencadear reações autoimunes .

D. é feita com RNA viral isolado e pode desencadear

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a natureza biológica da vacina antipólio de administração oral, a VOP (Sabin), que foi historicamente a mais empregada no Brasil, sustentou as campanhas nacionais de vacinação e ainda compõe o calendário como dose de reforço. Trata-se de vacina de vírus vivo atenuado, e é essa característica que explica seus efeitos adversos peculiares: por replicar no intestino, o vírus vacinal pode sofrer mutação com reversão de virulência e causar poliomielite associada à vacina no próprio vacinado ou em contactante suscetível, além de originar poliovírus derivados vacinais em populações com baixa cobertura. É um evento raríssimo, mas real, e é exatamente o que a alternativa B descreve. A alternativa A confunde com a VIP (Salk), que é de vírus inativado e não tem associação estabelecida com síndrome de Guillain-Barré. C erra duplamente: não existe vacina de DNA viral isolado contra a pólio, e o poliovírus é um vírus de RNA. D também descreve uma plataforma inexistente para essa vacina. Vale registrar que, desde 2016, o esquema básico brasileiro passou a usar VIP nas doses iniciais, mantendo a VOP nos reforços, e essa transição torna a expressão mais empregada discutível conforme o recorte temporal adotado. Resposta B

**QUESTÃO 43 — Gabarito B**

“A Regulação de pacientes é uma ferramenta de democratização do acesso que possibilita, por exemplo, a um paciente do município de Barreiras, oeste da Bahia, ter o mesmo direito de ser internado no Hospital Geral do Estado, localizado em Salvador, na capital do Estado, que um paciente que está na emergência do hospital. A decisão de internação será pautada na gravidade do caso e não pela proximidade do paciente. É um sistema criado para gerir vagas hospitalares e outras necessidades de pacientes dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando critérios internacionalmente estabelecidos.” Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/sistema-de-regulacao>>. Acesso em: set. 2022. Adaptado. O critério de Manchester, utilizado universalmente para priorizar os pacientes, considera:

A. O tempo de espera para internação, ordenando com números.

**B. A gravidade geral do caso, classificando com cores. ✓**

- C. As necessidades de cuidados especiais, estadiando em letras.
- D. O número de comorbidades associadas, classificando com cores.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O enunciado situa a regulação assistencial como instrumento de equidade no acesso e pergunta o princípio de funcionamento do Protocolo de Manchester, que é o sistema de classificação de risco mais difundido nos serviços de urgência do SUS. O Manchester parte da queixa de apresentação, aplica um fluxograma com discriminadores objetivos — risco de vida, dor, hemorragia, nível de consciência, temperatura, tempo de evolução — e traduz o resultado em uma cor, cada uma com tempo-alvo máximo até o atendimento médico: vermelho para emergência com atendimento imediato, laranja muito urgente, amarelo urgente, verde pouco urgente e azul não urgente. A lógica, portanto, é gravidade clínica codificada por cores, o que valida B. A alternativa A inverte a lógica do sistema, que existe justamente para romper a ordem de chegada e o tempo de espera como critério. C erra porque o Manchester não estadia necessidades de cuidado especial em letras. D acerta a codificação por cores, mas erra o critério: o número de comorbidades não é discriminador do protocolo, que classifica pela gravidade e pelo risco atual do quadro que motivou a procura. Resposta B

**QUESTÃO 44 — Gabarito B**

Quanto às definições de urgência e emergência, para fins de Regulação, pode se dizer que:

- A. A urgência indica necessidade de atendimento imediato, em agravo de saúde pré-existente .
- B. A emergência indica reconhecimento de agravo com risco de vida ou sofrimento intenso. ✓**
- C. A emergência indica aparecimento súbito de agravo imprevisto com necessidade de atendimento imediato.
- D. A urgência indica agravo súbito com risco iminente de vida, necessitando de socorro médico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra as definições formais de urgência e emergência consagradas pela Resolução CFM 1.451/1995 e reproduzidas nos manuais de regulação. Por essa norma, emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato — que é exatamente o texto da alternativa B. Urgência, por sua vez, é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, mas cuja demora tolerável é maior. Essa distinção é operacional na regulação: define prioridade de vaga, tempo-resposta e nível de complexidade do serviço de destino. A alternativa A erra ao vincular urgência a agravo pré-existente, quando a definição fala em ocorrência imprevista. C descreve o aparecimento súbito de agravo imprevisto, que é o núcleo do conceito de urgência, e o atribui à emergência. D faz o erro espelhado, atribuindo à urgência o risco iminente de vida que caracteriza a emergência. Resposta B

**QUESTÃO 45 — Gabarito B**

Por contrarreferência no sistema de Regulação em saúde entende-se a transferência do paciente, saindo da Unidade de Referência

- A. por falta de recursos para o atendimento pretendido.
- B. por dispensar maior complexidade de atendimento. ✓**
- C. por resolutividade completa do caso, após atendimento.
- D. por erro no perfil de gravidade do paciente referenciado.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O tema é o par referência e contrarreferência, eixo da organização das redes de atenção à saúde e da regulação do acesso. Referência é o encaminhamento do usuário de um serviço de menor densidade tecnológica para outro de maior complexidade, quando o problema excede a capacidade resolutiva do primeiro. Contrarreferência é o movimento inverso: o usuário sai da unidade de referência e retorna ao serviço de origem, em geral a atenção primária, no momento em que deixa de necessitar daquele nível de complexidade, levando consigo as informações clínicas e o plano de seguimento para continuidade do cuidado. É essa a ideia da alternativa B, que fala em dispensar maior complexidade de atendimento. A alternativa A descreve uma nova referência ou transferência por indisponibilidade de recurso, não a contrarreferência. C é a pegadinha: a contrarreferência não exige resolutividade completa nem alta definitiva do caso, e sim a desnecessidade daquele nível de complexidade, com o acompanhamento seguindo na origem. D descreve devolução por classificação inadequada do perfil de gravidade, que é falha de regulação e não o conceito solicitado. Resposta B