



OsceLabs

SUS-PE 2026

Prova comentada | Acesso direto

100 questões • comentários autorais • respostas da banca

Gabarito oficial definitivo da UPENET/IAUPE. Questões 12, 51, 55 e 60 anuladas.

Cada questão conserva o enunciado, as alternativas e as imagens do documento original. Os comentários explicam o raciocínio e as limitações das opções. As questões anuladas continuam identificadas, sem atribuir à banca uma justificativa que ela não publicou.

O gabarito oficial e a interpretação clínica são apresentados separadamente. Ressalvas destacam diferenças de diretriz, limitações do enunciado e recomendações posteriores à aplicação. Material educacional: decisões assistenciais exigem avaliação individual e consulta ao protocolo vigente.

Ao final: gabarito oficial e caderno integral, preservados como anexos. As referências de apoio podem ser abertas pelos links de cada comentário.

[Acesse esta edição no OsceLabs](#)

Aplicação: 11/01/2026 • Ano de ingresso: 2026

Questão 01 - Anemia da doença renal crônica

Gabarito oficial: B

01. Homem de 62 anos, portador de doença renal crônica há seis anos, hipertensão e diabetes de longa data, em seguimento ambulatorial, relata há cerca de três meses piora progressiva da fadiga, intolerância aos esforços e palidez cutânea. Nega sangramentos, melena, hemoptise, hematúria e nunca recebeu transfusões. Usa losartana 50 mg duas vezes ao dia, sinvastatina 20 mg e metformina 850 mg. No exame físico, apresenta pressão arterial de 142×86 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm, ausculta cardiovascular sem sopros, pulmões limpos, ausência de edemas e mucosas hipocoradas, sem icterícia. Os exames mostram hemoglobina de 9,2 g/dL, hematócrito de 28%, VCM 88 fL, reticulócitos 0,6%, ferritina 200 ng/mL, ferro sérico 70 µg/dL, saturação de transferrina 24%, creatinina 2,8 mg/dL, ureia 88 mg/dL, TFG (KDIGO) de 28 mL/min/1,73m², potássio 4,9 mEq/L e níveis de vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade.

Diante desse cenário clínico e laboratorial, qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

- A) Transfundir concentrado de hemácias a cada duas semanas.
- B) Iniciar eritropoetina subcutânea associada a ferro (oral ou EV) conforme estoque.
- C) Repor apenas ferro (preferencialmente endovenoso) sem agente estimulador da eritropoiese.
- D) Tratar apenas se a hemoglobina for menor que 7 g/dL.
- E) Solicitar biópsia de medula óssea para excluir mielodisplasia.

Comentário OsceLabs

A baixa resposta reticulocitária, a anemia normocítica e a DRC avançada favorecem deficiência relativa de eritropoietina. A banca escolheu B, com estímulo da eritropoiese e manejo do ferro. Não há indicação automática de transfusão em paciente estável com Hb de 9,2 g/dL, nem evidência de deficiência de B12. Ressalva: a KDIGO 2026 recomenda corrigir causas reversíveis, inclusive deficiência de ferro, antes do estimulador da eritropoiese; na DRC sem diálise, o início depende de sintomas, riscos e preferência do paciente, e não apenas de um corte de hemoglobina.

Referência: KDIGO. Anemia in CKD — executive summary, 2026.

Questão 02 · Obesidade e câncer

Gabarito oficial: E

02. A IARC, Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, publicou em 2023 uma revisão sistemática identificando 13 tipos de neoplasias com associação causal comprovada com a obesidade. Esses resultados foram posteriormente reforçados por uma grande análise de coorte publicada na JAMA Oncology em 2025, que destacou o excesso de gordura corporal como o segundo fator de risco modificável mais relevante para o desenvolvimento de câncer no mundo, ficando atrás apenas do tabagismo.

Diante dessas evidências, todas as neoplasias abaixo apresentam associação causal estabelecida com a obesidade, EXCETO

- A) Carcinoma hepatocelular.
- B) Carcinoma de endométrio.
- C) Adenocarcinoma de esôfago.
- D) Carcinoma colorretal
- E) Carcinoma de pulmão de células não pequenas.

Comentário OsceLabs

A pergunta pede a exceção. A associação causal consolidada entre excesso de adiposidade e os tumores apresentados não inclui o carcinoma pulmonar de não pequenas células como um dos cânceres clássicos atribuíveis à obesidade; por isso, E. Endométrio, mama após a menopausa, rim e outros tumores digestivos integram essa associação. Isso não significa que a obesidade proteja contra câncer de pulmão: tabagismo, perda de peso por doença e confundimento dificultam a interpretação de associações observacionais.

Referência: Body Fatness and Cancer--Viewpoint of the IARC Working Group.

Questão 03 · Diabetes com doença cardiovascular estabelecida

Gabarito oficial: E

03. Mulher de 70 anos, diabética tipo 2, com infarto prévio há 2 anos, usa metformina 1000 mg/dia. Está assintomática, com HbA1c de 7,5%, TFG de 68 mL/min/1,73 m², LDL de 72 mg/dL, pressão bem controlada e IMC de 29 kg/m². Segundo as Diretrizes da SBD 2025, qual é a melhor estratégia para otimizar o controle metabólico e reduzir o risco cardiovascular?

- A) Aumentar metformina para 2000 mg/dia.
- B) Introduzir sulfonilureia.
- C) Associar insulina basal de ação prolongada.
- D) Adicionar inibidor de DPP-4.
- E) Adicionar agonista do receptor de GLP-1 com benefício cardiovascular comprovado.

Comentário OsceLabs

O infarto prévio muda a escolha do tratamento: além de controlar a glicemia, deve-se priorizar benefício cardiovascular demonstrado. Entre as opções, o agonista de GLP-1 com essa evidência é a alternativa E. Sulfonilureias e insulina podem reduzir a glicemia, mas não oferecem o mesmo benefício cardiovascular específico e aumentam o risco de hipoglicemia. Inibidores de DPP-4 também não substituem essa estratégia. A escolha final considera função renal, tolerabilidade, acesso e eventual indicação concomitante de inibidor de SGLT2.

Referência: Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da terapia antidiabética no DM2, diretriz online.

Questão 04 - Hidrotórax hepático

Gabarito oficial: B

04. Homem de 65 anos, natural de Limoeiro (PE), portador de cirrose hepática alcoólica há oito anos, chega ao hospital de referência em Recife com dispneia progressiva há 10 dias e dor torácica leve à direita, sem febre, tosse ou perda de peso. Relata aumento do volume abdominal e edema em membros inferiores. Encontra-se em bom estado geral, com mucosas descoradas e icterícia discreta. Ao exame, apresenta ascite moderada, edema bilateral de pernas (2+/4+) e redução do murmúrio vesicular na base direita, com macicez até o terço médio do hemitórax. A pressão arterial é 104×68 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm e saturação de 93% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, sem sinais de consolidação. A toracocentese mostra proteína pleural de 1,8 g/dL, DHL 120 U/L, relação proteína pleural/sérica de 0,3, relação DHL pleural/sérica de 0,4, glicose de 95 mg/dL, pH 7,45, citologia com poucas células mesoteliais sem predomínio celular e cultura negativa. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o diagnóstico mais provável?

- A) Derrame exsudativo por infecção.
B) Derrame transudativo secundário à hipertensão portal.
C) Derrame neoplásico.
D) Quilotórax.
E) Empiema pleural.

Comentário OsceLabs

Em paciente com cirrose, o derrame pleural com características de transudato favorece hidrotórax hepático. Os critérios de Light classificam exsudato quando pelo menos um dos limiares de proteína ou LDH é ultrapassado; os dados do caso não apontam nessa direção. O mecanismo é a passagem de líquido ascítico por defeitos diafragmáticos, geralmente à direita. Ausência de ascite volumosa não exclui o diagnóstico. Infecção pleural espontânea deve ser pesquisada diante de febre ou deterioração, mas não é sustentada pelos resultados apresentados.

Referência: British Society of Gastroenterology. Management of ascites in cirrhosis

Questão 05 - Sintomas psiquiátricos associados ao corticoide

Gabarito oficial: B

05. Homem de 35 anos, portador de lúpus eritematoso sistêmico com artrite e nefrite classe III, iniciou prednisona 1 mg/kg/dia há 10 dias por surto moderado. A partir do sétimo dia, familiares notaram insônia, fala acelerada e euforia, que evoluíram para irritabilidade, alucinações auditivas e comportamento desorganizado nas últimas 48 horas. No exame, está agitado, desatento e taquicárdico (FC 110 bpm), sem febre, rigidez de nuca ou déficits focais. Os exames mostram ureia 36 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 140 mEq/L, glicemia 95 mg/dL, TSH normal e função hepática preservada. A ressonância é normal, o líquido apresenta 2 células/mm³, proteína 28 mg/dL, glicose 65 mg/dL e PCR-HSV negativo. Anti-DNA em queda e C3/C4 em recuperação, afastando neuro-LES ativo. Qual é a conduta mais apropriada?

- A) Aumentar prednisona para 1,5 mg/kg/dia.
- B) Reduzir gradualmente o corticoide e introduzir antipsicótico atípico.
- C) Iniciar ciclofosfamida em pulso por neuro-LES.
- D) Anifrolumabe imediato.
- E) Trocar para metilprednisolona em dose de choque (1 g/d × 3).

Comentário OsceLabs

A relação temporal entre o início de prednisona em dose elevada e a alteração comportamental favorece síndrome psiquiátrica induzida por glicocorticoide. A alternativa B contempla redução da exposição quando clinicamente possível e tratamento dos sintomas. A retirada não deve ser abrupta sem considerar a doença de base e o risco de insuficiência adrenal. Atribuir automaticamente o quadro a acometimento neuropsiquiátrico do lúpus ignora esse desencadeante; infecção, distúrbios metabólicos e outras causas continuam no diagnóstico diferencial.

Referência: [EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update.](#)

Referência: [Warrington e Bostwick. Psychiatric adverse effects of corticosteroids, 2006](#)

Questão 06 - Trombose provocada e fator V Leiden

Gabarito oficial: C

06. Homem de 38 anos, previamente hígido, apresenta trombose venosa profunda proximal em membro inferior direito após longa viagem aérea. Não faz uso de hormônios ou anabolizantes. A investigação laboratorial, realizada no momento adequado e sem interferência da anticoagulação ou do evento agudo, mostrou Fator V Leiden heterozigoto positivo, com proteína C, proteína S e antitrombina normais. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Anticoagulação por 2 meses e suspensão definitiva.
- B) Anticoagulação indefinida e rastreamento genético familiar obrigatório.
- C) Anticoagulação por 3 a 6 meses e orientação preventiva em situações de risco.
- D) Uso de antiagregantes plaquetários crônicos.
- E) Evitar exercícios físicos e desidratação, sem anticoagulação.

Comentário OsceLabs

A trombose ocorreu após fator desencadeante transitório, e a heterozigose para fator V Leiden não impõe, isoladamente, anticoagulação por toda a vida. A alternativa C corresponde a tratamento por tempo limitado, habitualmente três a seis meses, seguido de reavaliação do risco de recorrência e sangramento. A extensão do tratamento depende do contexto completo. Rastrear indiscriminadamente familiares assintomáticos ou usar anticoagulação contínua apenas por esse resultado genético não é a conduta padrão.

Referência: American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism.

Questão 07 - Hiperparatireoidismo primário sintomático

Gabarito oficial: C

07. Mulher de 52 anos apresenta nefrolitíase recorrente há três anos, além de fadiga crônica, dor óssea difusa e constipação ocasional. Os exames mostram cálcio sérico de 11,6 mg/dL, PTH de 125 pg/mL, fósforo de 2,2 mg/dL, vitamina D de 35 ng/mL e função renal normal. Não utiliza suplementos e não houve imobilização prolongada. Qual é o diagnóstico e o tratamento mais indicado?

- A) Hipercalcemia maligna; iniciar hidratação EV.
- B) Hiperparatireoidismo secundário; iniciar vitamina D.
- C) Hiperparatireoidismo primário; indicar paratireoidectomia.
- D) Hipercalcemia por imobilização; orientar deambulação precoce.
- E) Hipercalcemia por vitamina D; suspender suplementos.

Comentário OsceLabs

Hipercalcemia com PTH inadequadamente elevado, fósforo baixo e nefrolitíase caracteriza hiperparatireoidismo primário com manifestação renal. A paratireoidectomia é o tratamento definitivo indicado, correspondente à alternativa C. No hiperparatireoidismo secundário, o cálcio costuma estar normal ou reduzido; na hipercalcemia não mediada por PTH, esse hormônio deveria estar suprimido. Exames de localização orientam a cirurgia depois da confirmação bioquímica e não substituem o diagnóstico. Hidratação e medidas para a hipercalcemia não corrigem a causa de forma definitiva.

Referência: Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop.

Referência: NICE NG132. Hyperparathyroidism (primary): diagnosis, assessment and initial management

Questão 08 - Hipotireoidismo primário manifesto

Gabarito oficial: B

08. Mulher de 45 anos procura atendimento por fadiga progressiva, ganho de peso não explicado e constipação há seis meses. Relata pele mais ressecada, intolerância ao frio e sonolência excessiva. Menciona que a mãe teve “problema na tireoide” e usou hormônio por muitos anos. O exame mostra discreta lentificação psicomotora e pele fria. Os exames revelam TSH 12 mUI/L, T4 livre 0,6 ng/dL e anticorpo anti-TPO positivo. Qual é o diagnóstico e a conduta mais adequada?

- A) Hipotireoidismo subclínico; apenas observar.
- B) Tireoidite de Hashimoto; iniciar levotiroxina.
- C) Síndrome do eutiroideo doente; iniciar levotiroxina.
- D) Tireotoxicose induzida por amiodarona; suspender a droga.
- E) Doença de Graves; iniciar antitireoidiano.

Comentário OsceLabs

TSH elevado com T4 livre reduzido define hipotireoidismo primário manifesto. O anti-TPO positivo sustenta etiologia autoimune, mas é a combinação funcional que determina a necessidade de reposição com levotiroxina, alternativa B. No hipotireoidismo subclínico, o T4 livre permanece normal. Antitireoidianos agravariam o quadro e não há indicação de cirurgia por esses achados isolados. A dose inicial e os ajustes consideram idade, peso, cardiopatia, sintomas e controle laboratorial após tempo adequado.

Referência: Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the american thyroid association task force on thyroid hormone replacement.

Questão 09 - Crise aguda de gota

Gabarito oficial: B

09. Homem de 67 anos, natural de Garanhuns (PE) e portador de doença renal crônica estágio 3, procura atendimento devido à dor súbita, intensa e inchaço no hálux direito, iniciados há 24 horas. O quadro começou durante a madrugada, após um jantar com carne vermelha, frutos do mar e consumo de cerveja artesanal. Relata que a dor piora até com o toque do lençol. No exame físico, a articulação metatarsofalangeana direita encontra-se quente, eritematosa, edemaciada e com limitação funcional marcada. Exames laboratoriais mostram ácido úrico 9,8 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, VHS 35 mm/h e PCR 12 mg/L. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Artrite séptica. B) Gota. C) Artrite psoriásica. D) Condrococalcinose. E) Artrite reativa.

Comentário OsceLabs

Monoartrite abrupta, muito dolorosa, da primeira metatarsofalângica após excesso alimentar e álcool é o padrão de podagra. A alternativa B reconhece a principal hipótese: gota. A uricemia isolada não confirma o diagnóstico e pode ser normal durante a crise. Quando houver dúvida, a análise do líquido sinovial demonstra cristais de urato monossódico; febre, imunossupressão ou apresentação atípica exigem atenção à artrite séptica. A presença de cristais também não exclui infecção concomitante.

Referência: NICE NG219. Gout: diagnosis and management

Questão 10 - Estratificação de risco na hipertensão

Gabarito oficial: E

10. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As medidas não farmacológicas incluem redução do consumo de sal, perda de peso, prática regular de atividade física e moderação no uso de álcool.
- B) O escore PREVENT é recomendado para estimar o risco de eventos cardiovasculares em 10 anos.
- C) A presença de doença renal crônica, diabetes ou lesão de órgão-alvo define alto risco cardiovascular.
- D) A diretriz sugere considerar biomarcadores como escore de cálcio coronariano, BNP, troponina ultrasensível e lipoproteína(a) em situações selecionadas.
- E) A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 não recomenda estratificação de risco na pré-hipertensão, apenas na hipertensão estabelecida.

Comentário OsceLabs

A alternativa E é a afirmação incorreta porque restringe indevidamente a avaliação do risco cardiovascular às pessoas já classificadas como hipertensas. A avaliação global também orienta intervenções em níveis pressóricos abaixo desse diagnóstico, especialmente quando há doença cardiovascular, diabetes, DRC ou risco elevado. A pressão deve ser medida corretamente e interpretada em conjunto com lesões de órgão-alvo e comorbidades. Uma calculadora de risco auxilia a decisão, mas não elimina a avaliação clínica nem substitui a confirmação da pressão arterial.

Referência: Brazilian Guidelines of Hypertension - 2025.

Questão 11 · Meta de LDL no risco cardiovascular extremo

Gabarito oficial: A

11. Com base na Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As metas de LDL-colesterol foram redefinidas, sendo <55 mg/dL para pacientes de risco extremo, conforme recomendação principal da diretriz.
- B) A Lp(a) deve ser medida ao menos uma vez na vida para estratificação de risco.
- C) A ApoB é recomendada como marcador adicional em situações de hipertrigliceridemia.
- D) A diretriz recomenda o uso de ensaio independente da isoforma para dosagem de Lp(a).
- E) O colesterol não-HDL mantém importância na avaliação residual de risco.

Comentário OsceLabs

A questão pede a alternativa incorreta. Na diretriz brasileira de dislipidemias de 2025, o risco extremo tem meta de LDL-c inferior a 40 mg/dL, associada à redução de pelo menos 50% em relação ao basal. Assim, a meta de 55 mg/dL proposta em A não corresponde à classificação brasileira citada. Não se deve misturar metas de documentos diferentes: na mesma diretriz, o risco muito alto tem meta inferior a 50 mg/dL. O tratamento combina intensidade adequada de estatina e terapias adicionais quando necessárias.

Referência: Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2025.

Questão 12 - Questão anulada: embolia pulmonar e risco hemorrágico

Gabarito oficial: ANULADA

12. Homem de 70 anos, com hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, tratada endoscopicamente há 10 dias, e hemoglobina atualmente estável, desenvolve início súbito de dispneia intensa, dor torácica pleurítica e taquicardia. A angiotomografia de tórax revela trombo extenso na artéria pulmonar principal direita, compatível com tromboembolismo pulmonar maciço, porém sem hipotensão ou sinais de choque. Qual é a melhor conduta inicial?

- A) Iniciar varfarina oral com controle rigoroso de INR.
- B) Instalar filtro de veia cava inferior temporário.
- C) Indicar trombólise venosa imediata.
- D) Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose reduzida.
- E) Apenas observar e reavaliar em 48 horas.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo anulou esta questão; não há letra oficial a ser escolhida. A expressão 'maciço' não pode ser deduzida apenas do tamanho do trombo: a estratificação de alto risco depende de instabilidade hemodinâmica. Além disso, sangramento digestivo recente interfere na segurança de anticoagulação e, sobretudo, de trombólise. É necessário distinguir hemorragia ainda ativa de antecedente já controlado. Filtro de veia cava fica reservado a situações específicas, como contraindicação absoluta à anticoagulação; não é solução rotineira para todo paciente com sangramento prévio.

Referência: ESC. Guidelines for acute pulmonary embolism, 2019.

Questão 13 - Rabdomiólise com lesão renal e hipercalemia

Gabarito oficial: B

13. Homem de 38 anos é admitido no pronto-socorro após convulsão tônico-clônica generalizada que durou cerca de 15 minutos, evoluindo com confusão mental e dor muscular intensa. Nas horas seguintes, passa a apresentar urina escura e redução importante do volume urinário. Os exames revelam creatinina de 2,3 mg/dL, potássio 6,0 mEq/L, cálcio 7,5 mg/dL e CPK de 15.000 U/L. O débito urinário nas últimas seis horas é de 0,2 mL/kg/h. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Administrar furosemida em bolus para aumentar a diurese.
- B) Iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica para manter diurese acima de 200 mL/h.
- C) Restringir líquidos para evitar sobrecarga volêmica.
- D) Prescrever manitol para prevenção de necrose tubular.
- E) Iniciar bicarbonato de sódio oral para alcalinizar a urina.

Comentário OsceLabs

CPK muito elevada, oligúria e hipercalemia sugerem rabdomiólise complicada. A alternativa B prioriza cristaloide isotônico, com ajuste à perfusão, diurese e tolerância a volume. A meta urinária não deve levar à infusão ilimitada em paciente que permanece oligúrico. Bicarbonato e manitol não são medidas preventivas obrigatórias. A hipercalemia exige avaliação eletrocardiográfica e tratamento específico imediato se houver alteração elétrica; sobrecarga, acidose e hipercalemia refratárias podem indicar terapia renal substitutiva.

Referência: Rhabdomyolysis: an American Association for the Surgery of Trauma Critical Care Committee Clinical Consensus Document.

Questão 14 - Delirium hipoativo

Gabarito oficial: E

14. Mulher de 84 anos, hipertensa e com osteoartrite, é internada por infecção urinária febril associada à desidratação leve. Após melhora clínica e suspensão do antibiótico endovenoso, a equipe passa a notar apatia crescente, lentificação psicomotora, fala monótona, sonolência durante o dia e episódios de desatenção que alternam com períodos de relativa lucidez. A paciente nega alucinações, não apresenta agitação, e o exame neurológico revela força preservada e reflexos normais. A avaliação pelo Confusion Assessment Method mostra início agudo, curso flutuante e desatenção marcante. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Demência de Alzheimer em fase inicial.
- B) Transtorno cognitivo leve.
- C) Episódio depressivo maior com características melancólicas.
- D) Transtorno de ajustamento ao ambiente hospitalar.
- E) Delirium hipoativo secundário à condição médica aguda.

Comentário OsceLabs

Instalação aguda, flutuação do estado mental e prejuízo da atenção favorecem delirium, mesmo sem agitação. A variante hipoativa cursa com sonolência, lentificação e pouca interação, sendo frequentemente confundida com depressão ou demência. Por isso, E. A demência costuma ter evolução mais prolongada; depressão não explica bem a flutuação aguda da atenção. A conduta é procurar e tratar precipitantes, revisar medicamentos, corrigir fatores ambientais e manter medidas de orientação e mobilização adequadas.

Referência: NICE CG103. Delirium: prevention, diagnosis and management.

Questão 15 - Vasopressor no choque séptico

Gabarito oficial: B

15. Homem de 74 anos, diabético e hipertenso, chega após 48 horas de febre alta, calafrios, prostração intensa e redução acentuada da diurese, após dois dias de mal-estar progressivo em casa. Na admissão: PA 82/48 mmHg mesmo após 1,5 L de cristalóide, FC 128 bpm, lactato 6,1 mmol/L, diurese 0,3 mL/kg/h, creatinina 2,1 mg/dL (prévia 1,0). Temperatura 38,9 C, extremidades frias, SatO₂ 90% em 4 L/min. Hemoculturas já colhidas, e urina turva sugere foco urinário. Qual é o próximo passo imediato?

- A) Administrar somente mais volume até normalização da pressão.
- B) Iniciar norepinefrina imediatamente para atingir PAM $\geq$ 65 mmHg e estabilizar perfusão.
- C) Começar dopamina pela menor taxa de arritmia.
- D) Aguardar antibioticoterapia antes de vasopressor.
- E) Transferir para enfermaria após estabilização inicial.

Comentário OsceLabs

Hipotensão persistente e lactato de 6 mmol/L após reposição inicial exigem restaurar rapidamente a perfusão. A noradrenalina é o vasopressor inicial preferido, alternativa B, com alvo inicial usual de pressão arterial média de 65 mmHg. Não se deve esperar um volume fixo adicional ou acesso central para começar o tratamento quando a hipotensão persiste; acesso periférico adequado pode ser usado com vigilância. Antimicrobianos, investigação do foco e reavaliação dinâmica da resposta a líquidos devem ocorrer em paralelo.

Referência: Surviving Sepsis Campaign. Guidelines, 2021.

Questão 16 - Auto-PEEP na ventilação da DPOC

Gabarito oficial: C

16. Mulher de 71 anos, portadora de DPOC muito avançado e hiperinsuflação dinâmica conhecida, está intubada por acidose hipercápnica aguda. No ventilador: auto-PEEP estimada em 8 cmH₂O, frequência respiratória 24 irpm, volume corrente 6 mL/kg, PEEP 5 cmH₂O, pressão de platô 22 cmH₂O e fluxo expiratório desacelerado, com evidente encurtamento do tempo expiratório. Observa-se assincronia com esforços ineficazes e queda transitória da pressão arterial durante a inspiração, sugerindo aprisionamento aéreo significativo.

Qual é a intervenção inicial mais apropriada?

- A) Aumentar o volume corrente para melhorar recrutamento de áreas colapsadas.
- B) Elevar a PEEP até igualar totalmente a auto-PEEP medida.
- C) Reduzir a frequência respiratória para prolongar o tempo expiratório e diminuir o aprisionamento aéreo.
- D) Aumentar a fração inspirada de oxigênio para reduzir hipercapnia.
- E) Realizar manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas.

Comentário OsceLabs

Na obstrução ao fluxo aéreo, frequência respiratória elevada encurta a expiração e favorece aprisionamento aéreo. Reduzir a frequência para ampliar o tempo expiratório, como em C, combate a hiperinsuflação dinâmica. Aumentar volume corrente ou frequência pode piorar a auto-PEEP e a repercussão hemodinâmica. Também se avaliam fluxo inspiratório, relação inspiração/expiração, broncodilatação e secreções. O objetivo não é normalizar a PaCO₂ à custa de pressões e volumes lesivos; a tolerância à hipercapnia depende do contexto clínico.

Referência: GOLD. Pocket Guide to COPD, 2026.

Questão 17 - Controle do foco na sepse abdominal

Gabarito oficial: C

17. Homem de 66 anos, pós-operatório de colectomia por tumor, apresenta febre persistente, dor abdominal difusa, distensão e piora hemodinâmica. Chega à UTI com PA 86/54 mmHg após 2 L de cristalóide, lactato 4,7 mmol/L, leucócitos 19.000/mm³ e PCR > 300 mg/L. Tomografia apresenta coleção sub-hepática de 6 cm com gás, sugerindo processo infeccioso ativo. Norepinefrina já em 0,15 mcg/kg/min com pouca melhora clínica. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A) Aumentar vasopressor até normalizar PA.
- B) Trocar antibiótico e observar por 24 h.
- C) Realizar controle de foco cirúrgico/percutâneo + antibiótico adequado.
- D) Usar corticoide em altas doses como primeira medida.
- E) Aguardar evolução clínica para decidir intervenção.

Comentário OsceLabs

Coleção abdominal de 6 cm com gás, após cirurgia e associada a choque séptico, sugere foco infeccioso que necessita controle. A alternativa C associa antimicrobianos ao esvaziamento da coleção, por drenagem percutânea ou cirurgia conforme anatomia, estabilidade e possibilidade de deiscência. Apenas ampliar antibióticos mantém o foco. A escolha do método deve ser rápida e individualizada; ressuscitação e controle do foco são complementares, e não etapas que permitam adiar indefinidamente a intervenção.

Referência: Surviving Sepsis Campaign. Guidelines, 2021.

Questão 18 - Cefaleia súbita com rebaixamento da consciência

Gabarito oficial: B

18. Mulher de 48 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia explosiva súbita enquanto caminhava, seguida de vômitos e sonolência progressiva durante o transporte. Na admissão: Glasgow 9, pupilas isocóricas e fotorreativas, PA 168/98 mmHg, FC 90 bpm, rigidez de nuca e bradipneia ocasional. História sem trauma ou uso de anticoagulantes. Glicemia 118 mg/dL. Há forte suspeita de hipertensão intracraniana aguda. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Realizar punção lombar imediatamente.
- B) Solicitar tomografia de crânio antes de qualquer punção lombar.
- C) Administrar benzodiazepínico e aguardar.
- D) Reduzir PA rapidamente com vasodilatador IV.
- E) Hiperventilar de forma contínua e prolongada.

Comentário OsceLabs

Cefaleia em trovoada, rigidez de nuca e rebaixamento importante da consciência fazem suspeitar de hemorragia subaracnóidea. A tomografia de crânio sem contraste é o exame inicial, alternativa B. Punção lombar pode integrar a investigação quando indicada após avaliação da imagem e do contexto, mas não deve preceder a avaliação de possível hipertensão intracraniana neste paciente. Com Glasgow 9, proteção de via aérea, ventilação e estabilidade hemodinâmica devem ser avaliadas simultaneamente; o exame não substitui a estabilização.

Referência: NICE NG228. Subarachnoid haemorrhage caused by a ruptured aneurysm

Questão 19 - Hipercalemia com alteração eletrocardiográfica

Gabarito oficial: C

19. Homem de 72 anos, internado por sepse urinária, evolui nas últimas 12 horas com oligúria marcada, fraqueza muscular progressiva e episódios de palpitação. Exames laboratoriais mostram potássio 7,3 mEq/L, creatinina 3,8 mg/dL (prévia 1,2), bicarbonato 16 mEq/L e pH 7,25. ECG revela ondas T apiculadas, QRS alargado e redução de amplitude complexa. Pressão arterial 94/58 mmHg com baixo suporte vasopressor. Perfusão periférica diminuída. Qual é a conduta imediata?

- A) Administrar apenas resina de troca iônica.
- B) Aguardar nova gasometria para confirmar a gravidade.
- C) Gluconato de cálcio IV + insulina com glicose + considerar terapia renal substitutiva.
- D) Furosemida em altas doses como primeira escolha.
- E) Aumentar vasopressor antes de qualquer intervenção.

Comentário OsceLabs

Potássio de 7,3 mEq/L com alargamento do QRS representa emergência. O cálcio intravenoso, alternativa C, estabiliza a membrana miocárdica e deve ser administrado prontamente. Ele não reduz a concentração de potássio: são necessárias medidas para deslocá-lo para o intracelular, como insulina com glicose, e para removê-lo do organismo. A indicação de diálise depende da gravidade, função renal e resposta ao tratamento. Resinas e diuréticos isolados não oferecem proteção elétrica rápida suficiente.

Referência: UK Kidney Association. Hyperkalaemia guideline, 2023.

Questão 20 - Corticoide inalatório na DPOC exacerbadora

Gabarito oficial: C

20. Mulher de 65 anos, ex-tabagista, com diagnóstico de DPOC moderada, usa broncodilatador de longa duração de forma regular. Apresentou três exacerbações no último ano, duas delas exigindo antibiótico. A contagem de eosinófilos é de 320 células/ μ L. Qual é a conduta adicional mais adequada neste cenário?

- A) Iniciar corticosteroide sistêmico em dose contínua.
- B) Substituir broncodilatador por metilxantina.
- C) Introduzir corticosteroide inalado em associação à terapia atual.
- D) Suspender broncodilatador e iniciar fisioterapia respiratória exclusiva.
- E) Não modificar conduta atual, pois não há critérios de gravidade.

CIRURGIA GERAL

Comentário OsceLabs

Exacerbações recorrentes, apesar do tratamento broncodilatador, e eosinófilos de aproximadamente 320 células/ μ L favorecem benefício com corticoide inalatório associado, alternativa C. Quando indicado, costuma integrar terapia com LABA e LAMA. Não se trata de substituir broncodilatadores por corticoide isolado nem de manter corticoide sistêmico cronicamente. A decisão pondera risco de pneumonia, técnica inalatória, adesão e diagnóstico concomitante de asma. O número de eosinófilos é um marcador de probabilidade de resposta, não um diagnóstico isolado.

Referência: GOLD. Pocket Guide to COPD, 2026.

Questão 21 · Quimioterapia perioperatória no câncer gástrico

Gabarito oficial: E

21. Em qual das situações clínicas abaixo, NÃO está indicada a neoadjuvância com FLOT nos tumores gástricos e de junção-esofagogástrica?

- A) Tumor Siewert I (adenocarcinoma) com linfonodos paracárdicos +
- B) Tumor gástrico de incisura angularis que invade a muscular própria, porém sem linfonodos acometidos
- C) Tumor Siewert III com invasão esplênica por contiguidade e linfonodos positivos
- D) Tumor antral com linfonodos positivos em todas as cadeias perigástricas
- E) Tumor Siewert II com metástase única para o lobo esquerdo do fígado

Comentário OsceLabs

O FLOT perioperatório integra o tratamento de câncer gástrico ou da junção localmente avançado e ressecável em pacientes selecionados. A presença de metástases hepáticas caracteriza doença M1 e afasta a indicação curativa convencional descrita no enunciado; por isso, E. Não se deve confundir doença local avançada potencialmente ressecável com disseminação a distância. Estratégias para doença oligometastática são individualizadas em equipe multidisciplinar e não transformam o FLOT perioperatório em regra para todo paciente metastático.

Referência: Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.

Questão 22 · Liberação do transverso do abdome

Gabarito oficial: D

22. A técnica TAR (Transversus Abdominis Release) é usada no tratamento de hérnias ventrais complexas e grandes defeitos da parede abdominal. Em relação a esse procedimento, podemos afirmar que

- A) por promover uma liberação muscular ampla, ela dispensa o uso de tela de prolene.
- B) por usar o músculo transverso do abdome, ela está contraindicada para hérnias da linha média.
- C) ela se restringe a uma separação anterior de componentes da bainha do reto abdominal.
- D) ela é uma evolução da cirurgia da separação de componentes, com diminuição dos riscos de atrofia do reto e lesão nervosa.
- E) quando utilizada, a tela deve ser preferencialmente absorvível e aplicada logo abaixo da bainha anterior do reto abdominal.

Comentário OsceLabs

A técnica TAR é uma separação posterior de componentes com liberação do músculo transverso, ampliando o espaço retromuscular para fechamento e colocação de tela. Esse conceito corresponde a D. Não é a separação anterior clássica nem uma técnica que dispense prótese em grandes defeitos. A dissecação deve preservar os feixes neurovasculares relevantes para a função da parede. A escolha depende da dimensão e localização da hérnia, perda de domínio, cirurgias prévias e condição clínica.

Referência: Novitsky et al. Transversus abdominis muscle release — técnica e resultados, 2012

Questão 23 - Esferocitose e cálculos biliares

Gabarito oficial: A

23. Homem 24 anos, portador de esferocitose hereditária. Encaminhado ao ambulatório de cirurgia pela hematologista com indicação de esplenectomia. Ictérico e descorado, traz os seguintes exames laboratoriais: Hemoglobina 7,9 g/dl, bilirrubina total de 12.2 mg/dl, bilirrubina indireta de 11 mg/dl, Gama GT 47 U/l. USG de abdome total mostra esplenomegalia importante e colelitíase. Na consulta, o cirurgião identifica que o paciente é assintomático da doença biliar e solicita uma colangioressonância. Nessa situação, qual a conduta mais adequada?

- A) Realizar a esplenectomia e a colecistectomia laparoscópica no mesmo momento cirúrgico.
- B) É uma das poucas indicações de tratar a colelitíase com ác. ursadesoxicólico.
- C) Como o paciente é assintomático, não devemos realizar a colecistectomia.
- D) Realizar a colecistectomia 1-2 meses após a esplenectomia, com o paciente sem anemia e anictérico.
- E) De acordo com os critérios de Tokyo, esse paciente tem já indicação de CPER no pré-operatório, independente da ressonância.

Comentário OsceLabs

A hemólise crônica da esferocitose favorece cálculos pigmentares. Havendo indicação de esplenectomia e colelitíase no caso apresentado, a associação de colecistectomia é a escolha da banca, alternativa A. Hiperbilirrubinemia indireta decorre da hemólise e não demonstra, sozinha, obstrução do colédoco. A indicação de esplenectomia depende da gravidade e deve considerar idade, vacinação e prevenção de infecções por encapsulados. Não se deve indicar esplenectomia apenas pela presença de cálculos em qualquer paciente. Em cálculos assintomáticos, a decisão concomitante é individualizada; o gabarito não deve ser interpretado como indicação cirúrgica universal.

Referência: Guidelines for the diagnosis and management of hereditary spherocytosis--2011 update.

Questão 24 · Tamanho do cálculo e pancreatite biliar

Gabarito oficial: D

24. Abaixo podemos analisar a colangioressonância do caso acima.



Além da colelitíase, podemos afirmar que

- A) existe uma alteração da anatomia biliar no lobo direito.
- B) existe uma imagem sugestiva de obstrução biliar distal.
- C) existe condição propícia para o acontecimento da síndrome de Mirizzi.
- D) existe baixa probabilidade para o acontecimento de pancreatite biliar.
- E) existem microcálculos na árvore biliar esquerda.

Comentário OsceLabs

A imagem mostra cálculo vesicular de grande dimensão. Cálculos pequenos e microlitíase migram mais facilmente pelo ducto cístico e pela via biliar, estando associados a pancreatite; isso fundamenta a alternativa D, que compara esse risco. Um cálculo grande não torna o risco igual a zero nem elimina outras complicações da colelitíase. A imagem isolada também não autoriza diagnosticar coledocolitíase ou síndrome de Mirizzi sem demonstração de cálculo na via biliar ou de compressão extrínseca compatível.

Referência: Diehl et al. Gallstone size and risk of pancreatitis, 1997

Questão 25 · Insulina e resposta metabólica

Gabarito oficial: C

25. Na REMIT, Resposta Endócrino-Metabólica-Imunológica ao Trauma, incluindo os hormônios envolvidos, qual das substâncias abaixo NÃO causa lipólise?

A) Catecolaminas

B) Glucagon

C) Insulina

D) GH

E) Cortisol

Comentário OsceLabs

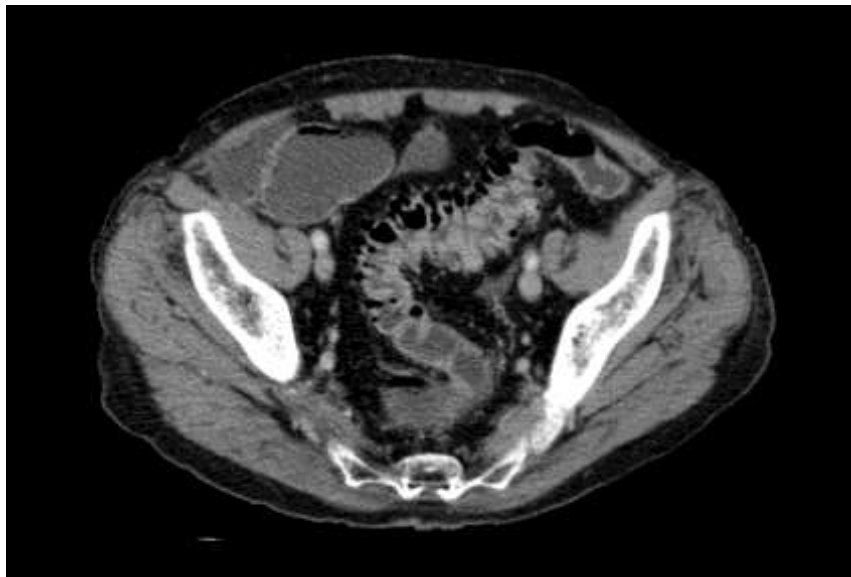
A insulina tem ação anabólica e inibe a lipólise, favorecendo armazenamento energético; por isso, C. Catecolaminas, glucagon e outros hormônios contrarreguladores participam da mobilização de substratos na resposta ao estresse. No trauma e na doença crítica, pode haver resistência à insulina e hiperglicemia apesar de secreção aumentada. É incorreto atribuir à insulina o mesmo efeito lipolítico dos mediadores contrarreguladores. A interpretação exige distinguir concentração hormonal de resposta efetiva dos tecidos.

Referência: ESPEN. Clinical nutrition in surgery — update 2025

Questão 26 · Diverticulite aguda não complicada

Gabarito oficial: D

26. Homem, previamente hígido, 52 anos. Admitido na emergência com mal-estar e dor em FIE há 48h. Nega febre. Leucócitos 9.800. Realizou TC de abdome abaixo. Após parecer da cirurgia geral, qual o diagnóstico e a conduta que devemos implementar?



- A) Trata-se de uma apendicite não perfurada. Apendicectomia laparoscópica.
- B) Trata-se de uma diverticulite complicada com abscesso. Drenagem e antibiótico venoso.
- C) Trata-se de uma hérnia encarcerada inguinal esquerda. Inguinotomia de urgência.
- D) Trata-se de uma diverticulite leve. Dieta líquida e paracetamol.
- E) Trata-se de um cálculo ureteral esquerdo. Hidratação vigorosa e analgesia.

Comentário OsceLabs

A tomografia e o contexto clínico favorecem diverticulite não complicada, sem abscesso, peritonite ou instabilidade. Em paciente imunocompetente e com quadro leve, tratamento ambulatorial com analgesia, orientação alimentar e reavaliação pode dispensar antibiótico, como em D. Essa conduta não se aplica indistintamente a imunossuprimidos, pacientes frágeis, sinais sistêmicos importantes ou doença complicada. A ausência de coleção afasta drenagem. É necessário orientar retorno diante de piora da dor, febre, vômitos persistentes ou incapacidade de ingerir líquidos.

Referência: AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review.

Questão 27 · Pneumotórax traumático: observar ou drenar

Gabarito oficial: A

27. Em relação ao tratamento do pneumotórax, qual das condutas abaixo NÃO está de acordo com o ATLS 11ª edição 2025?

- A) Pneumotórax pequeno, mesmo em paciente assintomáticos, deve ser tratado com drenagem torácica.
- B) Em pneumotórax hipertensivo, não devemos mais indicar a punção com Jelco 14 na linha hemiclavicular. O correto seria indicar logo a drenagem torácica no 5º espaço intercostal.
- C) A toracostomia digital, que seria fazer uma pequena incisão no tórax e usar o dedo para dissecar e entrar na cavidade pleural, pode ser usada no pneumo ou hemotórax hipertensivo.
- D) Num pneumotórax aberto, a drenagem torácica deve ser feita por uma incisão diferente da ferida traumática.
- E) Podemos usar drenos menores, de tamanho 14 Fr, para a drenagem torácica de pneumotórax.

Comentário OsceLabs

A alternativa A é a incorreta: nem todo pneumotórax traumático pequeno exige drenagem imediata. Pacientes selecionados, estáveis e com possibilidade de monitorização podem ser observados, levando em conta tamanho, sintomas e necessidade de ventilação. Pneumotórax hipertensivo, por outro lado, requer descompressão imediata, sem esperar imagem. Ressalva: afirmações absolutas de que punção com agulha 'nunca' deve ser utilizada também são inadequadas; a técnica de descompressão depende do cenário, equipamento e treinamento, e não se deve atrasar uma medida salvadora.

Referência: WSES-AAST. Thoracic trauma guidelines, 2025.

Questão 28 - Acalásia tipo II

Gabarito oficial: C

28. Um paciente de 55 anos, com histórico epidemiológico positivo para doença de Chagas na infância e disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 3 anos, realiza uma manometria de alta resolução (HRM) como parte da investigação diagnóstica. O exame revela: Pressão de Relaxamento Integrada (IRP) consistentemente elevada (> 15 mmHg). 100% de falha peristáltica (ausência de contrações esofágicas normais). Pressurização panesofágica (pressurização simultânea de todo o esôfago) em 30% das deglutições avaliadas.

Com base na Classificação de Chicago versão 4.0 e na apresentação clínica típica de um megaesôfago chagásico,

- A) Acalasia Tipo I; Esofagectomia.
- B) Acalasia Tipo I; Injeção de toxina botulínica no EEI ou dilatação pneumática.
- C) Acalasia Tipo II; Miotomia de Heller.
- D) Acalasia Tipo II; Tratamento medicamentoso com nitratos sublinguais.
- E) Acalasia Tipo III; Miotomia endoscópica peroral (POEM) como primeira escolha devido ao espasmo.

Comentário OsceLabs

Aperistalse, relaxamento inadequado da junção esofagogástrica e pressurização panesofágica em pelo menos 20% das deglutições caracterizam acalásia tipo II. Os 30% descritos satisfazem esse critério, sustentando C. O tipo I não apresenta pressurização panesofágica relevante; o tipo III tem contrações prematuras/espásticas. Tratamentos que reduzem a resistência do esfíncter, como dilatação pneumática, miotomia de Heller ou POEM, são escolhidos conforme paciente e experiência local. Medicamentos isolados não constituem tratamento definitivo preferencial para candidato a intervenção.

Referência: Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0[©].

Questão 29 - Classificação de ferida operatória infectada

Gabarito oficial: D

29. Um paciente de 70 anos, diabético tipo 2 e obeso, é admitido no pronto-socorro com dor abdominal intensa em hipocôndrio direito, febre (39°C), calafrios, leucocitose acentuada e sinal de Murphy positivo. A ultrassonografia de urgência revela vesícula biliar distendida, parede espessada e a presença de conteúdo ecogênico. O paciente é levado imediatamente ao centro cirúrgico para uma colecistectomia de urgência. Durante o procedimento, é confirmado o empiema, com drenagem de grande quantidade de pus do interior da vesícula biliar, mas sem perfuração ou contaminação grosseira do peritônio além do local da inflamação. A ferida operatória principal é fechada primariamente.

De acordo com a classificação de feridas cirúrgicas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e os critérios estabelecidos para a vigilância de infecções hospitalares no Brasil (Portaria GM/MS nº 2.616/98), em qual categoria a ferida cirúrgica deve ser classificada?

- | | |
|---|--|
| A) Ferida Limpa (Classe I) | D) Ferida Infectada (Classe IV) |
| B) Ferida Limpa-Contaminada (Classe II) | E) Ferida Potencialmente Contaminada (classe IIIa) |
| C) Ferida Contaminada (Classe III) | |

Comentário OsceLabs

A presença de pus na vesícula indica infecção já estabelecida no momento da operação. Portanto, a cirurgia é classificada como infectada, classe IV, alternativa D. A ausência de extravasamento durante o procedimento não transforma um campo com infecção prévia em cirurgia limpa ou potencialmente contaminada. Essa classificação considera o estado do tecido e do campo operatório, além dos eventos intraoperatórios; não depende apenas de a equipe ter evitado contaminação visível durante a técnica.

Referência: CDC/NHSN. Surgical Site Infection Event — protocolo de vigilância e classificação do campo operatório.

Questão 30 - Gabarito com ressalva: ponte de anticoagulação

Gabarito oficial: C

30. Um paciente de 68 anos, com histórico de fibrilação atrial permanente e escore CHA₂DS₂-VASc de 4, faz uso crônico de varfarina (Marevan) para prevenção de AVC isquêmico, mantendo INR alvo entre 2,0 e 3,0. Ele está agendado para uma hernioplastia inguinal eletiva. O médico responsável pelo pré-operatório planeja a suspensão da varfarina e a introdução de uma terapia ponte. Qual é a conduta perioperatória mais adequada e baseada em evidências para o manejo do anticoagulante neste caso, visando equilibrar os riscos de trombose e sangramento cirúrgico?

- A) Suspender a varfarina 1 dia antes da cirurgia, realizar o procedimento e reiniciar a medicação no pós-operatório imediato.
- B) Manter a varfarina inalterada até o dia da cirurgia, pois a hernioplastia é considerada uma cirurgia de baixo risco de sangramento.
- C) Suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia, iniciar a heparina de baixo peso molecular (HBPM) ambulatorial 3 dias antes do procedimento, suspender a HBPM 12 horas antes da cirurgia e reiniciar ambos os medicamentos no pós-operatório.
- D) Suspender a varfarina 3 dias antes da cirurgia, sem a necessidade de terapia ponte com heparina, e reiniciá-la no mesmo dia da cirurgia, se o RNI estiver abaixo de 1,5.
- E) Suspender a varfarina 7 dias antes da cirurgia, internar o paciente para iniciar heparina.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo mantém C. É essencial separar essa marcação da conduta clínica atual: a CHEST recomenda não realizar ponte com heparina rotineiramente na fibrilação atrial quando a varfarina precisa ser interrompida para cirurgia eletiva. CHA₂DS₂-VASc 4, isoladamente, não estabelece indicação de ponte. Em geral, a varfarina é suspensa cerca de cinco dias antes, com avaliação do INR; se heparina terapêutica for indicada por motivo excepcional, o intervalo antes da cirurgia também deve ser apropriado. A alternativa oficial não deve ser reproduzida como regra assistencial.

Referência: CHEST. Perioperative management of antithrombotic therapy, 2022.

Questão 31 - Pseudocisto pancreático assintomático

Gabarito oficial: C

31. Homem de 52 anos, etilista, tratado por pancreatite aguda há 8 semanas, retorna ao ambulatório de seguimento sem apresentar queixas. Relata boa aceitação de dieta, nega dor, náuseas, vômitos ou febre. Apresentava durante o internamento uma tomografia de abdome com moderada quantidade de líquido livre peripancreático sem presença de gás ou necrose.

Exame de acompanhamento ambulatorial abaixo para acompanhamento:



Diante do quadro apresentado pelo paciente e do exame de acompanhamento, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Drenagem endoscópica guiada por ultrassom endoscópico, para reduzir o risco de complicações.
- B) Drenagem percutânea, já que o tempo > 6 semanas define pseudocisto maduro e há baixa probabilidade de resolução espontânea.
- C) Observação com reavaliação clínica e imagem.
- D) Pancreatectomia distal profilática.
- E) Antibioticoterapia profilática e acompanhamento ambulatorial.

Comentário OsceLabs

Coleção encapsulada tardia após pancreatite, em paciente assintomático e sem infecção, obstrução ou sangramento, pode ser acompanhada, alternativa C. O antigo critério isolado de tamanho e duração não obriga drenagem. Antes de intervir, é importante diferenciar pseudocisto, de conteúdo predominantemente líquido, de necrose pancreática delimitada, que contém material sólido. A intervenção é orientada por sintomas e complicações, e a via depende da relação anatômica com estômago/duodeno e da experiência da equipe.

Referência: American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis.

Questão 32 - Nódulo hepático em paciente sem cirrose

Gabarito oficial: B

32. Mulher de 42 anos, sem comorbidades, sem passado de etilismo ou tabagismo, realizou ultrassonografia de abdome durante avaliação pré-operatória de cirurgia plástica que identificou nódulo hepático de 3,0cm no segmento 7 hepático. Complementou investigação com tomografia de abdome com contraste trifásica que evidenciou lesão de 3,5 cm no segmento 7 hepático com hipercaptação arterial e “wash-out” portal. Solicitada alfa-fetoproteína que resultou em 30ng/mL.

Qual é a conduta mais apropriada nesse momento?

- A) Diante da imagem típica, do tamanho da lesão e ausência de hipertensão portal, prosseguir diretamente para a ressecção.
- B) Indicar biópsia percutânea para confirmar o diagnóstico, pois a paciente não é cirrótica.
- C) Realizar ressonância magnética com contraste hepatoespecífico para confirmar o diagnóstico e avaliação de LI-RADS.
- D) Solicitar PET-CT como parte do estadiamento para avaliação de metástases.
- E) Indicar quimioembolização transarterial (TACE) para incluir a lesão nos critérios de Milão para transplante hepático.

Comentário OsceLabs

Realce arterial e washout levantam suspeita de carcinoma hepatocelular, mas os critérios não invasivos têm população de aplicação definida, especialmente pessoas com cirrose ou outros contextos de alto risco. No paciente sem esse contexto, a confirmação histológica ganha importância, como em B. AFP discretamente elevada não confirma câncer e um padrão radiológico sugestivo não autoriza aplicar LI-RADS indiscriminadamente. A investigação deve considerar outros tumores hepáticos e planejar a obtenção de tecido em discussão especializada.

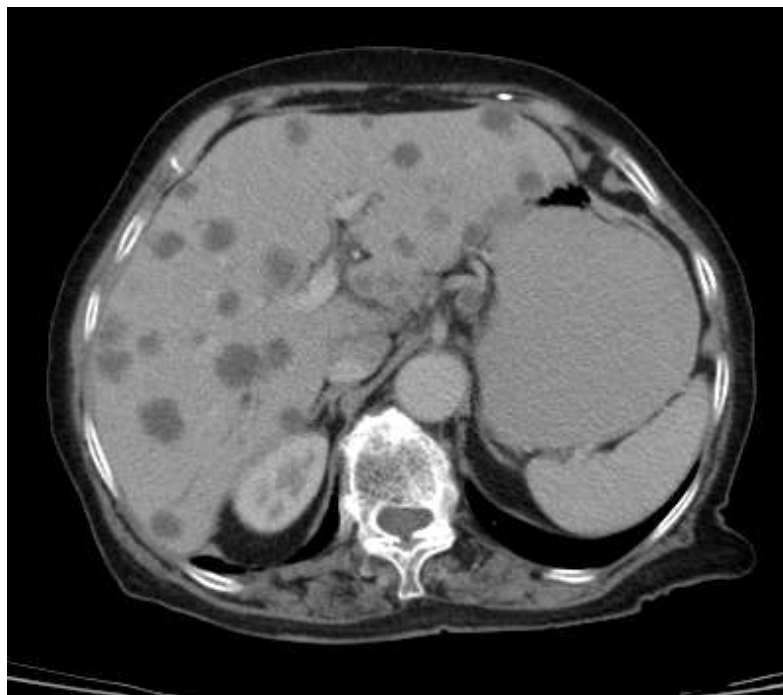
Referência: AASLD. Prevention, diagnosis and treatment of hepatocellular carcinoma, 2023.

Questão 33 - Câncer colorretal metastático sem urgência do primário

Gabarito oficial: C

33. Homem de 51 anos, sem comorbidades, foi diagnosticado com lesão vegetante em cólon ascendente de 3,0cm após realização de colonoscopia de rastreio para câncer colorretal. Biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Tomografias de estadiamento evidenciam múltiplos nódulos hipocaptantes bilobares em fígado, sugestivos de metástases, conforme imagem abaixo:



O paciente encontra-se assintomático, com performance ECOG 0 e sem icterícia. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Colectomia direita com linfadenectomia, seguida de quimioterapia adjuvante.
- B) Ressecção sincrônica do cólon e do fígado.
- C) Iniciar quimioterapia sistêmica com posterior avaliação de resposta tumoral.
- D) Radioterapia hepática para controle local.
- E) Abordagem paliativa exclusiva.

Comentário OsceLabs

Com tumor primário assintomático e múltiplas metástases hepáticas bilobares, a estratégia inicial é tratamento sistêmico e avaliação multidisciplinar da ressecabilidade, alternativa C. Ressecar automaticamente o primário não controla a doença disseminada e pode adiar a terapia necessária. Obstrução, perfuração ou sangramento relevante mudariam essa prioridade. Doença inicialmente irresssecável pode tornar-se candidata a tratamento local após resposta, mas isso exige planejamento e não justifica uma cirurgia extensa imediata sem avaliação oncológica.

Referência: Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: ASCO Guideline.

Questão 34 - Suspeita de GIST gástrico ressecável

Gabarito oficial: C

34. Homem de 57 anos, sem comorbidades, chega ao setor de emergência com quadro de melena e hipotensão. Após adequada estabilização clínica, realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou massa subepitelial com umbilicação central em pequena curvatura gástrica com sangramento ativo. Biópsia realizada identificou apenas processo inflamatório inespecífico. Tomografia computadorizada com contraste oral e venoso demonstra lesão de aproximadamente 5,0cm com realce heterogêneo conforme imagem abaixo:



Qual seria a conduta mais apropriada para esse paciente?

- A) Indicar Imatinibe neoadjuvante por 3 meses e posterior reavaliação.
- B) Embolização endoscópica, seguida de alta para seguimento ambulatorial.
- C) Ressecção cirúrgica com margens livres sem necessidade de linfadenectomia.
- D) Radioterapia hemostática para controle do sangramento.
- E) Gastrectomia total com linfadenectomia.

Comentário OsceLabs

Massa subepitelial gástrica com sangramento e características compatíveis com GIST pode não ser diagnosticada por biópsia endoscópica superficial. Para tumor ressecável, o objetivo é ressecção completa com margem livre, preservando a pseudocápsula e evitando ruptura, como em C. Linfadenectomia sistemática não é habitual. Imatinibe depende de indicação oncológica e perfil molecular; não deve ser administrado empiricamente apenas porque a biópsia mucosa foi negativa. Ecoendoscopia com amostragem pode ser necessária quando o resultado modifica o planejamento.

Referência: 2023 GEIS Guidelines for gastrointestinal stromal tumors.

Questão 35 · Hemorragia externa exsanguinante

Gabarito oficial: B

35. Homem de 28 anos, vítima de colisão moto-carro, é admitido no pronto-socorro cerca de 40 minutos após o trauma. Encontra-se agitado, pálido, sudoreico e com dificuldades para falar frases completas. Ao exame inicial, observa-se sangramento ativo pulsátil em ferimento extenso de coxa esquerda, fratura exposta visível e extremidades frias. Sinais vitais aferidos: FC 146bpm, PA 80x42mmHg, FR 28irpm, SpO2 90% em uso de máscara de oxigênio. Diante do quadro exposto, qual seria a conduta imediata mais adequada?

- A) Avaliação pupilar e escala de Glasgow.
- B) Aplicação de torniquete proximal ao ferimento da coxa.
- C) Acesso venoso calibroso e reposição volêmica.
- D) Intubação orotraqueal com sequência rápida.
- E) Punção torácica bilateral de alívio.

Comentário OsceLabs

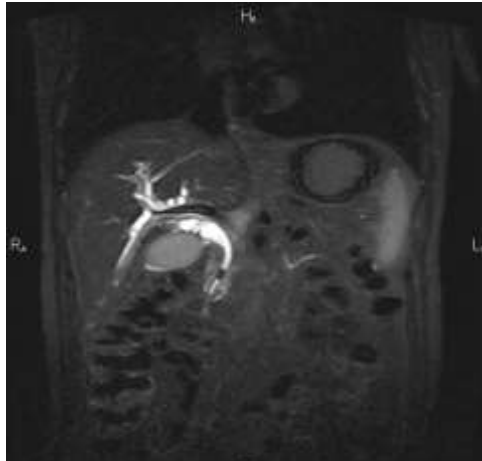
Hemorragia maciça de extremidade é ameaça imediata à vida e deve ser controlada antes de avançar nas demais etapas da abordagem. O torniquete proximal adequado, alternativa B, é indicado quando a intensidade do sangramento exige controle rápido. Deve-se registrar o horário, confirmar interrupção da hemorragia e encaminhar para tratamento definitivo. Reposição de volume sem controlar a perda é insuficiente. A lógica do XABCDE destaca justamente a prioridade do sangramento externo catastrófico.

Referência: American College of Surgeons. STOP THE BLEED — treinamento e controle de hemorragia.

Questão 36 - Coledocolitíase confirmada

Gabarito oficial: D

36. Mulher de 51 anos, portadora de obesidade grau 1 e diabetes mellitus, procura atendimento por queixa de dor intermitente em hipocôndrio direito há 4 dias, associada à colúria e acolia fecal nas últimas 24 horas. Nega febre. Ao exame físico, apresenta-se ictérica (2+/4+), com dor à palpação em hipocôndrio direito e Murphy negativo. Exames laboratoriais: BT 5,2mg/dL (BD 4,3mg/dL), FA 420 U/L, GGT 610 U/L, TGO 86 U/L, TGP 104 U/L, amilase 30 U/L, lipase 55 U/L, leucometria 8.900/mm³. Realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou vesícula biliar com múltiplos cálculos e dilatação de vias biliares com diâmetro máximo de 9mm, sem identificar fator obstrutivo. É, então, realizada a colangiorressonância abaixo:



Diante do achado da imagem, qual a conduta mais adequada?

- A) Iniciar antibioticoterapia e observação clínica.
- B) Realizar tomografia computadorizada para estadiamento adequado.
- C) Realizar drenagem biliar percutânea transhepática para descompressão de via biliar.
- D) Indicar CPRE terapêutica com papilotomia e extração do cálculo, seguida de colecistectomia por videolaparoscopia.
- E) Indicar colangioscopia para biópsia, seguida de quimioterapia.

Comentário OsceLabs

Icterícia, dilatação da via biliar e cálculo demonstrado na colangiorressonância sustentam coledocolitíase. A CPRE tem finalidade terapêutica para desobstrução, seguida de planejamento de colecistectomia, conforme D. Antibióticos não removem o cálculo e não substituem drenagem quando há colangite. Não há motivo para repetir exames apenas diagnósticos se a obstrução já está demonstrada e a conduta está definida. O tempo das intervenções depende de gravidade, infecção associada e condições do paciente.

Referência: ASGE guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis.

Questão 37 - Suporte nutricional antes de cirurgia de grande porte

Gabarito oficial: D

37. Homem de 70 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apresenta quadro de vômitos de repetição há 10 dias. Relata baixa aceitação da dieta há cerca de 3 meses associada à perda ponderal de 10kg nesse período. Atualmente apresenta IMC 16kg/m². Realizada endoscopia digestiva alta que identifica grande quantidade de resíduo gástrico e impossibilidade de ultrapassar o piloro devido à lesão estenosante. Biópsia de congelação evidenciou adenocarcinoma.

Diante do quadro, qual a conduta nutricional pré-operatória ideal?

- A) Sonda nasogástrica para descompressão gástrica e programar cirurgia de urgência.
- B) Sonda nasogástrica com dieta imunomoduladora até reganho ponderal seguida de abordagem cirúrgica.
- C) Dieta por via oral conforme aceitação associada à dieta imunomoduladora por 5-7 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- D) Nutrição parenteral total por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- E) Nutrição enteral por gastrostomia por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.

Comentário OsceLabs

Desnutrição grave e obstrução da saída gástrica justificam preparo nutricional. Entre as opções, D propõe nutrição parenteral quando a alimentação oral/enteral não é viável. Uma via pós-pilórica deve ser preferida se factível; alimentação por sonda ou gastrostomia proximal à obstrução não resolve o problema. A ESPEN 2025 recomenda considerar 10-14 dias de preparo; para nutrição parenteral, admite mínimo de sete dias. Assim, preservamos os 7-10 dias da opção oficial, sem apresentá-los como duração obrigatória. Urgência cirúrgica, resposta ao suporte e risco de síndrome de realimentação exigem individualização.

Referência: ESPEN. Clinical nutrition in surgery — update 2025

Questão 38 - Lesão cística pancreática sem sinal de alto risco

Gabarito oficial: B

38. Mulher de 60 anos realizou ultrassonografia de abdome por queixas ginecológicas que identificou cisto de pâncreas. Complementou investigação com ressonância magnética de abdome que identificou cisto pancreático de 2,6cm em corpo do pâncreas, sem comunicação com ductos pancreáticos, sem nódulo mural ou realce sólido. Ducto pancreático de 3mm. Ca 19-9 dentro da normalidade.

Diante do quadro, qual seria a conduta mais apropriada?

- A) Pancreatectomia distal laparoscópica.
- B) Seguimento com imagem em 3-6 meses.
- C) Pancreatectomia total com preservação esplênica.
- D) Biópsia guiada por ecoendoscopia.
- E) Quimioterapia neoadjuvante com Folfirinox.

Comentário OsceLabs

Cisto pancreático pequeno, sem nódulo mural, dilatação ductal ou outros sinais de alto risco não obriga ressecção imediata. A alternativa B propõe vigilância por imagem em intervalo inicial curto, permitindo avaliar estabilidade e caracterizar melhor a lesão. O acompanhamento depende do tipo provável de cisto, idade, sintomas e risco operatório; ecoendoscopia pode ser indicada se houver dúvida que altere a conduta. Ausência de comunicação ductal não basta para afirmar benignidade, e tamanho isolado não encerra a avaliação.

Referência: European Study Group. Evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms, 2018.

Questão 39 - Adenoma hepatocelular em homem

Gabarito oficial: B

39. Homem de 35 anos, fisiculturista em uso de esteroides anabolizantes, realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou lesão hepática única de 4,0cm no segmento 6. Realizado complemento de investigação com tomografia computadorizada com contraste trifásico que demonstra lesão hepática única de 4,3cm no segmento 6, hipervascular arterial, sem sinais de sangramento, sugestiva de adenoma hepático. Apresenta função hepática normal.

Diante dos achados, qual a conduta mais apropriada?

- A) Suspender o uso hormonal e reavaliar imagem em 3-6 meses.
- B) Ressecção hepática.
- C) Embolização portal.
- D) Quimioembolização arterial (TACE).
- E) Radioablação.

Comentário OsceLabs

Adenoma hepatocelular em homem apresenta risco de transformação maligna que justifica considerar ressecção independentemente do limiar de 5 cm empregado em outras situações. A alternativa B é, portanto, a mais adequada. A exposição a anabolizantes deve ser interrompida, mas apenas suspender o agente e observar pode ser insuficiente. A confirmação diagnóstica e a caracterização molecular, quando necessárias, orientam o planejamento. Não se deve aplicar automaticamente ao homem a estratégia de observação inicialmente usada em algumas mulheres com lesões pequenas.

Referência: EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours.

Questão 40 · Trombose hemorroidária externa

Gabarito oficial: D

40. Homem de 45 anos é atendido no pronto-socorro por queixa de dor (EVA 3) em região anal e tumoração local que surgiu há 4 dias. Relata apresentar dificuldade para defecar e classifica suas fezes como Bristol 1. Nega febre ou secreção. Ao exame proctológico, evidenciado nódulo doloroso, firme, de coloração azulada em região anal. Diante do quadro, qual a conduta mais apropriada?

- A) Trombectomia cirúrgica.
- B) Hemorroidectomia aberta.
- C) Antibioticoterapia.
- D) Tratamento conservador, incluindo analgésicos e banho de assento.
- E) Ligadura elástica.

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Comentário OsceLabs

Após quatro dias, com dor leve e evolução favorável, tratamento conservador com analgesia, fibras, líquidos e cuidados locais é apropriado, alternativa D. Excisão pode beneficiar pacientes selecionados com dor intensa e apresentação precoce, mas não é obrigatória para toda trombose. Incisão simples para retirar apenas o coágulo tem risco de recorrência e não equivale à excisão quando esta é indicada. Febre, secreção ou dor progressiva exigem reavaliação de abscesso e outros diagnósticos.

Referência: ASCRS. Management of hemorrhoids, 2024

Questão 41 - Assinclitismo posterior

Gabarito oficial: B

41. Gestante 30 anos, primigesta e nulípara, 40ª semana de gestação, deu entrada na emergência obstétrica com dor em baixo ventre. Ao toque vaginal, o colo uterino apresentava-se com 10 cm de dilatação, bolsa rota, líquido claro com grumos, plano II de De Lee, cefálico e occipito direita transversa (ODT). Dinâmica uterina de 4 contrações/ 10 minuto/ 50 segundos. Batimentos cardíofetais (BCF) de 140 bpm. Após 6 horas, o toque vaginal era inalterado, porém com a presença de bossa serossanguínea. BCF: 136 bpm. Nesse momento, foi indicada uma cesariana. Ao exame físico do recém-nascido (RN) em sala de parto, encontrava-se bem com escore de Apgar 9/10, apresentando uma tumoração em região occipito parietal, predominante no parietal direito do RN de consistência endurecida e forma cacifo. Analise o exame físico do recém-nascido realizado em sala de parto, os dados do parto e assinale a alternativa CORRETA que representa uma possibilidade que ocorreu durante a descida e insinuação fetal no período expulsivo.

- A) Obliquidade de Nägele
- B) Obliquidade de Litzman
- C) Assinclitismo anterior
- D) Sinclitismo
- E) Obliquidade de Baudelocque-Duncan

Comentário OsceLabs

A questão descreve desvio da apresentação cefálica no estreito pélvico, com predomínio de um parietal. O assinclitismo posterior é denominado de Litzmann, alternativa B; o anterior é o de Naegele. O sinclitismo corresponde à sutura sagital aproximadamente equidistante das estruturas anterior e posterior da pelve. É preciso separar o diagnóstico de assinclitismo da variedade de posição e do nível da apresentação. A condução do parto depende ainda de progressão, bem-estar fetal e avaliação obstétrica completa.

Referência: Malvasi et al. Asynclitism and its ultrasonographic rediscovery, 2022

Questão 42 - Datação da gestação

Gabarito oficial: B

42. Gestante 20 anos, primigesta e nulípara, veio para nova consulta pré-natal, no dia 11 de janeiro de 2026, referindo que está no 5º mês de gestação e assintomática. Fez várias ultrassonografias e refere ainda que tinha ciclos regulares e sabia o momento da sua ovulação todos os meses. Abaixo seguem os dados informados pela paciente e as ultrassonografias anteriores com suas idades gestacionais na época do exame:

- Primeiro dia da última menstruação: 16 de agosto de 2025.
- Último dia da última menstruação: 19 de agosto de 2025.
- Data da última ovulação: 30 de agosto de 2025.
- Data da 1ª ultrassonografia: 27 de setembro de 2025 (calculada pelo diâmetro médio do saco gestacional – 4 semanas).
- Data da 2ª ultrassonografia: 31 de outubro de 2025 (IG: calculada pela média do diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur – 11 semanas).
- Data da 3ª ultrassonografia: 20 de novembro de 2025 (IG: calculada pelo comprimento céfalo-nádegas – 13 semanas e 6 dias).
- Data da 4ª ultrassonografia: 06 de dezembro de 2025 (IG: 17 semanas).

Diante desses dados, qual a idade gestacional CORRETA para acompanhamento da gravidez no dia da consulta de pré-natal?

- A) 19 semanas e 1 dia
- B) 21 semanas e 1 dias
- C) 20 semanas e 5 dias
- D) 21 semanas e 2 dia
- E) 22 semanas e 1 dia

Comentário OsceLabs

A DUM de 16/08/2025 até 11/01/2026 corresponde a 148 dias, isto é, 21 semanas e um dia: B. O ultrassom com comprimento cabeça-nádega é o melhor parâmetro precoce apresentado e tem diferença pequena em relação à DUM, insuficiente para redatar uma gestação com data menstrual confiável. Estimativa por saco gestacional ou por parâmetro inadequado à idade não deve substituir arbitrariamente essa referência. Recalcular a idade em cada ultrassom confunde crescimento fetal com datação.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 43 - Prevenção da prematuridade: limite da indicação

Gabarito oficial: A

43. Paciente 33 anos, tercigesta, secundípara (partos prematuros), 33ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre. Referiu sobre os partos anteriores: o 1º prematuro, não sabe o motivo, mas informa que chegou ao hospital com 5 cm de dilatação, por via vaginal, e o recém-nascido apresentou desconforto respiratório; e o 2º parto foi de uma gestação gemelar, os bebês de mesma placenta entraram em sofrimento, sendo preciso realizar uma cesariana e ambos também apresentaram desconforto respiratório, um chegou a ficar no tubo por três dias, e o outro apenas com uma “máscara”. Peso ao nascer: 2.020g (1ª gestação) e 1.750g/2.530g (2ª gestação). Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 25cm; pressão arterial de 160 x 110 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel. Avaliando apenas os antecedentes obstétricos descritos, assinale a alternativa que melhor representa uma medida preventiva precoce que poderia ter sido realizada.

- A) Progesterona no início do 2º trimestre.
- B) Cálcio no meio do primeiro trimestre.
- C) Ácido acetil salicílico a partir da 16ª semana de gravidez.
- D) Ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre de gravidez.
- E) Sulfato de magnésio.

Comentário OsceLabs

A banca escolheu A, considerando o primeiro parto prematuro como espontâneo. É preciso diferenciar esse antecedente do parto gemelar antecipado por sofrimento fetal. As diretrizes não são idênticas: a NICE admite considerar progesterona vaginal pelo antecedente espontâneo isolado; a ACOG, após a atualização de 2023, restringe essa estratégia quando não há colo curto. Por isso, medir o colo no segundo trimestre, qualificar o antecedente e discutir a estratégia conforme o protocolo adotado é mais preciso do que prescrever automaticamente para toda gestante com prematuridade prévia. A pressão de 160 x 110 mmHg no atendimento atual exige avaliação e tratamento próprios, sem se confundir com a prevenção precoce perguntada.

Referência: ACOG. Updated guidance: progesterone for recurrent preterm birth, 2023.

Referência: NICE NG25. Preterm labour and birth — recommendations.

Questão 44 - Polidrâmnio no diabetes gestacional

Gabarito oficial: D

44. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 31ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre e perda de líquido amniótico. No cartão de pré-natal, observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 200 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 30cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel, bolsa das águas rotas com saída de líquido claro. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; dopplervelocimetria com índice de pulsatilidade na artéria umbilical de 1,20 e na artéria cerebral média fetal de 2,10; pico sistólico da artéria cerebral média (ACM) fetal menor de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão (MB) de 9,8cm.

Nesta paciente, o que MELHOR pode representar a causa ou consequência do valor do MB do líquido amniótico?

- A) Doença hemolítica fetal e neonatal – Coombs indireto positivo que sugere anemia fetal.
- B) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida – devido à distensão uterina e rotura prematura das membranas.
- C) Rotura prematura das membranas ovulares – devido à distensão uterina.
- D) Diabetes – devido ao aumento da diurese fetal.
- E) Doença hemolítica fetal e neonatal – pico sistólico da ACM fetal que sugere anemia fetal.

Comentário OsceLabs

Maior bolsão vertical de 9,8 cm caracteriza aumento do líquido amniótico. No diabetes, hiperglicemia fetal pode produzir diurese osmótica e polidrâmnio, sustentando D. Anemia fetal deve ser investigada quando há contexto de aloimunização, mas o Doppler da artéria cerebral média abaixo do limiar sugestivo de anemia moderada/grave não apoia essa explicação no caso. Malformações e outras causas entram no diferencial. Controle glicêmico, crescimento fetal e vigilância obstétrica orientam o seguimento.

Referência: SMFM. Consult Series 46: Evaluation and management of polyhydramnios, 2018; reafirmado em 2024.

Questão 45 - Descolamento placentário e avaliação neonatal

Gabarito oficial: D

45. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 30ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo perda de líquido amniótico, náusea e vômitos. No cartão de pré-natal, observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 200 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 29cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel, bolsa das águas rotas com saída de líquido claro e discreto sangramento. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; pico sistólico da artéria cerebral média fetal menor de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão de 9,8cm. Durante aproximadamente 4 semanas, a paciente foi mantida internada, fazendo psicoterapia, controle glicêmico diário com dieta e insulinoterapia (NPH e Regular). O perfil glicêmico evoluiu satisfatoriamente a partir da 3ª semana de internamento. A interrupção da gravidez foi indicada com 33 semana e 5 dias, por sangramento genital há 2 horas, rotura prematura das membranas há mais de 24 horas e apresentação pélvica. A paciente foi submetida à cesariana. Na retirada do recém-nascido, o obstetra teve dificuldade porque ele estava em apresentação pélvica. O recém-nascido (RN) apresentou bom tônus e choro forte. Realizado o clampeamento do cordão umbilical com 60 segundos.

Assinale a alternativa que melhor representa a hipótese diagnóstica que o médico assistente indicou a interrupção da gestação por cesariana, mas que, após o nascimento, não foi confirmada.

- A) Diabetes
- B) Rotura prematura das membranas ovulares
- C) Doença hemolítica fetal e neonatal
- D) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida
- E) Apresentação pélvica

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial é D. A interpretação clínica exige cautela: um recém-nascido vigoroso não exclui descolamento prematuro de placenta, que pode ser parcial e ter repercussão variável. O diagnóstico depende do quadro materno, sangramento, dor, hipertonia uterina, monitorização fetal e achados placentários; ultrassom normal também não afasta o evento. Portanto, a boa vitalidade neonatal não deve ser transformada em critério isolado de exclusão. O comentário preserva a marcação da banca sem validar uma conclusão diagnóstica absoluta.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestão de Alto Risco, 2022.

Questão 46 - Doppler da artéria oftálmica no rastreio

Gabarito oficial: A

46. Segundo a *fetal medicine foundation*, recentemente um novo parâmetro para predizer risco de pré-eclâmpsia foi adicionado no cálculo de risco do primeiro trimestre. Assinale a alternativa que representa esse parâmetro.

- A) Dopplervelocimetria da artéria oftálmica.
- B) Diabetes gestacional
- C) Gemelaridade
- D) Obesidade
- E) Pico sistólico da artéria cerebral média.

Comentário OsceLabs

A alternativa A identifica o Doppler da artéria oftálmica como parâmetro estudado para aperfeiçoar a predição de pré-eclâmpsia. Ele não se confunde com o Doppler de artérias uterinas, já integrado a modelos de rastreio com fatores maternos, pressão arterial média e biomarcadores. Um resultado de rastreamento expressa probabilidade e não estabelece o diagnóstico de pré-eclâmpsia. A adoção do marcador depende do modelo validado, idade gestacional e disponibilidade; não substitui acompanhamento pré-natal nem aferição adequada da pressão.

Referência: Ophthalmic Artery Doppler Indices at 11-13 Weeks of Gestation in Relation to Early and Late Preeclampsia.

Questão 47 · Testes de rotura de membranas

Gabarito oficial: E

47. Qual dos testes abaixo NÃO pode ser utilizado no diagnóstico diferencial da rotura prematura das membranas?

- A) Fern test
- B) Alfa-1 microglobulina placentária
- C) Fibronectina fetal
- D) Manobra de Turnier
- E) Fator de crescimento placentário

Comentário OsceLabs

O PIGF é um fator angiogênico empregado na avaliação de doença placentária, especialmente pré-eclâmpsia, e não um marcador diagnóstico de rotura de membranas; por isso, E. A investigação começa pela história e exame especular, com observação de líquido e testes complementares quando necessários. Cristalização e testes bioquímicos específicos têm limitações e podem sofrer interferências. Fibronectina fetal não deve ser tratada como teste isolado preferencial para confirmar rotura, pois sua presença não é específica desse diagnóstico.

Referência: NICE NG25. Preterm labour and birth — recommendations.

Questão 48 · Sludge amniótico sem quadro infeccioso

Gabarito oficial: E

48. Paciente 21 anos, primigesta, na 30ª semana de gravidez e assintomática. Veio à emergência trazendo uma ultrassonografia obstétrica, complementada pela via endovaginal apresentando sludge, sem outras alterações. Ela foi encaminhada pelo ultrassonografista, pois deveria procurar uma emergência. Baseado nas recomendações atuais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Iniciar clindamicina e gentamicina
- B) Iniciar penicilina cristalina
- C) Iniciar amoxicilina

- D) Iniciar ampicilina, amoxicilina e azitromicina
- E) Apenas fazer orientação

Comentário OsceLabs

Sludge é um achado ultrassonográfico associado a maior risco em alguns contextos, mas não equivale, por si só, a infecção comprovada ou trabalho de parto prematuro. Na gestante assintomática de 30 semanas, com colo normal, a alternativa E propõe orientação e acompanhamento. Não há base para transformar o achado isolado em indicação universal de antibióticos, internação ou parto. Sintomas, rotura de membranas, alterações cervicais e sinais infecciosos devem mudar a investigação e a conduta.

Referência: NICE NG25. Preterm labour and birth — recommendations.

Questão 49 - Restrição de crescimento fetal tardia

Gabarito oficial: C

49. Paciente 30 anos, primípara, com acompanhamento pré-natal de baixo risco bem realizado e sem intercorrências. Vem para acompanhamento pré-natal na 35ª semana de gravidez, quando é percebida uma AFU de 30 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou uma circunferência abdominal entre o percentil 3 e 10, o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal no percentil 3 e da artéria umbilical no percentil 80. Qual a conduta a ser adotada?

- A) Indução do trabalho de parto.
- B) Cesariana.
- C) Expectante, com reavaliação da dopplervelocimetria, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e crescimento fetal.
- D) Expectante, com reavaliação apenas com a dopplervelocimetria e crescimento fetal.
- E) Expectante, sem necessidade de dopplervelocimetria, mas acompanhando o crescimento fetal até a 40ª semana de gestação.

Comentário OsceLabs

Medidas fetais reduzidas associadas a redistribuição cerebral exigem vigilância, mesmo com Doppler umbilical normal. A alternativa C contempla acompanhamento mais próximo; esperar até 40 semanas avaliando apenas crescimento ignora o risco de insuficiência placentária. Por outro lado, a decisão de parto não depende de um único índice isolado. Idade gestacional, percentis, velocidade de crescimento, cardiotocografia e Doppler compõem a avaliação. A conduta deve ser revista diante de deterioração do bem-estar fetal ou doença materna.

Referência: ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 50 · Sintomas cognitivos na depressão puerperal

Gabarito oficial: A

50. Qual (ais) dos sinais e sintomas cognitivos abaixo pode(m) fazer parte do diagnóstico depressão pós-parto?

- A) Dificuldade de concentração e tomada de decisões
- B) Choro incontrolável
- C) Ansiedade e preocupação excessiva
- D) Vontade de machucar o bebê
- E) Fadiga extrema e cansaço constante

Comentário OsceLabs

Dificuldade de concentração e de tomar decisões pertence ao domínio cognitivo da depressão, alternativa A. Alterações de sono, apetite e energia são predominantemente somáticas; tristeza, perda de prazer e culpa envolvem outras dimensões do quadro. A classificação do sintoma não substitui avaliar duração, prejuízo funcional e segurança. Pensamentos de autoagressão, de ferir o bebê, delírios ou desorganização exigem avaliação urgente e distinção entre depressão, obsessões intrusivas e psicose puerperal.

Referência: NIMH. Perinatal Depression — sintomas, avaliação e psicose puerperal.

Questão 51 - Questão anulada: prolapso de órgãos pélvicos

Gabarito oficial: **ANULADA**

51. Paciente de 60 anos de idade chega ao consultório com queixa de bola na vagina há um ano e perda involuntária de urina aos esforços, além de referir frouxidão vaginal durante ato sexual. DUM há 10 anos, G4 P4, partos vaginais. No momento do exame, foi evidenciado o seguinte cenário, segundo o POP-q.

+3	+10	+11
10	3	11
+3	+10	-

Assinale a alternativa com o diagnóstico e a conduta **CORRETA**.

- A) Prolapso genital E IV, rotura perineal. Realizar colpocleise + sling
- B) PPP E II, rotura perineal. Realizar colpocleise com sling.
- C) PPA E I, hipertrofia de colo. Realizar traquelectomia parcial
- D) Prolapso apical E II, rotura perineal. Realizar histerectomia vaginal
- E) Prolapso apical, IUE mista e rotura perineal. Realizar colpoplastia posterior

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo registra anulação. Os pontos do POP-Q apresentados indicam prolapso avançado, mas a escolha cirúrgica não se resolve apenas por um número: atividade sexual, sintomas, comorbidades, desejo de preservar a vagina e risco operatório importam. Colpocleise é procedimento obliterativo e não é apropriada para quem deseja manter coito vaginal. Não se deve escolher uma alternativa inadequada apenas por parecer tecnicamente possível. A discussão deve incluir tratamento conservador e opções reconstrutivas quando aplicáveis.

Referência: NICE NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women.

Questão 52 · Linfogranuloma venéreo

Gabarito oficial: C

52. Mulher de 27 anos chega ao ambulatório de ginecologia com “caroço” na região inguinal direita que inchou e ficou inflamado e avermelhado. Revela ainda o aparecimento de secreção purulenta por vários furos no referido “caroço” e depois virou uma úlcera única e unilateral. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- A) Protossinfiloma
- B) Cancro mole
- C) Linfogranuloma venéreo
- D) Úlcera mista de Rolle
- E) Tumor de Buschke-Lowenstein

Comentário OsceLabs

Bubão inguinal com múltiplos trajetos de drenagem, descrito como 'bico de regador', sugere linfogranuloma venéreo por sorovares invasivos de *Chlamydia trachomatis*, alternativa C. No cancroide, a ulceração genital dolorosa e o padrão de drenagem costumam diferir. A lesão inicial do linfogranuloma pode ser pequena e passar despercebida. O tratamento utiliza esquema específico, usualmente doxiciclina por 21 dias em adultos não gestantes, além de avaliação de parcerias e outras IST. Gestação e contraindicações exigem alternativa terapêutica.

Referência: CDC. Lymphogranuloma venereum — STI Treatment Guidelines.

Questão 53 - Feedback hormonal no desenvolvimento folicular

Gabarito oficial: C

53. Quais as principais características da fase antral do período folicular do ciclo ovulatório?

- A) No folículo antral, é encerrada a produção de líquido folicular.
- B) A fase apresenta *feedback* negativo do estradiol com o LH.
- C) Esta fase apresenta *feedback* negativo do estradiol com o FSH.
- D) É observado o aparecimento da estrutura chamada zona pelúcida.
- E) É iniciada a luteinização da granulosa pela estimulação do IGF 1 e 2.

Comentário OsceLabs

O folículo em desenvolvimento produz estradiol e inibina B, reduzindo FSH por feedback negativo e favorecendo a seleção do folículo dominante. Esse mecanismo sustenta C. Quando o estradiol se mantém elevado por tempo suficiente, ocorre mudança para feedback positivo e pico de LH, desencadeando a ovulação. Não se deve confundir esses momentos. A formação da zona pelúcida ocorre em etapas anteriores do desenvolvimento folicular, e não é um fenômeno exclusivo da fase pré-ovulatória final.

Referência: Endotext. The normal menstrual cycle and the control of ovulation.

Questão 54 - Adenomiose

Gabarito oficial: E

54. Mulher de 43 anos, G3P3 (partos vaginais), LTB presente, encontra-se internada em UTI por descompensação hemodinâmica após episódio de sangramento genital intenso e prolongado. Informa que o quadro iniciou há um ano e se intensificou há três meses. Informa, também, que apresenta cólicas moderadas a intensas no período catamenial. O exame genital revela útero difusamente aumentado de volume (250 cm³), consistência amolecida, superfície regular e mobilidade preservada. Traz consigo exame ecográfico que revela útero de volume aumentado com miométrio heterogêneo e lesões arredondadas, hipoeóicas em miométrio (maior de 2,0 cm³), eco endometrial normal e outra imagem hipoeóica, subserosa de 5,0 cm³. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- A) Mioma subseroso
- B) Mioma intramural
- C) Pólipo endometrial

- D) Mioma submucoso
- E) Adenomiose

Comentário OsceLabs

Sangramento menstrual aumentado, dismenorreia e útero globoso, aumentado e amolecido favorecem adenomiose, alternativa E. Leiomiomas podem coexistir, mas costumam produzir irregularidade do contorno conforme localização e não explicam necessariamente o conjunto descrito. Endometriose também causa dor, porém não define esse padrão uterino. Ultrassonografia transvaginal e, em casos selecionados, ressonância auxiliam a investigação. O tratamento deve considerar intensidade dos sintomas, idade, desejo reprodutivo e contraindicações às opções hormonais.

Referência: Guideline No. 437: Diagnosis and Management of Adenomyosis.

Questão 55 - Questão anulada: hipoestrogenismo vaginal

Gabarito oficial: ANULADA

55. Mulher de 55 anos, G2P2 (cesarianas), refere ausência de menstruação há cinco anos. Procura o ambulatório de ginecologia com queixas de secura vaginal e desconforto genital na relação sexual desde então. O exame físico demonstra atrofia genital com discreta secreção vaginal hialina.

Qual das alternativas explica a alteração que leva ao quadro clínico descrito acima?

- A) Alargamento progressivo do introito
- B) Redução do nível local de glicogênio
- C) Aumento significativo do pH vaginal
- D) Aumento da população de lactobacilo
- E) Aumento das ectopias cervicais

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo anulou a questão. Sem atribuir à banca uma justificativa não publicada, observa-se que mais de uma alteração descrita é compatível com hipoestrogenismo. A queda de estrogênio reduz maturação epitelial e disponibilidade de glicogênio, diminui a predominância de lactobacilos e tende a elevar o pH vaginal. Portanto, redução de glicogênio e aumento do pH podem ser simultaneamente verdadeiros. O diagnóstico de síndrome geniturinária da menopausa é clínico e requer excluir outras causas quando há corrimento, lesões ou sangramento; pH isolado não fecha o diagnóstico.

Referência: AUA/SUFU/AUGS. Genitourinary Syndrome of Menopause Guideline, 2025.

Questão 56 - Contracepção no primeiro mês de amamentação

Gabarito oficial: A

56. Casal procura o ambulatório de ginecologia para pedir opinião sobre os métodos contraceptivos. A mulher está no puerpério há um mês e ainda está amamentando. Qual das alternativas abaixo é uma contraindicação?

- A) Anel vaginal
- B) Aleitamento-amenorreia
- C) DIU de levonogestrol
- D) Camisinha
- E) Diafragma vaginal

Comentário OsceLabs

O anel vaginal combinado contém estrogênio, sendo a opção inadequada neste período, alternativa A. O puerpério precoce já eleva o risco tromboembólico, e a amamentação acrescenta considerações sobre o efeito estrogênico na lactação. A via vaginal não elimina os riscos sistêmicos do componente hormonal. Métodos de progestagênio, preservativos e dispositivos intrauterinos podem ser considerados conforme elegibilidade e momento de inserção. Métodos de barreira que exigem ajuste, como diafragma, também precisam respeitar a recuperação anatômica pós-parto.

Referência: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024.

Questão 57 - Contraceptivo hormonal na dismenorreia primária

Gabarito oficial: B

57. Paciente de 17 anos reclama de dores em baixo ventre irradiando para região lombar e face interna das coxas, sempre no início da menstruação. Informa que os sintomas ocorrem desde os 15 anos. Ainda apresenta cefaleia, diarreia e vômitos. Melhora dos sintomas a partir do terceiro dia. Menarca aos 14 anos. G0P0. Considerando o diagnóstico acima, qual alternativa destaca um fator protetor?

- A) IMC menor que 20
- B) Contraceptivos orais
- C) Tabagismo

- D) Síndrome pré-menstrual
- E) Esterilização

Comentário OsceLabs

A supressão ovulatória e a redução da proliferação endometrial diminuem a produção de prostaglandinas e a dor menstrual, justificando B. Esse é o mecanismo relevante do contraceptivo combinado na dismenorreia primária. Ele não age por eliminar anatomicamente todas as causas de dor pélvica. Dor progressiva, sangramento atípico, dispareunia ou resposta insuficiente exigem investigar causas secundárias, como endometriose. Anti-inflamatórios também têm papel, desde que não haja contraindicação.

Referência: ACOG. Dysmenorrhea and endometriosis in the adolescent. Committee Opinion 760.

Questão 58 - Disgenesia gonadal completa 46,XY

Gabarito oficial: D

58. Adolescente de 16 anos, G0P0, vai ao ambulatório de ginecologia com sua mãe por nunca ter menstruado. Nega atividade sexual. Chama atenção a ausência de características sexuais secundárias. Genitália externa feminina. Exames: BHCG negativo, FSH elevado, TSH e T4 livre normais, prolactina normal. Estradiol e testosterona baixos. Cariótipo 46 XY, USG apresenta gônadas em fita. Considerando o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

- A) Síndrome de Turner
- B) Síndrome de Savage
- C) Síndrome Hiperandrogênica

- D) Síndrome de Swyer
- E) Síndrome de Rokitansky

Comentário OsceLabs

Cariótipo 46,XY, falta de desenvolvimento puberal, gonadotrofinas elevadas e baixos esteroides sexuais sugerem disgenesia gonadal completa, síndrome de Swyer, alternativa D. Na insensibilidade completa aos androgênios, há testículos produtores de hormônio e desenvolvimento mamário típico, quadro diferente. Gônadas disgenéticas com material Y apresentam risco tumoral e demandam avaliação especializada para gonadectomia e reposição hormonal. A abordagem inclui investigação anatômica, genética, aconselhamento e cuidado respeitoso às necessidades da pessoa.

Referência: Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care.

Questão 59 - Calcificações provavelmente benignas

Gabarito oficial: D

59. Paciente, 52 anos, G1P1, nunca amamentou. Procurou o ambulatório de ginecologia para avaliar o resultado de uma mamografia. O exame revela microcalcificações puntiformes, isodensas e agrupadas. De acordo com o achado acima, qual a classificação mais adequada?

A) BIRADS 0

B) BIRADS 1

C) BIRADS 2

D) BIRADS 3

E) BIRADS 4

Comentário OsceLabs

Após avaliação diagnóstica completa, um agrupamento isolado de calcificações redondas ou puntiformes, sem características suspeitas, pode ser BI-RADS 3, alternativa D, com seguimento inicial em seis meses. Essa categoria corresponde a probabilidade muito baixa de malignidade e não se aplica a qualquer microcalcificação. Morfologia pleomórfica, distribuição linear/segmentar e mudança evolutiva podem exigir biópsia. Antes de recomendar observação, é necessário caracterizar adequadamente o achado, inclusive com incidências ampliadas quando indicadas.

Referência: RSNA. Six-month follow-up for BI-RADS 3 mammography findings — dados do National Mammography Database, 2020.

Questão 60 - Questão anulada: nomenclatura citológica cervical

Gabarito oficial: ANULADA

60. Paciente de 40 anos, G4P4, chega ao ambulatório de ginecologia para avaliar resultado de exame citológico do colo uterino. O exame revela ASCUS-H. Diante do achado, qual a melhor conduta?

- A) Colposcopia para biópsia
- B) Colposcopia com avaliação endometrial
- C) Biópsia de canal endocervical
- D) Repetir a citologia com seis meses
- E) Histerectomia simples

PEDIATRIA

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. A expressão 'ASCUS-H' não corresponde à nomenclatura padronizada e mistura categorias distintas. Se a intenção fosse ASC-H, isto é, células escamosas atípicas sem excluir lesão de alto grau, a avaliação colposcópica seria indicada, com biópsia conforme achado e avaliação endocervical quando apropriada. Não se deve tratar esse resultado como ASC-US de baixo risco nem indicar histerectomia sem investigação. A anulação deve permanecer visível, sem substituir o gabarito por uma interpretação presumida.

Referência: ASCCP. Risk-based management consensus guidelines, 2019.

Questão 61 - Síndrome do desconforto respiratório do prematuro

Gabarito oficial: B

61. RN nasceu de parto vaginal, com APGAR 5 e 6, apresentando desconforto respiratório de imediato, caracterizado por gemência, tiragem subcostal e taquipneia. A idade gestacional pela DUM foi de 31 semanas. RN foi levado à UTI neonatal, com piora importante do desconforto respiratório, necessitando de intubação orotraqueal. Neonatologista solicitou RX de tórax (imagem abaixo).



Genitora relatou perda de líquido vaginal um dia antes do parto, porém, como foi em pequena quantidade e não teve contrações, decidiu ficar em casa. Somente foi à maternidade 20 horas após a ruptura das membranas, em função da forte intensidade e da elevada frequência das contrações. RN nasceu cerca de duas horas após admissão da gestante na maternidade. Dados pré-natais: Gesta IV/ Aborto II. O cartão da gestante mostrou apenas quatro consultas, com exames realizados somente no primeiro trimestre (todos normais).

Sobre esse paciente, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A antibioticoterapia deve ser evitada no momento, para não selecionar flora bacteriana resistente, visto que a clínica e a imagem excluem a possibilidade de pneumonia bacteriana.
- B) A prematuridade e o padrão radiológico tornam a Síndrome do Desconforto Respiratório um dos principais diagnósticos desse paciente.
- C) O RN deverá receber uma dose de surfactante exógeno o mais rapidamente possível. Estudos recentes mostram a ineficácia de doses subsequentes de surfactante, além do elevado risco de pneumotórax.
- D) A hipóxia perinatal, prematuridade e ausência de corticoide pré-natal são fatores de risco para uma produção insuficiente de surfactante pelos pneumócitos tipo I ainda na vida intrauterina.
- E) Considerando a idade gestacional de 31 semanas e a hipóxia, a meta terapêutica na ventilação mecânica deve ser a de manter a saturação de oxigênio (SatO₂) permanentemente entre 96 e 98%.

Comentário OsceLabs

A prematuridade de 31 semanas, o desconforto respiratório precoce e o padrão radiológico favorecem deficiência de surfactante, alternativa B. O surfactante é produzido pelos pneumócitos tipo II, não tipo I, e doses adicionais podem ser necessárias. Rotura de membranas prolongada e pré-natal incompleto também exigem investigar sepse/pneumonia; a imagem não exclui infecção. Na oxigenoterapia do prematuro, deve-se evitar hiperóxia: manter saturação permanentemente em 96–98% não é o alvo rotineiro proposto para esse contexto.

Referência: European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update.

Questão 62 · Histiocitose de células de Langerhans

Gabarito oficial: D

62. Lactente masculino, 6 meses de idade, é levado à emergência pediátrica por sua mãe devido ao surgimento de “caroços” em pescoço e na virilha há cerca de 1 mês. Nos últimos dias, refere que o menor está mais irritado, além de perceber a respiração mais “rápida”. Relata que a criança apresentou picos febris em alguns dias ao longo desse período.

O exame físico chamou a atenção do pediatra nos seguintes aspectos:

- Leve palidez; irritabilidade durante todo o exame físico; linfonodos palpáveis em regiões cervical e inguinais bilaterais, com os maiores medindo cerca de 3 cm; frequência respiratória de 60 incursões por minuto; fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

Solicitados exames:

- Hemograma: HGB 10,5 g/dL VCM 70 fL HCM 24 pg
- Leucócitos 12.450 mm³ / Plaquetas 165.000 / mm³
- RX tórax (vide imagem abaixo). *O laudo do radiologista evidenciou, entre outros achados, lesões osteolíticas em ambas as escápulas. Foi sugerido realizar RX de crânio (vide abaixo).



Qual a principal hipótese diagnóstica para esse lactente diante dos achados clínicos e laboratoriais/ imagem?

- A) Linfohistiocitose hemofagocítica
- B) Paracoccidioidomicose
- C) Leucemia linfóide crônica
- D) Histiocitose de células de Langerhans
- E) Granulomatose eosinofílica com poliangéite

Comentário OsceLabs

Lesões osteolíticas em escápulas e crânio, associadas a linfonodomegalias e hepatomegalia em lactente, sugerem histiocitose de células de Langerhans, alternativa D. O diagnóstico precisa de tecido e imunofenótipo compatível; a extensão para órgãos de risco determina prognóstico e tratamento. Linfo-histiocitose hemofagocítica costuma apresentar síndrome inflamatória intensa com citopenias e outros critérios, não esse padrão ósseo característico. Leucemia linfóide crônica é excepcional na infância e não é a hipótese adequada para o caso.

Referência: National Cancer Institute. Langerhans Cell Histiocytosis Treatment (PDQ).

Questão 63 - Avaliação do neurodesenvolvimento em idade escolar

Gabarito oficial: C

63. Criança de 5 anos vem para atendimento em serviço de pediatria com a hipótese diagnóstica de transtorno do espectro autista. Segundo relato, ela não tem fala organizada compatível com a idade cronológica, nem aprendeu a escrever as letras ainda e tem dificuldade de acompanhar nas atividades de sala. Esse relato é verbal e, além dele, a genitora traz o encaminhamento do serviço de atenção básica com os dados de crescimento e marcos do desenvolvimento até o momento. Durante a avaliação, a criança contactua, mas nem sempre sustenta o olhar. Responde e respeita comandos, tira e veste a própria roupa e sabe contar de 1 a 20. Forma frases curtas, de 2 a 3 palavras, mas não desenvolve uma história. Tem tempo estimado de tela de 4 horas diárias desde bebê, quando era cuidado pela bisavó. Ficou brincando com um único brinquedo durante a entrevista com a mãe, mas conhecia os demais brinquedos apresentados. Possui avaliação auditiva, que descartou surdez. Sua conduta inicial frente a esse quadro, além de orientar sobre o uso abusivo de telas, foi:

- A) Aplicar o MChat para auxílio no diagnóstico.
- B) Encaminhar para neurologista infantil.
- C) Solicitar um laudo completo da escola.
- D) Afastar a hipótese diagnóstica.
- E) Tratar o quadro com medicação.

Comentário OsceLabs

O relato da escola ajuda a verificar comunicação, interação, aprendizagem e comportamento em ambiente diferente da consulta; por isso, C é a próxima medida selecionada. O M-CHAT-R/F foi validado para crianças pequenas, aproximadamente 16–30 meses, e não é o instrumento apropriado aos cinco anos. Contato visual eventual ou capacidade de seguir comandos não excluem autismo. Exposição a telas merece intervenção, mas não explica automaticamente todos os sinais. A avaliação multiprofissional pode ser necessária; medicação não substitui investigação e apoio ao desenvolvimento.

Referência: NICE CG128. Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis.

Referência: M-CHAT-R/F. Instrumento original e faixa etária de aplicação.

Questão 64 - Puericultura na síndrome de Down

Gabarito oficial: A

64. Menino de 2 anos e 4 meses, portador de trissomia do 21, vem para consulta de rotina. Havia perdido a consulta anterior e, por isso, estava há quase um ano sem acompanhamento. A mãe negava queixas, e a criança atingia os marcos de crescimento e desenvolvimento apropriados para a idade e para a trissomia 21. Alimentava-se de forma variada e fazia natação duas vezes na semana. Traz ecocardiograma com descrição de forame oval patente e demais parâmetros dentro da normalidade. Diante do diagnóstico e da puericultura direcionado ao paciente, sua conduta baseada na orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria neste momento foi a seguinte:

- A) Solicitar investigação de doença celíaca.
- B) Manter seguimento anual habitual sem solicitações de exames.
- C) Encaminhamento para endocrinologista pelo risco de hipotireoidismo.
- D) Solicitar seguimento com a cardiologia diante do diagnóstico de cardiopatia.
- E) Orientar a família a procurar escolas específicas para crianças portadoras de doenças genéticas.

Comentário OsceLabs

A banca selecionou investigação de doença celíaca, alternativa A, entre as medidas de seguimento direcionado. Deve-se contextualizar: diretrizes diferem sobre rastreamento laboratorial universal em crianças assintomáticas; a AAP recomenda vigilância de sintomas e investigação quando indicados. O seguimento inclui controle tireoidiano, audição, visão, crescimento e desenvolvimento, mas risco de hipotireoidismo não exige encaminhamento automático ao endocrinologista. Forame oval patente isolado não equivale à cardiopatia estrutural que justificaria a opção apresentada. Educação inclusiva é a referência, não segregação escolar por diagnóstico genético.

Referência: Health Supervision for Children and Adolescents With Down Syndrome.

Questão 65 · Urticária isolada após exposição alimentar

Gabarito oficial: B

65. Lactente de 1 ano e 9 meses dá entrada no sistema de pronto atendimento devido a quadro de placas urticariformes espalhadas em todo o corpo há 2 dias. Genitora refere que há 1 dia trouxe paciente com quadro semelhante após a ingestão de biscoito contendo leite. O paciente é portador de alergia à proteína do leite de vaca e estava com os avós, que ofereceram um biscoito sem verificar os ingredientes. No atendimento prévio, a criança foi medicada com corticoide e anti-histamínico e enviado para casa com medicações prescritas por cinco dias. Ele havia melhorado inicialmente, mas acordou novamente com placas vermelhas e elevadas pelo corpo, motivando a nova ida ao serviço de saúde. A criança estava dormindo durante o atendimento, tinha lesões urticariformes no corpo e discreto edema em lábios. Ausculta cardíaca e pulmonar dentro da normalidade e abdome sem alterações. Ela havia tomado sopa no jantar, com boa aceitação.

Diante da hipótese diagnóstica e da recorrência do quadro, o que seria recomendado se fazer nesse momento?

- A) Internar a criança devido ao risco iminente de gravidade.
- B) Manter as medicações e orientar genitora sobre o quadro.
- C) Solicitar exames laboratoriais para auxílio diagnóstico.
- D) Indicar a realização de adrenalina intramuscular.
- E) Realizar dose de corticoide venoso e internar.

Comentário OsceLabs

Urticária e discreto edema labial, sem comprometimento respiratório, cardiovascular ou gastrointestinal relevante, não estabelecem anafilaxia pelos dados apresentados. A banca escolheu B: orientar e manter manejo sintomático. É indispensável confirmar estado de consciência e estabilidade, pois sonolência anormal ou sinais de má perfusão mudam a conduta. Anti-histamínico de segunda geração é a base para urticária; corticoide sistêmico não é obrigatório de rotina nem previne anafilaxia bifásica. Adrenalina intramuscular é imediata se surgirem critérios de anafilaxia.

Referência: World allergy organization anaphylaxis guidance 2020.

Referência: The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria.

Questão 66 • Glomerulonefrite pós-estreptocócica

Gabarito oficial: E

66. Paciente masculino, 6 anos, encontra-se internado por uma Síndrome Nefrítica Pós-Estreptocócica. Sobre a fisiopatologia dessa doença, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Ocorre uma intensa resposta inflamatória endocapilar glomerular, com predomínio de polimorfonucleares, sendo poupada a região mesangial.
- B) A denominação 'humps' corresponde ao depósito de imunocomplexos na membrana basal glomerular, os quais podem ser identificados na imunofluorescência.
- C) A ativação do sistema renina-angiotensina promove vasodilatação na arteríola eferente do glomérulo, bem como um aumento da resistência da arteríola aferente.
- D) Ocorre uma importante lesão dos podócitos, e dessa forma, o ultrafiltrado glomerular é abundante em hemácias dismórficas (crenadas).
- E) A deposição de imunocomplexos desencadeia a ativação do sistema complemento, predominantemente pela via alternativa, resultando em quimiotaxia de neutrófilos, consumo sérico de C3 e proliferação celular que obstrui os capilares glomerulares.

Comentário OsceLabs

Deposição de imunocomplexos com ativação do complemento, predominantemente pela via alternativa, explica consumo de C3, inflamação e redução da filtração glomerular: E. O mesângio pode ser acometido, portanto não é correto afirmar que é poupado. Os 'humps' são depósitos subepiteliais caracterizados na microscopia eletrônica. Angiotensina II promove principalmente vasoconstrição da arteríola eferente, e não vasodilatação. A hematúria glomerular decorre da lesão da barreira glomerular; não se resume a uma podocitopatia isolada.

Referência: KDIGO 2021. Clinical Practice Guideline for Glomerular Diseases

Questão 67 · Triagem neonatal e hipotireoidismo

Gabarito oficial: A

67. Qual dos exames listados abaixo NÃO é realizado pelo Teste do Pezinho oferecido pelo Sistema Único de Saúde para os recém-nascidos no Estado de Pernambuco?

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| A) T4 livre | D) Fenilalanina |
| B) 17 alfa hidroxiprogesterona | E) IGM para Toxoplasmose |
| C) Tripsina imunorreativa | |

Comentário OsceLabs

O teste de rastreamento do hipotireoidismo congênito no programa citado utiliza TSH em sangue seco, e não T4 livre; por isso, A é a exceção. T4 livre integra a confirmação e a avaliação clínica após rastreio alterado. Fenilalanina, tripsina imunorreativa e 17-hidroxiprogesterona correspondem, respectivamente, a triagem de fenilcetonúria, fibrose cística e hiperplasia adrenal congênita. O painel efetivamente ofertado deve ser conferido por local e data, pois sua ampliação é progressiva.

Referência: Ministério da Saúde. Triagem neonatal biológica — manual técnico

Referência: Secretaria de Saúde de Pernambuco. Teste do Pezinho — Carta de Serviços.

Questão 68 · Estresse positivo, tolerável e tóxico

Gabarito oficial: C

68. Você está trabalhando em um ambulatório de pediatria geral, e em um dos seus turnos atende os seguintes casos:

- A) Menina, 5 anos, foi levada à consulta de rotina pelos pais. Relatam que estão passando por um divórcio e a filha está com dificuldades em se adaptar à nova rotina. Questionam o que podem fazer para ajudar nesse processo, pois percebem que a criança está mais quieta e triste.
- B) Menino, 8 anos, chega à consulta acompanhado por avó. Cuidadora traz como queixa que neto está mais agressivo, desde que o pai foi preso. Atualmente está morando com os avós, e a mãe visita-o durante a semana, dependendo dos horários de trabalho.
- C) Criança do sexo masculino, 3 anos, iniciou há um mês a vida escolar. Genitora refere que, nos primeiros dias de adaptação, chorou pedindo para voltar para casa. Hoje, no entanto, já conta quais brincadeiras fizeram na escola e fala dos amigos que fez. A mãe está preocupada, pois ainda precisou buscá-lo mais cedo um dia na última semana devido aos pedidos da criança.

Ao fim do expediente, você reflete sobre os efeitos dos fatores estressantes no desenvolvimento infantil e classifica, respectivamente, os pacientes acima em relação aos tipos de estresse da seguinte forma:

- A) Tóxico, tolerável e tóxico
- B) Positivo, tóxico, tolerável
- C) Tolerável, tóxico e positivo
- D) Positivo, tolerável e tolerável
- E) Tóxico, tóxico, positivo

Comentário OsceLabs

A banca associa divórcio a estresse tolerável, encarceramento paterno a tóxico e adaptação escolar a positivo, resultando em C. A ressalva é que essas categorias descrevem a resposta da criança e a proteção disponível, e não são rótulos automáticos do evento. Adversidade intensa e persistente sem suporte protetor favorece estresse tóxico; relações estáveis podem amortecer seus efeitos. Choro inicial seguido de adaptação escolar é compatível com desafio transitório do desenvolvimento. A avaliação deve incluir segurança, apoio familiar e funcionamento da criança.

Referência: Harvard Center on the Developing Child. Toxic stress.

Questão 69 - Marcos do desenvolvimento e encaminhamento

Gabarito oficial: C

69. Durante um turno de atendimento na Unidade Básica de Saúde, você atende 4 crianças com menos de 3 anos em que a preocupação principal do cuidador é se o desenvolvimento está adequado.

- **Criança 1:** Sexo feminino, 5 meses; leva objetos à boca, responde ativamente ao contato social, não senta sem apoio, vira sozinha para a posição de bruços.
- **Criança 2:** Sexo masculino, 14 meses; anda bem com apoio, mas não tem bom equilíbrio quando sem apoio; coloca blocos dentro da caneca por meio da demonstração e fala; durante a consulta, fala bola e aponta para ela; faz movimento de pinça.
- **Criança 3:** Sexo feminino, 3 meses; olha para você de forma evidente; desencosta o queixo da superfície quando de bruços; não abre as mãos espontaneamente; não segura objetos quando encostados em suas mãos; apresenta sorriso social e emite sons como se quisesse conversar.
- **Criança 4:** Sexo masculino, 16 meses; não usa a colher ou garfo para levar comida em direção à boca, empilha dois cubos e os coloca dentro da caixa quando solicitado; abre portas e gavetas dando passos para trás; fala apenas água e não, além de papai e mamãe; aponta quando quer algo.

De acordo com o Ministério da Saúde, qual criança tem indicação de ser encaminhada, de imediato, à equipe multiprofissional e/ou à rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento?

- A) Criança 1
- B) Criança 2
- C) Criança 3
- D) Criança 4
- E) Nenhuma

Comentário OsceLabs

Na criança 3, a ausência de abertura espontânea das mãos chama atenção por faltar uma habilidade esperada em faixa etária anterior, justificando avaliação do desenvolvimento: C. A preensão de objetos pertence à faixa de dois a quatro meses e deve ser contextualizada, não usada sozinha para diagnosticar atraso aos três meses. Não sentar sem apoio aos cinco meses, andar com apoio aos 14 meses ou ainda não dominar utensílios aos 16 meses, isoladamente, não representam o mesmo sinal. A vigilância considera o conjunto dos domínios, a trajetória e eventual perda de habilidades; encaminhamento não equivale a diagnóstico definitivo.

Referência: Ministério da Saúde. Caderneta da criança, menino, 7ª edição revisada, 2025

Referência: CDC. Milestones by 2 months — abertura das mãos

Referência: SBP. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do desenvolvimento de zero a dois meses.

Questão 70 - Mastite inflamatória: gabarito e atualização

Gabarito oficial: C

70. Lactante de 25 anos busca atendimento em Unidade Básica de Saúde, com queixa de febre, mal-estar e dor em mama direita há cerca de 18 horas para orientação. Relata que está no 15º dia pós-parto cesariano, e seu filho encontra-se em aleitamento materno exclusivo. Ao exame físico: mama direita com área hiperemiada e edemaciada em quadrantes superiores, com dor ao toque, sem área de flutuação à palpação, ausência de fissura mamilar; mama esquerda túrgida e sem outras alterações.

Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica para esse caso, qual o manejo inicial mais adequado?

- A) Antibioticoterapia oral, paracetamol e suspensão temporária da amamentação
- B) Ibuprofeno, uso de bomba extratora de horário e massagem vigorosa antes da mamada
- C) Compressa morna antes da mamada, uso de sutiã com alça firme e larga e ibuprofeno
- D) Paracetamol, antibioticoterapia parenteral e compressa fria antes das mamadas
- E) Iniciar a mamada pela mama sadia, antibioticoterapia tópica e ibuprofeno

Comentário OsceLabs

A banca marcou C, valorizando analgesia e suporte no quadro inicial, sem evidência de abscesso. A orientação atual da Academy of Breastfeeding Medicine privilegia medidas anti-inflamatórias, incluindo frio local, e recomenda evitar massagem vigorosa e extração excessiva, que podem agravar edema. Calor pode dar conforto, mas não é tratamento obrigatório e pode aumentar vasodilatação. A amamentação costuma ser mantida conforme tolerância. Persistência, piora sistêmica ou suspeita de mastite bacteriana exigem reavaliação e eventual antibiótico; flutuação levanta suspeita de abscesso.

Referência: Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #36: The Mastitis Spectrum, Revised 2022.

Questão 71 - Reintrodução do esquema antituberculose

Gabarito oficial: E

71. Adolescente de 14 anos evoluiu com hepatotoxicidade, no 10º dia de tratamento para tuberculose com esquema RIPE, o que levou à suspensão de seu tratamento por 20 dias.

Na condução clínica, após melhora das transaminases, a melhor conduta é a seguinte:

- A) Refazer teste tuberculínico, Rx de tórax e cultura de escarro.
- B) O tratamento deve ser reiniciado com as drogas previamente usadas.
- C) O tratamento deve ser substituído por outros fármacos tuberculostáticos.
- D) O esquema deve ser reintroduzido após avaliação de exame de sensibilidade.
- E) O tratamento deve ser reintroduzido na sequência R/E/I/P e acrescentado 20 dias do esquema suspenso.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo é E. A sequência é compatível com o manual do Ministério da Saúde: rifampicina e etambutol inicialmente, depois isoniazida e, por último, pirazinamida, com intervalos de três a sete dias e avaliação hepática antes de cada etapa. Há ressalva sobre a duração: o manual considera o tempo de tratamento a partir da retomada do esquema completo; simplesmente acrescentar vinte dias não é regra universal. Não se reiniciam todos os hepatotóxicos simultaneamente. Hepatotoxicidade grave ou recorrente pode exigir esquema alternativo e acompanhamento especializado.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose, 2ª ed., 2019.

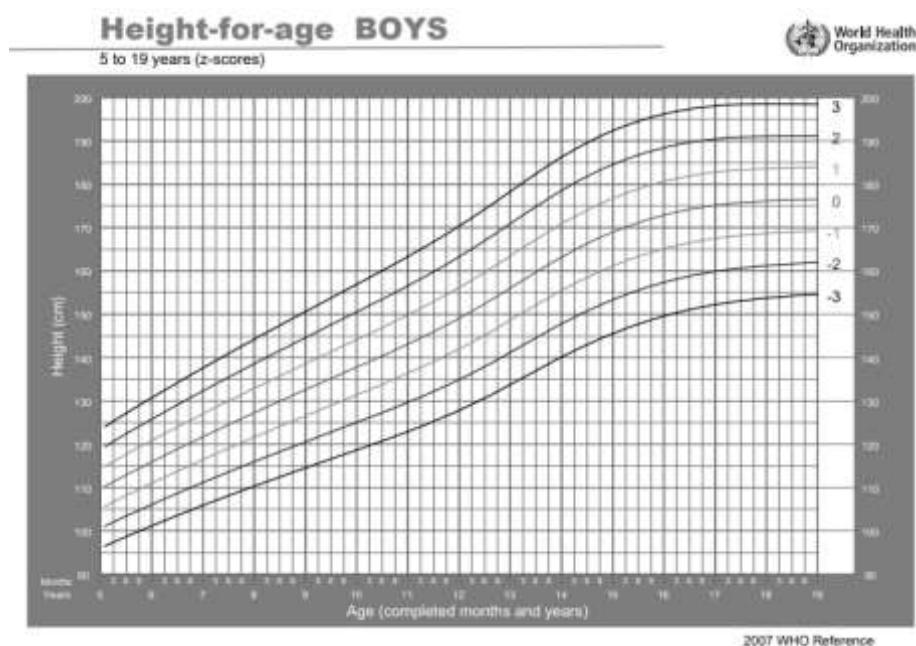
Questão 72 · Baixa estatura e alvo familiar

Gabarito oficial: A

72. Criança do sexo masculino, 7 anos, é levada aos pais à consulta pediátrica. Eles trazem como queixa que acham o filho muito pequeno para a idade e estão preocupados. Durante anamnese, relatam que paciente nasceu termo, peso do nascimento: 3,1 Kg, negaram problemas na gestação e durante o parto. Teve um internamento prévio por pneumonia com 1 ano, mas sem necessidade de UTI. Quanto à alimentação, cuidadores relatavam um cardápio variado, com recusa para alguns alimentos, principalmente frutas e legumes.

Ao exame físico, não identificada nenhuma alteração. Desenvolvimento puberal de Tanner: G1P1. Dados antropométricos: Peso = 25 Kg, Altura = 110 cm, Altura materna: 151 cm, Altura paterna: 165 cm.

Pais não lembravam sobre dados da puberdade.



Com base nos dados clínicos, qual seria sua conduta inicial para a queixa dos pais?

- A) Tranquilizaria os pais quanto à possível hipótese de baixa estatura familiar, solicitaria radiografia de mão e punho esquerdo para avaliar idade óssea e definir necessidade de prosseguir investigação, e acompanharia velocidade de crescimento.
- B) Como escolar com baixa estatura de acordo com a curva de crescimento, solicitaria exames laboratoriais para descartar doenças inflamatórias e endócrinas e acompanharia velocidade de crescimento.
- C) Diante da possibilidade de retardo constitucional do crescimento, aguardaria o paciente iniciar a puberdade para avaliar a velocidade de crescimento e acompanhar a recuperação da estatura com o estirão dessa faixa etária.
- D) Encaminharia paciente à endocrinologia pediátrica para a condução do caso por especialista e avaliação de intervenções hormonais, pois paciente abaixo do seu alvo genético e velocidade de crescimento alterada.
- E) Paciente com estatura adequada para a idade, não sendo necessária nenhuma investigação adicional. Orientar apenas o acompanhamento mensal da velocidade de crescimento.

Comentário OsceLabs

Pais de baixa estatura tornam plausível baixa estatura familiar, mas é preciso avaliar curva, idade óssea e velocidade de crescimento; por isso, A. O alvo genético masculino é aproximadamente $(\text{altura paterna} + \text{altura materna} + 13)/2$, cerca de 164,5 cm. Um único ponto não permite afirmar velocidade de crescimento alterada. Tampouco é adequado esperar até a puberdade sem acompanhar a criança. A hipótese familiar deve ser revista se houver desaceleração, discrepância importante do alvo, sinais sistêmicos ou idade óssea muito atrasada.

Referência: [Pediatric Endocrine Society. Short stature.](#)

Questão 73 - Adrenalina na reanimação neonatal

Gabarito oficial: B

73. Recém-nascido termo nasceu de parto cesáreo de urgência por prolapso de cordão e com líquido amniótico meconial. Apresentou-se hipotônico e sem movimentos respiratórios. Foi colocado sob fonte de calor radiante e secado. Foram iniciadas as manobras de reanimação e compressões torácicas, realizada intubação orotraqueal com ventilação com pressão positiva, havendo boa expansibilidade. Após 30 segundos de aplicação destas medidas, permaneceu sem resposta adequada.

Assinale a alternativa que indica o próximo passo na assistência a essa criança.

- A) Realizar expansão com 10ml/kg de Solução fisiológica 0,9%.
- B) Administrar adrenalina via acesso venoso umbilical.
- C) Manter procedimentos por 2 minutos e reavaliar.
- D) Realizar aspiração das vias aéreas devido ao mecônio.
- E) Administrar bicarbonato de sódio, já que a parada cardiorrespiratória foi prolongada.

Comentário OsceLabs

A alternativa oficial B identifica adrenalina por via intravascular, preferencialmente acesso umbilical, quando a frequência permanece abaixo de 60/min apesar de ventilação eficaz e compressões coordenadas. Há uma limitação no enunciado: a avaliação após compressões costuma respeitar cerca de 60 segundos de ventilação e massagem efetivas, não apenas 30 segundos. A prioridade é assegurar expansão pulmonar. Expansão volêmica fica para suspeita de hipovolemia; aspiração por mecônio e bicarbonato não são passos rotineiros nessa situação.

Referência: AHA/AAP. Neonatal Resuscitation Guidelines, 2025.

Questão 74 - Profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B

Gabarito oficial: D

74. A sepse neonatal é causa importante de morte no período neonatal. Um fator que modifica a evolução clínica e previne a sepse precoce por estreptococos do grupo B (EGB) é a realização de antibiótico profilático intraparto. Os casos abaixo são recém-nascidos (RN) termo, cujas mães não receberam profilaxia antibiótica intraparto para EGB. Assinale a alternativa que apresenta uma situação na qual a profilaxia estaria indicada, conforme orientação da SBP.

- A) Gestante que apresentou infecção urinária por *E. coli* no terceiro trimestre, tratada por 6 dias e sem controle de cura.
- B) Gestante submetida à cesariana fora do trabalho de parto, com bolsa íntegra, mas com cultura positiva para EGB na gestação.
- C) Gestante com tempo de bolsa rota de 13 horas, sem outros sinais ou sintomas e sem cultura para EGB conhecida.
- D) Gestante com bacteriúria assintomática por EGB no sétimo mês de gestação, que foi adequadamente tratada.
- E) Gestante com cultura negativa para EGB nesta gestação, mas que teve cultura positiva em gestação prévia.

Comentário OsceLabs

Bacteriúria por EGB em qualquer momento da gestação indica colonização importante e é indicação de profilaxia intraparto, mesmo se a bacteriúria tiver sido tratada: D. Infecção urinária por *E. coli* não é o mesmo critério. Cesariana antes do trabalho de parto e com membranas íntegras dispensa profilaxia específica de EGB, embora mantenha a profilaxia cirúrgica habitual. Bolsa rota por 13 horas isoladamente não atinge o limiar de 18 horas usado quando o status é desconhecido. Colonização em gestação passada deve ser contextualizada com o resultado atual.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

Questão 75 - Anemia hemolítica versus falência medular

Gabarito oficial: B

75. Pré-escolar de 3 anos, feminina, está internada para investigação de anemia. Os exames laboratoriais solicitados inicialmente estão listados abaixo:

- Hemograma: HGB 6,0 g/dL / VCM 84 fL / HCM 30 pg / leucócitos: 9.830 mm³ / plaquetas: 234.000 mm³
- Ferritina: 87 microg/L
- Reticulócitos: 8,5%
- DHL: 780 U/L
- Bilirrubinas totais: 4,3 mg/dL/ bilirrubina indireta: 3,7 mg/dL
- Vitamina B12 e ácido fólico sérico: dentro da normalidade

Apenas com os dados acima, são todas possíveis causas da anemia desta criança as citadas abaixo, EXCETO:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| A) esferocitose. | D) deficiência de G6PD. |
| B) anemia de Fanconi. | E) anemia hemolítica autoimune. |
| C) anemia falciforme. | |

Comentário OsceLabs

Reticulocitose, LDH elevada e hiperbilirrubinemia indireta indicam resposta medular a hemólise. Esferocitose, deficiência de G6PD, doença falciforme e anemia hemolítica autoimune podem produzir esse conjunto. Anemia de Fanconi é uma síndrome de falência medular, tipicamente com resposta reticulocitária inadequada e possível comprometimento de outras séries, sendo a exceção B. Os exames apresentados não distinguem as diferentes causas de hemólise: esfregaço, teste direto da antiglobulina e investigação específica são necessários conforme a hipótese.

Referência: Fanconi Cancer Foundation. Clinical Care Guidelines — hematologic issues.

Questão 76 - Meningite pneumocócica e cobertura empírica

Gabarito oficial: A

76. Escolar de 8 anos, sem marca de BCG é admitido na emergência com estado geral ruim e queixas de dor de cabeça, febre e vômitos iniciados há 12 horas. Esquema vacinal do PNI atualizado. Após ser examinado, recebeu o diagnóstico de meningite.

O Pediatra iniciou medidas de estabilização, corticoide e esquema de antibiótico com vancomicina e ceftriaxone e solicitou coleta de LCR, o qual evidenciou:

- Aspecto turvo
- 1.200 células/mm³ (80% de polimorfonucleares)
- Glicorraquia de 28 mg/dL
- Proteinorraquia de 150 mg/dL
- Bacterioscopia: diplococos Gram positivo.

Após receber os dados do LCR, a conduta mais adequada, de acordo com as mais recentes orientações da SBP, é a seguinte:

- A) manter o esquema já iniciado.
- B) suspender a vancomicina e manter apenas o ceftriaxone.
- C) suspender o ceftriaxone e manter apenas a vancomicina.
- D) modificar esquema para penicilina cristalina em dose alta (400.000 UI/kg/dia), associada à gentamicina (5 mg/kg/dia).
- E) suspender vancomicina, manter ceftriaxone e associar esquema para tuberculose enquanto aguarda resultado da cultura.

Comentário OsceLabs

Diplococos Gram-positivos no LCR sugerem pneumococo. Até conhecer sensibilidade, manter ceftriaxona e vancomicina é a opção A, pois a bacterioscopia não informa resistência. Retirar precocemente a vancomicina pode deixar cobertura inadequada. Após cultura e antibiograma, deve-se ajustar o esquema. O padrão purulento neutrofílico com hipoglicorraquia favorece meningite bacteriana aguda; ausência de cicatriz de BCG não transforma esse resultado em meningite tuberculosa. A antibioticoterapia não deve ser atrasada por exames quando há suspeita e gravidade.

Referência: WHO. Guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care, 2025.

Questão 77 - Derrame parapneumônico na criança

Gabarito oficial: E

77. Uma criança de 6 anos de idade, em tratamento para pneumonia adquirida na comunidade, evolui com dor abdominal, vômitos, febre persistente e queda da saturação de O₂ para 92% em ar ambiente após 72h de antibiótico em dose adequada, com boa adesão ao tratamento. Realiza radiografia de tórax que mostra obliteração moderada em seio costofrênico de hemitórax esquerdo. Qual a conduta inicial mais indicada?

- A) Aguardar mais 24 horas
- B) Realizar drenagem pleural imediata
- C) Associar outro antibiótico, pois derrame pleural é autolimitado
- D) Indicar tomografia computadorizada de tórax para guiar a drenagem
- E) Realizar ultrassonografia de tórax para avaliar volume e característica do derrame

Comentário OsceLabs

Piora após 72 horas de antibiótico com derrame radiográfico pede avaliação de complicação. A ultrassonografia de tórax, alternativa E, estima volume, identifica septações e ajuda a planejar eventual drenagem. Não é necessário solicitar tomografia de rotina para essa etapa. Observar sem reavaliar ou apenas acrescentar antibiótico ignora possível derrame complicado. A necessidade de drenagem depende de tamanho, repercussão respiratória, loculações e características do líquido, não apenas da presença de qualquer velamento do seio costofrênico.

Referência: 2026 Clinical Practice Guideline Update by the Infectious Diseases Society of America and the Pediatric Infectious Diseases Society on The Management of Community-Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 Months of Age: The Use of Chest Ultrasound in Children with Parapneumonic Effusion.

Questão 78 - Esofagite eosinofílica

Gabarito oficial: B

78. Um paciente, 8 anos, evoluindo com vômitos diários, seletividade alimentar, disfagia para sólidos (só consegue ingerir alimentos em pequenos pedaços e sempre se alimenta tomando água ou suco). Tem dermatite atópica e asma, sendo acompanhado em um ambulatório de alergologia pediátrica.

O diagnóstico mais provável e exame necessário para confirmar é o seguinte:

- A) Refluxo gastroesofágico/ estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED).
- B) Esofagite eosinofílica/ Endoscopia digestiva alta com biópsias de esôfago.
- C) Acalásia congênita/ pHmetria esofágica de dois canais.
- D) Estenose esofágica / estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED).
- E) Gastrite por *Helicobacter pylori* / Teste respiratório da ureia.

Comentário OsceLabs

Disfagia para sólidos, adaptações para deglutir e doenças atópicas favorecem esofagite eosinofílica. Endoscopia com biópsias esofágicas é necessária para confirmar, alternativa B; aparência endoscópica normal não dispensa amostragem quando a suspeita é relevante. Exame contrastado pode mostrar alterações estruturais, mas não comprova o infiltrado eosinofílico. pHmetria não diagnostica acalásia, e pesquisa de *Helicobacter pylori* não explica adequadamente o padrão de disfagia. Devem ser consideradas outras causas de eosinofilia esofágica na interpretação histológica.

Referência: ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Eosinophilic Esophagitis.

Questão 79 · Vacinas pneumocócicas conjugadas

Gabarito oficial: B

79. Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de 2025, sobre a prevenção da doença pneumocócica, qual é o esquema vacinal ideal recomendado para crianças saudáveis (sempre que possível) visando ampliar a proteção contra sorotipos emergentes como o 19A ,6 A/C e o 3?

- A) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPC10.
- B) Esquema 3+1 (2, 4 e 6 meses + reforço entre 12-15 meses) com VPC13, VPC15 ou VPC20.
- C) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPP23.
- D) Dose única de VPC20 aos 2 meses de idade.
- E) Esquema 3+0 (2, 4 e 6 meses sem reforço) com escolha da VPC13.

Comentário OsceLabs

A questão pede o esquema ideal recomendado pela SBP em 2025, quando disponível, e não simplesmente o calendário então ofertado pelo SUS. A alternativa B contempla série de três doses e reforço com conjugada de maior valência. Vacina polissacarídica 23-valente não substitui a conjugada em lactentes, que respondem inadequadamente aos polissacarídeos isolados. Dose única aos dois meses ou ausência de reforço não correspondem à estratégia descrita. Produtos e calendários mudam; a recomendação deve ser conferida na atualização vigente para a criança atendida.

Referência: SBP. Calendário de Vacinação — atualização 2025–2026.

Questão 80 - Proteção do lactente contra VSR

Gabarito oficial: B

80. Uma gestante de 34 anos, G2/P1, comparece à consulta de pré-natal na 31ª semana de gestação. O obstetra discute as estratégias de prevenção da Bronquiolite Viral Aguda pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) para o futuro recém-nascido.

Considerando as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para o uso do novo anticorpo monoclonal nirsevimabe para o lactente e do programa Nacional de Imunizações para o uso da vacina bivalente recombinante de pré-fusão F para gestantes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A estratégia preferencial para maximizar a proteção consiste na administração da vacina de VSR para a gestante após 34ª semana e, obrigatoriamente, na administração do nirsevimabe para o recém-nascido na maternidade, independentemente da idade gestacional ao nascer, garantindo "dupla barreira imunológica".
- B) Caso a gestante opte por receber a vacina contra o VSR nesta consulta e o parto ocorra a termo, o recém-nascido saudável não terá indicação de receber o nirsevimabe, pois é considerado protegido pela transferência passiva de anticorpos maternos.
- C) O nirsevimabe, assim como o palivizumabe, está indicado pelas sociedades médicas exclusivamente para grupos de alto risco, como prematuros abaixo de 29 semanas, portadores de cardiopatia congênita ou displasia broncopulmonar, não havendo indicação para lactentes a termo saudáveis.
- D) A vacina contra o VSR para gestantes no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser administrada apenas em gestantes com idade maior de 18 anos .
- E) Se a mãe não for vacinada durante a gestação, a recomendação da SBP é a indicação do nirsevimabe ao recém-nascido, porém sua proteção é de curta duração (cerca de 30 dias), necessitando de doses mensais repetidas durante toda a sazonalidade do vírus.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Comentário OsceLabs

A alternativa B descreve o recém-nascido saudável a termo cuja mãe foi vacinada em tempo adequado para transferência de anticorpos: em geral, não necessita nirsevimabe adicional. Não se recomenda 'dupla barreira' obrigatória para todos. Nirsevimabe é anticorpo de longa ação e não exige aplicações mensais como o palivizumabe; sociedades médicas também contemplam lactentes saudáveis. Prematuridade, intervalo muito curto entre vacina e parto e outras situações especiais podem modificar a indicação, assim como critérios de disponibilidade no programa público.

Referência: SBP. Calendário de Vacinação — atualização 2025–2026.

Questão 81 - Marcos históricos da vacinação brasileira

Gabarito oficial: C

81. A história da vacinação no Brasil, iniciada como política governamental no Império, alternou entre períodos de aceitação e resistência popular. No entanto, ao longo das décadas, foi se consolidando com destaque internacional devido ao seu Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Sobre os marcos históricos da vacinação no Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A vacinação contra Febre Amarela já era obrigatória para crianças desde 1837.
- B) A Lei de 1944, proposta por Oswaldo Cruz, forçava a vacinação contra a varíola.
- C) Em 1961, foi realizada a primeira campanha de vacina contra a poliomielite.
- D) Em 1973, foi criada a caderneta de vacinação.
- E) Em 1977, foi criado o PNI.

Comentário OsceLabs

A alternativa C identifica a campanha contra poliomielite de 1961. A lei de vacinação obrigatória ligada à Revolta da Vacina é de 1904 e dizia respeito à varíola, não uma lei proposta por Oswaldo Cruz em 1944. O PNI foi criado em 1973, enquanto o primeiro calendário nacional de vacinação foi estabelecido em 1977. As alternativas trocam datas e eventos; distinguir criação do programa, calendário e campanhas evita memorizar os anos de forma desconectada.

Referência: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações — 40 anos

Questão 82 - Pirâmide de risco nas condições crônicas

Gabarito oficial: C

82. O Modelo da Pirâmide de Riscos é uma ferramenta de gestão em saúde, popularizada pela Kaiser Permanente, baseada na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional. Sobre esse modelo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) 90% das pessoas portadoras de uma condição crônica estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples.
- B) 40 % estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa.
- C) 1 a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.
- D) No nível 1, a maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de Atenção Primária à saúde com apoio de especialistas.
- E) No nível 4, está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar.

Comentário OsceLabs

A pirâmide de Kaiser Permanente concentra a menor proporção de pessoas no topo, com necessidades altamente complexas e maior demanda de gestão de caso. A faixa de aproximadamente 1-5% corresponde à alternativa C. Na base, predomina apoio ao autocuidado, e nos níveis seguintes aumenta a participação de cuidado profissional coordenado. O modelo clássico tem três níveis; não deve ser confundido com outros modelos ampliados. As proporções são referências de organização e variam conforme população e definição de risco.

Referência: Mendes EV / CONASS. A construção social da Atenção Primária à Saúde, 2015

Questão 83 · Incidência, prevalência e duração

Gabarito oficial: B

83. Sobre as diferenças entre incidência e prevalência, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A incidência é mais útil em estudos que visam determinar a carga de doenças crônicas em uma população e suas implicações para os serviços de saúde.
- B) Se os casos incidentes não são resolvidos e continuam por todo o tempo, então eles tornam-se casos prevalentes. Neste caso, $\text{prevalência} = \text{incidência} \times \text{duração}$.
- C) O termo “taxa de ataque” é frequentemente utilizado, ao invés de prevalência, durante uma epidemia de doença em uma população bem definida em um curto período de tempo.
- D) A incidência refere-se ao número de casos encontrados em uma população definida em um determinado ponto no tempo.
- E) A prevalência expressa o risco de tornar-se doente.

Comentário OsceLabs

A alternativa B expressa a relação aproximada $\text{prevalência} = \text{incidência} \times \text{duração}$, válida sob hipóteses como estabilidade da população e do processo de adoecimento. Casos novos que permanecem doentes passam a integrar os casos prevalentes. Incidência mede ocorrência de casos novos e aproxima risco; prevalência mede o conjunto de casos existentes em um momento ou período. Taxa de ataque é uma forma de incidência acumulada em surtos, não sinônimo de prevalência. A relação não é uma identidade universal em populações dinâmicas.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 84 - Cálculo do risco relativo

Gabarito oficial: D

84. Em um estudo de coorte, foi investigada a associação entre o tabagismo ativo e o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em adultos acima de 40 anos.

Após 5 anos de seguimento, os resultados foram os seguintes:

- Grupo Exposto (tabagistas): 60 indivíduos desenvolveram DPOC de um total de 400 indivíduos acompanhados.
- Grupo Não Exposto (não tabagistas): 20 indivíduos desenvolveram DPOC de um total de 800 indivíduos acompanhados.

Com base nesses dados, calcule o Risco Relativo (RR) para o desfecho diagnóstico de DPOC e assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o valor numérico.

- A) 0,5
- B) 1,5
- C) 3,0
- D) 6,0
- E) Nenhuma das alternativas.

Comentário OsceLabs

O risco entre expostos é $60/400 = 0,15$. Entre não expostos, é $20/800 = 0,025$. Dividindo 0,15 por 0,025, obtém-se $RR = 6$, alternativa D. Isso significa incidência seis vezes maior no grupo exposto durante o seguimento descrito. Não basta dividir o número de doentes, pois os grupos têm tamanhos diferentes. RR não é aumento absoluto: a diferença absoluta de riscos é 0,125, ou 12,5 pontos percentuais.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 85 • Estudo caso-controle

Gabarito oficial: E

85. Um grupo de pesquisa buscou investigar se a infecção prévia pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é um fator de risco para o desenvolvimento de Esclerose Múltipla (EM). Para isso, em 2022, os pesquisadores identificaram 500 prontuários de pacientes com diagnóstico recente de EM e 1.000 prontuários de pacientes da mesma região, do mesmo sexo e faixa etária, mas com outras doenças neurológicas não desmielinizantes. Eles, então, analisaram retrospectivamente, por meio de exames de sangue arquivados, a presença de anticorpos contra o EBV nos dois grupos, referentes a amostras coletadas 5 anos antes do início dos sintomas neurológicos. Assinale a alternativa que corresponde a esse tipo de estudo.

- A) Estudo Ecológico.
- B) Estudo Transversal.
- C) Ensaio Clínico Randomizado.
- D) Estudo de Coorte.
- E) Estudo Caso-Controle.

Comentário OsceLabs

Os participantes foram selecionados a partir do desfecho: pessoas com esclerose múltipla e controles sem a doença, seguidos de investigação de exposição anterior. Esse desenho é caso-controle, alternativa E. O fato de existirem amostras antigas não transforma a seleção em coorte. Na coorte, a população é organizada por exposição e acompanhada para ocorrência do desfecho. Não houve intervenção randomizada, e o estudo não é ecológico porque a unidade de análise é o indivíduo.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 86 - Racismo estrutural e institucional

Gabarito oficial: B

86. No debate contemporâneo sobre equidade em saúde, é crucial distinguir conceitos fundamentais para a análise das iniquidades raciais.

Com base nas teorias de pensadores como Cida Bento, Silvio Almeida e outros, analise as sentenças abaixo:

- I** Pacto da Branquitude refere-se a um acordo tácito e inconsciente entre pessoas brancas para a manutenção de privilégios, operando por meio do silenciamento do debate racial e da naturalização das hierarquias sociais.
- II.** Racismo Estrutural diz respeito às formas de discriminação explícita e consciente praticadas por indivíduos dentro das instituições, como um profissional de saúde que se recusa a atender um paciente negro.
- III.** Racismo Institucional manifesta-se quando os critérios normativos, os protocolos e a cultura organizacional de uma instituição – como um hospital ou um plano de saúde – reproduzem desvantagens sistemáticas para grupos racializados, ainda que não haja intenção discriminatória explícita.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) I, II e III. B) I e III, apenas. C) II e III, apenas. D) I, apenas. E) III, apenas.

Comentário OsceLabs

As afirmações I e III descrevem, respectivamente, manutenção tácita de privilégios e reprodução institucional de desigualdades, resultando em B. A afirmação II reduz o racismo estrutural a atitudes individuais conscientes. O conceito estrutural envolve padrões históricos, econômicos e sociais que organizam oportunidades, inclusive sem intenção explícita em cada interação. No cuidado em saúde, revisar barreiras de acesso, protocolos e resultados por grupos permite reconhecer dimensões institucionais que não se esgotam na responsabilização de um profissional isolado.

Referência: Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Questão 87 · Vigilância passiva, ativa e sentinela

Gabarito oficial: B

87. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo de coleta, análise e interpretação de dados, essencial para o planejamento e a avaliação das práticas de saúde pública.

Sobre os diferentes tipos de vigilância epidemiológica, analise as seguintes afirmativas:

- | | |
|-------------|--|
| I. | Na vigilância passiva, a notificação depende da iniciativa dos profissionais ou dos serviços de saúde, sem busca ativa pelos órgãos de vigilância, o que pode resultar em subnotificação. |
| II. | A vigilância ativa é caracterizada por busca sistemática de casos, com deslocamento dos técnicos da vigilância até as unidades notificadoras para garantir a completude das informações. |
| III. | A vigilância sentinela utiliza uma rede de unidades de saúde selecionadas para monitorar eventos específicos, sendo útil para estimar a magnitude de um problema de saúde, quando a vigilância universal é inviável. |
| IV. | Um exemplo de vigilância sentinela é o sistema de notificação compulsória de doenças, como sarampo e dengue, que exige que todos os casos suspeitos sejam informados às autoridades. |

Está CORRETO o que se afirma em

- A) todas. B) apenas três. C) apenas duas. D) apenas uma. E) nenhuma.

Comentário OsceLabs

I, II e III estão corretas, portanto B. A vigilância passiva depende do fluxo habitual de notificações; a ativa procura sistematicamente os casos; a sentinela acompanha eventos em unidades selecionadas. A afirmação IV descreve notificação de abrangência universal e não uma rede sentinela. A vigilância ativa pode utilizar diferentes estratégias de busca, não apenas deslocamento físico. Cada modalidade tem finalidade e limitações, e sistemas complementares podem coexistir para o mesmo problema de saúde.

Referência: CDC. Principles of epidemiology — public health surveillance

Questão 88 - Sensibilidade de um sinal clínico

Gabarito oficial: C

88. Um estudo avaliou a presença de artralgia como um sinal clínico para o diagnóstico precoce de Dengue em pacientes febris. Foram incluídos 300 pacientes atendidos em um serviço de emergência durante um surto. O diagnóstico definitivo de Dengue foi confirmado por sorologia (padrão-ouro). Os resultados foram os seguintes:

- Dos 90 pacientes com Dengue confirmada, 72 apresentavam artralgia.
- Dos 210 pacientes sem Dengue, 147 não apresentavam artralgia.

Com base nesses dados, qual é a sensibilidade da presença de artralgia como sinal clínico para o diagnóstico de Dengue nessa população?

- A) 58% B) 70% C) 80% D) 85% E) Nenhuma das alternativas
-

Comentário OsceLabs

Sensibilidade é a proporção de pessoas com a doença que têm o teste ou sinal positivo. São 72 pacientes com artralgia entre 90 com dengue: $72/90 = 80\%$, alternativa C. Os 147 sem artralgia entre 210 sem dengue permitem calcular especificidade de 70%, outro parâmetro. Usar todos os 300 participantes no denominador não calcula sensibilidade. A presença de artralgia pode ajudar a reconhecer a doença, mas não confirma dengue isoladamente.

Referência: CDC. Principles of Epidemiology — measures of disease frequency.

Questão 89 - Composição dos Conselhos de Saúde

Gabarito oficial: D

89. A participação social é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizada, principalmente, pelos Conselhos de Saúde.

Sobre a composição, o papel e o funcionamento desses conselhos, conforme a legislação do SUS, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os Conselhos de Saúde, em todas as esferas de governo, possuem composição paritária, sendo formados na mesma proporção por representantes dos usuários, representantes dos trabalhadores da saúde e representantes do governo e prestadores de serviços.
- B) A principal função dos Conselhos de Saúde é de caráter consultivo, cabendo a eles emitir pareceres não vinculantes sobre as políticas propostas pela Secretaria de Saúde, enquanto a decisão final é de responsabilidade do gestor.
- C) Para garantir a representatividade, os representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde são indicados diretamente pelo gestor municipal ou estadual, a partir de listas encaminhadas por entidades civis.
- D) A paridade na composição dos conselhos significa que, em um conselho municipal de saúde com 24 membros, haverá 12 representantes dos usuários, 6 representantes dos trabalhadores da saúde e 6 representantes do governo, gestores e prestadores de serviços privados conveniados.
- E) As Conferências de Saúde, que também são instâncias de participação social, ocorrem a cada 4 anos e têm como principal finalidade eleger os membros dos Conselhos de Saúde para o mandato subsequente.

Comentário OsceLabs

A paridade reserva 50% das vagas aos usuários; os outros 50% se dividem entre trabalhadores da saúde e governo/prestadores. Em 24 membros, isso corresponde a 12, 6 e 6, alternativa D. Não são três terços iguais. Os conselhos têm caráter permanente e deliberativo, participando da formulação e controle da política de saúde. Conferências realizadas ordinariamente a cada quatro anos avaliam a situação e propõem diretrizes; eleger conselheiros não é sua finalidade principal.

Referência: CNS453

Referência: Brasil. Lei nº 8.142/1990 — participação da comunidade na gestão do SUS.

Questão 90 - Por que randomizar?

Gabarito oficial: A

90. Qual é a principal vantagem de um ensaio clínico randomizado em comparação com estudos observacionais para avaliar a eficácia de uma intervenção?

- A) A randomização ajuda a distribuir os fatores de confusão de forma equilibrada entre os grupos.
- B) São eticamente mais simples, pois não envolvem a intervenção direta do pesquisador.
- C) Possuem maior validade externa e generalização para a população geral.
- D) São mais baratos e rápidos de conduzir.
- E) Nenhuma das alternativas.

Comentário OsceLabs

A randomização tende a distribuir fatores de confusão conhecidos e desconhecidos entre os grupos, reduzindo viés de seleção e apoiando a inferência causal: A. Ela não garante equilíbrio perfeito em toda amostra nem elimina perdas, falta de adesão ou viés de aferição. Ensaios não são necessariamente eticamente mais simples, e sua validade externa depende dos critérios de inclusão e do contexto. A principal vantagem descrita está na comparabilidade dos grupos ao avaliar o efeito de uma intervenção.

Referência: CONSORT 2025 Statement: Updated Guideline for Reporting Randomized Trials.

Questão 91 - Estrutura PICO

Gabarito oficial: C

91. O acrônimo PICO é uma ferramenta utilizada para estruturar uma pergunta de pesquisa, principalmente para revisões sistemáticas.

O que a letra 'O' representa?

- A) Observação (o tipo de dado a ser observado).
- B) Organização (a estrutura do estudo).
- C) Outcome (desfecho ou resultado de interesse).
- D) Originalidade (a novidade da pergunta de pesquisa).
- E) Nenhuma das alternativas.

Comentário OsceLabs

O corresponde a outcome, o desfecho de interesse, alternativa C. P define população ou problema; I, intervenção; C, comparação. A estrutura transforma uma dúvida ampla em pergunta pesquisável e ajuda a escolher estudos e resultados relevantes. O desfecho pode ser clínico, funcional ou de qualidade de vida, entre outros. 'Observação', 'organização' e 'originalidade' não são o significado da letra nessa ferramenta.

Referência: [Cochrane Handbook. Defining the criteria for including studies and grouping for synthesis](#)

Questão 92 - Atributos essenciais da Atenção Primária

Gabarito oficial: E

92. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ordenar as Redes de Atenção. A Estratégia Saúde da Família é o modelo prioritário para sua operacionalização no Brasil.

Em relação aos atributos essenciais da APS, analise as sentenças abaixo:

- I.** A coordenação do cuidado refere-se ao estabelecimento de um vínculo duradouro entre a equipe de saúde e uma população adscrita, permitindo o acompanhamento contínuo ao longo do tempo, o que facilita o reconhecimento precoce de problemas e a construção de um cuidado personalizado.
- II.** A longitudinalidade implica que a APS deve atuar como centro de comunicação do sistema, organizando o fluxo do usuário entre diferentes pontos de atenção e integrando as informações sobre seus cuidados, evitando a fragmentação.
- III.** A APS é o primeiro contato do usuário com o sistema para qualquer novo problema de saúde, garantindo acesso universal e resolutivo, e os encaminhamentos para outros níveis de atenção devem, preferencialmente, ser realizados a partir dela.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) I, II e III.
- B) I e II, apenas.
- C) I e III, apenas.
- D) II e III, apenas.
- E) III, apenas.

Comentário OsceLabs

As duas primeiras afirmações trocam os conceitos. Vínculo e acompanhamento ao longo do tempo definem longitudinalidade; integração dos cuidados e informações entre serviços define coordenação. A terceira descreve o acesso de primeiro contato, estando correta. Logo, apenas III: E. Integralidade é outro atributo essencial e envolve reconhecer e atender necessidades diversas. A APS organiza a rede, mas isso não impede acesso direto a serviços de urgência ou a outros fluxos previstos para necessidades específicas.

Referência: Ministério da Saúde. PCATool-Brasil — manual do instrumento de avaliação da APS, 2020.

Questão 93 - Camadas dos determinantes sociais

Gabarito oficial: A

93. O modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead é representado por um diagrama de camadas concêntricas.

Sobre a composição e a relação entre essas camadas, analise as afirmativas abaixo:

- | | |
|------|--|
| I. | Na camada mais central, temos os fatores individuais não-modificáveis, incluindo idade, sexo e fatores hereditários. |
| II. | Na terceira camada, estão as redes sociais e comunitárias, que abrangem o suporte oferecido pela família, amigos e comunidade local. |
| III. | Na quarta camada, temos as condições de vida e trabalho, que são determinadas por políticas públicas e contextos econômicos locais. |
| IV. | Na camada mais externa, estão os fatores gerais socioeconômicos, culturais e ambientais, que constituem os macrodeterminantes. |

Está CORRETO o que se afirma em

- A) todas.
- B) apenas três.
- C) apenas duas.
- D) apenas uma.
- E) nenhuma.

Comentário OsceLabs

As quatro afirmações acompanham a organização do modelo de Dahlgren e Whitehead, contando o núcleo individual como a primeira camada: A. Idade, sexo e hereditariedade ocupam o centro; seguem estilos de vida, redes sociais, condições de vida/trabalho e contexto socioeconômico, cultural e ambiental. A disposição evidencia que escolhas individuais são influenciadas por recursos e condições coletivas. Não deve ser lida como uma separação causal rígida: as camadas interagem e políticas amplas repercutem nos níveis mais próximos do indivíduo.

Referência: WHO. Mapping the commercial determinants of health, 2025 — modelo de Dahlgren e Whitehead.

Questão 94 · Pré-natal na Rede Alyne

Gabarito oficial: C

94. A Rede Alyne é uma iniciativa do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil, visando a um pré-natal de qualidade com consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, começando no primeiro trimestre, com o mínimo de

- A) 5 consultas. B) 6 consultas. C) 7 consultas. D) 8 consultas. E) Nenhuma das alternativas.
-

Comentário OsceLabs

O parâmetro perguntado na Rede Alyne é mínimo de sete consultas de pré-natal, alternativa C, com início no primeiro trimestre e acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. A referência numérica não é teto de atendimento nem substitui a qualidade das consultas. Gestantes com risco ou intercorrências precisam de frequência e encaminhamento adequados. É importante não confundir esse parâmetro normativo brasileiro com outros modelos internacionais de número de contatos durante a gestação.

Referência: Ministério da Saúde. Caderneta Brasileira da Gestante, 2026 — acompanhamento pré-natal.

Questão 95 · Notificação de agravos relacionados ao trabalho

Gabarito oficial: A

95. Um médico residente, em suas atividades no ambulatório, diagnosticou os seguintes casos abaixo:

- | | |
|------|--|
| I. | Perda Auditiva relacionada ao trabalho. |
| II. | Síndrome de burnout. |
| III. | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho. |
| IV. | Distúrbio de voz relacionado ao trabalho. |

Assinale a alternativa em que são consideradas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública:

- A) todos os itens.
- B) apenas três itens.
- C) apenas dois itens.
- D) apenas um item.
- E) nenhum item.

Comentário OsceLabs

Os quatro itens integram categorias de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória: A. Burnout é considerado no âmbito dos transtornos mentais relacionados ao trabalho; perda auditiva, distúrbios osteomusculares e distúrbio de voz também exigem atenção ao nexo ocupacional. A notificação tem finalidade de vigilância e não depende de afastamento, emissão de benefício ou conclusão de processo judicial. Ela não deve ser confundida com Comunicação de Acidente de Trabalho, que possui finalidade previdenciária e fluxo próprio.

Referência: Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 14/2025 — notificação de agravos do trabalho.

Questão 96 - Função do SIH/SUS

Gabarito oficial: B

96. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) é um sistema, cujo principal instrumento é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Sobre esse sistema, é CORRETO afirmar que

- A) é o sistema responsável por registrar os atendimentos de urgência e emergência realizados nas unidades de saúde do país.
- B) sua principal finalidade é o controle e pagamento das internações hospitalares financiadas pelo SUS.
- C) sua base de dados contém informações detalhadas sobre o histórico médico de todos os usuários.
- D) é utilizado pelos hospitais para notificar as doenças e agravos de notificação compulsória.
- E) Nenhuma das alternativas.

Comentário OsceLabs

O SIH/SUS utiliza a AIH para registrar, controlar e processar o pagamento das internações financiadas pelo SUS, alternativa B. Sua base também permite análise epidemiológica e de utilização, mas não é prontuário longitudinal completo de todos os cidadãos. Atendimentos ambulatoriais e de urgência sem internação não são sua finalidade principal. A notificação de doenças e agravos utiliza sistemas próprios, como o Sinan. É fundamental considerar cobertura e finalidade administrativa ao interpretar seus dados.

Referência: DATASUS. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS).

Questão 97 - Autonomia e recusa informada

Gabarito oficial: C

97. Paciente, 88 anos, foi diagnosticado com câncer de próstata, tendo sido proposta pela equipe médica uma prostatectomia radical. O médico explicou detalhadamente os riscos, benefícios e alternativas, utilizando linguagem acessível. O paciente, após refletir com sua família, optou por recusar a cirurgia. A atitude do médico, ao garantir que o paciente recebesse informações compreensíveis e respeitasse sua escolha, mesmo diferente da recomendação inicial da equipe, está fundamentada, principalmente, no seguinte princípio bioético:

- A) Justiça. B) Beneficência. C) Autonomia. D) Não-maleficência. E) Paternalismo.

Comentário OsceLabs

Explicar riscos, benefícios e alternativas em linguagem compreensível e respeitar a decisão de um paciente capaz expressa autonomia, alternativa C. Beneficência orienta promover o bem; não maleficência, evitar dano; justiça, distribuição e tratamento equitativos. Nenhum desses princípios autoriza presumir incapacidade apenas pela idade. A recusa deve ser esclarecida e documentada, mantendo assistência e discussão de outras opções. O caso não descreve condição que justifique impor a cirurgia contra a vontade informada do paciente.

Referência: Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica, edição 2019.

Questão 98 - Acidente com material biológico e CAT

Gabarito oficial: A

98. Um médico plantonista sofreu uma perfuração acidental com agulha contaminada durante a realização de um procedimento invasivo em um paciente no hospital. O supervisor imediato orientou que o acidente fosse registrado no prontuário do paciente e que o plantonista procurasse o serviço de saúde ocupacional do hospital.

Com base na legislação brasileira sobre acidentes e Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), analise as afirmativas abaixo:

- I. O acidente sofrido pelo médico plantonista configura um Acidente de Trabalho típico.
- II. A perfuração com material biológico é considerada um Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, exigindo notificação compulsória, além da CAT.
- III. A obrigação de emitir a CAT é, em primeiro lugar, do hospital, e o prazo para emissão é de até 1 (um) dia útil após a ocorrência.
- IV. Mesmo que o hospital não emita a CAT, o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública podem fazê-lo.

Está(ão) CORRETA(S)

- A) todas.
- B) apenas três.
- C) apenas duas.
- D) apenas uma.
- E) nenhuma.

Comentário OsceLabs

As quatro afirmações estão corretas no vínculo previdenciário a que a questão se refere: A. Perfuração durante o trabalho é acidente típico e exposição a material biológico deve ser notificada. O empregador comunica a CAT até o primeiro dia útil seguinte; em caso de morte, a comunicação é imediata. A omissão do empregador não impede emissão pelos legitimados descritos. Registrar apenas no prontuário do paciente não cumpre esses deveres nem substitui a avaliação imediata do trabalhador e das medidas pós-exposição.

Referência: Brasil. Lei nº 8.213/1991 — acidentes de trabalho e comunicação.

Referência: Ministério da Saúde. PCDT da profilaxia pós-exposição ao HIV, IST e hepatites virais.

Questão 99 - Modalidades do Consultório na Rua

Gabarito oficial: D

99. A estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional.

Sobre a organização das equipes dos Consultórios na Rua, assinale a alternativa CORRETA.

- A) São organizadas em 4 modalidades (I, II, III e IV).
- B) A Modalidade I é formada minimamente por 6 (seis) profissionais.
- C) A Modalidade II é formada minimamente por 8 (oito) profissionais.
- D) A Modalidade III é formada minimamente por 6 (seis) profissionais, acrescida de um profissional médico.
- E) A presença do Agente Social é obrigatória em todas as modalidades.

Comentário OsceLabs

A modalidade III agrega médico à composição da modalidade II, que tem no mínimo seis profissionais; portanto, D. No desenho normativo citado, a modalidade I tem ao menos quatro profissionais e a II, seis. Não há quatro modalidades como afirma A, nem exigência de agente social em todas as equipes. A composição deve respeitar categorias e cargas horárias previstas. A estratégia oferece cuidado integral e articulação com outros pontos da rede, sem restringir o atendimento às demandas mais visíveis da situação de rua.

Referência: Ministério da Saúde. Consultório na Rua — modalidades e composição.

Questão 100 - Financiamento federal da APS

Gabarito oficial: B

100. A Portaria GM/MS nº 3.493 de 2024 instituiu o novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Sobre as características e mudanças fundamentais desse modelo, em relação ao Previner Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O novo modelo manteve a mesma estrutura de incentivos financeiros, baseada no cadastramento nominal e em indicadores de desempenho clínicos.
 - B) Um dos avanços do modelo é o Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, que considera o número de pessoas cadastradas e atualizadas no sistema eletrônico da APS, aplicando um fator de ponderação que leva em conta a vulnerabilidade socioterritorial dos municípios.
 - C) O novo modelo abandona completamente a lógica de pagamento por desempenho e retorna a um financiamento fixo baseado no número estimado de habitantes de cada município, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
 - D) O Componente de Qualidade do financiamento foi extinto, sendo substituído por um repasse fixo e único por equipe, independentemente do desempenho em indicadores de saúde.
 - E) Nenhuma das alternativas.
-

Comentário OsceLabs

A alternativa B reconhece o componente de vínculo e acompanhamento territorial e a consideração de características de vulnerabilidade na organização do novo financiamento. A Portaria 3.493/2024 não manteve integralmente o Previner Brasil nem aboliu o componente de qualidade. O modelo combina componentes e critérios, em vez de um repasse único exclusivamente populacional. Para aplicação administrativa atual, é necessário consultar também alterações posteriores; nesta questão, a referência é a estrutura instituída pela portaria explicitamente citada.

Referência: Ministério da Saúde. Cofinanciamento da APS — vínculo e acompanhamento territorial.

Documentos originais

Gabarito oficial

Gabarito oficial definitivo da UPENET/IAUPE. Questões 12, 51, 55 e 60 anuladas.

A seguir, reproduções integrais do gabarito e do caderno utilizados. A numeração de páginas desses documentos é a da banca; os comentários não alteram os arquivos oficiais.

[Fonte do gabarito](#)

[Fonte do caderno](#)



SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
EDITAL RESIDÊNCIA MÉDICA/SUS-PE 2026
GABARITO DEFINITIVO



GRUPO 01 – ÁREAS BÁSICAS COM ACESSO DIRETO

CLÍNICA MÉDICA		CIRURGIA GERAL		OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA		PEDIATRIA		MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL	
QUESTÕES	ALTERNATIVAS	QUESTÕES	ALTERNATIVAS	QUESTÕES	ALTERNATIVAS	QUESTÕES	ALTERNATIVAS	QUESTÕES	ALTERNATIVAS
01	B	21	E	41	B	61	B	81	C
02	E	22	D	42	B	62	D	82	C
03	E	23	A	43	A	63	C	83	B
04	B	24	D	44	D	64	A	84	D
05	B	25	C	45	D	65	B	85	E
06	C	26	D	46	A	66	E	86	B
07	C	27	A	47	E	67	A	87	B
08	B	28	C	48	E	68	C	88	C
09	B	29	D	49	C	69	C	89	D
10	E	30	C	50	A	70	C	90	A
11	A	31	C	51	NULA	71	E	91	C
12	NULA	32	B	52	C	72	A	92	E
13	B	33	C	53	C	73	B	93	A
14	E	34	C	54	E	74	D	94	C
15	B	35	B	55	NULA	75	B	95	A
16	C	36	D	56	A	76	A	96	B
17	C	37	D	57	B	77	E	97	C
18	B	38	B	58	D	78	B	98	A
19	C	39	B	59	D	79	B	99	D
20	C	40	D	60	NULA	80	B	100	B



Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

 UF

Nº de Inscrição

GRUPO 01
ÁREAS BÁSICAS COM ACESSO DIRETO

PREZADO CANDIDATO

- Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 100 (cem) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.
- Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.
- Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.
- As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.
- Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.
- Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.

BOA SORTE!

CLÍNICA MÉDICA

01. Homem de 62 anos, portador de doença renal crônica há seis anos, hipertensão e diabetes de longa data, em seguimento ambulatorial, relata há cerca de três meses piora progressiva da fadiga, intolerância aos esforços e palidez cutânea. Nega sangramentos, melena, hemoptise, hematúria e nunca recebeu transfusões. Usa losartana 50 mg duas vezes ao dia, sinvastatina 20 mg e metformina 850 mg. No exame físico, apresenta pressão arterial de 142×86 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm, ausculta cardiovascular sem sopros, pulmões limpos, ausência de edemas e mucosas hipocoradas, sem icterícia. Os exames mostram hemoglobina de 9,2 g/dL, hematócrito de 28%, VCM 88 fL, reticulócitos 0,6%, ferritina 200 ng/mL, ferro sérico 70 µg/dL, saturação de transferrina 24%, creatinina 2,8 mg/dL, ureia 88 mg/dL, TFG (KDIGO) de 28 mL/min/1,73m², potássio 4,9 mEq/L e níveis de vitamina B12 e ácido fólico dentro da normalidade.

Diante desse cenário clínico e laboratorial, qual a conduta terapêutica inicial mais adequada?

- A) Transfundir concentrado de hemácias a cada duas semanas.
- B) Iniciar eritropoetina subcutânea associada a ferro (oral ou EV) conforme estoque.
- C) Repor apenas ferro (preferencialmente endovenoso) sem agente estimulador da eritropoiese.
- D) Tratar apenas se a hemoglobina for menor que 7 g/dL.
- E) Solicitar biópsia de medula óssea para excluir mielodisplasia.

02. A IARC, Agência Internacional para Pesquisa em Câncer, publicou em 2023 uma revisão sistemática identificando 13 tipos de neoplasias com associação causal comprovada com a obesidade. Esses resultados foram posteriormente reforçados por uma grande análise de coorte publicada na JAMA Oncology em 2025, que destacou o excesso de gordura corporal como o segundo fator de risco modificável mais relevante para o desenvolvimento de câncer no mundo, ficando atrás apenas do tabagismo.

Diante dessas evidências, todas as neoplasias abaixo apresentam associação causal estabelecida com a obesidade, EXCETO

- A) Carcinoma hepatocelular.
- B) Carcinoma de endométrio.
- C) Adenocarcinoma de esôfago.
- D) Carcinoma colorretal
- E) Carcinoma de pulmão de células não pequenas.

03. Mulher de 70 anos, diabética tipo 2, com infarto prévio há 2 anos, usa metformina 1000 mg/dia. Está assintomática, com HbA1c de 7,5%, TFG de 68 mL/min/1,73 m², LDL de 72 mg/dL, pressão bem controlada e IMC de 29 kg/m². Segundo as Diretrizes da SBD 2025, qual é a melhor estratégia para otimizar o controle metabólico e reduzir o risco cardiovascular?

- A) Aumentar metformina para 2000 mg/dia.
- B) Introduzir sulfonilureia.
- C) Associar insulina basal de ação prolongada.
- D) Adicionar inibidor de DPP-4.
- E) Adicionar agonista do receptor de GLP-1 com benefício cardiovascular comprovado.

04. Homem de 65 anos, natural de Limoeiro (PE), portador de cirrose hepática alcoólica há oito anos, chega ao hospital de referência em Recife com dispnéia progressiva há 10 dias e dor torácica leve à direita, sem febre, tosse ou perda de peso. Relata aumento do volume abdominal e edema em membros inferiores. Encontra-se em bom estado geral, com mucosas descoradas e icterícia discreta. Ao exame, apresenta ascite moderada, edema bilateral de pernas (2+/4+) e redução do murmúrio vesicular na base direita, com macicez até o terço médio do hemitórax. A pressão arterial é 104×68 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm e saturação de 93% em ar ambiente. A radiografia de tórax evidencia derrame pleural volumoso à direita, sem sinais de consolidação. A toracocentese mostra proteína pleural de 1,8 g/dL, DHL 120 U/L, relação proteína pleural/sérica de 0,3, relação DHL pleural/sérica de 0,4, glicose de 95 mg/dL, pH 7,45, citologia com poucas células mesoteliais sem predomínio celular e cultura negativa.

Com base no quadro clínico e laboratorial, qual o diagnóstico mais provável?

- A) Derrame exsudativo por infecção.
- B) Derrame transudativo secundário à hipertensão portal.
- C) Derrame neoplásico.
- D) Quilotórax.
- E) Empiema pleural.

05. Homem de 35 anos, portador de lúpus eritematoso sistêmico com artrite e nefrite classe III, iniciou prednisona 1 mg/kg/dia há 10 dias por surto moderado. A partir do sétimo dia, familiares notaram insônia, fala acelerada e euforia, que evoluíram para irritabilidade, alucinações auditivas e comportamento desorganizado nas últimas 48 horas. No exame, está agitado, desatento e taquicárdico (FC 110 bpm), sem febre, rigidez de nuca ou déficits focais. Os exames mostram ureia 36 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, sódio 140 mEq/L, glicemia 95 mg/dL, TSH normal e função hepática preservada. A ressonância é normal, o líquido apresenta 2 células/mm³, proteína 28 mg/dL, glicose 65 mg/dL e PCR-HSV negativo. Anti-DNA em queda e C3/C4 em recuperação, afastando neuro-LES ativo. Qual é a conduta mais apropriada?

- A) Aumentar prednisona para 1,5 mg/kg/dia.
- B) Reduzir gradualmente o corticoide e introduzir antipsicótico atípico.
- C) Iniciar ciclofosfamida em pulso por neuro-LES.
- D) Anifrolumabe imediato.
- E) Trocar para metilprednisolona em dose de choque (1 g/d × 3).

06. Homem de 38 anos, previamente hígido, apresenta trombose venosa profunda proximal em membro inferior direito após longa viagem aérea. Não faz uso de hormônios ou anabolizantes. A investigação laboratorial, realizada no momento adequado e sem interferência da anticoagulação ou do evento agudo, mostrou Fator V Leiden heterozigoto positivo, com proteína C, proteína S e antitrombina normais. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Anticoagulação por 2 meses e suspensão definitiva.
- B) Anticoagulação indefinida e rastreamento genético familiar obrigatório.
- C) Anticoagulação por 3 a 6 meses e orientação preventiva em situações de risco.
- D) Uso de antiagregantes plaquetários crônicos.
- E) Evitar exercícios físicos e desidratação, sem anticoagulação.

07. Mulher de 52 anos apresenta nefrolitíase recorrente há três anos, além de fadiga crônica, dor óssea difusa e constipação ocasional. Os exames mostram cálcio sérico de 11,6 mg/dL, PTH de 125 pg/mL, fósforo de 2,2 mg/dL, vitamina D de 35 ng/mL e função renal normal. Não utiliza suplementos e não houve imobilização prolongada. Qual é o diagnóstico e o tratamento mais indicado?

- A) Hipercalcemia maligna; iniciar hidratação EV.
- B) Hiperparatireoidismo secundário; iniciar vitamina D.
- C) Hiperparatireoidismo primário; indicar paratireoidectomia.
- D) Hipercalcemia por imobilização; orientar deambulação precoce.
- E) Hipercalcemia por vitamina D; suspender suplementos.

08. Mulher de 45 anos procura atendimento por fadiga progressiva, ganho de peso não explicado e constipação há seis meses. Relata pele mais ressecada, intolerância ao frio e sonolência excessiva. Menciona que a mãe teve “problema na tireoide” e usou hormônio por muitos anos. O exame mostra discreta lentificação psicomotora e pele fria. Os exames revelam TSH 12 mUI/L, T4 livre 0,6 ng/dL e anticorpo anti-TPO positivo. Qual é o diagnóstico e a conduta mais adequada?

- A) Hipotireoidismo subclínico; apenas observar.
- B) Tireoidite de Hashimoto; iniciar levotiroxina.
- C) Síndrome do eutiroideo doente; iniciar levotiroxina.
- D) Tireotoxicose induzida por amiodarona; suspender a droga.
- E) Doença de Graves; iniciar antitireoidiano.

09. Homem de 67 anos, natural de Garanhuns (PE) e portador de doença renal crônica estágio 3, procura atendimento devido à dor súbita, intensa e inchaço no hálux direito, iniciados há 24 horas. O quadro começou durante a madrugada, após um jantar com carne vermelha, frutos do mar e consumo de cerveja artesanal. Relata que a dor piora até com o toque do lençol. No exame físico, a articulação metatarsofalangeana direita encontra-se quente, eritematosa, edemaciada e com limitação funcional marcada. Exames laboratoriais mostram ácido úrico 9,8 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, VHS 35 mm/h e PCR 12 mg/L. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Artrite séptica.
- B) Gota.
- C) Artrite psoriásica.
- D) Condrocálcinose.
- E) Artrite reativa.

10. De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025, elaborada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As medidas não farmacológicas incluem redução do consumo de sal, perda de peso, prática regular de atividade física e moderação no uso de álcool.
- B) O escore PREVENT é recomendado para estimar o risco de eventos cardiovasculares em 10 anos.
- C) A presença de doença renal crônica, diabetes ou lesão de órgão-alvo define alto risco cardiovascular.
- D) A diretriz sugere considerar biomarcadores como escore de cálcio coronariano, BNP, troponina ultrasensível e lipoproteína(a) em situações selecionadas.
- E) A Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2025 não recomenda estratificação de risco na pré-hipertensão, apenas na hipertensão estabelecida.

11. Com base na Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As metas de LDL-colesterol foram redefinidas, sendo <55 mg/dL para pacientes de risco extremo, conforme recomendação principal da diretriz.
- B) A Lp(a) deve ser medida ao menos uma vez na vida para estratificação de risco.
- C) A ApoB é recomendada como marcador adicional em situações de hipertrigliceridemia.
- D) A diretriz recomenda o uso de ensaio independente da isoforma para dosagem de Lp(a).
- E) O colesterol não-HDL mantém importância na avaliação residual de risco.

12. Homem de 70 anos, com hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, tratada endoscopicamente há 10 dias, e hemoglobina atualmente estável, desenvolve início súbito de dispneia intensa, dor torácica pleurítica e taquicardia. A angiotomografia de tórax revela trombo extenso na artéria pulmonar principal direita, compatível com tromboembolismo pulmonar maciço, porém sem hipotensão ou sinais de choque. Qual é a melhor conduta inicial?

- A) Iniciar varfarina oral com controle rigoroso de INR.
- B) Instalar filtro de veia cava inferior temporário.
- C) Indicar trombólise venosa imediata.
- D) Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose reduzida.
- E) Apenas observar e reavaliar em 48 horas.

13. Homem de 38 anos é admitido no pronto-socorro após convulsão tônico-clônica generalizada que durou cerca de 15 minutos, evoluindo com confusão mental e dor muscular intensa. Nas horas seguintes, passa a apresentar urina escura e redução importante do volume urinário. Os exames revelam creatinina de 2,3 mg/dL, potássio 6,0 mEq/L, cálcio 7,5 mg/dL e CPK de 15.000 U/L. O débito urinário nas últimas seis horas é de 0,2 mL/kg/h. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Administrar furosemida em bolus para aumentar a diurese.
- B) Iniciar hidratação vigorosa com solução salina isotônica para manter diurese acima de 200 mL/h.
- C) Restringir líquidos para evitar sobrecarga volêmica.
- D) Prescrever manitol para prevenção de necrose tubular.
- E) Iniciar bicarbonato de sódio oral para alcalinizar a urina.

14. Mulher de 84 anos, hipertensa e com osteoartrite, é internada por infecção urinária febril associada à desidratação leve. Após melhora clínica e suspensão do antibiótico endovenoso, a equipe passa a notar apatia crescente, lentificação psicomotora, fala monótona, sonolência durante o dia e episódios de desatenção que alternam com períodos de relativa lucidez. A paciente nega alucinações, não apresenta agitação, e o exame neurológico revela força preservada e reflexos normais. A avaliação pelo Confusion Assessment Method mostra início agudo, curso flutuante e desatenção marcante. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Demência de Alzheimer em fase inicial.
- B) Transtorno cognitivo leve.
- C) Episódio depressivo maior com características melancólicas.
- D) Transtorno de ajustamento ao ambiente hospitalar.
- E) Delirium hipoativo secundário à condição médica aguda.

15. Homem de 74 anos, diabético e hipertenso, chega após 48 horas de febre alta, calafrios, prostração intensa e redução acentuada da diurese, após dois dias de mal-estar progressivo em casa. Na admissão: PA 82/48 mmHg mesmo após 1,5 L de cristalóide, FC 128 bpm, lactato 6,1 mmol/L, diurese 0,3 mL/kg/h, creatinina 2,1 mg/dL (prévia 1,0). Temperatura 38,9 C, extremidades frias, SatO₂ 90% em 4 L/min. Hemoculturas já colhidas, e urina turva sugere foco urinário. Qual é o próximo passo imediato?

- A) Administrar somente mais volume até normalização da pressão.
- B) Iniciar norepinefrina imediatamente para atingir PAM $\geq$ 65 mmHg e estabilizar perfusão.
- C) Começar dopamina pela menor taxa de arritmia.
- D) Aguardar antibioticoterapia antes de vasopressor.
- E) Transferir para enfermaria após estabilização inicial.

16. Mulher de 71 anos, portadora de DPOC muito avançado e hiperinsuflação dinâmica conhecida, está intubada por acidose hipercápnica aguda. No ventilador: auto-PEEP estimada em 8 cmH₂O, frequência respiratória 24 irpm, volume corrente 6 mL/kg, PEEP 5 cmH₂O, pressão de platô 22 cmH₂O e fluxo expiratório desacelerado, com evidente encurtamento do tempo expiratório. Observa-se assincronia com esforços ineficazes e queda transitória da pressão arterial durante a inspiração, sugerindo aprisionamento aéreo significativo. Qual é a intervenção inicial mais apropriada?

- A) Aumentar o volume corrente para melhorar recrutamento de áreas colapsadas.
- B) Elevar a PEEP até igualar totalmente a auto-PEEP medida.
- C) Reduzir a frequência respiratória para prolongar o tempo expiratório e diminuir o aprisionamento aéreo.
- D) Aumentar a fração inspirada de oxigênio para reduzir hipercapnia.
- E) Realizar manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas.

17. Homem de 66 anos, pós-operatório de colestomia por tumor, apresenta febre persistente, dor abdominal difusa, distensão e piora hemodinâmica. Chega à UTI com PA 86/54 mmHg após 2 L de cristalóide, lactato 4,7 mmol/L, leucócitos 19.000/mm³ e PCR > 300 mg/L. Tomografia apresenta coleção sub-hepática de 6 cm com gás, sugerindo processo infeccioso ativo. Norepinefrina já em 0,15 mcg/kg/min com pouca melhora clínica. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A) Aumentar vasopressor até normalizar PA.
- B) Trocar antibiótico e observar por 24 h.
- C) Realizar controle de foco cirúrgico/percutâneo + antibiótico adequado.
- D) Usar corticoide em altas doses como primeira medida.
- E) Aguardar evolução clínica para decidir intervenção.

18. Mulher de 48 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia explosiva súbita enquanto caminhava, seguida de vômitos e sonolência progressiva durante o transporte. Na admissão: Glasgow 9, pupilas isocóricas e fotorreativas, PA 168/98 mmHg, FC 90 bpm, rigidez de nuca e bradipneia ocasional. História sem trauma ou uso de anticoagulantes. Glicemia 118 mg/dL. Há forte suspeita de hipertensão intracraniana aguda. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Realizar punção lombar imediatamente.
- B) Solicitar tomografia de crânio antes de qualquer punção lombar.
- C) Administrar benzodiazepínico e aguardar.
- D) Reduzir PA rapidamente com vasodilatador IV.
- E) Hiperventilar de forma contínua e prolongada.

19. Homem de 72 anos, internado por sepse urinária, evolui nas últimas 12 horas com oligúria marcada, fraqueza muscular progressiva e episódios de palpitação. Exames laboratoriais mostram potássio 7,3 mEq/L, creatinina 3,8 mg/dL (prévia 1,2), bicarbonato 16 mEq/L e pH 7,25. ECG revela ondas T apiculadas, QRS alargado e redução de amplitude complexa. Pressão arterial 94/58 mmHg com baixo suporte vasopressor. Perfusão periférica diminuída. Qual é a conduta imediata?

- A) Administrar apenas resina de troca iônica.
- B) Aguardar nova gasometria para confirmar a gravidade.
- C) Gluconato de cálcio IV + insulina com glicose + considerar terapia renal substitutiva.
- D) Furosema em altas doses como primeira escolha.
- E) Aumentar vasopressor antes de qualquer intervenção.

20. Mulher de 65 anos, ex-tabagista, com diagnóstico de DPOC moderada, usa broncodilatador de longa duração de forma regular. Apresentou três exacerbações no último ano, duas delas exigindo antibiótico. A contagem de eosinófilos é de 320 células/ μ L. Qual é a conduta adicional mais adequada neste cenário?

- A) Iniciar corticosteroide sistêmico em dose contínua.
- B) Substituir broncodilatador por metilxantina.
- C) Introduzir corticosteroide inalado em associação à terapia atual.
- D) Suspende broncodilatador e iniciar fisioterapia respiratória exclusiva.
- E) Não modificar conduta atual, pois não há critérios de gravidade.

CIRURGIA GERAL

21. Em qual das situações clínicas abaixo, NÃO está indicada a neoadjuvância com FLOT nos tumores gástricos e de junção-esofagogástrica?

- A) Tumor Siewert I (adenocarcinoma) com linfonodos paracárdicos +
- B) Tumor gástrico de incisura angularis que invade a muscular própria, porém sem linfonodos acometidos
- C) Tumor Siewert III com invasão esplênica por contiguidade e linfonodos positivos
- D) Tumor antral com linfonodos positivos em todas as cadeias perigástricas
- E) Tumor Siewert II com metástase única para o lobo esquerdo do fígado

22. A técnica TAR (Transversus Abdominis Release) é usada no tratamento de hérnias ventrais complexas e grandes defeitos da parede abdominal. Em relação a esse procedimento, podemos afirmar que

- A) por promover uma liberação muscular ampla, ela dispensa o uso de tela de prolene.
- B) por usar o músculo transverso do abdome, ela está contraindicada para hérnias da linha média.
- C) ela se restringe a uma separação anterior de componentes da bainha do reto abdominal.
- D) ela é uma evolução da cirurgia da separação de componentes, com diminuição dos riscos de atrofia do reto e lesão nervosa.
- E) quando utilizada, a tela deve ser preferencialmente absorvível e aplicada logo abaixo da bainha anterior do reto abdominal.

23. Homem 24 anos, portador de esferocitose hereditária. Encaminhado ao ambulatório de cirurgia pela hematologista com indicação de esplenectomia. Ictérico e descorado, traz os seguintes exames laboratoriais: Hemoglobina 7,9 g/dl, bilirrubina total de 12.2 mg/dl, bilirrubina indireta de 11 mg/dl, Gama GT 47 U/l. USG de abdome total mostra esplenomegalia importante e colelitíase. Na consulta, o cirurgião identifica que o paciente é assintomático da doença biliar e solicita uma colangioressonância. Nessa situação, qual a conduta mais adequada?

- A) Realizar a esplenectomia e a colecistectomia laparoscópica no mesmo momento cirúrgico.
- B) É uma das poucas indicações de tratar a colelitíase com ác. ursadesoxicólico.
- C) Como o paciente é assintomático, não devemos realizar a colecistectomia.
- D) Realizar a colecistectomia 1-2 meses após a esplenectomia, com o paciente sem anemia e anictérico.
- E) De acordo com os critérios de Tokyo, esse paciente tem já indicação de CPER no pré-operatório, independente da ressonância.

24. Abaixo podemos analisar a colangioressonância do caso acima.



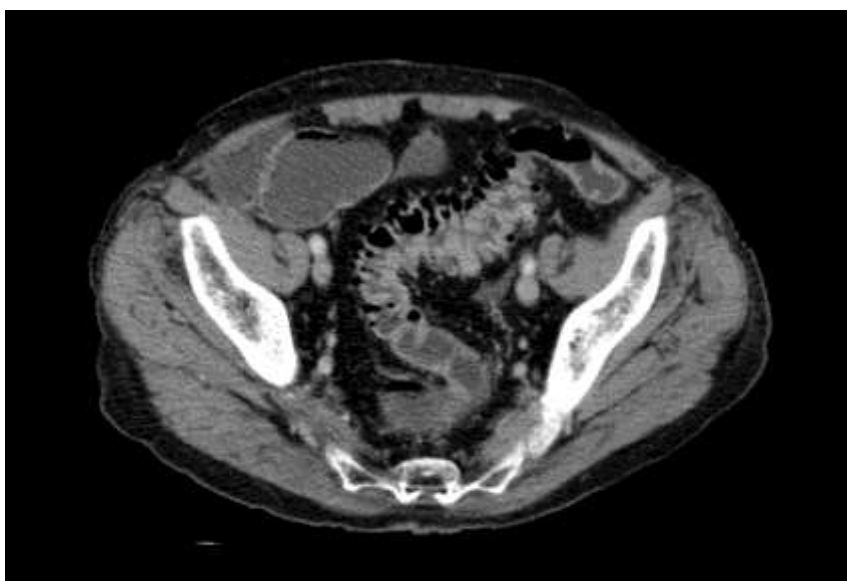
Além da colelitíase, podemos afirmar que

- A) existe uma alteração da anatomia biliar no lobo direito.
- B) existe uma imagem sugestiva de obstrução biliar distal.
- C) existe condição propícia para o acontecimento da síndrome de Mirizzi.
- D) existe baixa probabilidade para o acontecimento de pancreatite biliar.
- E) existem microcálculos na árvore biliar esquerda.

25. Na REMIT, Resposta Endócrino-Metabólica-Imunológica ao Trauma, incluindo os hormônios envolvidos, qual das substâncias abaixo NÃO causa lipólise?

- A) Catecolaminas
- B) Glucagon
- C) Insulina
- D) GH
- E) Cortisol

26. Homem, previamente hígido, 52 anos. Admitido na emergência com mal-estar e dor em FIE há 48h. Nega febre. Leucócitos 9.800. Realizou TC de abdome abaixo. Após parecer da cirurgia geral, qual o diagnóstico e a conduta que devemos implementar?



- A) Trata-se de uma apendicite não perfurada. Apendicectomia laparoscópica.
- B) Trata-se de uma diverticulite complicada com abscesso. Drenagem e antibiótico venoso.
- C) Trata-se de uma hérnia encarcerada inguinal esquerda. Inguinotomia de urgência.
- D) Trata-se de uma diverticulite leve. Dieta líquida e paracetamol.
- E) Trata-se de um cálculo ureteral esquerdo. Hidratação vigorosa e analgesia.

27. Em relação ao tratamento do pneumotórax, qual das condutas abaixo NÃO está de acordo com o ATLS 11ª edição 2025?

- A) Pneumotórax pequeno, mesmo em paciente assintomáticos, deve ser tratado com drenagem torácica.
- B) Em pneumotórax hipertensivo, não devemos mais indicar a punção com Jelco 14 na linha hemiclavicular. O correto seria indicar logo a drenagem torácica no 5º espaço intercostal.
- C) A toracostomia digital, que seria fazer uma pequena incisão no tórax e usar o dedo para dissecar e entrar na cavidade pleural, pode ser usada no pneumo ou hemotórax hipertensivo.
- D) Num pneumotórax aberto, a drenagem torácica deve ser feita por uma incisão diferente da ferida traumática.
- E) Podemos usar drenos menores, de tamanho 14 Fr, para a drenagem torácica de pneumotórax.

28. Um paciente de 55 anos, com histórico epidemiológico positivo para doença de Chagas na infância e disfagia progressiva para sólidos e líquidos há 3 anos, realiza uma manometria de alta resolução (HRM) como parte da investigação diagnóstica. O exame revela: Pressão de Relaxamento Integrada (IRP) consistentemente elevada (> 15 mmHg). 100% de falha peristáltica (ausência de contrações esofágicas normais). Pressurização panesofágica (pressurização simultânea de todo o esôfago) em 30% das deglutições avaliadas. Com base na Classificação de Chicago versão 4.0 e na apresentação clínica típica de um megaesôfago chagásico, qual é o tipo de acalasia e a conduta clínica inicial mais apropriada para esse caso?

- A) Acalasia Tipo I; Esofagectomia.
- B) Acalasia Tipo I; Injeção de toxina botulínica no EEI ou dilatação pneumática.
- C) Acalasia Tipo II; Miotomia de Heller.
- D) Acalasia Tipo II; Tratamento medicamentoso com nitratos sublinguais.
- E) Acalasia Tipo III; Miotomia endoscópica peroral (POEM) como primeira escolha devido ao espasmo.

29. Um paciente de 70 anos, diabético tipo 2 e obeso, é admitido no pronto-socorro com dor abdominal intensa em hipocôndrio direito, febre (39°C), calafrios, leucocitose acentuada e sinal de Murphy positivo. A ultrassonografia de urgência revela vesícula biliar distendida, parede espessada e a presença de conteúdo ecogênico. O paciente é levado imediatamente ao centro cirúrgico para uma colecistectomia de urgência. Durante o procedimento, é confirmado o empiema, com drenagem de grande quantidade de pus do interior da vesícula biliar, mas sem perfuração ou contaminação grosseira do peritônio além do local da inflamação. A ferida operatória principal é fechada primariamente.

De acordo com a classificação de feridas cirúrgicas do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e os critérios estabelecidos para a vigilância de infecções hospitalares no Brasil (Portaria GM/MS nº 2.616/98), em qual categoria a ferida cirúrgica deve ser classificada?

- | | |
|---|--|
| A) Ferida Limpa (Classe I) | D) Ferida Infectada (Classe IV) |
| B) Ferida Limpa-Contaminada (Classe II) | E) Ferida Potencialmente Contaminada (classe IIIa) |
| C) Ferida Contaminada (Classe III) | |

30. Um paciente de 68 anos, com histórico de fibrilação atrial permanente e escore CHA₂DS₂-VASc de 4, faz uso crônico de varfarina (Marevan) para prevenção de AVC isquêmico, mantendo INR alvo entre 2,0 e 3,0. Ele está agendado para uma hernioplastia inguinal eletiva. O médico responsável pelo pré-operatório planeja a suspensão da varfarina e a introdução de uma terapia ponte. Qual é a conduta perioperatória mais adequada e baseada em evidências para o manejo do anticoagulante neste caso, visando equilibrar os riscos de trombose e sangramento cirúrgico?

- A) Suspender a varfarina 1 dia antes da cirurgia, realizar o procedimento e reiniciar a medicação no pós-operatório imediato.
- B) Manter a varfarina inalterada até o dia da cirurgia, pois a hernioplastia é considerada uma cirurgia de baixo risco de sangramento.
- C) Suspender a varfarina 5 dias antes da cirurgia, iniciar a heparina de baixo peso molecular (HBPM) ambulatorial 3 dias antes do procedimento, suspender a HBPM 12 horas antes da cirurgia e reiniciar ambos os medicamentos no pós-operatório.
- D) Suspender a varfarina 3 dias antes da cirurgia, sem a necessidade de terapia ponte com heparina, e reiniciá-la no mesmo dia da cirurgia, se o RNI estiver abaixo de 1,5.
- E) Suspender a varfarina 7 dias antes da cirurgia, internar o paciente para iniciar heparina.

31. Homem de 52 anos, etilista, tratado por pancreatite aguda há 8 semanas, retorna ao ambulatório de seguimento sem apresentar queixas. Relata boa aceitação de dieta, nega dor, náuseas, vômitos ou febre. Apresentava durante o internamento uma tomografia de abdome com moderada quantidade de líquido livre peripancreático sem presença de gás ou necrose.

Exame de acompanhamento ambulatorial abaixo para acompanhamento:



Diante do quadro apresentado pelo paciente e do exame de acompanhamento, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Drenagem endoscópica guiada por ultrassom endoscópico, para reduzir o risco de complicações.
- B) Drenagem percutânea, já que o tempo > 6 semanas define pseudocisto maduro e há baixa probabilidade de resolução espontânea.
- C) Observação com reavaliação clínica e imagem.
- D) Pancreatectomia distal profilática.
- E) Antibioticoterapia profilática e acompanhamento ambulatorial.

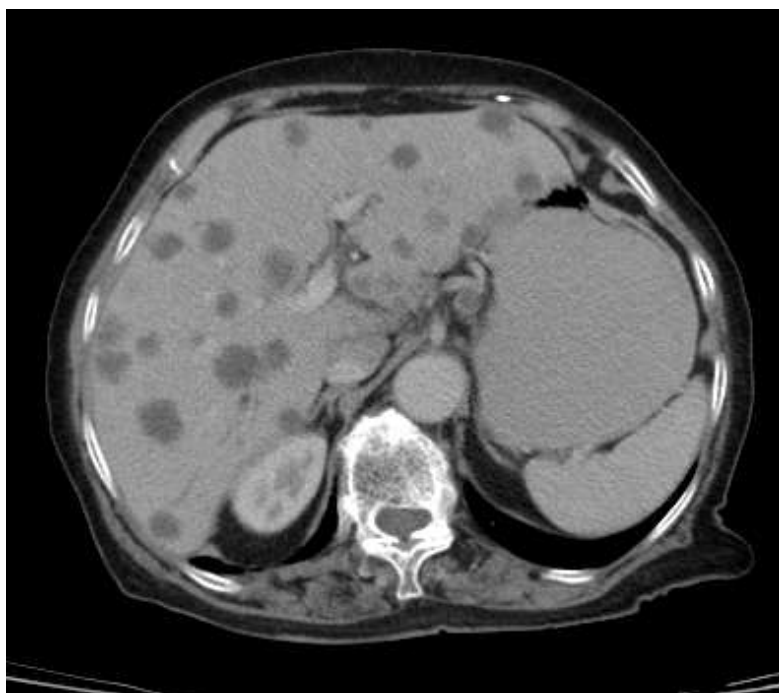
32. Mulher de 42 anos, sem comorbidades, sem passado de etilismo ou tabagismo, realizou ultrassonografia de abdome durante avaliação pré-operatória de cirurgia plástica que identificou nódulo hepático de 3,0cm no segmento 7 hepático. Complementou investigação com tomografia de abdome com contraste trifásica que evidenciou lesão de 3,5 cm no segmento 7 hepático com hipercaptação arterial e “wash-out” portal. Solicitada alfa-fetoproteína que resultou em 30ng/mL.

Qual é a conduta mais apropriada nesse momento?

- A) Diante da imagem típica, do tamanho da lesão e ausência de hipertensão portal, prosseguir diretamente para a ressecção.
- B) Indicar biópsia percutânea para confirmar o diagnóstico, pois a paciente não é cirrótica.
- C) Realizar ressonância magnética com contraste hepatoespecífico para confirmar o diagnóstico e avaliação de LI-RADS.
- D) Solicitar PET-CT como parte do estadiamento para avaliação de metástases.
- E) Indicar quimioembolização transarterial (TACE) para incluir a lesão nos critérios de Milão para transplante hepático.

33. Homem de 51 anos, sem comorbidades, foi diagnosticado com lesão vegetante em cólon ascendente de 3,0cm após realização de colonoscopia de rastreio para câncer colorretal. Biópsia evidenciou adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Tomografias de estadiamento evidenciam múltiplos nódulos hipocaptantes bilobares em fígado, sugestivos de metástases, conforme imagem abaixo:



O paciente encontra-se assintomático, com performance ECOG 0 e sem icterícia.

Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Colectomia direita com linfadenectomia, seguida de quimioterapia adjuvante.
- B) Ressecção sincrônica do cólon e do fígado.
- C) Iniciar quimioterapia sistêmica com posterior avaliação de resposta tumoral.
- D) Radioterapia hepática para controle local.
- E) Abordagem paliativa exclusiva.

34. Homem de 57 anos, sem comorbidades, chega ao setor de emergência com quadro de melena e hipotensão. Após adequada estabilização clínica, realizou endoscopia digestiva alta que demonstrou massa subepitelial com umbilicação central em pequena curvatura gástrica com sangramento ativo. Biópsia realizada identificou apenas processo inflamatório inespecífico. Tomografia computadorizada com contraste oral e venoso demonstra lesão de aproximadamente 5,0cm com realce heterogêneo conforme imagem abaixo:



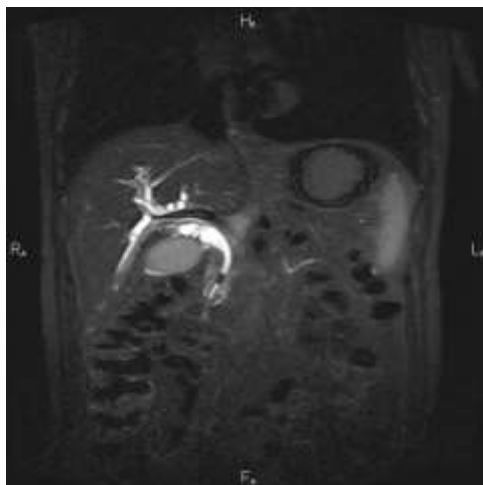
Qual seria a conduta mais apropriada para esse paciente?

- A) Indicar Imatinibe neoadjuvante por 3 meses e posterior reavaliação.
- B) Embolização endoscópica, seguida de alta para seguimento ambulatorial.
- C) Ressecção cirúrgica com margens livres sem necessidade de linfadenectomia.
- D) Radioterapia hemostática para controle do sangramento.
- E) Gastrectomia total com linfadenectomia.

35. Homem de 28 anos, vítima de colisão moto-carro, é admitido no pronto-socorro cerca de 40 minutos após o trauma. Encontra-se agitado, pálido, sudoreico e com dificuldades para falar frases completas. Ao exame inicial, observa-se sangramento ativo pulsátil em ferimento extenso de coxa esquerda, fratura exposta visível e extremidades frias. Sinais vitais aferidos: FC 146bpm, PA 80x42mmHg, FR 28irpm, SpO2 90% em uso de máscara de oxigênio. Diante do quadro exposto, qual seria a conduta imediata mais adequada?

- A) Avaliação pupilar e escala de Glasgow.
- B) Aplicação de torniquete proximal ao ferimento da coxa.
- C) Acesso venoso calibroso e reposição volêmica.
- D) Intubação orotraqueal com sequência rápida.
- E) Punção torácica bilateral de alívio.

36. Mulher de 51 anos, portadora de obesidade grau 1 e diabetes mellitus, procura atendimento por queixa de dor intermitente em hipocôndrio direito há 4 dias, associada à colúria e acolia fecal nas últimas 24 horas. Nega febre. Ao exame físico, apresenta-se icterica (2+/4+), com dor à palpação em hipocôndrio direito e Murphy negativo. Exames laboratoriais: BT 5,2mg/dL (BD 4,3mg/dL), FA 420 U/L, GGT 610 U/L, TGO 86 U/L, TGP 104 U/L, amilase 30 U/L, lipase 55 U/L, leucometria 8.900/mm³. Realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou vesícula biliar com múltiplos cálculos e dilatação de vias biliares com diâmetro máximo de 9mm, sem identificar fator obstrutivo. É, então, realizada a colangioproressonância abaixo:



Diante do achado da imagem, qual a conduta mais adequada?

- A) Iniciar antibioticoterapia e observação clínica.
- B) Realizar tomografia computadorizada para estadiamento adequado.
- C) Realizar drenagem biliar percutânea transhepática para descompressão de via biliar.
- D) Indicar CPRE terapêutica com papilotomia e extração do cálculo, seguida de colecistectomia por videolaparoscopia.
- E) Indicar colangioscopia para biópsia, seguida de quimioterapia.

37. Homem de 70 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apresenta quadro de vômitos de repetição há 10 dias. Relata baixa aceitação da dieta há cerca de 3 meses associada à perda ponderal de 10kg nesse período. Atualmente apresenta IMC 16kg/m². Realizada endoscopia digestiva alta que identifica grande quantidade de resíduo gástrico e impossibilidade de ultrapassar o piloro devido à lesão estenosante. Biópsia de congelação evidenciou adenocarcinoma.

Diante do quadro, qual a conduta nutricional pré-operatória ideal?

- A) Sonda nasogástrica para descompressão gástrica e programar cirurgia de urgência.
- B) Sonda nasogástrica com dieta imunomoduladora até reganho ponderal seguida de abordagem cirúrgica.
- C) Dieta por via oral conforme aceitação associada à dieta imunomoduladora por 5-7 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- D) Nutrição parenteral total por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- E) Nutrição enteral por gastrostomia por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.

38. Mulher de 60 anos realizou ultrassonografia de abdome por queixas ginecológicas que identificou cisto de pâncreas. Complementou investigação com ressonância magnética de abdome que identificou cisto pancreático de 2,6cm em corpo do pâncreas, sem comunicação com ductos pancreáticos, sem nódulo mural ou realce sólido. Ducto pancreático de 3mm. Ca 19-9 dentro da normalidade.

Diante do quadro, qual seria a conduta mais apropriada?

- A) Pancreatectomia distal laparoscópica.
- B) Seguimento com imagem em 3-6 meses.
- C) Pancreatectomia total com preservação esplênica.
- D) Biópsia guiada por ecoendoscopia.
- E) Quimioterapia neoadjuvante com Folfirinox.

39. Homem de 35 anos, fisiculturista em uso de esteroides anabolizantes, realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou lesão hepática única de 4,0cm no segmento 6. Realizado complemento de investigação com tomografia computadorizada com contraste trifásico que demonstra lesão hepática única de 4,3cm no segmento 6, hipervascular arterial, sem sinais de sangramento, sugestiva de adenoma hepático. Apresenta função hepática normal.

Diante dos achados, qual a conduta mais apropriada?

- A) Suspender o uso hormonal e reavaliar imagem em 3-6 meses.
- B) Ressecção hepática.
- C) Embolização portal.
- D) Quimioembolização arterial (TACE).
- E) Radioablação.

40. Homem de 45 anos é atendido no pronto-socorro por queixa de dor (EVA 3) em região anal e tumoração local que surgiu há 4 dias. Relata apresentar dificuldade para defecar e classifica suas fezes como Bristol 1. Nega febre ou secreção. Ao exame proctológico, evidenciado nódulo doloroso, firme, de coloração azulada em região anal.

Diante do quadro, qual a conduta mais apropriada?

- A) Trombectomia cirúrgica.
 - B) Hemorroidectomia aberta.
 - C) Antibioticoterapia.
 - D) Tratamento conservador, incluindo analgésicos e banho de assento.
 - E) Ligadura elástica.
-

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

41. Gestante 30 anos, primigesta e nulípara, 40ª semana de gestação, deu entrada na emergência obstétrica com dor em baixo ventre. Ao toque vaginal, o colo uterino apresentava-se com 10 cm de dilatação, bolsa rota, líquido claro com grumos, plano II de De Lee, cefálico e occipito direita transversa (ODT). Dinâmica uterina de 4 contrações/ 10 minuto/ 50 segundos. Batimentos cardíofetais (BCF) de 140 bpm. Após 6 horas, o toque vaginal era inalterado, porém com a presença de bossa serossanguínea. BCF: 136 bpm. Nesse momento, foi indicada uma cesariana. Ao exame físico do recém-nascido (RN) em sala de parto, encontrava-se bem com escore de Apgar 9/10, apresentando uma tumoração em região occipito parietal, predominante no parietal direito do RN de consistência endurecida e forma cacifo. Analise o exame físico do recém-nascido realizado em sala de parto, os dados do parto e assinale a alternativa CORRETA que representa uma possibilidade que ocorreu durante a descida e insinuação fetal no período expulsivo.

- A) Obliquidade de Nägele
B) Obliquidade de Litzman
C) Assinclitismo anterior
D) Sinclitismo
E) Obliquidade de Baudelocque-Duncan

42. Gestante 20 anos, primigesta e nulípara, veio para nova consulta pré-natal, no dia 11 de janeiro de 2026, referindo que está no 5º mês de gestação e assintomática. Fez várias ultrassonografias e refere ainda que tinha ciclos regulares e sabia o momento da sua ovulação todos os meses. Abaixo seguem os dados informados pela paciente e as ultrassonografias anteriores com suas idades gestacionais na época do exame:

- Primeiro dia da última menstruação: 16 de agosto de 2025.
- Último dia da última menstruação: 19 de agosto de 2025.
- Data da última ovulação: 30 de agosto de 2025.
- Data da 1ª ultrassonografia: 27 de setembro de 2025 (calculada pelo diâmetro médio do saco gestacional – 4 semanas).
- Data da 2ª ultrassonografia: 31 de outubro de 2025 (IG: calculada pela média do diâmetro biparietal, circunferência abdominal e comprimento do fêmur – 11 semanas).
- Data da 3ª ultrassonografia: 20 de novembro de 2025 (IG: calculada pelo comprimento céfalo-nádegas – 13 semanas e 6 dias).
- Data da 4ª ultrassonografia: 06 de dezembro de 2025 (IG: 17 semanas).

Diante desses dados, qual a idade gestacional CORRETA para acompanhamento da gravidez no dia da consulta de pré-natal?

- A) 19 semanas e 1 dia
B) 21 semanas e 1 dias
C) 20 semanas e 5 dias
D) 21 semanas e 2 dias
E) 22 semanas e 1 dia

43. Paciente 33 anos, tercigesta, secundípara (partos prematuros), 33ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre. Referiu sobre os partos anteriores: o 1º prematuro, não sabe o motivo, mas informa que chegou ao hospital com 5 cm de dilatação, por via vaginal, e o recém-nascido apresentou desconforto respiratório; e o 2º parto foi de uma gestação gemelar, os bebês de mesma placenta entraram em sofrimento, sendo preciso realizar uma cesariana e ambos também apresentaram desconforto respiratório, um chegou a ficar no tubo por três dias, e o outro apenas com uma “máscara”. Peso ao nascer: 2.020g (1ª gestação) e 1.750g/2.530g (2ª gestação). Ao exame geral, nada digno de nota. Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 25cm; pressão arterial de 160 x 110 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel. Avaliando apenas os antecedentes obstétricos descritos, assinale a alternativa que melhor representa uma medida preventiva precoce que poderia ter sido realizada.

- A) Progesterona no início do 2º trimestre.
B) Cálcio no meio do primeiro trimestre.
C) Ácido acetil salicílico a partir da 16ª semana de gravidez.
D) Ultrassonografia transvaginal no terceiro trimestre de gravidez.
E) Sulfato de magnésio.

44. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 31ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo dor em baixo ventre e perda de líquido amniótico. No cartão de pré-natal, observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 200 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 30cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel, bolsa das águas rotas com saída de líquido claro. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; dopplervelocimetria com índice de pulsatilidade na artéria umbilical de 1,20 e na artéria cerebral média fetal de 2,10; pico sistólico da artéria cerebral média (ACM) fetal menor de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão (MB) de 9,8cm.

Nesta paciente, o que MELHOR pode representar a causa ou consequência do valor do MB do líquido amniótico?

- A) Doença hemolítica fetal e neonatal – Coombs indireto positivo que sugere anemia fetal.
- B) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida – devido à distensão uterina e rotura prematura das membranas.
- C) Rotura prematura das membranas ovulares – devido à distensão uterina.
- D) Diabetes – devido ao aumento da diurese fetal.
- E) Doença hemolítica fetal e neonatal – pico sistólico da ACM fetal que sugere anemia fetal.

45. Paciente 22 anos, tercigesta, secundípara, 30ª semana de gravidez. Chegou à emergência obstétrica referindo perda de líquido amniótico, náusea e vômitos. No cartão de pré-natal, observa-se: tipagem sanguínea A negativo; Coombs indireto positivo e glicemia jejum de 200 mg% (todos realizados no 1º trimestre de gravidez). Ao exame obstétrico: dinâmica uterina ausente; altura de fundo uterino de 29cm; pressão arterial de 100 x 60 mmHg; toque vaginal, com colo fechado, longo e posterior e feto alto e móvel, bolsa das águas rotas com saída de líquido claro e discreto sangramento. A ultrassonografia realizada no momento do atendimento revelou: percentil de peso para idade gestacional 89; pico sistólico da artéria cerebral média fetal menor de 1,5 MoM para a idade gestacional; e maior bolsão de 9,8cm. Durante aproximadamente 4 semanas, a paciente foi mantida internada, fazendo psicoterapia, controle glicêmico diário com dieta e insulino terapia (NPH e Regular). O perfil glicêmico evoluiu satisfatoriamente a partir da 3ª semana de internamento. A interrupção da gravidez foi indicada com 33 semana e 5 dias, por sangramento genital há 2 horas, rotura prematura das membranas há mais de 24 horas e apresentação pélvica. A paciente foi submetida à cesariana. Na retirada do recém-nascido, o obstetra teve dificuldade porque ele estava em apresentação pélvica. O recém-nascido (RN) apresentou bom tônus e choro forte. Realizado o clampeamento do cordão umbilical com 60 segundos.

Assinale a alternativa que melhor representa a hipótese diagnóstica que o médico assistente indicou a interrupção da gestação por cesariana, mas que, após o nascimento, não foi confirmada.

- A) Diabetes
- B) Rotura prematura das membranas ovulares
- C) Doença hemolítica fetal e neonatal
- D) Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida
- E) Apresentação pélvica

46. Segundo a *fetal medicine foundation*, recentemente um novo parâmetro para prever risco de pré-eclâmpsia foi adicionado no cálculo de risco do primeiro trimestre.

Assinale a alternativa que representa esse parâmetro.

- A) Dopplervelocimetria da artéria oftálmica.
- B) Diabetes gestacional
- C) Gemelaridade
- D) Obesidade
- E) Pico sistólico da artéria cerebral média.

47. Qual dos testes abaixo NÃO pode ser utilizado no diagnóstico diferencial da rotura prematura das membranas?

- A) Fern test
- B) Alfa-1 microglobulina placentária
- C) Fibronectina fetal
- D) Manobra de Turnier
- E) Fator de crescimento placentário

48. Paciente 21 anos, primigesta, na 30ª semana de gravidez e assintomática. Veio à emergência trazendo uma ultrassonografia obstétrica, complementada pela via endovaginal apresentando sludge, sem outras alterações. Ela foi encaminhada pelo ultrassonografista, pois deveria procurar uma emergência. Baseado nas recomendações atuais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Iniciar clindamicina e gentamicina
 B) Iniciar penicilina cristalina
 C) Iniciar amoxicilina
 D) Iniciar ampicilina, amoxicilina e azitromicina
 E) Apenas fazer orientação

49. Paciente 30 anos, primípara, com acompanhamento pré-natal de baixo risco bem realizado e sem intercorrências. Vem para acompanhamento pré-natal na 35ª semana de gravidez, quando é percebida uma AFU de 30 cm. Foi submetida a uma ultrassonografia que evidenciou uma circunferência abdominal entre o percentil 3 e 10, o índice de pulsatilidade da artéria cerebral média fetal no percentil 3 e da artéria umbilical no percentil 80. Qual a conduta a ser adotada?

- A) Indução do trabalho de parto.
 B) Cesariana.
 C) Expectante, com reavaliação da dopplervelocimetria, cardiotocografia, perfil biofísico fetal e crescimento fetal.
 D) Expectante, com reavaliação apenas com a dopplervelocimetria e crescimento fetal.
 E) Expectante, sem necessidade de dopplervelocimetria, mas acompanhando o crescimento fetal até a 40ª semana de gestação.

50. Qual (ais) dos sinais e sintomas cognitivos abaixo pode(m) fazer parte do diagnóstico depressão pós-parto?

- A) Dificuldade de concentração e tomada de decisões
 B) Choro incontrolável
 C) Ansiedade e preocupação excessiva
 D) Vontade de machucar o bebê
 E) Fadiga extrema e cansaço constante

51. Paciente de 60 anos de idade chega ao consultório com queixa de bola na vagina há um ano e perda involuntária de urina aos esforços, além de referir frouxidão vaginal durante ato sexual. DUM há 10 anos, G4 P4, partos vaginais. No momento do exame, foi evidenciado o seguinte cenário, segundo o POP-q.

+3	+10	+11
10	3	11
+3	+10	-

Assinale a alternativa com o diagnóstico e a conduta CORRETA.

- A) Prolapso genital E IV, rotura perineal. Realizar colpocleise + sling
 B) PPP E II, rotura perineal. Realizar colpocleise com sling.
 C) PPA E I, hipertrofia de colo. Realizar traquelectomia parcial
 D) Prolapso apical E II, rotura perineal. Realizar histerectomia vaginal
 E) Prolapso apical, IUE mista e rotura perineal. Realizar colpoplastia posterior

52. Mulher de 27 anos chega ao ambulatório de ginecologia com “caroço” na região inguinal direita que inchou e ficou inflamado e avermelhado. Revela ainda o aparecimento de secreção purulenta por vários furos no referido “caroço” e depois virou uma úlcera única e unilateral. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- A) Protossinfiloma
 B) Cancro mole
 C) Linfogranuloma venéreo
 D) Úlcera mista de Rolle
 E) Tumor de Buschke-Lowenstein

53. Quais as principais características da fase antral do período folicular do ciclo ovulatório?

- A) No folículo antral, é encerrada a produção de líquido folicular.
- B) A fase apresenta *feedback* negativo do estradiol com o LH.
- C) Esta fase apresenta *feedback* negativo do estradiol com o FSH.
- D) É observado o aparecimento da estrutura chamada zona pelúcida.
- E) É iniciada a luteinização da granulosa pela estimulação do IGF 1 e 2.

54. Mulher de 43 anos, G3P3 (partos vaginais), LTB presente, encontra-se internada em UTI por descompensação hemodinâmica após episódio de sangramento genital intenso e prolongado. Informa que o quadro iniciou há um ano e se intensificou há três meses. Informa, também, que apresenta cólicas moderadas a intensas no período catamenial. O exame genital revela útero difusamente aumentado de volume (250 cm³), consistência amolecida, superfície regular e mobilidade preservada. Traz consigo exame ecográfico que revela útero de volume aumentado com miométrio heterogêneo e lesões arredondadas, hipoeoicas em miométrio (maior de 2,0 cm³), eco endometrial normal e outra imagem hipoeoica, subserosa de 5,0 cm³. Assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico.

- A) Mioma subseroso
- B) Mioma intramural
- C) Pólipo endometrial
- D) Mioma submucoso
- E) Adenomiose

55. Mulher de 55 anos, G2P2 (cesarianas), refere ausência de menstruação há cinco anos. Procura o ambulatório de ginecologia com queixas de secura vaginal e desconforto genital na relação sexual desde então. O exame físico demonstra atrofia genital com discreta secreção vaginal hialina.

Qual das alternativas explica a alteração que leva ao quadro clínico descrito acima?

- A) Alargamento progressivo do introito
- B) Redução do nível local de glicogênio
- C) Aumento significativo do pH vaginal
- D) Aumento da população de lactobacilo
- E) Aumento das ectopias cervicais

56. Casal procura o ambulatório de ginecologia para pedir opinião sobre os métodos contraceptivos. A mulher está no puerpério há um mês e ainda está amamentando. Qual das alternativas abaixo é uma contraindicação?

- A) Anel vaginal
- B) Aleitamento-amenorreia
- C) DIU de levonogestrol
- D) Camisinha
- E) Diafragma vaginal

57. Paciente de 17 anos reclama de dores em baixo ventre irradiando para região lombar e face interna das coxas, sempre no início da menstruação. Informa que os sintomas ocorrem desde os 15 anos. Ainda apresenta cefaleia, diarreia e vômitos. Melhora dos sintomas a partir do terceiro dia. Menarca aos 14 anos. G0P0.

Considerando o diagnóstico acima, qual alternativa destaca um fator protetor?

- A) IMC menor que 20
- B) Contraceptivos orais
- C) Tabagismo
- D) Síndrome pré-menstrual
- E) Esterilização

58. Adolescente de 16 anos, G0P0, vai ao ambulatório de ginecologia com sua mãe por nunca ter menstruado. Nega atividade sexual. Chama atenção a ausência de características sexuais secundárias. Genitália externa feminina. Exames: BHCG negativo, FSH elevado, TSH e T4 livre normais, prolactina normal. Estradiol e testosterona baixos. Cariótipo 46 XY, USG apresenta gônadas em fita.

Considerando o quadro acima, qual o provável diagnóstico?

- A) Síndrome de Turner
- B) Síndrome de Savage
- C) Síndrome Hiperandrogênica
- D) Síndrome de Swye
- E) Síndrome de Rokitansky

59. Paciente, 52 anos, G1P1, nunca amamentou. Procurou o ambulatório de ginecologia para avaliar o resultado de uma mamografia. O exame revela microcalcificações puntiformes, isodensas e agrupadas. De acordo com o achado acima, qual a classificação mais adequada?

- A) BIRADS 0 B) BIRADS 1 C) BIRADS 2 D) BIRADS 3 E) BIRADS 4

60. Paciente de 40 anos, G4P4, chega ao ambulatório de ginecologia para avaliar resultado de exame citológico do colo uterino. O exame revela ASCUS-H. Diante do achado, qual a melhor conduta?

- A) Colposcopia para biópsia
B) Colposcopia com avaliação endometrial
C) Biópsia de canal endocervical
D) Repetir a citologia com seis meses
E) Histerectomia simples

PEDIATRIA

61. RN nasceu de parto vaginal, com APGAR 5 e 6, apresentando desconforto respiratório de imediato, caracterizado por gemência, tiragem subcostal e taquipneia. A idade gestacional pela DUM foi de 31 semanas. RN foi levado à UTI neonatal, com piora importante do desconforto respiratório, necessitando de intubação orotraqueal. Neonatologista solicitou RX de tórax (imagem abaixo).



Genitora relatou perda de líquido vaginal um dia antes do parto, porém, como foi em pequena quantidade e não teve contrações, decidiu ficar em casa. Somente foi à maternidade 20 horas após a ruptura das membranas, em função da forte intensidade e da elevada frequência das contrações. RN nasceu cerca de duas horas após admissão da gestante na maternidade. Dados pré-natais: Gesta IV/ Aborto II. O cartão da gestante mostrou apenas quatro consultas, com exames realizados somente no primeiro trimestre (todos normais).

Sobre esse paciente, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A antibioticoterapia deve ser evitada no momento, para não selecionar flora bacteriana resistente, visto que a clínica e a imagem excluem a possibilidade de pneumonia bacteriana.
B) A prematuridade e o padrão radiológico tornam a Síndrome do Desconforto Respiratório um dos principais diagnósticos desse paciente.
C) O RN deverá receber uma dose de surfactante exógeno o mais rapidamente possível. Estudos recentes mostram a ineficácia de doses subsequentes de surfactante, além do elevado risco de pneumotórax.
D) A hipóxia perinatal, prematuridade e ausência de corticoide pré-natal são fatores de risco para uma produção insuficiente de surfactante pelos pneumócitos tipo I ainda na vida intrauterina.
E) Considerando a idade gestacional de 31 semanas e a hipóxia, a meta terapêutica na ventilação mecânica deve ser a de manter a saturação de oxigênio (SatO₂) permanentemente entre 96 e 98%.

62. Lactente masculino, 6 meses de idade, é levado à emergência pediátrica por sua mãe devido ao surgimento de “caroços” em pescoço e na virilha há cerca de 1 mês. Nos últimos dias, refere que o menor está mais irritado, além de perceber a respiração mais “rápida”. Relata que a criança apresentou picos febris em alguns dias ao longo desse período.

O exame físico chamou a atenção do pediatra nos seguintes aspectos:

- Leve palidez; irritabilidade durante todo o exame físico; linfonodos palpáveis em regiões cervical e inguinais bilaterais, com os maiores medindo cerca de 3 cm; frequência respiratória de 60 incursões por minuto; fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito.

Solicitados exames:

- Hemograma: HGB 10,5 g/dL VCM 70 fL HCM 24 pg
- Leucócitos 12.450 mm^3 / Plaquetas $165.000 / \text{mm}^3$
- RX tórax (vide imagem abaixo). *O laudo do radiologista evidenciou, entre outros achados, lesões osteolíticas em ambas as escápulas. Foi sugerido realizar RX de crânio (vide abaixo).



Qual a principal hipótese diagnóstica para esse lactente diante dos achados clínicos e laboratoriais/ imagem?

- | | |
|-------------------------------|---|
| A) Linfocitose hemofagocítica | D) Histiocitose de células de Langerhans |
| B) Paracoccidioidomicose | E) Granulomatose eosinofílica com poliangéite |
| C) Leucemia linfóide crônica | |

63. Criança de 5 anos vem para atendimento em serviço de pediatria com a hipótese diagnóstica de transtorno do espectro autista. Segundo relato, ela não tem fala organizada compatível com a idade cronológica, nem aprendeu a escrever as letras ainda e tem dificuldade de acompanhar nas atividades de sala. Esse relato é verbal e, além dele, a genitora traz o encaminhamento do serviço de atenção básica com os dados de crescimento e marcos do desenvolvimento até o momento. Durante a avaliação, a criança contactua, mas nem sempre sustenta o olhar. Responde e respeita comandos, tira e veste a própria roupa e sabe contar de 1 a 20. Forma frases curtas, de 2 a 3 palavras, mas não desenvolve uma história. Tem tempo estimado de tela de 4 horas diárias desde bebê, quando era cuidado pela bisavó. Ficou brincando com um único brinquedo durante a entrevista com a mãe, mas conhecia os demais brinquedos apresentados. Possui avaliação auditiva, que descartou surdez.

Sua conduta inicial frente a esse quadro, além de orientar sobre o uso abusivo de telas, foi:

- | | |
|---|------------------------------------|
| A) Aplicar o MChat para auxílio no diagnóstico. | D) Afastar a hipótese diagnóstica. |
| B) Encaminhar para neurologista infantil. | E) Tratar o quadro com medicação. |
| C) Solicitar um laudo completo da escola. | |

64. Menino de 2 anos e 4 meses, portador de trissomia do 21, vem para consulta de rotina. Havia perdido a consulta anterior e, por isso, estava há quase um ano sem acompanhamento. A mãe negava queixas, e a criança atingia os marcos de crescimento e desenvolvimento apropriados para a idade e para a trissomia 21. Alimentava-se de forma variada e fazia natação duas vezes na semana. Traz ecocardiograma com descrição de forame oval patente e demais parâmetros dentro da normalidade. Diante do diagnóstico e da puericultura direcionado ao paciente, sua conduta baseada na orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria neste momento foi a seguinte:

- A) Solicitar investigação de doença celíaca.
- B) Manter seguimento anual habitual sem solicitações de exames.
- C) Encaminhamento para endocrinologista pelo risco de hipotireoidismo.
- D) Solicitar seguimento com a cardiologia diante do diagnóstico de cardiopatia.
- E) Orientar a família a procurar escolas específicas para crianças portadoras de doenças genéticas.

65. Lactente de 1 ano e 9 meses dá entrada no sistema de pronto atendimento devido a quadro de placas urticariformes espalhadas em todo o corpo há 2 dias. Genitora refere que há 1 dia trouxe paciente com quadro semelhante após a ingestão de biscoito contendo leite. O paciente é portador de alergia à proteína do leite de vaca e estava com os avós, que ofereceram um biscoito sem verificar os ingredientes. No atendimento prévio, a criança foi medicada com corticoide e anti-histamínico e enviado para casa com medicações prescritas por cinco dias. Ele havia melhorado inicialmente, mas acordou novamente com placas vermelhas e elevadas pelo corpo, motivando a nova ida ao serviço de saúde. A criança estava dormindo durante o atendimento, tinha lesões urticariformes no corpo e discreto edema em lábios. Ausculta cardíaca e pulmonar dentro da normalidade e abdome sem alterações. Ela havia tomado sopa no jantar, com boa aceitação.

Diante da hipótese diagnóstica e da recorrência do quadro, o que seria recomendado se fazer nesse momento?

- A) Internar a criança devido ao risco iminente de gravidade.
- B) Manter as medicações e orientar genitora sobre o quadro.
- C) Solicitar exames laboratoriais para auxílio diagnóstico.
- D) Indicar a realização de adrenalina intramuscular.
- E) Realizar dose de corticoide venoso e internar.

66. Paciente masculino, 6 anos, encontra-se internado por uma Síndrome Nefrítica Pós-Estreptocócica.

Sobre a fisiopatologia dessa doença, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Ocorre uma intensa resposta inflamatória endocapilar glomerular, com predomínio de polimorfonucleares, sendo poupada a região mesangial.
- B) A denominação 'humps' corresponde ao depósito de imunocomplexos na membrana basal glomerular, os quais podem ser identificados na imunofluorescência.
- C) A ativação do sistema renina-angiotensina promove vasodilatação na arteríola eferente do glomérulo, bem como um aumento da resistência da arteríola aferente.
- D) Ocorre uma importante lesão dos podócitos, e dessa forma, o ultrafiltrado glomerular é abundante em hemácias dismórficas (crenadas).
- E) A deposição de imunocomplexos desencadeia a ativação do sistema complemento, predominantemente pela via alternativa, resultando em quimiotaxia de neutrófilos, consumo sérico de C3 e proliferação celular que obstrui os capilares glomerulares.

67. Qual dos exames listados abaixo NÃO é realizado pelo Teste do Pezinho oferecido pelo Sistema Único de Saúde para os recém-nascidos no Estado de Pernambuco?

- A) T4 livre
- B) 17 alfa hidroxiprogesterona
- C) Tripsina imunorreativa
- D) Fenilalanina
- E) IGM para Toxoplasmose

68. Você está trabalhando em um ambulatório de pediatria geral, e em um dos seus turnos atende os seguintes casos:

- A) Menina, 5 anos, foi levada à consulta de rotina pelos pais. Relatam que estão passando por um divórcio e a filha está com dificuldades em se adaptar à nova rotina. Questionam o que podem fazer para ajudar nesse processo, pois percebem que a criança está mais quieta e triste.
- B) Menino, 8 anos, chega à consulta acompanhado por avó. Cuidadora traz como queixa que neto está mais agressivo, desde que o pai foi preso. Atualmente está morando com os avós, e a mãe visita-o durante a semana, dependendo dos horários de trabalho.
- C) Criança do sexo masculino, 3 anos, iniciou há um mês a vida escolar. Genitora refere que, nos primeiros dias de adaptação, chorou pedindo para voltar para casa. Hoje, no entanto, já conta quais brincadeiras fizeram na escola e fala dos amigos que fez. A mãe está preocupada, pois ainda precisou buscá-lo mais cedo um dia na última semana devido aos pedidos da criança.

Ao fim do expediente, você reflete sobre os efeitos dos fatores estressantes no desenvolvimento infantil e classifica, respectivamente, os pacientes acima em relação aos tipos de estresse da seguinte forma:

- A) Tóxico, tolerável e tóxico
- B) Positivo, tóxico, tolerável
- C) Tolerável, tóxico e positivo
- D) Positivo, tolerável e tolerável
- E) Tóxico, tóxico, positivo

69. Durante um turno de atendimento na Unidade Básica de Saúde, você atende 4 crianças com menos de 3 anos em que a preocupação principal do cuidador é se o desenvolvimento está adequado.

- **Criança 1:** Sexo feminino, 5 meses; leva objetos à boca, responde ativamente ao contato social, não senta sem apoio, vira sozinha para a posição de bruços.
- **Criança 2:** Sexo masculino, 14 meses; anda bem com apoio, mas não tem bom equilíbrio quando sem apoio; coloca blocos dentro da caneca por meio da demonstração e fala; durante a consulta, fala bola e aponta para ela; faz movimento de pinça.
- **Criança 3:** Sexo feminino, 3 meses; olha para você de forma evidente; desencosta o queixo da superfície quando de bruços; não abre as mãos espontaneamente; não segura objetos quando encostados em suas mãos; apresenta sorriso social e emite sons como se quisesse conversar.
- **Criança 4:** Sexo masculino, 16 meses; não usa a colher ou garfo para levar comida em direção à boca, empilha dois cubos e os coloca dentro da caixa quando solicitado; abre portas e gavetas dando passos para trás; fala apenas água e não, além de papai e mamãe; aponta quando quer algo.

De acordo com o Ministério da Saúde, qual criança tem indicação de ser encaminhada, de imediato, à equipe multiprofissional e/ou à rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento?

- A) Criança 1
- B) Criança 2
- C) Criança 3
- D) Criança 4
- E) Nenhuma

70. Lactante de 25 anos busca atendimento em Unidade Básica de Saúde, com queixa de febre, mal-estar e dor em mama direita há cerca de 18 horas para orientação. Relata que está no 15º dia pós-parto cesariano, e seu filho encontra-se em aleitamento materno exclusivo. Ao exame físico: mama direita com área hiperemiada e edemaciada em quadrantes superiores, com dor ao toque, sem área de flutuação à palpação, ausência de fissura mamilar; mama esquerda túrgida e sem outras alterações.

Tendo em vista a principal hipótese diagnóstica para esse caso, qual o manejo inicial mais adequado?

- A) Antibioticoterapia oral, paracetamol e suspensão temporária da amamentação
- B) Ibuprofeno, uso de bomba extratora de horário e massagem vigorosa antes da mamada
- C) Compressa morna antes da mamada, uso de sutiã com alça firme e larga e ibuprofeno
- D) Paracetamol, antibioticoterapia parenteral e compressa fria antes das mamadas
- E) Iniciar a mamada pela mama sadia, antibioticoterapia tópica e ibuprofeno

71. Adolescente de 14 anos evoluiu com hepatotoxicidade, no 10º dia de tratamento para tuberculose com esquema RIPE, o que levou à suspensão de seu tratamento por 20 dias.

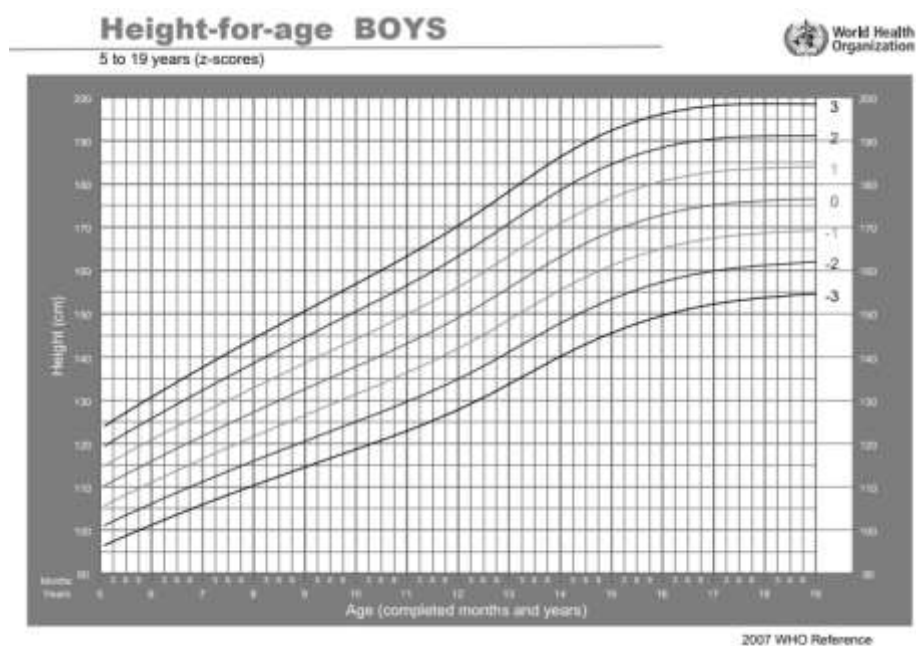
Na condução clínica, após melhora das transaminases, a melhor conduta é a seguinte:

- A) Refazer teste tuberculínico, Rx de tórax e cultura de escarro.
- B) O tratamento deve ser reiniciado com as drogas previamente usadas.
- C) O tratamento deve ser substituído por outros fármacos tuberculostáticos.
- D) O esquema deve ser reintroduzido após avaliação de exame de sensibilidade.
- E) O tratamento deve ser reintroduzido na sequência R/E/I/P e acrescentado 20 dias do esquema suspenso.

72. Criança do sexo masculino, 7 anos, é levada aos pais à consulta pediátrica. Eles trazem como queixa que acham o filho muito pequeno para a idade e estão preocupados. Durante anamnese, relatam que paciente nasceu termo, peso do nascimento: 3,1 Kg, negaram problemas na gestação e durante o parto. Teve um internamento prévio por pneumonia com 1 ano, mas sem necessidade de UTI. Quanto à alimentação, cuidadores relatavam um cardápio variado, com recusa para alguns alimentos, principalmente frutas e legumes.

Ao exame físico, não identificada nenhuma alteração. Desenvolvimento puberal de Tanner: G1P1. Dados antropométricos: Peso = 25 Kg, Altura = 110 cm, Altura materna: 151 cm, Altura paterna: 165 cm.

Pais não lembravam sobre dados da puberdade.



Com base nos dados clínicos, qual seria sua conduta inicial para a queixa dos pais?

- A) Tranquilizaria os pais quanto à possível hipótese de baixa estatura familiar, solicitaria radiografia de mão e punho esquerdo para avaliar idade óssea e definir necessidade de prosseguir investigação, e acompanharia velocidade de crescimento.
- B) Como escolar com baixa estatura de acordo com a curva de crescimento, solicitaria exames laboratoriais para descartar doenças inflamatórias e endócrinas e acompanharia velocidade de crescimento.
- C) Diante da possibilidade de retardo constitucional do crescimento, aguardaria o paciente iniciar a puberdade para avaliar a velocidade de crescimento e acompanhar a recuperação da estatura com o estirão dessa faixa etária.
- D) Encaminharia paciente à endocrinologia pediátrica para a condução do caso por especialista e avaliação de intervenções hormonais, pois paciente abaixo do seu alvo genético e velocidade de crescimento alterada.
- E) Paciente com estatura adequada para a idade, não sendo necessária nenhuma investigação adicional. Orientar apenas o acompanhamento mensal da velocidade de crescimento.

73. Recém-nascido termo nasceu de parto cesáreo de urgência por prolapso de cordão e com líquido amniótico meconial. Apresentou-se hipotônico e sem movimentos respiratórios. Foi colocado sob fonte de calor radiante e secado. Foram iniciadas as manobras de reanimação e compressões torácicas, realizada intubação orotraqueal com ventilação com pressão positiva, havendo boa expansibilidade. Após 30 segundos de aplicação destas medidas, permaneceu sem resposta adequada.

Assinale a alternativa que indica o próximo passo na assistência a essa criança.

- A) Realizar expansão com 10ml/kg de Solução fisiológica 0,9%.
- B) Administrar adrenalina via acesso venoso umbilical.
- C) Manter procedimentos por 2 minutos e reavaliar.
- D) Realizar aspiração das vias aéreas devido ao mecônio.
- E) Administrar bicarbonato de sódio, já que a parada cardiorrespiratória foi prolongada.

74. A sepse neonatal é causa importante de morte no período neonatal. Um fator que modifica a evolução clínica e previne a sepse precoce por estreptococos do grupo B (EGB) é a realização de antibiótico profilático intraparto. Os casos abaixo são recém-nascidos (RN) termo, cujas mães não receberam profilaxia antibiótica intraparto para EGB. Assinale a alternativa que apresenta uma situação na qual a profilaxia estaria indicada, conforme orientação da SBP.

- A) Gestante que apresentou infecção urinária por *E. coli* no terceiro trimestre, tratada por 6 dias e sem controle de cura.
- B) Gestante submetida à cesariana fora do trabalho de parto, com bolsa íntegra, mas com cultura positiva para EGB na gestação.
- C) Gestante com tempo de bolsa rota de 13 horas, sem outros sinais ou sintomas e sem cultura para EGB conhecida.
- D) Gestante com bacteriúria assintomática por EGB no sétimo mês de gestação, que foi adequadamente tratada.
- E) Gestante com cultura negativa para EGB nesta gestação, mas que teve cultura positiva em gestação prévia.

75. Pré-escolar de 3 anos, feminina, está internada para investigação de anemia.

Os exames laboratoriais solicitados inicialmente estão listados abaixo:

- Hemograma: HGB 6,0 g/dL / VCM 84 fL / HCM 30 pg / leucócitos: 9.830 mm³ / plaquetas: 234.000 mm³
- Ferritina: 87 microg/L
- Reticulócitos: 8,5%
- DHL: 780 U/L
- Bilirrubinas totais: 4,3 mg/dL/ bilirrubina indireta: 3,7 mg/dL
- Vitamina B12 e ácido fólico sérico: dentro da normalidade

Apenas com os dados acima, são todas possíveis causas da anemia desta criança as citadas abaixo, EXCETO:

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| A) esferocitose. | D) deficiência de G6PD. |
| B) anemia de Fanconi. | E) anemia hemolítica autoimune. |
| C) anemia falciforme. | |

76. Escolar de 8 anos, sem marca de BCG é admitido na emergência com estado geral ruim e queixas de dor de cabeça, febre e vômitos iniciados há 12 horas. Esquema vacinal do PNI atualizado. Após ser examinado, recebeu o diagnóstico de meningite.

O Pediatra iniciou medidas de estabilização, corticoide e esquema de antibiótico com vancomicina e ceftriaxone e solicitou coleta de LCR, o qual evidenciou:

- Aspecto turvo
- 1.200 células/mm³ (80% de polimorfonucleares)
- Glicorraquia de 28 mg/dL
- Proteinorraquia de 150 mg/dL
- Bacterioscopia: diplococos Gram positivo.

Após receber os dados do LCR, a conduta mais adequada, de acordo com as mais recentes orientações da SBP, é a seguinte:

- A) manter o esquema já iniciado.
- B) suspender a vancomicina e manter apenas o ceftriaxone.
- C) suspender o ceftriaxone e manter apenas a vancomicina.
- D) modificar esquema para penicilina cristalina em dose alta (400.000 UI/kg/dia), associada à gentamicina (5 mg/kg/dia).
- E) suspender vancomicina, manter ceftriaxone e associar esquema para tuberculose enquanto aguarda resultado da cultura.

77. Uma criança de 6 anos de idade, em tratamento para pneumonia adquirida na comunidade, evolui com dor abdominal, vômitos, febre persistente e queda da saturação de O₂ para 92% em ar ambiente após 72h de antibiótico em dose adequada, com boa adesão ao tratamento. Realiza radiografia de tórax que mostra obliteração moderada em seio costofrênico de hemitórax esquerdo.

Qual a conduta inicial mais indicada?

- A) Aguardar mais 24 horas
- B) Realizar drenagem pleural imediata
- C) Associar outro antibiótico, pois derrame pleural é autolimitado
- D) Indicar tomografia computadorizada de tórax para guiar a drenagem
- E) Realizar ultrassonografia de tórax para avaliar volume e característica do derrame

78. Um paciente, 8 anos, evoluindo com vômitos diários, seletividade alimentar, disfagia para sólidos (só consegue ingerir alimentos em pequenos pedaços e sempre se alimenta tomando água ou suco). Tem dermatite atópica e asma, sendo acompanhado em um ambulatório de alergologia pediátrica.

O diagnóstico mais provável e exame necessário para confirmar é o seguinte:

- A) Refluxo gastroesofágico/ estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED).
- B) Esofagite eosinofílica/ Endoscopia digestiva alta com biópsias de esôfago.
- C) Acalásia congênita/ pHmetria esofágica de dois canais.
- D) Estenose esofágica / estudo contrastado do esôfago, estômago e duodeno (EED).
- E) Gastrite por *Helicobacter pylori* / Teste respiratório da ureia.

79. Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) de 2025, sobre a prevenção da doença pneumocócica, qual é o esquema vacinal ideal recomendado para crianças saudáveis (sempre que possível) visando ampliar a proteção contra sorotipos emergentes como o 19A, 6 A/C e o 3?

- A) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPC10.
- B) Esquema 3+1 (2, 4 e 6 meses + reforço entre 12-15 meses) com VPC13, VPC15 ou VPC20.
- C) Esquema 2+1 (2 e 4 meses + reforço aos 12 meses) com VPP23.
- D) Dose única de VPC20 aos 2 meses de idade.
- E) Esquema 3+0 (2, 4 e 6 meses sem reforço) com escolha da VPC13.

80. Uma gestante de 34 anos, G2/P1, comparece à consulta de pré-natal na 31ª semana de gestação. O obstetra discute as estratégias de prevenção da Bronquiolite Viral Aguda pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) para o futuro recém-nascido.

Considerando as recomendações atuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para o uso do novo anticorpo monoclonal nirsevimabe para o lactente e do programa Nacional de Imunizações para o uso da vacina bivalente recombinante de pré-fusão F para gestantes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A estratégia preferencial para maximizar a proteção consiste na administração da vacina de VSR para a gestante após 34ª semana e, obrigatoriamente, na administração do nirsevimabe para o recém-nascido na maternidade, independentemente da idade gestacional ao nascer, garantindo "dupla barreira imunológica".
- B) Caso a gestante opte por receber a vacina contra o VSR nesta consulta e o parto ocorra a termo, o recém-nascido saudável não terá indicação de receber o nirsevimabe, pois é considerado protegido pela transferência passiva de anticorpos maternos.
- C) O nirsevimabe, assim como o palivizumabe, está indicado pelas sociedades médicas exclusivamente para grupos de alto risco, como prematuros abaixo de 29 semanas, portadores de cardiopatia congênita ou displasia broncopulmonar, não havendo indicação para lactentes a termo saudáveis.
- D) A vacina contra o VSR para gestantes no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser administrada apenas em gestantes com idade maior de 18 anos.
- E) Se a mãe não for vacinada durante a gestação, a recomendação da SBP é a indicação do nirsevimabe ao recém-nascido, porém sua proteção é de curta duração (cerca de 30 dias), necessitando de doses mensais repetidas durante toda a sazonalidade do vírus.

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

81. A história da vacinação no Brasil, iniciada como política governamental no Império, alternou entre períodos de aceitação e resistência popular. No entanto, ao longo das décadas, foi se consolidando com destaque internacional devido ao seu Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Sobre os marcos históricos da vacinação no Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A vacinação contra Febre Amarela já era obrigatória para crianças desde 1837.
- B) A Lei de 1944, proposta por Oswaldo Cruz, forçava a vacinação contra a varíola.
- C) Em 1961, foi realizada a primeira campanha de vacina contra a poliomielite.
- D) Em 1973, foi criada a caderneta de vacinação.
- E) Em 1977, foi criado o PNI.

82. O Modelo da Pirâmide de Riscos é uma ferramenta de gestão em saúde, popularizada pela Kaiser Permanente, baseada na estratificação dos riscos da população o que, por sua vez, define as estratégias de intervenção em autocuidado e em cuidado profissional.

Sobre esse modelo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) 90% das pessoas portadoras de uma condição crônica estão no nível 1 e são pessoas que apresentam condição simples.
- B) 40 % estão no nível 2 e são pessoas que apresentam condição complexa.
- C) 1 a 5% estão no nível 3 e são pessoas que apresentam condição altamente complexa.
- D) No nível 1, a maior parte do cuidado deve ser provida por uma equipe de Atenção Primária à saúde com apoio de especialistas.
- E) No nível 4, está a subpopulação com necessidades altamente complexas e/ou pessoas usuárias frequentes de atenção não programada de emergência, ambulatorial ou hospitalar.

83. Sobre as diferenças entre incidência e prevalência, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A incidência é mais útil em estudos que visam determinar a carga de doenças crônicas em uma população e suas implicações para os serviços de saúde.
- B) Se os casos incidentes não são resolvidos e continuam por todo o tempo, então eles tornam-se casos prevalentes. Neste caso, prevalência = incidência x duração.
- C) O termo “taxa de ataque” é frequentemente utilizado, ao invés de prevalência, durante uma epidemia de doença em uma população bem definida em um curto período de tempo.
- D) A incidência refere-se ao número de casos encontrados em uma população definida em um determinado ponto no tempo.
- E) A prevalência expressa o risco de tornar-se doente.

84. Em um estudo de coorte, foi investigada a associação entre o tabagismo ativo e o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em adultos acima de 40 anos.

Após 5 anos de seguimento, os resultados foram os seguintes:

- Grupo Exposto (tabagistas): 60 indivíduos desenvolveram DPOC de um total de 400 indivíduos acompanhados.
- Grupo Não Exposto (não tabagistas): 20 indivíduos desenvolveram DPOC de um total de 800 indivíduos acompanhados.

Com base nesses dados, calcule o Risco Relativo (RR) para o desfecho diagnóstico de DPOC e assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE o valor numérico.

- A) 0,5
- B) 1,5
- C) 3,0
- D) 6,0
- E) Nenhuma das alternativas.

85. Um grupo de pesquisa buscou investigar se a infecção prévia pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é um fator de risco para o desenvolvimento de Esclerose Múltipla (EM). Para isso, em 2022, os pesquisadores identificaram 500 prontuários de pacientes com diagnóstico recente de EM e 1.000 prontuários de pacientes da mesma região, do mesmo sexo e faixa etária, mas com outras doenças neurológicas não desmielinizantes. Eles, então, analisaram retrospectivamente, por meio de exames de sangue arquivados, a presença de anticorpos contra o EBV nos dois grupos, referentes a amostras coletadas 5 anos antes do início dos sintomas neurológicos.

Assinale a alternativa que corresponde a esse tipo de estudo.

- A) Estudo Ecológico.
- B) Estudo Transversal.
- C) Ensaio Clínico Randomizado.
- D) Estudo de Coorte.
- E) Estudo Caso-Controle.

86. No debate contemporâneo sobre equidade em saúde, é crucial distinguir conceitos fundamentais para a análise das iniquidades raciais.

Com base nas teorias de pensadores como Cida Bento, Silvio Almeida e outros, analise as sentenças abaixo:

- I** Pacto da Branquitude refere-se a um acordo tácito e inconsciente entre pessoas brancas para a manutenção de privilégios, operando por meio do silenciamento do debate racial e da naturalização das hierarquias sociais.
- II.** Racismo Estrutural diz respeito às formas de discriminação explícita e consciente praticadas por indivíduos dentro das instituições, como um profissional de saúde que se recusa a atender um paciente negro.
- III.** Racismo Institucional manifesta-se quando os critérios normativos, os protocolos e a cultura organizacional de uma instituição – como um hospital ou um plano de saúde – reproduzem desvantagens sistemáticas para grupos racializados, ainda que não haja intenção discriminatória explícita.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) I, II e III.
- B) I e III, apenas.
- C) II e III, apenas.
- D) I, apenas.
- E) III, apenas.

87. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo de coleta, análise e interpretação de dados, essencial para o planejamento e a avaliação das práticas de saúde pública.

Sobre os diferentes tipos de vigilância epidemiológica, analise as seguintes afirmativas:

- I.** Na vigilância passiva, a notificação depende da iniciativa dos profissionais ou dos serviços de saúde, sem busca ativa pelos órgãos de vigilância, o que pode resultar em subnotificação.
- II.** A vigilância ativa é caracterizada por busca sistemática de casos, com deslocamento dos técnicos da vigilância até as unidades notificadoras para garantir a completude das informações.
- III.** A vigilância sentinela utiliza uma rede de unidades de saúde selecionadas para monitorar eventos específicos, sendo útil para estimar a magnitude de um problema de saúde, quando a vigilância universal é inviável.
- IV.** Um exemplo de vigilância sentinela é o sistema de notificação compulsória de doenças, como sarampo e dengue, que exige que todos os casos suspeitos sejam informados às autoridades.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) todas. B) apenas três. C) apenas duas. D) apenas uma. E) nenhuma.

88. Um estudo avaliou a presença de artralgia como um sinal clínico para o diagnóstico precoce de Dengue em pacientes febris. Foram incluídos 300 pacientes atendidos em um serviço de emergência durante um surto. O diagnóstico definitivo de Dengue foi confirmado por sorologia (padrão-ouro).

Os resultados foram os seguintes:

- Dos 90 pacientes com Dengue confirmada, 72 apresentavam artralgia.
- Dos 210 pacientes sem Dengue, 147 não apresentavam artralgia.

Com base nesses dados, qual é a sensibilidade da presença de artralgia como sinal clínico para o diagnóstico de Dengue nessa população?

- A) 58% B) 70% C) 80% D) 85% E) Nenhuma das alternativas

89. A participação social é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizada, principalmente, pelos Conselhos de Saúde.

Sobre a composição, o papel e o funcionamento desses conselhos, conforme a legislação do SUS, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os Conselhos de Saúde, em todas as esferas de governo, possuem composição paritária, sendo formados na mesma proporção por representantes dos usuários, representantes dos trabalhadores da saúde e representantes do governo e prestadores de serviços.
- B) A principal função dos Conselhos de Saúde é de caráter consultivo, cabendo a eles emitir pareceres não vinculantes sobre as políticas propostas pela Secretaria de Saúde, enquanto a decisão final é de responsabilidade do gestor.
- C) Para garantir a representatividade, os representantes dos usuários nos Conselhos de Saúde são indicados diretamente pelo gestor municipal ou estadual, a partir de listas encaminhadas por entidades civis.
- D) A paridade na composição dos conselhos significa que, em um conselho municipal de saúde com 24 membros, haverá 12 representantes dos usuários, 6 representantes dos trabalhadores da saúde e 6 representantes do governo, gestores e prestadores de serviços privados conveniados.
- E) As Conferências de Saúde, que também são instâncias de participação social, ocorrem a cada 4 anos e têm como principal finalidade eleger os membros dos Conselhos de Saúde para o mandato subsequente.

90. Qual é a principal vantagem de um ensaio clínico randomizado em comparação com estudos observacionais para avaliar a eficácia de uma intervenção?

- A) A randomização ajuda a distribuir os fatores de confusão de forma equilibrada entre os grupos.
- B) São eticamente mais simples, pois não envolvem a intervenção direta do pesquisador.
- C) Possuem maior validade externa e generalização para a população geral.
- D) São mais baratos e rápidos de conduzir.
- E) Nenhuma das alternativas.

91. O acrônimo PICO é uma ferramenta utilizada para estruturar uma pergunta de pesquisa, principalmente para revisões sistemáticas.

O que a letra 'O' representa?

- A) Observação (o tipo de dado a ser observado).
- B) Organização (a estrutura do estudo).
- C) Outcome (desfecho ou resultado de interesse).
- D) Originalidade (a novidade da pergunta de pesquisa).
- E) Nenhuma das alternativas.

92. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve ordenar as Redes de Atenção. A Estratégia Saúde da Família é o modelo prioritário para sua operacionalização no Brasil.

Em relação aos atributos essenciais da APS, analise as sentenças abaixo:

- I.** A coordenação do cuidado refere-se ao estabelecimento de um vínculo duradouro entre a equipe de saúde e uma população adscrita, permitindo o acompanhamento contínuo ao longo do tempo, o que facilita o reconhecimento precoce de problemas e a construção de um cuidado personalizado.
- II.** A longitudinalidade implica que a APS deve atuar como centro de comunicação do sistema, organizando o fluxo do usuário entre diferentes pontos de atenção e integrando as informações sobre seus cuidados, evitando a fragmentação.
- III.** A APS é o primeiro contato do usuário com o sistema para qualquer novo problema de saúde, garantindo acesso universal e resolutivo, e os encaminhamentos para outros níveis de atenção devem, preferencialmente, ser realizados a partir dela.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) I, II e III.
- B) I e II, apenas.
- C) I e III, apenas.
- D) II e III, apenas.
- E) III, apenas.

93. O modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead é representado por um diagrama de camadas concêntricas.

Sobre a composição e a relação entre essas camadas, analise as afirmativas abaixo:

- I.** Na camada mais central, temos os fatores individuais não-modificáveis, incluindo idade, sexo e fatores hereditários.
- II.** Na terceira camada, estão as redes sociais e comunitárias, que abrangem o suporte oferecido pela família, amigos e comunidade local.
- III.** Na quarta camada, temos as condições de vida e trabalho, que são determinadas por políticas públicas e contextos econômicos locais.
- IV.** Na camada mais externa, estão os fatores gerais socioeconômicos, culturais e ambientais, que constituem os macrodeterminantes.

Está CORRETO o que se afirma em

- A) todas.
- B) apenas três.
- C) apenas duas.
- D) apenas uma.
- E) nenhuma.

94. A Rede Alyne é uma iniciativa do Ministério da Saúde para reduzir a mortalidade materna e neonatal no Brasil, visando a um pré-natal de qualidade com consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros, começando no primeiro trimestre, com o mínimo de

- A) 5 consultas.
- B) 6 consultas.
- C) 7 consultas.
- D) 8 consultas.
- E) Nenhuma das alternativas.

95. Um médico residente, em suas atividades no ambulatório, diagnosticou os seguintes casos abaixo:

- I. Perda Auditiva relacionada ao trabalho.
- II. Síndrome de burnout.
- III. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.
- IV. Distúrbio de voz relacionado ao trabalho.

Assinale a alternativa em que são consideradas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública:

- A) todos os itens.
- B) apenas três itens.
- C) apenas dois itens.
- D) apenas um item.
- E) nenhum item.

96. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) é um sistema, cujo principal instrumento é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Sobre esse sistema, é CORRETO afirmar que

- A) é o sistema responsável por registrar os atendimentos de urgência e emergência realizados nas unidades de saúde do país.
- B) sua principal finalidade é o controle e pagamento das internações hospitalares financiadas pelo SUS.
- C) sua base de dados contém informações detalhadas sobre o histórico médico de todos os usuários.
- D) é utilizado pelos hospitais para notificar as doenças e agravos de notificação compulsória.
- E) Nenhuma das alternativas.

97. Paciente, 88 anos, foi diagnosticado com câncer de próstata, tendo sido proposta pela equipe médica uma prostatectomia radical. O médico explicou detalhadamente os riscos, benefícios e alternativas, utilizando linguagem acessível. O paciente, após refletir com sua família, optou por recusar a cirurgia. A atitude do médico, ao garantir que o paciente recebesse informações compreensíveis e respeitasse sua escolha, mesmo diferente da recomendação inicial da equipe, está fundamentada, principalmente, no seguinte princípio bioético:

- A) Justiça.
- B) Beneficência.
- C) Autonomia.
- D) Não-maleficência.
- E) Paternalismo.

98. Um médico plantonista sofreu uma perfuração acidental com agulha contaminada durante a realização de um procedimento invasivo em um paciente no hospital. O supervisor imediato orientou que o acidente fosse registrado no prontuário do paciente e que o plantonista procurasse o serviço de saúde ocupacional do hospital.

Com base na legislação brasileira sobre acidentes e Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), analise as afirmativas abaixo:

- I. O acidente sofrido pelo médico plantonista configura um Acidente de Trabalho típico.
- II. A perfuração com material biológico é considerada um Acidente de Trabalho com Exposição a Material Biológico, exigindo notificação compulsória, além da CAT.
- III. A obrigação de emitir a CAT é, em primeiro lugar, do hospital, e o prazo para emissão é de até 1 (um) dia útil após a ocorrência.
- IV. Mesmo que o hospital não emita a CAT, o próprio acidentado, seus dependentes, a entidade sindical, o médico que o assistiu ou qualquer autoridade pública podem fazê-lo.

Está(ão) CORRETA(S)

- A) todas.
- B) apenas três.
- C) apenas duas.
- D) apenas uma.
- E) nenhuma.

99. A estratégia Consultório na Rua, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, visa ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional.

Sobre a organização das equipes dos Consultórios na Rua, assinale a alternativa CORRETA.

- A) São organizadas em 4 modalidades (I, II, III e IV).
 - B) A Modalidade I é formada minimamente por 6 (seis) profissionais.
 - C) A Modalidade II é formada minimamente por 8 (oito) profissionais.
 - D) A Modalidade III é formada minimamente por 6 (seis) profissionais, acrescida de um profissional médico.
 - E) A presença do Agente Social é obrigatória em todas as modalidades.
-

100. A Portaria GM/MS nº 3.493 de 2024 instituiu o novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Sobre as características e mudanças fundamentais desse modelo, em relação ao Previner Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O novo modelo manteve a mesma estrutura de incentivos financeiros, baseada no cadastramento nominal e em indicadores de desempenho clínicos.
 - B) Um dos avanços do modelo é o Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, que considera o número de pessoas cadastradas e atualizadas no sistema eletrônico da APS, aplicando um fator de ponderação que leva em conta a vulnerabilidade socioterritorial dos municípios.
 - C) O novo modelo abandona completamente a lógica de pagamento por desempenho e retorna a um financiamento fixo baseado no número estimado de habitantes de cada município, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
 - D) O Componente de Qualidade do financiamento foi extinto, sendo substituído por um repasse fixo e único por equipe, independentemente do desempenho em indicadores de saúde.
 - E) Nenhuma das alternativas.
-

GRUPO 01
- ÁREAS BÁSICAS COM ACESSO DIRETO -