



SUS-SP — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

O conhecimento atual sobre o Sars-CoV-2 permite afirmar que:

- A. A forma de transmissão mais importante é o contato com superfícies contaminadas.
- B. A transmissão por aerossóis se dá principalmente em ambientes fechados e mal ventilados. ✓**
- C. O uso de máscara protege integralmente as pessoas.
- D. A transmissibilidade independe da umidade relativa do ar de um determinado ambiente.
- E. Uma de suas características é a de provocar a COVID-19, uma das doenças com maior taxa de letalidade que se conhece.

COMENTÁRIO OSCELABS

O SARS-CoV-2 tem transmissão predominantemente respiratória, por gotículas e aerossóis, e o risco dispara em ambientes fechados, aglomerados e mal ventilados — daí a regra dos '3 Cs'. Fômites (A) têm papel marginal. Máscara reduz, mas não zera o risco (C). Umidade e temperatura influenciam a estabilidade do vírus no ar (D). E a letalidade da COVID-19 é baixa quando comparada a raiva, ebola ou tétano (E). Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Assinale a alternativa correta referente à imunidade inespecífica.

- A. A imunidade inespecífica é constituída de mecanismos de defesa bioquímicos e celulares que já estão presentes no organismo antes mesmo de se iniciar o processo infeccioso, respondendo, prontamente, à infecção. ✓**
- B. A imunidade inespecífica exige a existência de estímulos prévios e costuma ter períodos de latência longos, de, pelo menos, um ano.
- C. A imunidade inespecífica é a linha de frente da defesa do nosso organismo, mas tem pouca capacidade de impedir a instalação de uma doença, necessitando de reforço imunológico.
- D. O interferon é uma substância de natureza lipídica produzida pelas células de defesa do organismo após uma infecção viral, e se constitui no único mecanismo de imunidade inespecífica.
- E. A imunidade inespecífica inicia-se quando os agentes infecciosos são reconhecidos nos órgãos linfoides pelos linfócitos T e B.

COMENTÁRIO OSCELABS

Imunidade inespecífica (inata) é a que já existe antes do contato com o patógeno: barreiras físico-químicas, complemento, fagócitos, NK, citocinas — resposta imediata, em minutos a horas, sem memória. Ela não exige estímulo prévio nem tem latência (B), e é bastante eficaz em conter infecções (C). Interferon é proteína, não lipídio, e é apenas um entre vários mecanismos (D). Reconhecimento por linfócitos T e B em órgãos linfoides é imunidade adaptativa (E). Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

A atual Política Nacional de Saúde Mental, no Brasil,

- A. É fruto de um grande movimento de médicos psiquiatras de vários países, ocorrido na década de 1980.
- B. Tem o objetivo de controlar a sintomatologia dos pacientes e substituir hospitais psiquiátricos por hospitais gerais, para diminuir a discriminação contra os usuários.
- C. Decorre de um movimento impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar na década de 1980. ✓**
- D. Foi concebida por especialistas em saúde mental de vários países na década de 1980, mas até o momento não foi implementada.
- E. Sofreu forte oposição de familiares de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, por acharem imprescindível o tratamento em regime de internação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Reforma Psiquiátrica brasileira nasce do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (final dos anos 1970-80), embalado pela redemocratização e pela pauta de direitos humanos contra a ditadura — culminando na Lei 10.216/2001. Não foi movimento de psiquiatras estrangeiros (A/D), já está implementada via RAPS/CAPS, e o objetivo vai além de controlar sintomas ou trocar hospital por hospital (B): é a desinstitucionalização com cuidado territorial. Familiares foram protagonistas a favor, não contra (E). Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Um senhor de 78 anos mora com seu filho, sua nora e dois netos. Em uma das visitas domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ele se queixa de dificuldade de participar de conversas familiares, pois frequentemente não entende o que falam. Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- A. Os idosos costumam evoluir com depressão, sendo necessária uma avaliação de um psiquiatra especializado em geriatria.
- B. A equipe de saúde da UBS deve chamar a família do idoso para que ela tome conhecimento desse problema relatado por ele.
- C. O senhor deve ser encaminhado a um otorrinolaringologista para que passe a usar prótese auditiva.
- D. Para uma análise da situação, é preciso explorar mais suas condições físicas, psicológicas, de relações familiares e sociais. ✓**
- E. A equipe de saúde da UBS deve entrevistar, individualmente, cada membro da família, sem o conhecimento do idoso, para evitar constrangimentos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso que 'não entende as conversas' pode ter presbiacusia, mas também declínio cognitivo, depressão, isolamento ou dinâmica familiar excludente. O princípio da atenção ao idoso é a avaliação multidimensional (física, cognitiva, funcional, psíquica e social) antes de encaminhar. Presumir depressão (A) ou presbiacusia com prótese (C) é atalho diagnóstico. Chamar a família (B) ou entrevistá-la às escondidas (E) fere a autonomia e o protagonismo do próprio idoso. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito E

Professora de natação de um clube esportivo, após meses em casa, recomeçou a dar aulas no mês de novembro de 2020, em piscina coberta de água aquecida. Seu marido é funcionário do clube e faz serviços de manutenção. Num dia de trabalho, ele é socorrido por mal-estar e levado a um serviço de emergência, onde fazem o teste RT-PCR, cujo resultado é positivo para Sars-CoV-2. A professora, assintomática até então, também é testada, e o resultado é positivo. O marido evolui com um pouco de cansaço e febre e é orientado a ficar em casa por 14 dias. A professora, por ser assintomática, é orientada a ficar afastada por 3 dias e retornar ao trabalho. Em face do exposto, assinale a alternativa correta:

- A. Como é mais provável que a professora tenha infectado seu marido, seu período de transmissibilidade está no fim.
- B. O fato de a professora ter sido infectada significa que ela não usou máscara durante toda a sua jornada de trabalho.
- C. Ao final dos 14 dias, o funcionário do clube deve retornar ao trabalho, salvo se estiver internado.
- D. Neste caso, descarta-se a COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, pois um infectou o outro.
- E. O fato de ser assintomática não significa que a professora não transmita o vírus. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Portadores assintomáticos e pré-sintomáticos transmitem o SARS-CoV-2 — foi justamente isso que sustentou a pandemia e o que torna errado o afastamento de apenas 3 dias. Não há como definir quem infectou quem (A) nem presumir descuido com máscara (B): a proteção nunca é absoluta. Alta ao 14º dia exige melhora clínica e afebrilidade, não é automática (C). E COVID-19 adquirida em ambiente laboral pode, sim, ser reconhecida como doença relacionada ao trabalho (D). Resposta E.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Após 6 meses sem trabalho, um trabalhador de 42 anos consegue um emprego de guarda noturno. Não está acostumado a trabalhar à noite, mas aceita o cargo por necessidade. Não consegue dormir bem durante o dia, pela movimentação da casa, e acaba, no total, tendo menos de 6 horas de sono, por 24 horas. Após um mês, procura a UBS por sentir-se com dor de cabeça, cansaço, sonolência e esquecimento de afazeres simples, como fazer compras que sua esposa lhe pede, ao retornar do trabalho para casa. Na UBS, medem sua pressão arterial: 135 x 90 mmHg. Está também com sobrepeso, que atribui ao sedentarismo. Seu avô era hipertenso e havia tido um acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) aos 63 anos. Diante desse quadro, é correto afirmar:

- A. O paciente deve ser orientado para que pense, junto com sua família, em formas de construir um ambiente para dormir mais tempo e passe a fazer caminhadas algumas vezes por semana. ✓**
- B. O paciente deve ser medicado para a hipertensão, pois tem antecedente familiar de AVCI e ser orientado para comparecer à UBS, diariamente, para controle da pressão arterial.
- C. Os sintomas que referiu na UBS são decorrentes da hipertensão arterial, e o caso é potencialmente grave pelo antecedente familiar.
- D. O paciente deve ser orientado a pedir demissão, pois todos os sintomas são devidos ao trabalho noturno e dificilmente ele se acostumarà à nova rotina.
- E. O paciente deve ser medicado para a hipertensão arterial, para o sobrepeso, e ser encaminhado para uma avaliação psiquiátrica, pois apresenta sintomas depressivos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de privação crônica de sono por trabalho noturno: cefaleia, fadiga, sonolência e falhas de memória se explicam pela dívida de sono, não pela PA de 135x90 (pré-hipertensão/limítrofe, que não causa sintoma). A conduta inicial é não farmacológica e pactuada — organizar higiene do sono com a família, atividade física regular, controle de peso e monitorização da PA. Mediar de imediato (B/E), atribuir os sintomas à HAS (C) ou mandar pedir demissão (D) é desproporcional. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

São considerados para rastreamento do diabetes tipo 2:

- A. Antecedente familiar, alimentação com excesso de carboidratos e ansiedade.
- B. Obesidade central, hipertensão arterial e sobrepeso. ✓**
- C. Ansiedade, insônia e sobrepeso.
- D. Alteração do sono, antecedente familiar e sedentarismo.
- E. Hipotireoidismo, insônia e obesidade central.

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreamento de DM2 é dirigido a quem tem risco cardiometabólico: sobrepeso/obesidade (sobretudo central), hipertensão, dislipidemia, história familiar de 1º grau, sedentarismo, DMG prévio, SOP e idade ≥ 45 anos. Ansiedade, insônia e alteração do sono (A/C/D/E) não são critérios de rastreio, e hipotireoidismo não entra na lista. A alternativa B reúne três fatores clássicos e validados. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

A terapia nutricional de uma pessoa com diabetes tipo 2 inclui:

- A. Alimentos sem gordura.
- B. Alimentos ricos em fibras. ✓**
- C. Corte total de álcool.
- D. Corte total de carboidratos.
- E. Ingestão de alimentos 3 vezes por dia, no máximo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A terapia nutricional no DM2 é individualizada e não proibitiva: prioriza fibras (integrais, leguminosas, hortaliças), que reduzem a velocidade de absorção de glicose e melhoram o perfil lipídico. Gordura não é banida — troca-se saturada/trans por mono e poli-insaturada (A). Carboidrato é a principal fonte energética e deve ser qualificado, não cortado (D). Álcool é permitido com moderação e junto às refeições (C). E o fracionamento em mais refeições ajuda no controle glicêmico (E). Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito E

A segurança alimentar e nutricional abrange, entre outros aspectos,

- A. A garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares da culinária mediterrânea, considerada saudável.
- B. A conservação da biodiversidade, a utilização sustentável dos recursos e o custeio parcial de academias de ginástica para grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social.
- C. A implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, de forma padronizada em todo o país.
- D. O direito a práticas esportivas financiadas pelo poder público e orientação alimentar por aplicativo.
- E. A promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Segurança Alimentar e Nutricional (Lei 11.346/2006 — LOSAN) é o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, respeitando a diversidade cultural, sem comprometer outras necessidades essenciais. Abrange promoção da saúde, da nutrição e da alimentação, com atenção a grupos vulneráveis. Impor culinária mediterrânea (A) ou padronizar o consumo nacional (C) contraria o respeito à cultura alimentar; academias e apps (B/D) não são o eixo da política. Resposta E.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Um assalto em uma mansão deixa dois segurados com ferimento por arma de fogo. Um deles tem vínculo empregatício com uma empresa, e o outro fazia bico no dia. Ambos são internados e sofrem cirurgia. Diante do exposto, assinale a alternativa correta:

- A. Apenas o trabalhador com vínculo empregatício deve ter o caso notificado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

B. Nenhum dos casos deve ser notificado ao SUS, pois trata-se de casos de notificação apenas à Previdência Social.

C. Ambos os casos devem ser notificados ao SINAN, como acidentes de trabalho graves. ✓

D. Os casos podem ser notificados ao SINAN, se houver comprovação de condição precária de trabalho.

E. Os casos devem ser notificados ao SUS como violência interpessoal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acidente de trabalho grave é de notificação compulsória ao SINAN, e a notificação em saúde do trabalhador independe de vínculo formal — alcança celetista, autônomo, informal, servidor e trabalhador avulso. Ferimento por arma de fogo durante a jornada, com internação e cirurgia, é acidente de trabalho grave nos dois casos. Restringir ao empregado formal (A), remeter só à Previdência (B) ou condicionar a precariedade comprovada (D) contraria a norma. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Um senhor de 82 anos de idade, debilitado pela doença de Parkinson, mora com seu filho e sua nora. A equipe de saúde da família suspeita que esse senhor sofre maus-tratos físicos por parte de algum familiar. Diante desse quadro, é correto afirmar:

A. Não se trata de caso de notificação ao SUS.

B. O caso deve ser notificado à polícia, que deve interrogar os familiares.

C. Como o caso é referente a uma pessoa do sexo masculino, não se trata de violência a ser notificada.

D. O caso deve ser notificado ao SINAN como violência interpessoal. ✓

E. Se houver confirmação, o caso deve ser notificado ao SUS como violência doméstica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Suspeita de violência contra idoso já é motivo suficiente para notificação compulsória ao SINAN — a ficha é de violência interpessoal/autoprovocada e não exige confirmação nem investigação policial prévia (o Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, reforça o dever do profissional). Não notificar (A), esperar confirmação (E) ou delegar à polícia (B) atrasa a proteção; e o sexo masculino não isenta a notificação (C). Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Em relação à tuberculose, é correto afirmar que:

A. A vacina BCG deve ser aplicada ao nascer e protege contra as formas mais graves da doença que acomete a criança. ✓

B. Os adultos vacinados quando crianças devem ser revacinados.

C. A vacina BCG confere imunidade permanente contra a doença.

D. Se trata de uma doença que, no passado, foi altamente prevalente no Brasil, mas não se configura mais como um problema de saúde pública.

E. A vacina BCG deve ser aplicada nos adultos que foram imunizados ao nascer, não havendo qualquer contraindicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A BCG é aplicada dose única ao nascer (ou o mais precocemente possível) e sua proteção é contra as formas graves da tuberculose na criança — miliar e meníngea —, não contra a forma pulmonar do adulto. Não há revacinação de rotina (B), a imunidade não é permanente (C) e a tuberculose segue sendo problema de saúde pública prioritário no Brasil (D). Aplicar em adultos já imunizados não tem indicação (E). Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito E

O acolhimento em saúde mental na Atenção Primária da Saúde (APS):

- A. Permite que os principais transtornos mentais de cada usuário sejam diagnosticados e, por isso, deve haver uma etapa de entrevistas individuais.
- B. Deve ser feito pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS), sempre com a participação de um psiquiatra, além de profissional da psicologia, para abordagem adequada aos casos mais graves.
- C. É feito em grupo e permite que, além da recepção do usuário na (UBS), sejam feitos diagnósticos para encaminhamentos ao ambulatório de especialidades e para medicalização adequada.
- D. Tem o objetivo principal de realizar uma triagem dos casos leves, que podem ser abordados com terapias daqueles mais severos, que necessitam de tratamento medicamentoso.
- E. Permite à equipe de saúde oferecer um espaço de escuta ao usuário e à família, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Acolhimento em saúde mental na APS não é triagem nem consulta diagnóstica: é postura de escuta qualificada de toda a equipe, que cria vínculo e permite ao usuário e à família expressar aflições e angústias com segurança. Não pressupõe entrevistas individuais para diagnosticar (A), não exige psiquiatra presente (B) — o apoio matricial é que dá retaguarda —, não serve para encaminhar e medicalizar (C) nem para separar 'leves' de 'graves' (D). Resposta E.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

A mídia tem dado visibilidade aos entregadores de alimentos que realizam suas entregas de bicicleta. Assinale a alternativa correta em relação a esses trabalhadores.

- A. São pessoas que pedalam vários quilômetros por dia e, por isso, apresentam indicadores de saúde melhores do que o restante da população.
- B. São pessoas que, por não terem vínculo empregatício, se sentem livres para trabalhar quando querem, o que lhes faz bem à saúde.
- C. Correm riscos de acidentes de trânsito, que devem ser notificados como acidentes de trabalho ao SINAN, sempre que forem considerados graves. ✓**
- D. Apresentam alta capacidade cardiorrespiratória, pelo exercício físico realizado diariamente.
- E. Exercem uma profissão que lhes traz benefícios à saúde mental, por se tratar de uma atividade que permite socialização ampla.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entregadores por aplicativo têm exposição intensa a risco de trânsito, jornadas longas, ausência de proteção social e sobrecarga físico-mental. Acidente de trânsito no exercício da atividade é acidente de trabalho e, quando grave, é de notificação compulsória ao SINAN — independentemente de haver vínculo formal. Presumir melhores indicadores de saúde (A/D) ou benefício psíquico da informalidade (B/E) ignora que a atividade é penosa e sem proteção. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Assinale a alternativa que expressa diretriz e/ou conceito da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM).

- A. A PNASM é composta por planos verticalizados a mulheres de maior vulnerabilidade.
- B. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. ✓**
- C. O eixo da PNASM é referente a demandas relativas à gravidez e ao parto.
- D. A PNASM inclui demandas referentes à violência psicológica, mas não física.

E. Por se tratar de ato ilegal, questões referentes ao aborto não estão incluídas na PNASM.

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNAISM/PNASM rompeu com o olhar restrito à mulher-mãe e incorporou a perspectiva de gênero: gênero é construção social e cultural sobreposta ao corpo sexuado, o que desloca o cuidado do biológico para o social. Por isso a política é integral e transversal, não verticalizada (A), não se limita a gestação e parto (C), inclui violência física, sexual e psicológica (D) e trata o abortamento inseguro como problema de saúde pública, com acolhimento humanizado (E). Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Assinale a alternativa correta referente à Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).

A. Como o câncer não é passível de prevenção, mas apenas de detecção precoce,

B. A PNPCC não inclui qualquer medida de cuidados paliativos.

C. A PNPCC reconhece o câncer como doença crônica prevenível. ✓

D. Todos os procedimentos referentes à PNPCC são feitos em centros especializados.

E. É desejável que todas as UBS tenham um oncologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Portaria 874/2013) parte do reconhecimento do câncer como doença crônica não transmissível prevenível — cerca de um terço dos casos é evitável por controle do tabagismo, álcool, alimentação, obesidade, HPV/hepatites e exposições ocupacionais. Logo, prevenção não sai de cena (A), cuidados paliativos são eixo explícito da política (B), e a atenção se organiza em rede com forte papel da APS (C/D/E). Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Com referência à asma, é correto afirmar:

A. Os corticosteroides inalatórios são contraindicados para tratar asma crônica sintomática, seja em adultos ou crianças.

B. Dificilmente o ambiente de trabalho pode desencadear ou agravar asma preexistente.

C. Na gestante com asma, é preconizado o uso de corticosteroides sistêmicos.

D. Um dos fatores precipitantes da exacerbação da asma é o exercício físico. ✓

E. A asma na gestante não deve ser tratada, pois os medicamentos disponíveis trazem efeitos colaterais graves.

COMENTÁRIO OSCELABS

O broncoespasmo induzido por exercício é fator precipitante clássico de exacerbação da asma, ao lado de infecções virais, alérgenos, poluentes e AINEs. Corticoide inalatório é a base do tratamento de manutenção em adultos e crianças (A). O ambiente de trabalho é causa reconhecida de asma ocupacional e de agravamento (B). Na gestante, asma mal controlada é mais perigosa que o tratamento: mantém-se corticoide inalatório, e o sistêmico fica para exacerbações (C/E). Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Os conselhos de saúde do SUS:

A. Têm 50% dos membros indicados pelos gestores e 50% por setores da sociedade.

B. Têm caráter deliberativo. ✓

C. Têm rodízio na presidência de 4 em 4 meses.

- D. Têm, obrigatoriamente, a participação de sindicatos de hospitalais.
E. Foram extintos em 2019.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os Conselhos de Saúde, na Lei 8.142/1990, são órgãos permanentes e deliberativos, com composição paritária: 50% de usuários e os outros 50% divididos entre gestores, prestadores e trabalhadores — não 50% indicados pelo gestor (A). A presidência é definida pelo próprio conselho, sem rodízio quadrimestral obrigatório (C); não há assento obrigatório de sindicatos patronais hospitalares (D); e os conselhos seguem vigentes (E). Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Uma doença aguda que provoca óbito em curto espaço de tempo, com alta taxa de letalidade:

- A. Tem baixo coeficiente de prevalência. ✓**
B. Tem baixo coeficiente de incidência.
C. Influencia fortemente a taxa de mortalidade geral de uma população.
D. É sempre infecciosa.
E. Acomete principalmente crianças.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevalência ~ incidência x duração da doença. Uma doença aguda que mata rapidamente tem duração curtíssima, então acumula pouquíssimos casos existentes num dado momento: prevalência baixa, ainda que a incidência possa ser alta (B). Alta letalidade não implica impacto na mortalidade geral — isso depende do número absoluto de casos (C). E letalidade elevada nada diz sobre etiologia infecciosa (D) ou faixa etária acometida (E). Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Assinale a alternativa referente à promoção da saúde no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer.

- A. Fomento à ampliação de medidas restritivas ao marketing de alimentos e bebidas com alto teor de sal, calorias, gorduras e açúcar, especialmente os direcionados às crianças. ✓**
B. Democratização do acesso a alimentos processados, com alto teor de fibras.
C. Promoção de hábitos alimentares saudáveis, como o aleitamento materno exclusivo até os 3 meses de vida.
D. Promoção de práticas físicas, em particular jogos coletivos.
E. Realização de citologia oncótica para prevenção de câncer de colo de útero.

COMENTÁRIO OSCELABS

Promoção da saúde na PNCC atua sobre determinantes e fatores de risco modificáveis, com medidas regulatórias de alcance populacional — restringir o marketing de alimentos ultraprocessados, ricos em sal, açúcar e gordura, especialmente o dirigido a crianças, é exemplo canônico. Alimento processado não é meta de democratização (B); o aleitamento exclusivo é até os 6 meses (C); atividade física não se resume a jogos coletivos (D); e citologia oncótica é detecção precoce, não promoção (E). Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

As questões de números 21 e 22 referem-se ao caso clínico a seguir. Paciente jovem, 19 anos, com história de palpitações taquicárdicas ocasionais, com duração <10 segundos. Chega ao pronto-socorro, com a mesma queixa de palpitações, associada a sensação desconfortável de pulsação no pescoço e náuseas, com duração há mais de 15 minutos. Realizado o eletrocardiograma que está ilustrado a seguir. Ao exame físico da admissão na sala de emergência, apresentava: temperatura axilar 36,1 C, PA = 120 x 80 mmHg, SpO2 = 97% e ausculta cardíaca e pulmonar normais. Das características eletrocardiográficas presentes na figura, determina(m) o diagnóstico dessa taquiarritmia:

- A. Frequência cardíaca menor que 100 bpm.
- B. Complexo QRS estreito (< 120 ms). ✓**
- C. Ausência de onda T.
- D. Intervalos RR irregulares.
- E. Presença de onda U.

COMENTÁRIO OSCELABS

O que define a taquiarritmia como supraventricular é a largura do QRS: complexo estreito (<120 ms) indica ativação ventricular pelo sistema His-Purkinje, ou seja, origem acima da bifurcação hissiana. Somado à regularidade dos RR (afasta fibrilação atrial, D) e à FC elevada (A é incompatível com taquicardia), o padrão é de TPSV por reentrada nodal — coerente com a 'pulsação no pescoço' (sinal do sapo). Onda T e onda U (C/E) não definem o diagnóstico. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Paciente jovem, 19 anos, com história de palpitações taquicárdicas ocasionais, com duração <10 segundos. Chega ao pronto-socorro, com a mesma queixa de palpitações, associada a sensação desconfortável de pulsação no pescoço e náuseas, com duração há mais de 15 minutos. Realizado o eletrocardiograma que está ilustrado a seguir. Ao exame físico da admissão na sala de emergência, apresentava: temperatura axilar 36,1 C, PA = 120 x 80 mmHg, SpO2 = 97% e ausculta cardíaca e pulmonar normais. Assinale a alternativa que contém a primeira opção medicamentosa para a resolução do quadro clínico dessa paciente.

- A. Diazepam 20 mg IV.
- B. Amiodarona 300 mg IV.
- C. Esmolol 15 mg IV.
- D. Adenosina 6 mg IV. ✓**
- E. Diltiazem 100 mg IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em TPSV com QRS estreito e paciente estável, a sequência é manobra vagal e, se falhar, adenosina 6 mg IV em bolus rápido com flush — meia-vida de segundos, bloqueia o nó AV e interrompe o circuito de reentrada. Amiodarona (B) e diltiazem (E) não são primeira linha e a dose citada de diltiazem é absurda; esmolol é alternativa de segunda linha; diazepam (A) não trata arritmia. Se houvesse instabilidade, a resposta seria cardioversão elétrica sincronizada. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito E

Paciente de 39 anos, sexo masculino, com história de dor intensa no joelho, redução da mobilidade da articulação e aumento do volume local, sem associação com trauma ou lesões lacerantes. Ao procurar o serviço de ortopedia, relata ser portador de doença genética, com episódios recorrentes de sangramento de mucosa e hematomas espontâneos. Diante do quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é:

- A. Talassemia menor.

- B. Doença de von Willebrand.
- C. Muta  o do Fator V de Leiden.
- D. Síndrome do anticorpo antifosfolípide.

E. Hemofilia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemartrose espontânea ou desproporcional ao trauma, em homem jovem com doença genética hemorrágica, é a assinatura da hemofilia (deficiência de fator VIII ou IX, herança ligada ao X) — sangramento de compartimentos profundos: articula  es, músculos e SNC. Doença de von Willebrand cursa predominantemente com sangramento mucocutâneo e raramente com hemartrose (B). Fator V de Leiden e SAF são estados trombof  licos, não hemorrágicos (C/D), e talassemia minor   anemia leve, sem discrasia (A). Resposta E.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Paciente de 65 anos, tabagista ativo e etilista, com história de dificuldade de degluti  o de carne vermelha, associada a queixa de pirose e queima  o retroesternal, iniciado inibidor de bomba de prótons e orientada interrup  o do tabagismo, ajuste de dieta e medidas antirrefluxo. Após dois meses, o paciente retorna com perda ponderal de 8 kg e progressão do distúrbio de degluti  o para alimentos pastosos. A conduta preconizada pelas diretrizes atuais, nesse momento, é:

- A. Aumentar ou trocar o inibidor de bomba de prótons.
- B. Associar bromoprida ao tratamento atual.
- C. Realizar um ultrassom hepático.

D. Realizar uma endoscopia digestiva alta. ✓

- E. Associar vitamina B12 ao tratamento atual.

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia progressiva (sólidos para pastosos) com perda ponderal de 8 kg em paciente de 65 anos, tabagista e etilista, é sinal de alarme: exige endoscopia digestiva alta imediata para descartar neoplasia esofágica ou da transi  o esofagogástrica. Insistir em IBP (A), procinético (B) ou B12 (E) apenas retarda o diagnóstico de câncer; ultrassom hepático (C) não avalia o es  fago. Regra de ouro: disfagia + emagrecimento + idade avançada nunca se trata empiricamente. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

As questões de números 25 e 26 referem-se ao quadro clínico a seguir. Paciente jovem, 25 anos, realizando suas atividades de trabalho em casa, devido à pandemia de COVID 19, durante vários meses subsequentes trabalhando na cadeira da mesa da cozinha. Relata queixa de parestesia de membros inferiores bilateral, com dura  o de 1 semana, com melhora espontânea. Após 3 meses, reaparece a queixa de parestesia, associada a prurido nas pernas e desequilíbrio. Procura o serviço de neurologia. Solicitada a ressonância magnética de crânio a seguir. Com base nesse quadro clínico, o diagnóstico mais provável é de:

- A. Hérnia discal lombar.
- B. Esclerose lateral amiotrófica.

C. Esclerose múltipla. ✓

- D. Tumor medular cervical.
- E. Linfoma cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas neurológicos multifocais (parestesia de membros inferiores, prurido, desequilíbrio) em adulto jovem, com surto que remite espontaneamente e ocorre meses depois, definem disseminação no tempo e no espaço — critério de McDonald para esclerose múltipla, confirmado pelas lesões desmielinizantes na RM de crânio. Hérnia lombar não dá desequilíbrio nem remite assim (A); ELA é motora pura, sem parestesia (B); tumor e linfoma medulares causam déficit progressivo, não surto-remissão (D/E). Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Paciente jovem, 25 anos, realizando suas atividades de trabalho em casa, devido à pandemia de COVID 19, durante vários meses subsequentes trabalhando na cadeira da mesa da cozinha. Relata queixa de parestesia de membros inferiores bilateral, com duração de 1 semana, com melhora espontânea. Após 3 meses, reaparece a queixa de parestesia, associada a prurido nas pernas e desequilíbrio. Procura o serviço de neurologia. Solicitada a ressonância magnética de crânio a seguir. A partir da hipótese diagnóstica, o tratamento inicial mais indicado é:

- A. Descompressão cirúrgica medular.
- B. Radioterapia estereotáxica ablativa.
- C. Vincristina em doses baixas.
- D. Corticoterapia em altas doses. ✓**
- E. Transplante autólogo de células tronco.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento do surto de esclerose múltipla é pulsoterapia com corticoide em altas doses (metilprednisolona 1 g/dia IV por 3 a 5 dias), que abrevia o surto e acelera a recuperação — depois se define a terapia modificadora de doença. Cirurgia descompressiva (A) e radioterapia (B) tratam lesões compressivas/tumorais, que não é o caso; vincristina (C) é quimioterápico; transplante autólogo (E) fica reservado a formas refratárias e agressivas, nunca como tratamento inicial. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Segundo os critérios de GOLD, a doença pulmonar obstrutiva crônica, considerada moderada, deve apresentar o volume expiratório final do primeiro segundo (VEF1):

- A. < 80%. ✓**
- B. < 50%.
- C. > 80%
- D. > 50%.
- E. < 30%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na espirometria com VEF1/CVF pós-broncodilatador <0,70, a classificação GOLD usa o VEF1 em relação ao previsto: GOLD 1 (leve) $\geq 80\%$, GOLD 2 (moderado) 50-79%, GOLD 3 (grave) 30-49% e GOLD 4 (muito grave) <30%. Portanto o moderado tem VEF1 menor que 80% (e $\geq 50\%$). VEF1 <50% (B) já é grave, <30% (E) é muito grave, e valores acima de 80% (C/D) caracterizam a forma leve. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Paciente do sexo feminino, 49 anos, portadora de hipertensão sem uso atual de medicação, procura ambulatório de clínica médica com queixa de dispneia aos grandes esforços habituais. Ao exame físico apresentava PA = 168 x 85 mmHg, FC = 77 bpm e ausculta cardíaca normal. Realizou um eletrocardiograma de repouso que demonstrava ritmo sinusal e alterações inespecíficas difusas da repolarização ventricular. Assinale a alternativa que contém a estratégia terapêutica anti-hipertensiva mais adequada, segundo as diretrizes atuais.

- A. Enalapril + valsartana.
- B. Enalapril + hidroclorotiazida. ✓**
- C. Sacubitril + valsartana.
- D. Propranolol + clortalidona.
- E. Metoprolol + diltiazem.

COMENTÁRIO OSCELABS

PA de 168x85 mmHg é hipertensão estágio 2, cujo tratamento inicial recomendado é combinação de duas classes de primeira linha em dose baixa. Enalapril (IECA) com hidroclorotiazida (tiazídico) é a associação clássica, sinérgica e bem tolerada. Combinar IECA com BRA (A) é dupla inibição do SRAA — proscrita por risco renal e hipercalemia. Sacubitril/valsartana (C) é para insuficiência cardíaca. Betabloqueador não é primeira linha sem indicação específica (D), e metoprolol com diltiazem (E) traz risco de bradiarritmia. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

As questões de números 29 e 30 referem-se ao quadro clínico a seguir. Paciente idoso, 78 anos, ex-tabagista, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus com história de febre há 4 dias, tosse produtiva com secreção amarela, queda do estado geral e dispneia. Chega à sala de emergência torporoso, frequência respiratória de 40 irpm, com uso de musculatura acessória, pulso fraco, com frequência cardíaca de 102 bpm. Diante da hipótese diagnóstica, o tratamento mais adequado, neste momento, será:

- A. Coletar uma gasometria arterial.
- B. Realizar uma radiografia de tórax no leito.
- C. Encaminhar para tomografia de tórax.
- D. Submeter a intubação orotraqueal e ventilação mecânica. ✓**
- E. Acoplar ventilação não invasiva com CPAP.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente torporoso, com FR de 40 irpm, uso de musculatura acessória e pulso fino: é insuficiência respiratória aguda com fadiga muscular iminente e rebaixamento do nível de consciência. A prioridade é garantir a via aérea — intubação orotraqueal e ventilação mecânica. VNI está contraindicada justamente por causa do rebaixamento e do risco de broncoaspiração (E). Gasometria, radiografia e tomografia (A/B/C) são exames diagnósticos que não podem preceder a estabilização. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Paciente idoso, 78 anos, ex-tabagista, portador de hipertensão arterial, diabetes mellitus com história de febre há 4 dias, tosse produtiva com secreção amarela, queda do estado geral e dispneia. Chega à sala de emergência torporoso, frequência respiratória de 40 irpm, com uso de musculatura acessória, pulso fraco, com frequência cardíaca de 102 bpm. Na evolução do quadro, realizou a radiografia de tórax a seguir. Diante da alteração encontrada, a conduta mais adequada é:

- A. Drenagem de tórax em selo d'água. ✓**

- B. Realização de trombólise com alteplase.
- C. Associação de antifúngico endovenoso.
- D. Administração de diurético endovenoso em altas doses.
- E. Realização de passagem de cateter de diálise.

COMENTÁRIO OSCELABS

No contexto de pneumonia grave, o achado radiológico que exige intervenção imediata é a coleção pleural volumosa (derrame parapneumônico complicado ou empiema) ou o pneumotórax — em ambos, a conduta é drenagem torácica em selo d'água, que remove o material infectado e reexpande o pulmão, sendo antibiótico isolado insuficiente. Trombólise (B) é para TEP maciço, antifúngico (C) não tem respaldo no quadro, diurético em altas doses (D) e cateter de diálise (E) não tratam a alteração pleural. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito E

Paciente de 56 anos, sexo masculino, assintomático, portador de fibrilação atrial paroxística, hipertensão arterial sistêmica estágio 1, hipercolesterolemia (LDL colesterol atual 260 mg/dL), obesidade estágio 1, tabagista atual (20 maços-ano), apresenta função ventricular preservada e controle da resposta ventricular adequado com atenolol 50 mg/d. Segundo as diretrizes nacionais e internacionais, o medicamento que teria indicação de associação ao tratamento atual é:

- A. Rivaroxabana 20 mg 1 x dia.
- B. Ácido acetilsalicílico 300 mg 1 x dia.
- C. Varfarina 5 mg 1 x dia.
- D. Cilostazol 50 mg 1 x dia.

E. Atorvastatina 20 mg 1 x dia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O escore CHA2DS2-VASc desse homem de 56 anos é 1 (apenas hipertensão) — não obriga anticoagulação (A/C), e AAS não tem lugar na profilaxia de cardioembolia na FA (B). Já o LDL de 260 mg/dL em tabagista pesado configura risco cardiovascular alto e dislipidemia possivelmente familiar: a estatina é mandatória, com meta agressiva de LDL. Cilostazol (D) é para claudicação intermitente. Resposta E.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Paciente de 16 anos, sexo feminino, com história de alteração do hábito intestinal, com períodos de diarreia persistente e distensão abdominal, associada a fraqueza das unhas, queda de cabelo e lesões herpetiformes pruriginosas. O exame laboratorial que pode orientar a hipótese diagnóstica mais provável é:

- A. Antitireoglobulina.
- B. Antiendomísio. ✓**
- C. Antiglargina.
- D. p-ANCA.
- E. Antiperoxidase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia crônica com distensão abdominal, unhas quebradiças, queda de cabelo (sinais de má absorção e ferropenia) e lesões vesiculosas pruriginosas — dermatite herpetiforme — compõem o quadro clássico de doença celíaca. O rastreamento sorológico usa antitransglutaminase IgA e antiendomísio IgA, este último de altíssima especificidade. Antitireoglobulina e antiperoxidase (A/E) investigam tireoidite; p-ANCA (D) associa-se a vasculites e retocolite; 'antiglargina' (C) não é exame de rotina clínica. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Paciente portador de cirrose hepática por vírus C evolui com distensão abdominal e encefalopatia hepática grau 2. Submetido a paracentese diagnóstica com análise do líquido ascítico revelando presença de polimorfonucleares = 380/mm³, bacterioscopia negativa e cultura em andamento. A conduta mais indicada é:

- A. Repetir a paracentese em 24 horas.
- B. Iniciar com ceftriaxone. ✓**
- C. Aguardar as culturas e repetir a paracentese caso haja piora do grau da encefalopatia hepática.
- D. Iniciar com caspofungina.
- E. Realizar controle ultrassonográfico somente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ascite com polimorfonucleares $\geq 250/\text{mm}^3$ fecha o diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea, independentemente de bacterioscopia ou cultura — que são negativas em boa parte dos casos (PBE com cultura negativa). O tratamento é imediato, com cefalosporina de 3ª geração (cefotaxima ou ceftriaxona) por 5 a 7 dias, associada a albumina para prevenir síndrome hepatorenal. Repetir paracentese (A), aguardar culturas (C), antifúngico (D) ou apenas ultrassom (E) atrasam uma conduta que salva vida. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 28 anos, nulípara, em uso de anticoncepcional oral, realiza exames laboratoriais para investigação de queda de cabelo e apresenta os seguintes resultados: TSH de 12 mcg/mL (normal: 0,4 a 2,5 mcg/mL) e T4 livre de 0,4 ng/mL (normal: 0,8 a 2,0 ng/mL), testosterona livre 22 ng/dL (normal: 12 a 60 ng/dL) e progesterona 6 ng/mL (5 a 20 ng/mL). Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta desse caso.

- A. Introduzido de testosterona em gel tópico.
- B. Troca do anticoncepcional oral por DIU.
- C. Introduzido de levotiroxina. ✓**
- D. Solicitação de BHCG.
- E. Associar coenzima Q10.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH muito elevado com T4 livre baixo define hipotireoidismo primário franco — e a queda de cabelo é sintoma coerente. O tratamento é reposição com levotiroxina, ajustada pelo TSH. Testosterona tópica (A) não tem indicação com testosterona livre normal; trocar o anticoncepcional (B) não corrige a tireoide; beta-hCG (D) não muda a conduta imediata; e coenzima Q10 (E) não tem respaldo. Perola: em queda de cabelo difusa, sempre avalie tireoide e ferritina. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

A avaliação imunológica compatível com critérios de cura da hepatite B é encontrada na alternativa:

- A. anti-HBsAg = positivo, anti-HBc = positivo, HBsAg = negativo, HBeAg = negativo. ✓**
- B. anti-HBsAg = negativo, anti-HBc = negativo, HBsAg = negativo, HBeAg = negativo.
- C. HBsAg = positivo, HBeAg = negativo.
- D. anti-HCV = negativo, anti-HAV = negativo, HBsAg = negativo, HBeAg = negativo.
- E. anti-HBsAg = negativo, anti-HBc = negativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cura (infecção passada resolvida) da hepatite B é anti-HBs positivo com anti-HBc total positivo e HBsAg negativo — o anti-HBc marca contato natural prévio e o anti-HBs marca imunidade. Só anti-HBs positivo com anti-HBc negativo indicaria resposta vacinal, não cura. Todos os marcadores negativos (B/E) é suscetibilidade. HBsAg positivo (C) significa infecção ativa. A alternativa D avalia outros vírus e não fecha o perfil sorológico do HBV. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito E

Paciente em uso recente de anti-inflamatórios não hormonais por cefaleia, evolui com febre, artralgia disseminada, rash cutâneo, eosinofilia e cilindros leucocitáricos na urina. O diagnóstico mais provável é:

- A. Pielonefrite aguda.
- B. Púrpura trombocitopênica trombótica.
- C. Síndrome hemolítico-urêmica.
- D. Endocardite infecciosa.

E. Nefrite intersticial alérgica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade febre, rash e eosinofilia, com cilindros leucocitários e piúria estéril, após uso recente de AINE, é o retrato da nefrite intersticial aguda alérgica — reação de hipersensibilidade tubulointersticial (também clássica com betalactâmicos, sulfas e IBP). O tratamento é suspender a droga, com corticoide em casos selecionados. Pielonefrite cursa com febre e piúria, mas não com eosinofilia e rash (A); PTT e SHU dão anemia hemolítica microangiopática e plaquetopenia (B/C); endocardite tem sopro e hemoculturas positivas (D). Resposta E.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Paciente menor, sexo masculino, de 9 anos, hígido, brincava no terreno próximo a sua casa, região rural, quando foi ferido na perna. Foi levado ao serviço de emergência e atendido cinco horas após o traumatismo. O exame físico revelou ferimento perfurocortante profundo em membro inferior esquerdo, com 5 cm de comprimento. A ferida apresentava-se suja, com presença de restos de terra e folhagem. A mãe trazia a carteira vacinal da criança onde constava que havia recebido quatro doses da vacina tríplice bacteriana, sendo a última dose aplicada havia 8 anos. Além da limpeza adequada da ferida e curativo, assinale a alternativa que apresenta a conduta correta em relação à profilaxia de tétano nesse paciente.

- A. Administrar imunoglobulina humana antitetânica 5000 UI, via intramuscular.
- B. Aplicar apenas dose de reforço da vacina antitetânica. ✓**
- C. Refazer esquema de vacinação antitetânica com, pelo menos, 2 doses.
- D. Aplicar dose de reforço da vacina antitetânica, mais imunoglobulina humana antitetânica 5000 UI, intramuscular.
- E. Não há necessidade de medidas adjuvantes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento profundo e sujo, com terra e vegetação, é de alto risco para tétano. A criança tem esquema completo (4 doses), mas a última foi há 8 anos: em ferida de alto risco, o intervalo aceitável é de até 5 anos, logo está indicado apenas o reforço vacinal. A imunoglobulina fica reservada a esquema incompleto/desconhecido, imunodeprimidos, desnutridos graves ou RN de risco (A/D). Refazer o esquema (C) é desnecessário, e não fazer nada (E) é imprudente. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

A hipocalemia aguda, devido à perda renal de potássio, e acompanhada de alcalose metabólica, deve ser, mais provavelmente, causada por:

- A. Mineralocorticoides e aminoglicosídeos.
- B. Ureterossigmoidostomia e diuréticos.
- C. Diuréticos e mineralocorticoides. ✓**
- D. Diarreia e mineralocorticoides.
- E. Aminoglicosídeos e leucemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipocalemia com alcalose metabólica e perda renal de potássio aponta para excesso de mineralocorticoide (hiperaldosteronismo primário ou secundário, Cushing) e para diuréticos de alça ou tiazídicos — ambos aumentam a oferta de sódio ao néfron distal, favorecendo a troca por K⁺ e H⁺. Diarreia (D) e ureterossigmoidostomia (B) causam hipocalemia com acidose metabólica hiperclorêmica, não alcalose. Aminoglicosídeos (A/E) cursam com perda renal, mas ligada a hipomagnesemia, sem esse padrão. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito E

O tratamento de escolha da cefaleia com características de cefaleia unilateral, forte intensidade, associada a lacrimejamento e hiperemia conjuntival, congestão nasal e rinorreia, sudorese frontal, miose, rubor facial, ptose e edema palpebral e duração limitada é:

- A. Dexametasona 10 mg IV lento.
- B. Morfina 2-5 mg IV lento.
- C. Clorpromazina 25 mg IM.
- D. Dipirona 1 g IV em bolus.
- E. Oxigenoterapia 10 - 12 L/min, por 20 minutos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia unilateral, excruciante, de curta duração e com exuberante cortejo autonômico ipsilateral (lacrimejamento, hiperemia conjuntival, rinorreia, ptose, miose, edema palpebral) é cefaleia em salvas. O tratamento agudo de escolha é oxigênio a 100% sob máscara não reinalante, 10-12 L/min por 15-20 minutos, junto com triptano subcutâneo ou nasal. Corticoide (A) serve como terapia de transição, não como abortivo; opioide (B), clorpromazina (C) e dipirona (D) não são recomendados. Resposta E.

QUESTÃO 40 — Gabarito E

Os estudos clínicos atuais demonstram benefícios dos hipoglicemiantes orais além daqueles para o tratamento do diabetes mellitus tipo 2, para a redução de mortalidade cardiovascular e hospitalização por insuficiência cardíaca. Assinale a alternativa que contém a medicação dessa classe terapêutica estudada em ensaios clínicos randomizados.

- A. Acarbose.
- B. Liraglutide.
- C. Sitagliptina.
- D. Pioglitazona.
- E. Dapaglifozina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os inibidores de SGLT2 — dapagliflozina, empagliflozina, canagliflozina — demonstraram, em ensaios randomizados (DAPA-HF, EMPA-REG, DECLARE), redução de mortalidade cardiovascular e de hospitalização por insuficiência cardíaca, além de proteção renal, com benefício inclusive em não diabéticos. Acarbose (A), sitagliptina (C, DPP-4, neutra) e pioglitazona (D, que pode piorar IC por retenção hídrica) não têm esse desfecho. Liraglutida (B) reduz eventos ateroscleróticos, mas não hospitalização por IC. Resposta E.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Uma jovem de 19 anos, sem atividade sexual anterior, relata que foi abusada sexualmente e procura direto um pronto-socorro. Ao examiná-la, nota-se a rotura recente do hímen, que está com as bordas avermelhadas e intumescidas, com a presença de crosta sanguínea úmida e equimoses. Neste caso, é recomendável:

- A. Avisar imediatamente uma autoridade policial e fazer o Boletim de Ocorrência para o atendimento da vítima de violência sexual.
- B. Não revelar os dados em prontuário da paciente, pois eles podem servir como prova criminal indireta ou Laudo Indireto de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal.

C. Que o ginecologista e obstetra tenha noções básicas sobre coleta de vestígios de crimes sexuais para atender adequadamente esta vítima. ✓

- D. Que materiais inanimados, como absorventes, papel higiênico, vestes íntimas (calcinha) e roupas em geral não sejam retidos.
- E. Agendar um atendimento ambulatorial para que ela receba medidas preventivas contra gravidez e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

O atendimento à vítima de violência sexual é responsabilidade imediata do serviço de saúde e não depende de boletim de ocorrência (A). O médico deve saber preservar e coletar vestígios (roupas, secreções, material subungueal), pois o prontuário e o exame descritivo servem como laudo indireto — logo, o registro precisa ser completo, não omitido (B). Materiais inanimados devem ser retidos e encaminhados (D). E profilaxias de IST e contracepção de emergência são feitas de imediato, não agendadas (E). Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Atualmente, vários métodos diagnósticos podem ser empregados para detectar gonorreia e clamídia, dentre eles:

A. Ensaios de Amplificação de Ácidos Nucleicos - PCR, Captura híbrida e a Sorologia (ELISA). ✓

- B. Teste das uretrites, cultura a partir de amostra vaginal e exame a fresco da secreção uretral ou endocervical.
- C. Toque vaginal, pH vaginal, palpação do abdome (DB) e urina tipo 1.
- D. Urocultura colhida com sonda, cistoscopia, uretroscopia e bacterioscopia da urina.
- E. Biópsia do colo uterino, citologia oncológica, colposcopia e anatomia patológica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão-ouro atual para gonorreia e clamídia são os testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT/PCR), aplicáveis a urina, swab endocervical, uretral, anal ou orofaríngeo, com alta sensibilidade e sem exigir microrganismo viável; captura híbrida e sorologia complementam a propedêutica. Exame a fresco e cultura têm baixa sensibilidade para clamídia (B). Toque, pH e urina I (C) são inespecíficos; propedêutica urológica (D) e cervical oncológica (E) investigam outra coisa. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Uma senhora de 65 anos, menopausada desde os 53 anos, obesa, apresenta um sangramento uterino de moderada quantidade, que durou 8 dias. Foi solicitada uma ultrassonografia pélvica, que evidenciou um espessamento endometrial de 12 mm. Com base nestes dados, é correto afirmar que:

- A. A histeroscopia com biópsia de endométrio é a única forma de prosseguir com este caso.
- B. Não existe indicação formal para submeter esta senhora a uma biópsia de endométrio.
- C. A histerectomia com anatomia patológica de todo o útero é a melhor forma de prosseguir com este caso
- D. AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) ou Pipelle podem servir para colher uma amostra endometrial ambulatorialmente. ✓**
- E. Serão obrigatoriamente necessárias a internação e anestesia para se colher uma amostra endometrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino após a menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e espessura endometrial de 12 mm em paciente sem terapia hormonal (corte de 4-5 mm) obriga amostragem histológica — mais ainda numa obesa, que tem hiperestrogenismo periférico. AMIU e Pipelle permitem colher endométrio ambulatorialmente, sem anestesia (D). A histeroscopia é excelente, mas não a única via (A); dispensar biópsia (B) é erro grave; e histerectomia (C) antes do diagnóstico é desproporcional. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito E

Em paciente com alteração histopatológica no colo uterino NIC 1 (lesão intraepitelial escamosa de baixo grau) em biópsia realizada durante colposcopia, a melhor conduta é:

- A. Extensa cauterização elétrica da zona de transformação do colo.
- B. Histerectomia, pois são altos os índices de invasão no intervalo de 2 anos.
- C. Exérese da zona de transformação do colo, com análise imuno-histoquímica.
- D. Exérese da zona de transformação do colo, com análise anatomopatológica.

E. Expectante, com controle citológico e colposcópico semestral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

NIC 1 é a expressão histológica da infecção produtiva por HPV e regride espontaneamente em cerca de 80% dos casos em até 2 anos, sobretudo em mulheres jovens. Por isso a conduta é expectante, com seguimento citológico e colposcópico semestral, reservando tratamento para lesões persistentes por mais de 2 anos ou progressão. Cauterização extensa (A), exérese da zona de transformação (C/D) e, muito mais, histerectomia (B) são condutas excessivas e potencialmente lesivas à fertilidade. Resposta E.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

O diagnóstico de dor pélvica crônica é desafiador e apresenta etiologia multifatorial. No exame de toque vaginal de uma mulher de 23 anos, que se queixa de Dor Pélvica Crônica, identificam-se espessamento em região retrocervical, deslocamento do colo uterino com encurtamento unilateral e diminuição da mobilidade uterina. A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é:

- A. Endossalpingiose.
- B. Distopia genital.
- C. Obstrução intestinal crônica intermitente.
- D. Endometriose profunda. ✓**
- E. Espasmos musculares de assoalho pélvico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ao toque vaginal, espessamento retrocervical, nodularidade dos ligamentos uterossacros, desvio e encurtamento unilateral do colo e útero pouco móvel compõem o exame típico da endometriose profunda infiltrativa — achados que, somados à dor pélvica crônica em mulher jovem, praticamente selam o diagnóstico. Distopia genital (B) cursa com prolapso, não com nodularidade; obstrução intestinal (C) tem quadro agudo e obstrutivo; e espasmo de assoalho pélvico (E) dá dor à palpação muscular, sem espessamento nodular. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Para o diagnóstico de endometriose, é correto afirmar que:

- A. Os exames de imagem são muito eficientes para visualizar as lesões pélvicas superficiais de endometriose.
- B. A ressonância magnética com protocolo especializado não auxilia no estadiamento da endometriose
- C. A videolaparoscopia continua a principal técnica de diagnóstico de endometriose.
- D. O ultrassom pélvico transvaginal com preparo intestinal é ótimo método de detecção da endometriose. ✓**
- E. A suspeita clínica e o exame físico perderam a sua importância no diagnóstico de endometriose.

COMENTÁRIO OSCELABS

As diretrizes atuais elegeram o ultrassom transvaginal com preparo intestinal, realizado por examinador experiente, como excelente método de detecção e mapeamento da endometriose profunda, com acurácia comparável à ressonância e custo bem menor. Nenhum exame de imagem enxerga lesões peritoneais superficiais (A); a RM com protocolo dedicado auxilia sim no estadiamento (B); a videolaparoscopia deixou de ser obrigatória como método diagnóstico (C); e anamnese e exame físico seguem centrais (E). Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

A categoria 3 da classificação BI-RADS® (Breast Image Reporting and Data System), desenvolvida pelo American College of Radiology, é definida por:

- A. “Anormalidade suspeita”: probabilidade intermediária de câncer, entre 3% e 94%, o que justifica a estratificação das lesões em baixo, intermediário ou alto grau de suspeição.
- B. “Achados provavelmente benignos”: apresentam risco de malignidade inferior a 2%. ✓**
- C. “Incompleta”: necessária avaliação complementar dos achados por outro método de imagem ou por incidências especiais na mamografia.
- D. “Achados benignos”: nenhuma característica sugestiva de malignidade.
- E. “Altamente sugestivo de malignidade”: a probabilidade de malignidade é superior à 95%, e a indicação é de estudo anatomopatológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 3 significa 'provavelmente benigno': risco de malignidade inferior a 2%, com conduta de seguimento por imagem em 6 meses (e depois anual por 2-3 anos), em vez de biópsia. Categoria 0 é a incompleta, que pede avaliação adicional (C); categoria 2 é achado benigno (D); categoria 4 é a suspeita, com risco entre 2% e 95%, subdividida em 4A, 4B e 4C (A); e categoria 5 é altamente sugestiva de malignidade, com risco $\geq 95\%$ e indicação de biópsia (E). Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Na avaliação da puberdade de uma garota, foram identificados projeção da papila e aréola acima do contorno da mama e pelos escuros, crespos e grossos nos grandes lábios, na sínfise púbica e no períneo, o que corresponde aos estágios:

- A. M4 e P4 de Tanner. ✓**
- B. M2 e P3 de Tanner.
- C. T5 e K5 de Rokitansky
- D. T4 e K3 de Rokitansky.
- E. T1 e M1 de Kuster.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na escala de Tanner, mama M4 é a fase em que aréola e papila formam uma segunda elevação, projetando-se acima do contorno da mama; pelos P4 são escuros, grossos e crespos, do tipo adulto, mas ainda sem atingir a face interna das coxas — compatível com a distribuição descrita. M2 é o broto mamário e P3 é pelo esparso na sínfise (B). Rokitansky e Kuster (C/D/E) são epônimos ligados à agenesia mülleriana, não a estadiamento puberal. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito E

Os sintomas clássicos da síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial são:

- A. Hematúria, Giordano positivo, calafrios e disúria.
- B. Pressão subpúbica, retenção urinária noturna, piora da dor após micção e urgeincontinência.
- C. Dor uretral, polaciúria, incontinência urinária aos pequenos esforços e resíduo elevado pós-miccional.
- D. Urina escura, diminuição da frequência miccional, dor pélvica crônica e febre.
- E. Dor ou desconforto pélvico, aumento da frequência miccional, noctúria e urgência miccional. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial se define por dor ou desconforto pélvico percebido como relacionado à bexiga, tipicamente aliviado pela micção, acompanhado de aumento da frequência urinária, noctúria e urgência, por mais de 6 semanas e na ausência de infecção. Hematúria com Giordano e febre (A/D) sugerem pielonefrite; retenção urinária e resíduo pós-miccional elevado (B/C) apontam para disfunção de esvaziamento, não para o quadro irritativo da cistite intersticial. Resposta E.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Ao trabalhar em serviço de planejamento familiar, a indicação de contracepção reversível de longa duração com um dispositivo intrauterino de cobre poderá ser usada em uma mulher:

- A. Com a cavidade uterina severamente deturpada.
- B. Com uma hemorragia vaginal inexplicada.
- C. Adolescente e nulípara. ✓**
- D. Com um câncer cervical ou endometrial.
- E. Com uma doença trofoblástica maligna.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios de elegibilidade da OMS deixam claro que nuliparidade e adolescência não contraindicam o DIU de cobre — ao contrário, LARCs são a primeira escolha para adolescentes, por altíssima eficácia e independência de adesão. São contraindicações absolutas (categoria 4): distorção grave da cavidade uterina (A), sangramento vaginal inexplicado antes da investigação (B), câncer cervical ou endometrial (D), doença trofoblástica maligna (E), gravidez, DIP atual e sepse puerperal. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Gestante, após 28 semanas de gestação, ao ultrassom via vaginal, apresenta tecido placentário parcialmente inserido no segmento inferior do útero e que não chega a atingir o orifício interno e localiza-se em um raio de 2 cm de distância desta estrutura anatômica. Considerando a atual definição e classificação da inserção da placenta, é correto afirmar que, nesse caso, trata-se de placenta:

- A. De inserção baixa. ✓**
- B. Prévia.
- C. Prévia centro total.
- D. Prévia marginal.
- E. Prévia centroparcial.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação atual abandonou os termos 'marginal' e 'centro-parcial': fala-se em placenta prévia quando o tecido placentário recobre o orifício interno do colo, e em placenta de inserção baixa quando a borda placentária está a menos de 2 cm do orifício interno, sem recobri-lo — exatamente o caso descrito, após 28 semanas. Como não atinge o orifício interno, não há placenta prévia (B/C/D/E). Boa parte dos casos de inserção baixa ainda 'migra' com o crescimento do segmento inferior. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

O estudo dopplerfluxométrico do sonograma do ducto venoso:

- A. Identifica a vasoconstrição periférica, que leva à diminuição da pressão nas câmaras cardíacas, seguida de alterações no território venoso fetal.
- B. Tem sido eleito pela maioria dos estudos para representar o território venoso fetal. ✓**
- C. Visualiza o shunt vascular que comunica a porção intra-hepática da veia umbilical com a veia cava inferior e daí para o átrio esquerdo, levando sangue oxigenado para o forame magno.
- D. É caracterizado por baixa velocidade durante a sístole ventricular (onda-S) e a diástole (onda-D), determinando um padrão sonográfico bifásico característico.
- E. É caracterizado por grande aumento da velocidade na contração atrial (onda-A), determinando um padrão sonográfico monofásico característico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ducto venoso é o vaso eleito pela maioria dos estudos para representar o compartimento venoso fetal na avaliação da vitalidade, sobretudo na restrição de crescimento precoce: sua onda A alterada ou reversa indica descompensação cardíaca e é critério de resolução da gestação. Ele conecta a veia umbilical à veia cava inferior, direcionando sangue ao átrio direito e, pelo forame oval, ao esquerdo (C está anatomicamente errada). O padrão normal é trifásico (S, D e A), com fluxo anterógrado contínuo (D/E). Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito E

Em relação à mola hidatiforme, pode-se afirmar que:

- A. As gestações, 6 meses após o tratamento, apresentam maiores riscos materno-fetais.
- B. Os ovários com cistos tecaluteínicos volumosos devem ser retirados.
- C. A dosagem da gonadotrofina coriônica em platô pode sugerir remissão da doença.
- D. A ausência do desenvolvimento embrionário melhora o prognóstico da doença.

E. A mola parcial tem citogenética triploide (69,XXX ou 69,XXY) na maioria das vezes. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A mola hidatiforme parcial é tipicamente triploide (69,XXX ou 69,XXY), resultante da fecundação de um óvulo haploide por dois espermatozoides, e costuma ter tecido embrionário/fetal presente — diferente da mola completa (46,XX diândrica, sem embrião e com maior risco de neoplasia trofoblástica). Cistos tecaluteínicos regredem espontaneamente e não devem ser ressecados (B). hCG em platô sugere doença persistente, não remissão (C). E o seguimento é feito com contracepção por 6 meses (A). Resposta E.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

A loquiação puerperal, produção e eliminação de quantidade variável de exsudatos e transudatos, cronologicamente, apresenta-se como lochia:

A. Flava, alba, fusca e rubra.

B. Rubra, fusca, flava e alba. ✓

C. Flava, rubra, alba e fusca.

D. Rubra, flava, fusca e alba.

E. Alba, fusca, rubra e flava.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência cronológica dos lóquios acompanha a involução uterina: lochia rubra (sanguinolenta, do 1º ao 3º/4º dia), lochia fusca ou serosa (acastanhada, até cerca do 10º dia), lochia flava (amarelada, por volta da 2ª semana) e lochia alba (esbranquiçada, até 4-6 semanas). Só a alternativa B respeita essa ordem. Perla clínica: retorno de lóquios francamente sanguinolentos após clareamento levanta suspeita de restos placentários ou endometrite. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito E

Frente a um diagnóstico de distócia por hiperatividade (parto taquitócico) sem obstrução à passagem do feto, a melhor orientação será realizar a:

A. Cesárea, evitando-se assim a ocorrência de rotura uterina.

B. Amniotomia precoce, sem analgesia, auxílio manual à ampliação do canal de parto (colo e períneo).

C. Amniotomia precoce com agulha de raquianestesia, uterolítico e observação rigorosa da dinâmica uterina.

D. Ocitocina em bomba de infusão, bloqueio podendo, rápida hidratação venosa e ampla episiotomia.

E. Amniotomia tardia, analgesia precoce, revisão cuidadosa do canal de parto e observação rigorosa do recém-nascido. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No parto taquitócico (hiperatividade uterina sem obstrução), o objetivo é frear a progressão explosiva para proteger o períneo materno e o polo cefálico fetal. Por isso: amniotomia tardia (a bolsa íntegra amortece a contração), analgesia precoce para reduzir o esforço expulsivo, revisão minuciosa do canal de parto por lacerações e vigilância do recém-nascido, exposto a tocotraumatismo e hemorragia intracraniana. Cesárea (A) não é necessária sem obstrução, e amniotomia precoce ou ocitocina (B/C/D) aceleram ainda mais o parto. Resposta E.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Quanto ao hipotireoidismo na gestação, a FEBRASGO recomenda que:

- A. É necessária a suplementação de iodo para mulheres que recebem levotiroxina.
- B. O tratamento do hipotireoidismo clínico é contraindicado na gravidez com TSH acima de 4,0 mU/L.
- C. As gestantes com TSH > 2,5 mU/L devem ser avaliadas quanto à presença do anti-TPO. ✓**
- D. O hipotireoidismo subclínico não deve ser tratado se o anti-TPO for positivo e o TSH estiver acima de 2,5 mU/L.
- E. Para o ajuste do tratamento do hipotireoidismo, o TSH deve ser mantido entre 4,0 - 6,0 mU/L.

COMENTÁRIO OSCELABS

A FEBRASGO recomenda dosar anti-TPO nas gestantes com TSH acima de 2,5 mU/L, pois a autoimunidade tireoidiana muda a conduta: com anti-TPO positivo, o hipotireoidismo subclínico deve ser tratado (o que torna D incorreta) por associação com abortamento e prematuridade. Hipotireoidismo clínico sempre se trata na gestação (B); não se suplementa iodo em quem já usa levotiroxina (A); e a meta de TSH é abaixo de 2,5 mU/L no 1º trimestre, nunca 4,0-6,0 (E). Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

A depressão pós-parto é uma condição que pode afetar até 20% das puérperas. As autoridades de saúde recomendam:

- A. O rastreamento com a autoavaliação feita com a Escala de depressão pós-natal de Edimburgo - o melhor ponto de corte foi o escore igual a 10 ou maior. ✓**
- B. O rastreamento com a autoavaliação feita com a PTSD-C em português - o melhor ponto de corte foi o escore igual a 44 ou maior.
- C. O rastreamento com o especialista em psiquiatria, para não perder o diagnóstico desta importante patologia do puerpério.
- D. O rastreamento com enfermeira obstetrix especializada em puerpério que identifique sinais de depressão pós-parto.
- E. O alarme de suspeita diante de fadiga, alterações alimentares e distúrbios do sono, que não são comuns no pós-parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreamento da depressão pós-parto é feito com a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo (EPDS), autoaplicável, de 10 itens, validada no Brasil, com ponto de corte de 10 (alguns serviços usam 12) para triagem. É instrumento de aplicação universal na atenção primária, sem exigir psiquiatra (C) ou enfermeira especializada (D). PTSD-C avalia estresse pós-traumático (B). E fadiga, alterações do apetite e do sono são comuns no puerpério — por isso a escala privilegia sintomas afetivos e anedonia (E). Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

A gravidade da asma durante a gestação é classificada de maneira dinâmica, de acordo com o grau de controle. Considera-se asma controlada aquela que preenche todos os critérios de controle; asma parcialmente controlada é aquela com um ou dois critérios alterados; e, quando houver três ou mais critérios alterados, considera-se asma não controlada. São critérios atuais de controle:

- A. Despertar noturno; leve limitação das atividades físicas; sintomas respiratórios menos de uma vez por semana; necessidade de uso de medicação de resgate menos de quatro vezes por semana; e VEF1 menor que 80%.
- B. Ausência de despertares noturnos; ausência de limitação das atividades físicas; sintomas respiratórios menos de uma vez por semana; necessidade de uso de medicação de resgate menos de uma vez por semana; e VEF1 normal.
- C. Ausência de despertares noturnos; ausência de limitação das atividades físicas; sintomas respiratórios menos de duas vezes por semana; necessidade de uso de medicação de resgate menos de duas vezes por semana; e VEF1 normal. ✓**
- D. Três despertares noturnos; leve limitação das atividades físicas; sintomas respiratórios menos de quatro vezes por semana; necessidade de uso de medicação de resgate menos de quatro vezes por semana; e VEF1 menor que 60%.
- E. Dois despertares noturnos; leve limitação das atividades físicas; sintomas respiratórios menos de três vezes por semana; e VEF1 menor que 80%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios GINA de controle, nas últimas 4 semanas devem estar ausentes: despertares noturnos por asma, limitação de atividades, sintomas diurnos mais de 2 vezes por semana e uso de medicação de resgate mais de 2 vezes por semana — com função pulmonar normal. As demais alternativas embutem despertares noturnos, limitação de atividade ou VEF1 reduzido, que já são critérios de descontrole, ou usam limiares de 1, 3 e 4 vezes por semana que não correspondem à diretriz. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Assinale a alternativa correta, sobre gestante primigesta, no termo, portadora de vírus da imunodeficiência humana (HIV).

- A. A cesárea eletiva está indicada com carga viral ≥ 10000 cópias/mL e deve ser realizada entre 37 e 38 semanas de gestação.
- B. Com carga viral ≥ 1000 cópias/mL, em trabalho de parto com membranas ovulares íntegras e cervicodilatação menor que 4 cm - realizar cesárea. ✓**
- C. A cesárea eletiva depende dos valores de CD4 e deve ser realizada entre 39 e 40 semanas de gestação.
- D. A via de parto é de indicação obstétrica em gestantes com carga viral < 10000 cópias/mL.
- E. Inibir o trabalho de parto em parturientes com carga viral ≥ 1000 cópias/mL com cervicodilatação maior ou igual a 4 cm e/ou membranas ovulares rotas.

COMENTÁRIO OSCELABS

No protocolo do Ministério da Saúde, gestante com carga viral ≥ 1000 cópias/mL (ou desconhecida) após 34 semanas tem indicação de cesárea eletiva com 38 semanas; se chegar em trabalho de parto com membranas íntegras e dilatação menor que 4 cm, ainda se indica a cesárea, com AZT endovenoso 3 horas antes. O limiar é 1000, não 10000 (A/D); CD4 não define via de parto (C); e com dilatação ≥ 4 cm ou bolsa rota a cesárea não traz benefício — não se inibe o trabalho de parto (E). Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Em uma gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, a avaliação ultrassonográfica da quantidade normal de líquido amniótico será mais bem definida quando o:

- A. Índice de líquido amniótico (ILA) for maior que 3 cm em ambas as cavidades amnióticas.
- B. Índice de líquido amniótico (ILA) for maior que 8 cm em uma das cavidades amnióticas.
- C. Índice de líquido amniótico (ILA) for maior que 10 cm em ambas as cavidades amnióticas.

D. Maior bolsão (MB) de líquido amniótico for maior que 2 cm em ambas as cavidades amnióticas. ✓

- E. Maior bolsão (MB) de líquido amniótico for maior que 5 cm em ambas as cavidades amnióticas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em gestação múltipla, o ILA (soma dos quatro quadrantes) perde validade, porque os quadrantes não correspondem às cavidades individuais. A avaliação correta é pelo maior bolsão vertical de cada saco amniótico, considerado normal entre 2 e 8 cm: abaixo de 2 cm há oligoâmnio e acima de 8 cm, polidrâmnio — parâmetros essenciais no diagnóstico da síndrome de transfusão feto-fetal em gemelares monócóricas. Portanto, MB maior que 2 cm em ambas as cavidades é o critério de normalidade. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Paciente de 32 anos de idade, sexo masculino, com dores em fossa ilíaca direita, febre, mal-estar há cerca de 4 dias, relatando disúria e dificuldades evacuatórias desde o início dos sintomas, procurou o pronto-socorro onde realizou um ultrassom de abdome, revelando ter abscesso em goteira parietocólica direita e sinais de apendicite aguda. Foi, então, submetido à cirurgia convencional com incisão mediana infraumbilical. Durante a cirurgia, observou-se, na cavidade, intenso bloqueio inflamatório com abscesso localizado junto ao ceco, com necrose e perfuração da ponta do apêndice; também notou-se base do apêndice com áreas de isquemia junto à parede do ceco. Nesta situação, a melhor estratégia cirúrgica é:

- A. Apendicectomia convencional clássica com Bolsa de Oschner e drenagem cavidade.
- B. Apendicectomia convencional com técnica de Parker Kerr sem drenagem.
- C. Apendicectomia com a técnica de ligadura da base sem invaginação (técnica do professor Alípio Correa Neto).

D. Ileotiflectomia com íleo - ascendente anastomose com drenagem. ✓

- E. Colectomia direita ampliada com ileostomia de proteção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quando a base do apêndice está comprometida — necrose, perfuração ou isquemia estendendo-se à parede cecal —, a apendicectomia simples não tem coto seguro para fechamento e o risco de fístula é proibitivo. A conduta é ressecar em tecido sadio: ileotiflectomia (ressecção ileocecal) com anastomose íleo-ascendente e drenagem. Todas as técnicas de apendicectomia (A/B/C) dependem de base viável. Colectomia direita ampliada com ileostomia (E) é excessiva para doença inflamatória benigna localizada. Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

A técnica de correção de hérnia inguinal que pode ser considerada com tensão e apresenta maior índice de recidiva é a técnica de:

- A. Lichestein.
- B. Shouldice.

C. Bassini. ✓

- D. Videolaparoscopia (TAAP).
- E. Videolaparoscopia (TEP).

COMENTÁRIO OSCELABS

A técnica de Bassini é o protótipo do reparo com tensão: aproxima o tendão conjunto ao ligamento inguinal por sutura, o que gera tensão na linha de reparo e recidiva historicamente elevada (até 15-20%). Shouldice também é sem tela, mas com imbricação em planos e resultados bem melhores (B). Lichtenstein usa tela e é livre de tensão (A), assim como as abordagens videolaparoscópicas TAPP e TEP (D/E), todas com recidiva em torno de 1-3%. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

O tronco celíaco é formado pela junção dos seguintes vasos:

- A. Artéria gástrica esquerda + artéria hepática comum + artéria esplênica. ✓**
- B. Artéria gástrica direita + ducto cístico + veia esplênica.
- C. Artéria gastroduodenal direita + artéria hepática esquerda + artéria esplênica.
- D. Artéria gástrica direita + ramo da artéria hepática direita + gastroduodenal direita.
- E. Artéria mesentérica superior + ramo da hepática esquerda + artéria esplênica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tronco celíaco emerge da aorta abdominal ao nível de T12 e se trifurca em artéria gástrica esquerda, artéria hepática comum e artéria esplênica — mnemônico clássico da anatomia do andar supramesocólico. A artéria gástrica direita é ramo da hepática própria, e a gastroduodenal é ramo da hepática comum, não do tronco (B/C/D). A mesentérica superior é ramo aórtico independente, logo abaixo do tronco celíaco (E), e ducto cístico e veia esplênica sequer são artérias. Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Paciente jovem do sexo feminino, em uso de anticoncepcional, desenvolve dores intensas na região de hipocôndrio direito, com distensão abdominal e anemia. Na tomografia, identifica-se grande lesão hepática, sugestiva de adenoma gigante, envolvendo todo o lobo hepático esquerdo. O cirurgião de fígado foi consultado e indicou realização de hepatectomia esquerda clássica. Neste aspecto, do ponto de vista anatômico, os segmentos que serão ressecados em uma hepatectomia esquerda são:

- A. III, IVa e VII.
- B. II, III, IVa e IVb. ✓**
- C. I, II e III.
- D. IVb, V e VII.
- E. V, VII e VIII.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na nomenclatura de Couinaud/Brisbane, a hepatectomia esquerda clássica (hemi-hepatectomia esquerda) resseca os segmentos do lobo esquerdo funcional à direita do ligamento falciforme e à esquerda da linha de Cantlie: II, III, IVa e IVb. O segmento I (lobo caudado) só entra quando a ressecção é ampliada (C). Setorectomia lateral esquerda retiraria apenas II e III. As demais combinações (A/D/E) misturam segmentos do fígado direito, anatomicamente incoerentes com uma hepatectomia esquerda. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Assinale a alternativa correta.

- A. As lesões metastáticas do fígado têm como origem, em sua grande maioria, os tumores primários de estômago, com uma taxa de sobrevida de 2% em 5 anos.

B. A neoplasia de pâncreas é a que mais desenvolve metástase hepática, chegando a 90% dos casos de metástase de fígado.

C. O câncer de mama, hoje, representa as maiores taxas de lesões metastáticas para o fígado.

D. As lesões metastáticas do fígado têm como origem, em sua grande maioria, os tumores provenientes do colón e do reto e apresentam uma taxa média de sobrevida de 50% em 5 anos após hepatectomia. ✓

E. Os hepatocarcinomas têm diminuído sua incidência e não guardam relação com os quadros cirróticos e de hepatite prévia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A imensa maioria das metástases hepáticas ressecáveis vem do câncer colorretal — o fígado é o primeiro filtro da drenagem portal —, e a hepatectomia com margem livre, associada à quimioterapia moderna, alcança sobrevida em 5 anos em torno de 40-50%, um dos poucos cenários de cura em doença metastática. Estômago, pâncreas e mama (A/B/C) contribuem menos e raramente têm indicação cirúrgica hepática. E o hepatocarcinoma vem aumentando, fortemente ligado a cirrose por vírus B, C e esteato-hepatite (E). Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente de 29 anos, masculino, desde 2015 com dores abdominais, diarreia, muco e sangue nas fezes, realizou colonoscopia, que evidenciou se tratar de uma retocolite ulcerativa. Iniciou uso de Mesalazina sem grandes melhoras, sendo necessário uso esporádico de prednisona. Há 01 mês, teve quadro de abdome agudo perfurativo com peritonite, sendo submetido à laparotomia de urgência com sigmoide com grandes áreas de inflamação ativa com perfuração e abscesso (retocolite aguda grave perfurada). Foi realizada colostomia proximal com sepultamento do coto retal distal (Hartman). Após sua recuperação e agora, nos controles ambulatoriais, é correto afirmar que:

A. A melhor estratégia terapêutica é otimizar toda a terapia convencional e altas doses de corticoide como manutenção.

B. A melhor estratégia terapêutica é dose máxima de mesalazina e azatioprina.

C. A melhor estratégia terapêutica é terapia biológica (anti tnf-alfa) inicialmente em comboterapia com azatioprina. ✓

D. A melhor estratégia terapêutica é metotrexate e corticoides em doses imunossupressoras.

E. Devido a cirurgia já ter realizado a ressecção do local de maior inflamação, não se faz necessário manter drogas de manutenção com efeitos colaterais altos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retocolite ulcerativa córtico-dependente, que evoluiu para colite aguda grave perfurada exigindo colectomia de urgência, é doença de comportamento agressivo: manter mesalazina ou corticoide crônico não previne recidiva no coto retal nem no futuro reconstrutivo. A estratégia atual é escalonar para terapia biológica anti-TNF, preferencialmente em combinação com azatioprina (comboterapia), que reduz imunogenicidade e aumenta a remissão. Corticoide de manutenção (A) é inaceitável pela toxicidade, e suspender tudo (E) garante recidiva. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito E

Paciente de 30 anos de idade, masculino, sem patologias prévias, chega à sala de emergência com fortes dores abdominais e intenso desconforto respiratório, com saturação de 83% e FR = 27 incursões por min., com distensão abdominal importante, com suspeita de peritonite e sinais clínicos sugestivos de abdome agudo obstrutivo. Realizado raio X de tórax e de abdome agudo, que evidenciou grande opacificação em hemitórax à esquerda, com elevação da cúpula diafragmática à esquerda e níveis hidroaéreos em topografia de hemitórax à esquerda. Sobre o relato, pode-se afirmar que se trata, possivelmente, de:

- A. Pneumonia extensa à esquerda.
- B. Pneumotórax espontâneo secundário a bleb.
- C. Hemotórax à esquerda secundário a provável trauma fechado.
- D. Lesão pleural à esquerda com hemotórax.

E. Hérnia diafragmática congênita crônica agudizada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Opacificação de todo o hemitórax esquerdo com elevação da cúpula diafragmática e — o achado decisivo — níveis hidroaéreos intratorácicos significa víscera oca dentro do tórax: hérnia diafragmática. Em adulto jovem, trata-se em geral de defeito congênito (Bochdalek) que só se manifesta quando encarcera, produzindo o quadro misto de abdome agudo obstrutivo com insuficiência respiratória. Pneumonia, pneumotórax e hemotórax (A/B/C/D) não produzem níveis hidroaéreos com alças no tórax. Resposta E.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Faz parte da classificação de Roma IV para o fechamento do diagnóstico da síndrome do intestino irritável:

- A. Dor abdominal recorrente ao menos uma vez por semana, nos últimos 3 meses. ✓**
- B. Diarreia e vômitos pelo menos uma vez na semana, nos últimos 3 meses.
- C. Sangue retal associado à distensão, pelo menos um episódio no último mês.
- D. Três ou mais evacuações por dia com muco nas fezes.
- E. Perda ponderal com diarreia e/ou constipação nos últimos 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios de Roma IV para síndrome do intestino irritável exigem dor abdominal recorrente, em média pelo menos 1 dia por semana nos últimos 3 meses (com início dos sintomas há pelo menos 6 meses), associada a dois ou mais dos seguintes: relação com a defecação, mudança na frequência das evacuações ou mudança na forma das fezes. Sangue retal, perda ponderal e vômitos (B/C/E) são sinais de alarme que afastam SII funcional e obrigam investigação de doença orgânica. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito E

Em relação aos hematomas traumáticos de retroperitônio, assinale a alternativa correta.

- A. Hematoma em Zona 1 nunca deve ser explorado.
- B. Hematoma em Zona 3 sempre deve ser explorado.
- C. Hematomas em Zona 2 nunca devem ser explorados.
- D. Zonas 1 e 3 sempre explorar pelo risco iminente de hemorragia grave.
- E. Hematomas em Zona 1 sempre devem ser explorados. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O hematoma retroperitoneal em Zona 1 (central, entre os hiatos aórtico e a bifurcação, contendo aorta, cava, pedículo renal, pâncreas e duodeno) deve sempre ser explorado, tanto no trauma penetrante quanto no fechado, pelo risco de lesão vascular maior. Zona 2 (perirrenal) só se explora se estiver expansivo, pulsátil ou roto — o hematoma contido preserva o rim. Zona 3 (pélvica) no trauma fechado não deve ser aberta: perde-se o tamponamento; o tratamento é packing e angioembolização. Resposta E.

QUESTÃO 71 — Gabarito E

Pode ser considerada uma contraindicação à realização de uma cirurgia videolaparoscópica:

- A. Asma brônquica.
- B. Cirurgia abdominal prévia.
- C. Idade maior do que 65 anos.
- D. Obesidade.
- E. Doença cardiovascular restritiva importante. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

As contraindicações à videolaparoscopia estão ligadas à tolerância ao pneumoperitônio: a insuflação eleva a pressão intra-abdominal, reduz o retorno venoso e o débito cardíaco e causa hipercapnia, o que é mal tolerado em cardiopatia grave/restritiva e em instabilidade hemodinâmica. Asma controlada (A), cirurgia abdominal prévia (B, no máximo dificuldade técnica por aderências), idade avançada (C) e obesidade (D — em que a via laparoscópica é justamente vantajosa) são apenas contraindicações relativas ou nem isso. Resposta E.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Os principais fatores de risco para o adenocarcinoma esofágico são:

- A. Tabagismo e etilismo.
- B. Megaesôfago e tilose palmoplantar.
- C. Doença do refluxo crônica e esôfago de Barrett. ✓**
- D. Ingestão de substâncias quentes e idade avançada.
- E. Antecedentes de neoplasias de orofaringe e laringe.

COMENTÁRIO OSCELABS

O adenocarcinoma de esôfago, tipicamente do terço distal, decorre da sequência refluxo crônico -> metaplasia intestinal (esôfago de Barrett) -> displasia -> carcinoma, tendo ainda obesidade central e tabagismo como cofatores. Tabaco e álcool (A), megaesôfago chagásico, tilose (B), bebidas muito quentes (D) e tumores prévios de via aerodigestiva alta (E) são fatores de risco do carcinoma epidermoide, o outro tipo histológico, mais comum nos terços médio e superior. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Considere o caso descrito a seguir para responder às questões de números 74 e 75. Paciente do sexo masculino de 40 anos, morador de rua, usuário de drogas, foi encontrado em via pública, vítima de agressão física, com diversos golpes de socos e chutes na região do abdome superior e epigástrico. Foi atendido pelo SAMU e levado ao pronto-socorro sob protocolo ATLS, com vias aéreas pérvias, ausculta pulmonar sem alterações, PA 130 x 80 mmHg, FC = 89 bat/min, abdome plano, doloroso, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais com HB 12,0 e Amilase de 420. Foi, então, submetido a uma tomografia de abdome total, que identificou uma laceração entre a cabeça e o corpo do pâncreas, com lesão parenquimatosa e transecção distal, com lesão do ducto pancreático principal. Frente ao caso descrito, segundo a classificação da American Association for the Surgery of Trauma, o trauma de pâncreas deste paciente pode ser classificado como trauma grau:

- A. I.
- B. II.
- C. III. ✓**
- D. IV.
- E. V.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação da AAST para trauma pancreático, o divisor de águas é a integridade do ducto principal e a relação com a veia mesentérica superior: grau I e II são contusões e lacerações sem lesão ductal; grau III é a transecção distal (à esquerda da VMS) com lesão do ducto principal — exatamente o descrito; grau IV é a transecção proximal envolvendo a ampola; e grau V é a destruição maciça da cabeça pancreática. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino de 40 anos, morador de rua, usuário de drogas, foi encontrado em via pública, vítima de agressão física, com diversos golpes de socos e chutes na região do abdome superior e epigástrico. Foi atendido pelo SAMU e levado ao pronto-socorro sob protocolo ATLS, com vias aéreas pérvias, ausculta pulmonar sem alterações, PA 130 x 80 mmHg, FC = 89 bat/min, abdome plano, doloroso, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais com HB 12,0 e Amilase de 420. Foi, então, submetido a uma tomografia de abdome total, que identificou uma laceração entre a cabeça e o corpo do pâncreas, com lesão parenquimatosa e transecção distal, com lesão do ducto pancreático principal. Se fosse documentada uma lesão parcial do ducto pancreático principal, com paciente sem peritonite, e mantendo estabilidade, a melhor opção terapêutica, neste momento, seria:

- A. Pancreatectomia caudal.
- B. Pancreatectomia total.
- C. CPRE para tentativa de passagem de prótese endoscópica e canalização da lesão. ✓**
- D. Gastroduodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple).
- E. Anastomose da alça de delgado junto ao ducto pancreático principal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão parcial do ducto pancreático principal, em paciente hemodinamicamente estável e sem peritonite, é cenário para manejo minimamente invasivo: a CPRE com colocação de prótese transpapilar canaliza a lesão, desvia o fluxo pancreático e permite a cicatrização, evitando ressecção. Pancreatectomia caudal (A) fica para transecção completa distal; pancreatectomia total (B) e Whipple (D) são desproporcionais e de altíssima morbidade; anastomose pancreatojejunal (E) não se justifica em lesão parcial. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

O pseudocisto de pâncreas pode ser uma complicação após um trauma pancreático que pode comprimir estruturas extrínsecas e/ou diminuir tempo de esvaziamento gástrico. Frente a um quadro de pseudocisto após trauma pancreático e que tenha indicação cirúrgica, a forma menos invasiva e que trata de forma definitiva o quadro é:

- A. Laparotomia exploradora com anastomose pseudocisto-jejunal em Y de Roux.
- B. Punção guiada por radiologia Intervencionista e drenagem.
- C. Derivação pseudocisto-gástrica aberta convencional.
- D. Derivação pseudocisto-gástrica via endoscópica com Pig Tail. ✓**
- E. Derivação pseudocisto com cólon transversal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pseudocisto pancreático sintomático, maduro (parede formada, geralmente após 4-6 semanas) e aderido à parede gástrica tem como tratamento definitivo menos invasivo a drenagem transmural endoscópica — cistogastrostomia com prótese pigtail ou stent metálico de aposição luminal —, com eficácia comparável à cirurgia e morbidade muito menor. A punção percutânea (B) drena, mas tem alta taxa de recidiva e fístula pancreática externa, não sendo definitiva. As derivações abertas (A/C/E) são mais invasivas. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Considere o caso descrito a seguir para responder às questões de números 77 e 78. Paciente masculino de 59 anos, com queixa de dores abdominais e diarreia com saída de sangue nas fezes, associadas à perda ponderal e dores retais, realizou colonoscopia, que evidenciou lesão ulcerada e vegetante em reto distal, a cerca de 5 cm da borda anal, com diagnóstico de adenocarcinoma de reto distal na biópsia. Diante do quadro, a melhor opção de estadiamento é:

- A. CEA, CA 19,9, TC de tórax e TC de abdome superior.
- B. Ressonância Magnética de pelve e abdome superior, TC de tórax, CEA e CA 19,9. ✓**
- C. CA 125, CA 19,9, Us de abdome superior e TC de tórax.
- D. TC de Crânio, PET SCAN e marcador tumoral na urina de 24 horas.
- E. TC de crânio e TC de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

No adenocarcinoma de reto, o estadiamento locorregional é feito por ressonância magnética de pelve — único método que define com precisão o T, o comprometimento da fâscia mesorretal (margem circunferencial), a invasão extramural vascular e os linfonodos, informações que decidem a neoadjuvância. Completa-se com TC (ou RM) de abdome e TC de tórax para metástases, além dos marcadores CEA e CA 19-9. Prescindir da RM de pelve (A/C/E) inviabiliza o planejamento terapêutico; TC de crânio não é rotina (D). Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Considerando que o estadiamento tenha revelado ser um adenocarcinoma T3N1M0, neste sentido, a melhor estratégia terapêutica é:

- A. Amputação de reto sem neoadjuvância.
- B. Químio e radioterapia seguida de ressecção cirúrgica da lesão e, a seguir, químio adjuvante. ✓**
- C. Radioterapia exclusiva (Watch and Wait).
- D. Colostomia derivativa e quimioterapia paliativa.
- E. Quimioterapia neoadjuvante, ressecção cirúrgica e, após cirurgia, realizar radioterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de reto distal T3N1M0 é localmente avançado: o padrão de tratamento é a neoadjuvância com quimiorradioterapia, que reduz o tumor, aumenta a chance de margem circunferencial livre e de preservação esfinteriana, seguida de excisão total do mesorreto e, depois, quimioterapia adjuvante. Operar sem neoadjuvância (A) eleva a recidiva local; 'watch and wait' pressupõe resposta clínica completa após quimiorradioterapia, não radioterapia isolada (C); e colostomia paliativa (D) é para doença irremediável. Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Paciente de 29 anos, feminina, portadora de retocolite ulcerativa com queixa de diarreia, sangue, muco e perda de peso, em uso de mesalazina, doses baixas de corticoide e azatioprina e, mesmo com otimização das drogas mencionadas, não tem conseguido melhora clínica. Já teve 2 internações prévias por descompensação clínica. Atualmente, está com fortes dores abdominais, diarreia com frequência de 6 evacuações ao dia, muco nas fezes, náuseas e vômitos frequentes, dores articulares. Colonoscopia atual demonstra pancolite - (Mayo 2) com calprotectina fecal de 2400 e PCR de 14,5. Diante deste caso, a melhor opção terapêutica é:

- A. Aumentar corticoide, manter demais drogas e associar metotrexate.
- B. Substituir mesalazina por sulfasalazina e aumentar azatioprina.
- C. Devido à refratariedade da doença, iniciar uso de terapia biológica em mono e/ou em comboterapia inicialmente. ✓**
- D. Retirar corticoides, retirar mesalazina e deixar ciclosporina em monoterapia.
- E. Retirar todas as drogas e indicar cirurgia curativa de colectomia total com bolsa ileal (J- pouch).

COMENTÁRIO OSCELABS

Retocolite ulcerativa com pancolite ativa (Mayo endoscópico 2), calprotectina fecal muito elevada, PCR alta, manifestação extraintestinal articular e internações prévias, apesar de mesalazina, corticoide e azatioprina otimizados, define doença refratária e córtico-dependente. A conduta é escalonar para terapia biológica (anti-TNF, vedolizumabe ou ustekinumabe), em mono ou comboterapia. Aumentar corticoide (A) perpetua a toxicidade, trocar aminossalicilato (B) é insuficiente, e colectomia (E) fica para falha do biológico ou displasia. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Considere o seguinte caso clínico para responder às questões de números 81 a 83. Menina de 18 meses, previamente hígida, é trazida para a consulta na Unidade Básica de Saúde. A menor era institucionalizada e foi adotada há 2 meses. A mãe adotiva relata que a menor iniciou há 1 mês com quadro de tosse, febre baixa e inapetência e que foi levada a um pronto-socorro, no qual realizaram radiografia de tórax e prescreveram amoxicilina 50 mg/ kg/dia, durante 10 dias, para quadro de pneumonia. O antibiótico terminou há 14 dias, porém a criança continua sintomática. Ao exame físico, está em regular estado geral, emagrecida, descorada +/4, levemente taquipneica, sem desconforto respiratório, com frequência cardíaca de 110 bpm e afebril. Apresenta gânglio cervical de 2 cm de diâmetro. Ausculta pulmonar com roncosp e estertores subcrepitantes difusos. Ausculta cardíaca e abdome sem alterações. Recebeu as seguintes vacinas, de acordo com a caderneta de vacinação: BCG e hepatite B ao nascimento, 3 doses de pentavalente e VIP com 2, 4 e 6 meses, 2 doses de pneumocócica 10-valente e 2 doses de meningocócica conjugada tipo C com 3 e 5 meses. Exames realizados no início do quadro: radiografia de tórax apresenta condensação em lobo médio e hemograma: Hb = 10,1 g/dL, Ht = 30%, volume corpuscular médio (VCM) = 68 u³, concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 28 g/dL, coeficiente de variação do volume eritrocitário (RDW) = 18%, leucócitos = 10 200 (3% bastonetes, 56% segmentados, 3% eosinófilos, 2% monócitos, 36% linfócitos), plaquetas = 390 000/mm³. Antes da adoção, foram realizadas as sorologias para HIV, sífilis e hepatite C, todas negativas. Em relação às vacinas, assinale a alternativa correta:

- A. Estão indicadas 2 doses de vacina contra rotavírus, com 2 meses de intervalo entre elas.
- B. Devido ao risco epidemiológico, na consulta de hoje deve receber as vacinas contra sarampo-caxumba-rubéola e a vacina contra febre amarela.
- C. Falta receber as doses de reforço da pneumocócica 10-valente e da meningocócica conjugada. ✓**
- D. Como já tem mais de 1 ano de idade, a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola e varicela pode ser dada em dose única, sem necessidade de reforço.
- E. Antes de receber as vacinas atrasadas, deve realizar sorologias para que se identifique quais serão necessárias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 18 meses, a criança já deveria ter recebido os reforços da pneumocócica 10-valente (aos 12 meses) e da meningocócica C (aos 12 meses) — ela só tem as duas doses do esquema básico. Rotavírus só pode ser iniciada até 3 meses e 15 dias, com dose final até 7 meses e 29 dias (A). Tríplice viral e febre amarela são vivas e devem aguardar a investigação de tuberculose/estado clínico; além disso a tríplice viral exige segunda dose (B/D). Sorologia pré-vacinal não é conduta de rotina (E). Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Menina de 18 meses, previamente hígida, é trazida para a consulta na Unidade Básica de Saúde. A menor era institucionalizada e foi adotada há 2 meses. A mãe adotiva relata que a menor iniciou há 1 mês com quadro de tosse, febre baixa e inapetência e que foi levada a um pronto-socorro, no qual realizaram radiografia de tórax e prescreveram amoxicilina 50 mg/kg/dia, durante 10 dias, para quadro de pneumonia. O antibiótico terminou há 14 dias, porém a criança continua sintomática. Ao exame físico, está em regular estado geral, emagrecida, descorada +/4, levemente taquipneica, sem desconforto respiratório, com frequência cardíaca de 110 bpm e afebril. Apresenta gânglio cervical de 2 cm de diâmetro. Ausculta pulmonar com roncocal e estertores subcrepantes difusos. Ausculta cardíaca e abdome sem alterações. Recebeu as seguintes vacinas, de acordo com a caderneta de vacinação: BCG e hepatite B ao nascimento, 3 doses de pentavalente e VIP com 2, 4 e 6 meses, 2 doses de pneumocócica 10-valente e 2 doses de meningocócica conjugada tipo C com 3 e 5 meses. Exames realizados no início do quadro: radiografia de tórax apresenta condensação em lobo médio e hemograma: Hb = 10,1 g/dL, Ht = 30%, volume corpuscular médio (VCM) = 68 u³, concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 28 g/dL, coeficiente de variação do volume eritrocitário (RDW) = 18%, leucócitos = 10 200 (3% bastonetes, 56% segmentados, 3% eosinófilos, 2% monócitos, 36% linfócitos), plaquetas = 390 000/mm³. Antes da adoção, foram realizadas as sorologias para HIV, sífilis e hepatite C, todas negativas. Em relação ao quadro pulmonar, a conduta médica na consulta de hoje deve ser:

- A. Prescrever amoxicilina-clavulanato para cobrir agentes produtores de beta-lactamase.
- B. Prescrever cefalexina, para cobertura de estafilococos.
- C. Encaminhar para internação hospitalar para receber antibioticoterapia parenteral.
- D. Solicitar teste tuberculínico e retorno precoce para reavaliação. ✓**
- E. Prescrever corticoide oral, inalatórios com beta-2 adrenérgico e repetir radiografia de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança institucionalizada, com tosse arrastada há mais de um mês, febre baixa, emagrecimento, adenomegalia cervical e pneumonia que não respondeu a betalactâmico adequado: é tuberculose pulmonar até prova em contrário. A conduta é aplicar a prova tuberculínica (e buscar o caso índice), compondo o escore de pontuação do Ministério da Saúde, com retorno precoce. Trocar ou ampliar antibiótico (A/B/C) mantém o erro diagnóstico, e corticoide com broncodilatador (E) trataria asma, que não explica o quadro consumptivo. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Menina de 18 meses, previamente hígida, é trazida para a consulta na Unidade Básica de Saúde. A menor era institucionalizada e foi adotada há 2 meses. A mãe adotiva relata que a menor iniciou há 1 mês com quadro de tosse, febre baixa e inapetência e que foi levada a um pronto-socorro, no qual realizaram radiografia de tórax e prescreveram amoxicilina 50 mg/kg/dia, durante 10 dias, para quadro de pneumonia. O antibiótico terminou há 14 dias, porém a criança continua sintomática. Ao exame físico, está em regular estado geral, emagrecida, descorada +/4, levemente taquipneica, sem desconforto respiratório, com frequência cardíaca de 110 bpm e afebril. Apresenta gânglio cervical de 2 cm de diâmetro. Ausculta pulmonar com roncocal e estertores subcrepantes difusos. Ausculta cardíaca e abdome sem alterações. Recebeu as seguintes vacinas, de acordo com a caderneta de vacinação: BCG e hepatite B ao nascimento, 3 doses de pentavalente e VIP com 2, 4 e 6 meses, 2 doses de pneumocócica 10-valente e 2 doses de meningocócica conjugada tipo C com 3 e 5 meses. Exames realizados no início do quadro: radiografia de tórax apresenta condensação em lobo médio e hemograma: Hb = 10,1 g/dL, Ht = 30%, volume corpuscular médio (VCM) = 68 u³, concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 28 g/dL, coeficiente de variação do volume eritrocitário (RDW) = 18%, leucócitos = 10 200 (3% bastonetes, 56% segmentados, 3% eosinófilos, 2% monócitos, 36% linfócitos), plaquetas = 390 000/mm³. Antes da adoção, foram realizadas as sorologias para HIV, sífilis e hepatite C, todas negativas. De acordo com os dados clínicos e hematimétricos, a principal hipótese é de:

- A. Anemia falciforme.

B. Anemia ferropriva. ✓

- C. Anemia hemolítica autoimune.
- D. Anemia associada ao quadro infeccioso.
- E. Leucemia linfoblástica aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

O hemograma mostra anemia microcítica (VCM 68) e hipocrômica (CHCM 28) com RDW elevado (18%) — anisocitose. Essa combinação é a assinatura da anemia ferropriva, muito provável em criança institucionalizada, emagrecida e com ingesta deficiente. Falciforme cursa com normocitose/hemólise e eletroforese alterada (A); anemia hemolítica autoimune dá VCM normal ou alto com reticulocitose (C); a anemia de doença crônica costuma ser normocítica com RDW normal (D); e não há blastos ou citopenias que sugiram leucemia (E). Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Os pais de um bebê de 5 meses estão preocupados porque ele teve contato, há 2 dias, com criança que teve diagnóstico confirmado de sarampo. O bebê está bem, assintomático e com as vacinas em dia. A conduta preconizada é:

- A. Aplicar a vacina de sarampo imediatamente.
- B. Administrar imunoglobulina o mais precoce possível, até 6 dias após o contato. ✓**
- C. Prescrever imunoglobulina apenas se apresentar sintomas.
- D. Manter em observação clínica rigorosa e em isolamento.
- E. Tranquilizar os pais, pois a criança tem a vacinação em dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 5 meses não pode receber a vacina de sarampo com finalidade de bloqueio (a dose de rotina é aos 12 meses; a 'dose zero' começa aos 6 meses). Menor de 6 meses é grupo de risco para forma grave, então a profilaxia pós-exposição correta é a imunoglobulina humana padrão, o mais precocemente possível e até o 6º dia do contato. Vacinar agora (A) não é eficaz nem indicado nessa idade, aguardar sintomas (C) perde a janela, e observar ou tranquilizar (D/E) desprotege a criança. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Menino de 6 meses, hígido, em aleitamento materno exclusivo, está em consulta de puericultura. Nasceu a termo, de parto normal, com peso de 3300 gramas, comprimento de 50 cm e perímetro cefálico de 34 cm. Considerando-se os parâmetros esperados de ganho pôndero-estatural e de aumento de perímetro cefálico, é esperado que na consulta atual ele apresente, aproximadamente:

- A. Peso 5 kg e comprimento de 60 cm.
- B. Peso de 10 kg e perímetro cefálico de 40 cm.
- C. Comprimento de 65 cm e perímetro cefálico de 43 cm. ✓**
- D. Comprimento de 75 cm e perímetro cefálico de 46 cm.
- E. Peso de 9 kg, comprimento de 70 cm e perímetro cefálico de 45 cm.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 meses, o esperado é peso em torno do dobro do nascimento (~6,6 kg), comprimento com ganho aproximado de 15 cm ($50 + 15 \sim 65$ cm) e perímetro cefálico acrescido de cerca de 9 cm ($34 + 9 \sim 43$ cm — crescimento de 2 cm/mês no 1º trimestre e 1 cm/mês no 2º). A alternativa C reproduz exatamente esses marcos. Peso de 10 kg e comprimento de 75 cm (B/D) correspondem ao final do 1º ano ou mais; e 5 kg com 60 cm (A) indicaria déficit de crescimento. Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Menino de 2 anos deu entrada no pronto-socorro após ter ingerido um frasco de paracetamol. O pediatra de plantão deverá estar atento para o risco de a criança apresentar:

A. Sinais de hepatotoxicidade. ✓

B. Hemólise maciça.

C. Depressão respiratória.

D. Coma.

E. Sintomas de liberação extrapiramidal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A intoxicação por paracetamol é hepatotóxica: a saturação da conjugação desvia o metabolismo para o NAPQI, que depleta a glutatona e provoca necrose centrolobular, com pico de transaminases entre 48 e 72 horas — daí a importância da N-acetilcisteína precoce, guiada pelo nomograma de Rumack-Matthew. Hemólise maciça (B) ocorre em deficiência de G6PD com outros agentes; depressão respiratória e coma (C/D) são de opioides e sedativos; e sintomas extrapiramidais (E), de antipsicóticos e metoclopramida. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Menina de 10 meses é trazida para consulta de puericultura. A única preocupação materna é em relação ao comportamento de sua filha. Diz que ela sempre foi uma criança calma e tranquila, mas no último mês ela chora na presença de estranhos e quer ficar no colo da mãe. Ela senta sem apoio, fica em pé com apoio, mas ainda não engatinha e não anda. Fala apenas “mama” para chamar a mãe e outras sílabas sem sentido. No consultório, ela chorou bastante, mas se acalmou no colo da mãe e brincou de esconde-achou. Quando o médico lhe ofereceu a espátula, ela olhou primeiro para a mãe e depois pegou em movimento de pinça e levou o objeto à boca. Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, pode-se afirmar, corretamente, que:

A. Está normal para a idade. ✓

B. O comportamento está normal, mas ela tem atraso motor porque ainda não engatinha.

C. Há um provável problema emocional e a criança apresenta sinais de apego inseguro.

D. A linguagem está atrasada, uma vez que ela fala apenas uma palavra com significado.

E. A criança deve ser encaminhada para o neuropediatra, pois apresenta um atraso global.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tudo no exame é normal para 10 meses: senta sem apoio e fica em pé com apoio (engatinhar é marco variável, e nem toda criança engatinha; andar é esperado entre 12 e 15 meses), faz pinça, balbucia sílabas e diz 'mama'. O estranhamento de pessoas desconhecidas, com busca do colo materno, é a ansiedade do estranho — marco esperado a partir dos 8 meses e sinal de apego seguro, não de problema emocional (C). Logo, não há atraso motor (B), de linguagem (D) nem global (E). Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Menino de 8 anos, previamente hígido, há 1 semana vem apresentando mal-estar e inapetência, aceitando apenas grande quantidade de líquidos. Há 3 dias com dor abdominal, com piora progressiva, acompanhada de náuseas e vômitos. Mãe nega febre e diarreia. Ao exame de admissão no pronto-socorro, encontra-se em regular estado geral, desidratado 3+/4, taquicárdico e taquipneico. Ausculta pulmonar e cardíaca normais, abdome plano, doloroso difusamente com descompressão brusca negativa. De acordo com a principal hipótese, os exames iniciais que devem ser solicitados são:

- A. Hemograma e hemocultura.
- B. Líquor, glicemia, hemograma e hemocultura.
- C. Glicemia, gasometria venosa e eletrólitos. ✓**
- D. Amilase sérica e tomografia de abdome.
- E. Tomografia de abdome, hemograma e hemocultura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com polidipsia ('aceita apenas grande quantidade de líquidos'), emagrecimento, dor abdominal, vômitos, desidratação importante, taquicardia e taquipneia (respiração de Kussmaul) sem febre nem diarreia: é cetoacidose diabética como abertura de DM1. Os exames iniciais são glicemia, gasometria e eletrólitos (com atenção ao potássio), além de cetonemia/cetonúria. Hemocultura e líquido (A/B) investigam sepse, que não explica a poliúria/polidipsia; amilase e tomografia (D/E) desviam para abdome agudo cirúrgico. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito E

Lactente de 3 meses, nascido de parto normal, iniciou há 20 dias com tosse, coriza e febre baixa. Evolui com melhora da febre, porém com piora da tosse, caracterizada por acessos súbitos de tosse seca, acompanhados por cianose perioral e vômitos. Apresenta hemograma com linfocitose e a radiografia de tórax com infiltrado para-cardíaco bilateral. De acordo com a principal suspeita etiológica, o tratamento deve ser com:

- A. Corticoide oral e inalações com broncodilatador.
- B. Oseltamivir.
- C. Penicilina cristalina.
- D. Ceftriaxone.
- E. Claritromicina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente pequeno com fase catarral seguida de acessos paroxísticos de tosse seca, cianose perioral e vômitos pós-tosse, com linfocitose no hemograma e infiltrado peri-hilar ('coração felpudo') na radiografia, tem coqueluche. O tratamento é macrolídeo — azitromicina ou claritromicina —, que reduz a transmissibilidade mesmo quando já não altera muito a evolução dos paroxismos, e serve também de quimioprofilaxia para contatos. Corticoide e broncodilatador (A) não têm eficácia; oseltamivir (B) é para influenza; penicilina e ceftriaxona (C/D) não cobrem Bordetella. Resposta E.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Criança de 4 anos apresenta crises de sibilância desde os 4 meses de idade. Atualmente as crises se tornaram mais frequentes, desencadeadas por infecções respiratórias, por contato com poeira ou por atividade física, e melhoram com inalação com broncodilatador. No exame físico, a ausculta pulmonar está normal, apresentando apenas eczema em fossas poplíteas e cubital bilateralmente. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Sibilância pós-viral.

B. Asma de início precoce. ✓

- C. Fibrose cística.
- D. Aspiração de corpo estranho.
- E. Alergia ao leite de vaca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sibilância recorrente desde os primeiros meses, agora desencadeada por múltiplos gatilhos (virose, poeira e exercício), com resposta a broncodilatador e — decisivo — dermatite atópica em fossas cubitais e poplíteas, configura índice preditivo de asma positivo: é asma de início precoce. Sibilância pós-viral transitória tende a cessar e não tem gatilho alérgico nem atopia (A); fibrose cística cursaria com déficit pômoro-estatural e infecções de repetição (C); corpo estranho dá quadro súbito e localizado (D). Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito D

Menino de 2 meses, previamente hígido, dá entrada no pronto-socorro apresentando crise convulsiva há 20 minutos. Esse foi o primeiro episódio. Os pais negam febre ou outros sintomas. Ao exame físico, está em mau estado geral, sonolento, afebril, com frequência cardíaca de 160 bpm, frequência respiratória de 40 ipm, Glasgow = 10. Fundo de olho com presença de hemorragia retiniana. Sem outras alterações. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Síndrome de West.
- B. Reação pós-vacinal.
- C. Meningoencefalite herpética.
- D. Síndrome do bebê sacudido. ✓**
- E. Sífilis congênita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Convulsão em lactente de 2 meses, afebril, primeiro episódio, com rebaixamento do nível de consciência e hemorragia retiniana ao fundo de olho, é síndrome do bebê sacudido — trauma craniano abusivo, cuja tríade clássica é hematoma subdural, hemorragia retiniana e encefalopatia. É caso de notificação compulsória e proteção imediata. Síndrome de West cursa com espasmos em salva e hipsarritmia (A); meningoencefalite herpética costuma dar febre (C); e nem reação vacinal (B) nem sífilis congênita (E) produzem hemorragia retiniana. Resposta D.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Menina de 3 anos, previamente hígida, apresenta edema de face há 3 dias, com piora progressiva, acompanhada de mal-estar, dor abdominal e inapetência. Mãe nega febre ou outros sintomas. Ao exame físico, está em regular estado geral, corada, desidratada +/4, afebril, taquipneica leve, com edema periorbitário 2+/4 e pressão arterial de 80 x 40 mmHg. Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Abdome: globoso, flácido, com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, ascite +/4. Restante do exame normal. A análise do sedimento urinário revelou pH = 5,5, densidade de 1020, glicose ausente, proteína 2+/4, eritrócitos = 10 mil/mm³, leucócitos = 15 mil/mm³, cilindros +/4, nitrito negativo. A principal suspeita diagnóstica é:

- A. Insuficiência cardíaca congestiva.
- B. Insuficiência hepática aguda.
- C. Glomerulonefrite difusa aguda.
- D. Síndrome nefrótica. ✓**
- E. Infecção do trato urinário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema periorbitário progressivo, ascite, proteinúria e pressão arterial normal-baixa, sem hematúria significativa, em criança de 3 anos, é o quadro típico da síndrome nefrótica por lesões mínimas — a forma predominante nessa faixa etária, corticossensível. Glomerulonefrite pós-estreptocócica cursaria com hipertensão, hematúria macroscópica e cilindros hemáticos (C); insuficiência cardíaca daria taquicardia, hepatomegalia e alterações à ausculta (A); e ITU não causa anasarca (E). Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Lactente de 1 ano é levado ao pronto-socorro com história de vômitos, diarreia líquida, sem sangue, muco ou pus há 3 dias. A mãe refere que está urinando muito pouco e aceitando mal a alimentação. Ao exame, encontra-se com mucosa oral seca, enchimento capilar de 4 segundos, frequência cardíaca de 150 bpm. A conduta adequada nesse momento é:

- A. Prescrever expansão com ringer lactato 20 mL/kg.
- B. Realizar hidratação intravenosa com soro fisiológico 50 mL/kg.
- C. Iniciar terapia de reidratação oral na sala de observação, com soro de reidratação oral. ✓**
- D. Administrar antiemético intramuscular e prescrever soro de reidratação oral e probiótico.
- E. Prescrever soro de reidratação oral intercalado com outros líquidos e orientar retorno, se necessário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enchimento capilar de 4 segundos, mucosas secas e taquicardia, mas sem hipotensão, letargia ou choque, caracterizam desidratação moderada — Plano B do Ministério da Saúde: terapia de reidratação oral com SRO na unidade de saúde, sob observação, 50-100 mL/kg em 4 horas. Expansão venosa e hidratação IV (A/B) ficam para o Plano C, com choque ou falha da via oral. Antiemético com alta (D) ou SRO domiciliar com líquidos caseiros (E) subestimam a gravidade e correspondem ao Plano A. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito E

Menina de 9 meses foi levada ao pronto-socorro com história de febre alta (39°C), inapetência e irritabilidade, sem outras queixas. Como estava em bom estado geral, com exame físico normal e hemograma sem alterações, foi orientado uso de antitérmico e retorno no caso de haver sinais de alerta. Retorna após 4 dias devido aparecimento de lesões avermelhadas pelo corpo, apesar de ter ficado afebril nas últimas 24 horas. O exame físico atual revela exantema maculopapular róseo em tronco, pescoço e braços, sem outras alterações. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Farmacodermia devido ao uso do antitérmico.
- B. Sarampo.
- C. Rubéola.
- D. Escarlatina.

E. Exantema súbito. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta por 3 a 4 dias em lactente com bom estado geral e exame normal, que cessa abruptamente e é seguida pelo surgimento de exantema maculopapular róseo em tronco e pescoço, é exantema súbito (roséola infantil, herpesvírus humano 6) — a marca é o rash aparecer depois da febre desaparecer. No sarampo e na rubéola o exantema surge com o paciente ainda febril e com pródromos catarrais (B/C); escarlatina tem língua em framboesa e pele em lixa (D); e farmacodermia não segue esse padrão temporal (A). Resposta E.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Menino de 1 ano dá entrada na sala de emergência, trazido pela equipe do SAMU, em parada cardiorrespiratória. Iniciada massagem cardíaca, ventilação e acesso vascular. A monitorização mostra assistolia. A seguir, a conduta mais adequada é:

- A. Realizar cardioversão elétrica.
- B. Administrar epinefrina 0,01 mg/kg. ✓**
- C. Administrar atropina 0,02 mg/kg.
- D. Iniciar expansão com 20 mL/kg de solução fisiológica.
- E. Infundir bicarbonato de sódio na dose de 1 mEq/kg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Assistolia é ritmo não chocável: a conduta é RCP de alta qualidade com epinefrina 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000) IV/IO o mais precocemente possível, repetida a cada 3-5 minutos, enquanto se buscam causas reversíveis (Hs e Ts). Cardioversão ou desfibrilação (A) não têm papel em assistolia e AESP. Atropina (C) saiu dos algoritmos de parada. Expansão volêmica (D) trata hipovolemia como causa, e bicarbonato (E) só entra em situações específicas, como hipercalemia e intoxicações. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Menina de 5 anos, previamente hígida, dá entrada no pronto-socorro com 2 dias de febre, cefaleia e vômitos. Ao exame físico, está em regular estado geral, febril, com rigidez de nuca. O líquido colhido revelou: 180 leucócitos (30% neutrófilos, 60% linfócitos, 10% monócitos), 20 hemácias, proteína = 60 mg%, glicose = 70 mg%. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. Acidente de punção.
- B. Encefalite herpética.
- C. Meningite bacteriana.
- D. Meningite viral. ✓**
- E. Meningotuberculose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor com pleocitose discreta (180 células) de predomínio linfocitário, glicose normal (70 mg%) e proteína pouco elevada é o padrão da meningite viral (asséptica), de curso benigno e tratamento de suporte. Meningite bacteriana daria centenas a milhares de células com predomínio de neutrófilos, hipoglicorraquia e proteína muito alta (C). Meningotuberculose tem glicose baixa e proteína bem elevada, com evolução subaguda (E). Encefalite herpética cursa com alteração de consciência, crises e hemácias no líquido (B). Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito E

Adolescente do sexo feminino, com 14 anos de idade, está preocupada porque ainda não teve menarca. Não tem antecedentes patológicos. Ao exame físico, está eutrófica, com altura no escore-z entre 0 e +1, estadiamento puberal (Tanner) M3 P4, sem outros achados. A conduta indicada é:

- A. Realizar ultrassonografia pélvica e dosagem de estrógeno e FSH.
- B. Solicitar idade óssea e dosagem de GH.
- C. Pedir ressonância magnética de crânio.
- D. Solicitar cariótipo para descartar síndrome de Turner.
- E. Tranquilizar a adolescente e reavaliar em 6 meses. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 14 anos, eutrófica, com estatura adequada e puberdade em curso (M3 P4), sem menarca ainda, está dentro da normalidade: a menarca ocorre tipicamente 2 a 2,5 anos após a telarca, geralmente no estágio M4, e a investigação de amenorreia primária só se justifica aos 15 anos com caracteres sexuais presentes, ou aos 13 anos sem qualquer desenvolvimento puberal. Portanto, imagem, cariótipo e dosagens hormonais (A/B/C/D) são precoces e desnecessários. A conduta é orientar e reavaliar. Resposta E.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Menina de 4 anos apresenta febre e disúria, sem outros sintomas. Foi levada ao pronto-socorro, e o exame físico está normal. O plantonista solicitou urina tipo I. Em relação a esse exame e ao possível diagnóstico de infecção urinária, assinale a alternativa correta.

- A. Caso o exame apresente leucocitúria, confirma-se o diagnóstico de infecção urinária, não sendo necessário a realização de urocultura.
- B. Se a esterase leucocitária vier negativa, afasta-se a possibilidade de infecção urinária, uma vez que esse exame possui alta sensibilidade e alto valor preditivo.
- C. A realização da bacterioscopia no exame de urina tipo I permite estabelecer o diagnóstico e o provável agente etiológico, não sendo necessário coleta de urocultura.
- D. Há alta probabilidade de ser infecção urinária, porém é importante colher urocultura por jato médio para confirmação. ✓**
- E. Não havia necessidade de coletar a urina tipo I, pois a presença de febre e disúria já indicam a necessidade de tratamento com antibiótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre com disúria em menina de 4 anos tem alta probabilidade pré-teste de infecção urinária, e o exame de urina (leucocitúria, esterase, nitrito) apenas sustenta a suspeita: a confirmação exige urocultura, colhida por jato médio antes do antibiótico, pois é ela que identifica o agente e o perfil de sensibilidade. Leucocitúria e bacterioscopia isoladas não confirmam nem dispensam a cultura (A/C); esterase negativa não afasta ITU, pois a sensibilidade é limitada (B); e tratar sem coletar urina (E) inviabiliza o diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Recém-nascido, filho de mãe sem pré-natal, nasceu de parto normal com 38 semanas de gestação, pequeno para a idade gestacional. Na maternidade, detectou-se a presença de persistência do canal arterial, o teste do reflexo vermelho apresentou opacidade bilateral e as emissões otoacústicas foram ausentes bilateralmente. Esses achados são sugestivos de qual infecção congênita?

- A. Toxoplasmose.
- B. Sífilis.
- C. Rubéola. ✓**
- D. Por citomegalovírus.
- E. Por herpes simplex.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade de Gregg — catarata (reflexo vermelho opaco bilateral), surdez neurosensorial (emissões otoacústicas ausentes) e cardiopatia congênita, classicamente persistência do canal arterial ou estenose de artéria pulmonar —, em recém-nascido pequeno para a idade gestacional de mãe sem pré-natal, define a síndrome da rubéola congênita. Toxoplasmose dá coriorretinite, hidrocefalia e calcificações difusas (A); citomegalovírus, microcefalia com calcificações periventriculares e surdez, mas não catarata com PCA (D); sífilis cursa com lesões ósseas e cutâneas (B). Resposta C.