



SUS-SP — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

99 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 2 — Gabarito B

Homem, 60 anos de idade, obeso (peso: 100 kg), com risco cardiovascular alto e em uso de glimepirida, empagliflozina e metformina, apresenta hemoglobina acima da meta após 4 meses de terapia tripla. Nesse momento, segundo diretrizes brasileiras de diabetes, deve-se considerar

- A. aguardar 12 meses antes de mudança terapêutica.
- B. associar liraglutida. ✓**
- C. substituir a empagliflozina por pioglitazona.
- D. substituir a empagliflozina por liraglutida.
- E. suspender os três antidiabéticos orais e iniciar tratamento apenas com insulina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético com risco cardiovascular alto e alvo não atingido após 4 meses de terapia tripla oral: o próximo passo é associar um agonista do receptor de GLP-1 (liraglutida), que soma controle glicêmico, perda de peso e proteção cardiovascular. Não se retira a empagliflozina (D), pois o iSGLT2 tem benefício cardiorrenal próprio; pioglitazona (C) causa ganho de peso e retenção hídrica; insulina isolada (E) é desnecessária aqui; esperar 12 meses (A) é inércia terapêutica. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito E

Mulher, 68 anos de idade, tabagista 75 anos-maço, apresenta dispnéia e tosse há 2 anos. Fez espirometria, que mostrou VEF1 de 60% do predito e relação VEF1/VFC de 0,65. Apresentou um episódio de exacerbação da dispnéia, com necessidade de internação hospitalar, uso de broncodilatadores e antibiótico há 4 meses. A terapia ambulatorial ideal é

- A. salmeterol + fluticasona, apenas se crise.
- B. salmeterol + fluticasona, diariamente.
- C. salmeterol apenas, diariamente.
- D. tiotrópio apenas, diariamente.

E. umeclidínio/vilanterol, diariamente. 4 SESA2504/001-Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

VEF1/CVF < 0,7 com VEF1 60% e uma exacerbação que exigiu internação no último ano: pelo GOLD e grupo E. O tratamento inicial é broncodilação dupla de longa ação diária (LAMA+LABA = umeclidínio/vilanterol). Corticoide inalado só entra com eosinofilia ($\geq 300/\text{mm}^3$) ou exacerbações repetidas apesar da dupla, o que descarta B; monoterapia (C e D) é inferior na doença exacerbadora; broncodilatador de longa ação nunca é 'se crise' (A). Resposta E.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Homem, 65 anos de idade, 70 kg, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, é admitido com febre e tosse há 2 dias, evoluindo com sonolência e dispnéia. Na admissão, apresenta pressão arterial de 75 x 45 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm, frequência respiratória de 24 rpm e saturação de oxigênio de 87% em ar ambiente. É iniciada ceftriaxona + cloritromicina, administrando 2.000 mL de ringer lactato nas três primeiras horas de admissão, sendo também necessário iniciar noradrenalina, que, após 3 horas, está em 0,20 mcg/kg/min para manter pressão arterial média de 65 mmHg. De acordo com as recomendações da Surviving Sepsis Campaign, em qual momento está indicado iniciar a hidrocortisona para esse paciente?

- A. Imediatamente.
- B. Se ainda estiver com noradrenalina 0,20 mcg/kg/min após 6 horas da admissão.

C. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,25$ mg/kg há pelo menos 4 horas. ✓

D. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,25$ mg/kg e vasopressina 0,03 UI/min, independentemente do tempo.

E. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,50$ mg/kg e vasopressina 0,03 UI/min há pelo menos 6 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Surviving Sepsis Campaign, hidrocortisona no choque séptico é indicada quando há necessidade persistente de vasopressor: noradrenalina $\geq 0,25$ mcg/kg/min por pelo menos 4 horas após o início. O paciente está em 0,20 mcg/kg/min, então ainda não preenche o gatilho. Não há recomendação de corticoide imediato (A), nem critério atrelado a 6 horas (B) ou a vasopressina/doses maiores (D e E). Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Homem, 29 anos de idade, apresenta dor lombar há 6 meses com irradiação para as nádegas, com piora no repouso e melhora com exercício físico. Apresenta rigidez matinal com duração de, aproximadamente, 1 hora e melhora ao longo do dia. Há 2 meses, apresenta edema em região do tendão calcâneo. Não apresenta outros sintomas ou antecedentes. Ao exame físico, apresenta limitação da flexão lombar e redução da expansão torácica. Qual dos exames a seguir será positivo?

A. Anticorpo antinuclear.

B. Fator reumatoide.

C. HLA-B27. ✓

D. c-ANCA.

E. anti-CCP. Clínica Médica

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia inflamatória (piora no repouso, melhora com exercício, rigidez matinal > 30 min) em homem jovem, com entesite de tendão calcâneo, limitação da flexão lombar e redução da expansão torácica: espondiloartrite axial (espondilite anquilosante). O HLA-B27 é positivo em cerca de 90% dos casos. FAN aponta lúpus, fator reumatoide e anti-CCP apontam artrite reumatoide e c-ANCA, granulomatose com poliangeite. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Homem, 73 anos de idade, hipertenso, em uso de losartana e anlodipino, diabético, em uso de dapaglifozina, e com doença renal crônica não dialítica, procura atendimento por dor torácica. Pressão arterial de 80 x 50 mmHg. Monitorização mostra taquicardia ventricular monomórfica. Após cardioversão elétrica sincronizada, é realizado o eletrocardiograma a seguir: (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) A conduta imediata é

A. AAS, clopidogrel e enoxaparina.

B. AAS, clopidogrel e angioplastia primária.

C. nitroglicerina.

D. gluconato de cálcio. ✓

E. estudo eletrofisiológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal crônica + losartana (bloqueio do sistema renina-angiotensina) e um cenário clássico de hipercalemia grave, que se manifesta no ECG com onda T apiculada, alargamento do QRS e arritmias ventriculares, como a taquicardia monomórfica descrita. A conduta imediata é estabilizar a membrana do miócito com gluconato de cálcio, antes mesmo de insulina/glicose e resinas. Terapia antitrombótica, nitrato ou estudo eletrofisiológico não tratam a causa. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Homem, 75 anos de idade, ex-tabagista, portador de insuficiência cardíaca, em uso de furosemida, losartana, espironolactona, carvedilol e dapaglifozina, é admitido por rebaixamento do nível de consciência. Apresenta sódio de 114 mEq/L. A osmolaridade sérica está diminuída e a urinária está aumentada. O sódio urinário é de 5 mEq/L. A causa da hiponatremia é

- A. insuficiência cardíaca descompensada. ✓**
- B. uso do diurético.
- C. secreção inapropriada de hormônio antidiurético.
- D. insuficiência adrenal concomitante.
- E. polidipsia primária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiponatremia hipoosmolar com urina concentrada e sódio urinário muito baixo (5 mEq/L) significa rim avido por sódio, isto é, volume arterial efetivo reduzido; e a insuficiência cardíaca descompensada. Na SIADH o sódio urinário costuma ser > 30-40 mEq/L com euvolemia; no uso de diurético a natriurese também estaria elevada; na polidipsia primária a urina seria diluída. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Homem, 30 anos de idade, apresenta cefaleia e rigidez de nuca. Coleta líquido cefalorraquidiano, que mostra:

- Pressão de abertura discretamente elevada
- Células: 300/mm³ - predomínio linfomononuclear
- Proteína: 450 mg/dL (normal: 15 a 60 mg/dL)
- Glicose: 35 mg/dL (normal: 50 a 80 mg/dL)

Esses achados sugerem qual etiologia da meningite?

- A. Meningocócica.
- B. Pneumocócica.
- C. Viral.
- D. Tuberculose. ✓**
- E. Herpética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor com pleocitose linfomononuclear, proteína muito elevada (450 mg/dL) e hipoglicorraquia (35 mg/dL), com pressão de abertura aumentada, e a assinatura da meningite tuberculosa. Meningites bacterianas agudas (meningococo, pneumococo) cursam com neutrofilia; nas virais e na herpética a glicose é normal e a proteína discretamente elevada. Proteína muito alta com glicose baixa e padrão subagudo pesa para tuberculose. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Mulher, 55 anos de idade, portadora de cirrose hepática com ascite volumosa, sem dor à palpação, faz uso de espironolactona 200 mg/dia e carvedilol 25 mg/dia. Em exames laboratoriais, apresenta creatinina de 2,1 mg/dL e ureia de 100 mg/dL. Níveis anteriores de creatinina e ureia de 1,0 mg/dL e 40 mg/dL, respectivamente. Urina tipo I sem leucocitose. A conduta apropriada nesse momento em relação à função renal é

- A. expansão volêmica com soro fisiológico 0,9%.
- B. expansão volêmica com ringer lactato.
- C. albumina. ✓**
- D. terlipressina.

E. furosemida intravenosa. 5 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrotica com ascite e lesão renal aguda (creatinina 1,0 para 2,1) em uso de dose alta de espironolactona: o passo obrigatório é suspender o diurético e expandir com albumina 1 g/kg/dia por 2 dias. Se não houver resposta a esse teste e que se fecha síndrome hepatorenal e se inicia terlipressina (D). Cristaloides (A e B) não são o expansor de escolha no cirótico e furosemida (E) agrava a hipoperfusão. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Mulher, 75 anos de idade, apresenta infecção por influenza, com evolução para síndrome do desconforto respiratório agudo e necessidade de intubação orotraqueal. Ventilação mecânica iniciada com fração inspirada de oxigênio de 80% e PEEP de 8 cmH₂O. A relação PaO₂/FiO₂ está em 100, e há dificuldade em manter oxigenação adequada. Para melhorar da saturação de oxigênio, opta-se por aumentar PEEP para 12 cmH₂O e iniciar bloqueio neuromuscular (rocurônio). A pressão arterial média diminui de 70 mmHg para 60 mmHg após esse ajuste, o que ocorre por

- A. vasodilatação pelo bloqueador neuromuscular.
- B. vasodilatação reflexa pelo aumento da PEEP.
- C. vasodilatação por liberação de citocinas inflamatórias pelo aumento da PEEP.

D. redução do débito cardíaco. ✓

E. aumento do espaço morto e consequente vasodilatação das artérias e arteríolas pulmonares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumentar a PEEP eleva a pressão intratorácica, reduz o retorno venoso e, com isso, o débito cardíaco; o bloqueio neuromuscular soma perda do tônus muscular e do esforço inspiratório, que ajudavam no retorno venoso. Daí a queda da pressão arterial média. Rocuronio (aminoesteróide) não libera histamina nem vasodilata de forma relevante, e PEEP não provoca vasodilatação reflexa ou por citocinas. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Homem, 37 anos de idade, etnia caucasiana, apresenta hipertensão arterial resistente. Em pesquisa para causa secundária, encontra-se: creatinina sérica: 0,9 mg/dL; sódio: 147 mEq/L; potássio: 3,3 mEq/L; cortisol sérico 20% acima do limite superior da normalidade; ACTH reduzido; aldosterona plasmática elevada e atividade de renina plasmática reduzida. Após teste de infusão de solução salina, a aldosterona plasmática mantém-se elevada. Metanefrinas plasmáticas discretamente elevadas, com redução para níveis normais após clonidina. Assinale a alternativa com a interpretação correta desses achados.

A. Alterações podem ser atribuídas ao uso de hidroclorotiazida.

B. Hiperaldosteronismo primário. ✓

C. Síndrome de Cushing.

D. Feocromocitoma.

E. Síndrome de Liddle. 6 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão resistente com hipocalcemia, sódio no limite alto, aldosterona elevada e renina suprimida, que não suprime após sobrecarga salina: é o critério confirmatório de hiperaldosteronismo primário. As metanefrinas discretamente elevadas que normalizam após clonidina caracterizam falso-positivo, afastando feocromocitoma (D). O cortisol pouco acima do normal com ACTH baixo não preenche Cushing (C). Na síndrome de Liddle a aldosterona seria baixa. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito E

Homem, 20 anos de idade, portador de diabetes mellitus tipo 1 em tratamento irregular, é admitido por vômitos há 1 dia e sonolência. Apresenta: · Glicemia capilar: 450 mg/dL · pH: 7,0 · Bicarbonato: 8 mEq/L (normal: 22 a 29 mEq/L) · Potássio sérico: 4,4 mEq/L (normal: 3,5 - 5,0 mEq/L) · Sódio sérico: 134 mEq/L · Fosfato: 2,3 mg/dL (normal: 2,5 a 4,5 mg/dL) · Cetonúria positiva Deve-se iniciar imediatamente

- A. SF 0,45%, insulina intravenosa, potássio 25 mEq/hora e fosfato de potássio.
- B. SF 0,45%, insulina intravenosa, potássio 25 mEq/hora e bicarbonato de sódio.
- C. SF 0,9%, insulina intravenosa, potássio 25 mEq/hora e bicarbonato de sódio.
- D. SF 0,45% e insulina intravenosa, apenas.

E. SF 0,9%, insulina intravenosa e potássio 25 mEq/hora, apenas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética: a base e soro fisiológico 0,9% (a solução inicial e sempre isotônica), insulina intravenosa e reposição de potássio, já que a insulina joga o K para dentro da célula e o potássio corporal total está depletado mesmo com dosagem normal. Bicarbonato só se pH < 6,9 (B e C), reposição de fosfato não é rotineira (A), e insulina sem potássio (D) provoca hipocalcemia grave e arritmia. Resposta E.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Homem, 65 anos de idade, com miocardiopatia hipertensiva e fração de ejeção de 30% é internado em terapia intensiva por congestão pulmonar e aumento da pressão arterial. Iniciado nitroprussiato de sódio, o qual não pode ser interrompido após 72 horas de uso. Assinale a alternativa que indica um sinal comum de intoxicação pelo nitroprussiato.

- A. Bradicardia.
- B. Cianose de extremidades.
- C. Acidose láctica. ✓**
- D. Hipercalemia.
- E. Redução da saturação de oxigênio por meta-hemoglobinemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O nitroprussiato de sódio libera cianeto durante seu metabolismo; em infusão prolongada (aqui, 72 horas) e sobretudo na disfunção renal, ocorre intoxicação. O cianeto bloqueia a citocromo oxidase mitocondrial, impede a respiração aeróbica e produz acidose láctica com saturação venosa alta, confusão e taquicardia. Meta-hemoglobinemia (E) associa-se a nitratos/nitritos e não é o sinal típico. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher, 35 anos de idade, tabagista, é admitida para investigação de fraqueza muscular ascendente e progressiva que se iniciou cerca de três semanas após quadro de síndrome gripal, sendo diagnosticada síndrome de Guillain-Barré. Evoluiu com desconforto respiratório progressivo, expansibilidade torácica globalmente reduzida, sons respiratórios presentes, porém difusamente diminuídos sem ruídos adventícios. Frequência respiratória de 16 rpm. Radiografia de tórax sem alterações significativas. Qual gasometria arterial em ar ambiente é compatível com o quadro clínico?

- A. PaO₂ = 55 mmHg; PaCO₂ = 28 mmHg; SatO₂ = 85%.
- B. PaO₂ = 55 mmHg; PaCO₂ = 55 mmHg; SatO₂ = 85%. ✓**
- C. PaO₂ = 80 mmHg; PaCO₂ = 30 mmHg; SatO₂ = 94%.
- D. PaO₂ = 80 mmHg; PaCO₂ = 55 mmHg; SatO₂ = 94%.

E. $\text{PaO}_2 = 100 \text{ mmHg}$; $\text{PaCO}_2 = 35 \text{ mmHg}$; $\text{SatO}_2 = 99\%$.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome de Guillain-Barre o problema é falência da bomba respiratória: musculatura fraca, tórax pouco expansível, pulmão limpo e radiografia normal. Isso gera hipoventilação alveolar, ou seja, hipoxemia COM hipercapnia (PaO_2 55 e PaCO_2 55). Hipoxemia com hipocapnia (A e C) indica taquipneia por doença do parênquima, e a frequência respiratória de 16 rpm já mostra que ele não consegue hiperventilar. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Mulher, 66 anos de idade, com queixa de dispnéia progressiva há um ano e tosse seca. Ex-tabagista 20 anos-maço. Sem outros antecedentes relevantes. Em espirometria, apresenta CVF de 68% do previsto e VEF_1/CVF : 0,84. Tomografia de tórax mostra padrão de reticulado subpleural e basal, favo de mel e bronquiectasias de tração, sem vidro fosco significativo. A terapia deve ser iniciada com

A. nintedanibe. ✓

B. micofenolato.

C. pulsoterapia com metilprednisolona.

D. prednisona 40 mg/dia.

E. tiotrópio + olodaterol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Espirometria restritiva (CVF 68% com relação preservada) e tomografia com reticulado subpleural/basal, faveolamento e bronquiectasias de tração, sem vidro fosco: padrão de UIP = fibrose pulmonar idiopática. O tratamento é antifibrótico (nintedanibe ou pirfenidona). Corticoide e imunossupressor (B, C, D) aumentaram mortalidade na FPI (estudo PANTHER-IPF) e broncodilatador (E) trata DPOC, não fibrose. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Homem, 26 anos de idade, apresenta dispnéia aos esforços. Ao exame físico, apresenta sopro sistólico em foco aórtico e ausculta pulmonar normal. Frequência cardíaca e pressão arterial normais. Foi solicitado ecocardiograma, que mostra átrio esquerdo dilatado, ventrículos com dimensões normais, espessura miocárdica aumentada no septo (20 mm; anormal > 10 mm) com demais paredes miocárdicas com espessura normal. Valva mitral tem movimento anterior sistólico e insuficiência discreta. Apresenta gradiente sistólico máximo de 70 mmHg. Qual é a melhor estratégia indicada para melhora sintomática desse paciente?

A. Furosemda.

B. Betabloqueador. ✓

C. Nitrato.

D. Terapia de ressincronização cardíaca.

E. Cardioversor desfibrilador implantável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Septo de 20 mm com demais paredes normais, movimento anterior sistólico da mitral e gradiente de 70 mmHg definem cardiomiopatia hipertrofica obstrutiva. O tratamento sintomático de primeira linha é o betabloqueador, que reduz a frequência, aumenta o tempo de enchimento e diminui a obstrução dinâmica. Diurético e nitrato (A e C) reduzem a pré-carga e pioram o gradiente; CDI (E) e prevenção de morte súbita, não alívio sintomático. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Mulher de 78 anos de idade, portadora de insuficiência cardíaca crônica com fração de ejeção preservada, é internada com hemoglobina de 6,8 g/dL, sendo indicada transfusão de concentrado de hemácias. Após aproximadamente uma hora do início da transfusão, inicia dispneia súbita, ortopneia. Frequência cardíaca de 105 bpm e pressão arterial de 150 x 90 mmHg. Saturação de oxigênio: 87% em ar ambiente. Estase jugular presente, ausculta pulmonar com estertores bilaterais, temperatura normal. Qual é a hipótese diagnóstica?

- A. Anafilaxia.
- B. Sobrecarga circulatória associada à transfusão. ✓**
- C. Reação hemolítica aguda por incompatibilidade ABO.
- D. Sepses transfusional.
- E. Lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão. 7 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia, ortopneia, hipertensão, estase jugular e estertores surgindo em até 6 horas de transfusão, em idosa cardiopata, definem sobrecarga circulatória associada a transfusão (TACO); e edema agudo hidrostático, e o tratamento é parar a transfusão e diureticar. Na TRALI (E) há hipotensão, febre e ausência de congestão/estase; anafilaxia cursa com broncoespasmo e hipotensão; hemólise ABO e sepses dão febre e choque. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Homem, 40 anos de idade, sem comorbidades e assintomático, realizou sorologia para HIV, que foi positiva (confirmada por segundo método). A carga viral é menor que 100 cópias/mL, e o CD4 é maior de 250 células/mm³. Foi iniciada terapia antirretroviral e, após 4 semanas, paciente apresenta reativação de herpes simples, sem outros sintomas. Carga viral indetectável e CD4 maior que 350 células/mm³. Assinale a alternativa correspondente à conduta adequada em relação à TARV.

- A. Suspende e observar por 4 semanas antes da reintrodução.
- B. Suspende e reintroduzir após resolução total do herpes.
- C. Substituir antirretrovirais.
- D. Manter antirretrovirais, apenas. ✓**
- E. Manter antirretrovirais e associar prednisona 40 mg/dia por 5 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reativação de herpes simples poucas semanas após o início da terapia antirretroviral, com carga viral indetectável e CD4 em ascensão, e síndrome inflamatória de reconstituição imune em forma leve. A conduta é MANTER a TARV (a suspensão gera falha e resistência) e tratar a manifestação se necessário. Não há motivo para trocar o esquema (C) nem para corticoide sistêmico (E) em quadro leve e localizado. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Mulher, 55 anos de idade, portadora de miocardiopatia dilatada idiopática. Eletrocardiograma com bloqueio de ramo esquerdo (QRS: 150 ms). Ecocardiograma mostra fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 25%, insuficiência mitral moderada a importante e disfunção sistólica do ventrículo direito. A paciente faz uso regular de furosemida 120 mg/dia, hidroclorotiazida 12,5 mg/dia, enalapril 20 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia, espironolactona 25 mg/dia e empagliflozina 10 mg/dia. Apesar disso, mantém classe funcional III. Frequência cardíaca de 60 bpm e pressão arterial de 110 x 60 mmHg. Qual é a melhor conduta adicional nesse momento?

- A. Associar ivabradina.

- B. Associar digoxina.
- C. Associar hidralazina e mononitrato de isossorbida.
- D. Terapia de ressincronização cardíaca. ✓**
- E. Clipagem percutânea da valva mitral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fracão de ejeção de 25%, bloqueio de ramo esquerdo com QRS de 150 ms e classe funcional III apesar de terapia otimizada: e a indicação clássica (classe I) de terapia de ressincronização cardíaca. Ivabradina (A) exige ritmo sinusal com FC ≥ 70 bpm, e ele está com 60; digoxina e hidralazina/nitrato são adjuvantes de menor impacto; a clipagem mitral (E) só se cogita após otimização completa, incluindo a ressincronização. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Homem, 35 anos de idade, apresenta queixa de dor torácica ventilatório dependente há 6 horas. Realiza o eletrocardiograma a seguir: (Arquivo pessoal; imagem usada com autorização) A próxima conduta nesse momento é

- A. colchicina. ✓**
- B. prednisona.
- C. imunossupressor, se biópsia miocárdica mostrar miocardite de células gigantes.
- D. AAS, clopidogrel, metoprolol e enoxaparina.
- E. AAS, clopidogrel, metoprolol e angioplastia primária. Cirurgia Geral

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com dor torácica ventilatório-dependente e ECG de supradesnivelamento difuso, concavo e com infra de PR: pericardite aguda, não infarto. O tratamento é anti-inflamatório (AAS ou AINE) associado a COLCHICINA, que reduz recorrência. Corticoide (B) e segunda linha e favorece recidiva; biópsia miocárdica (C) e exceção; terapia de síndrome coronariana e angioplastia (D e E) são erro grave nesse contexto. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Homem de 75 anos com histórico de hipertensão e etilismo crônico encontra-se internado na enfermaria da cirurgia geral para tratamento de uma infecção de partes moles (erisipela). No segundo dia de internação, foi submetido à passagem de sonda nasoenteral devido à recusa alimentar. No 6º dia de internação, iniciou quadro de febre (38,9 °C), taquipneia e alteração do nível de consciência. A ausculta torácica revela estertores crepitantes difusos. Radiografia de tórax mostra infiltrado pulmonar difuso bilateral. Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- A. A presença de sonda nasoenteral representa um fator de risco para pneumonia nosocomial por facilitar broncoaspição e translocação bacteriana. ✓**
- B. O quadro sugere pneumonia adquirida na comunidade, considerando que o paciente não foi submetido à ventilação mecânica nessa internação.
- C. O quadro sugere pneumonia nosocomial de início precoce (< 7 dias), o que geralmente indica um pior prognóstico.
- D. A pneumonia associada à ventilação mecânica ocorre após 72 horas de ventilação mecânica invasiva.
- E. O uso de inibidores da bomba de prótons poderia ter prevenido esse tipo de complicação em pacientes hospitalizados. 8 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sonda nasointestinal mantém o esfíncter esofágico inferior entreaberto, favorece refluxo e microaspiração e serve de via para colonização: é fator de risco reconhecido de pneumonia hospitalar. O quadro começou no 6º dia de internação, logo é nosocomial (B errada) e de início TARDIO (≥ 5 dias), justamente o de pior prognóstico (C errada). Pneumonia associada a ventilação exige 48 h de tubo (D). IBP AUMENTA o risco de pneumonia (E). Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Mulher de 36 anos com histórico de DPOC, em uso de prednisona 10 mg/dia, há 2 anos, dá entrada no pronto atendimento com quadro de dor abdominal difusa associada a distensão e febre. A tomografia de abdome, realizada na admissão, evidenciou sinais de pneumoperitônio. Foi submetida à laparotomia exploradora com achado de úlcera duodenal perfurada, sendo submetida à duodenorrafia primária com confecção de patch omental. Durante a abordagem cirúrgica, apresentou quadro de hipotensão refratária à reposição volêmica, sendo necessário uso de drogas vasoativas. Evoluiu com manutenção da hipotensão no pós-operatório imediato, mantendo PA: 80 x 50 mmHg, hipoglicemia (glicemia capilar 56 mg/dL). A diurese também mostra-se diminuída, havendo hiponatremia (Na^+ 128 mEq/L) com potássio sérico normal. Com base na hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de um quadro de insuficiência adrenal primária, sendo indicada introdução de mineralocorticoide por via oral para controle hidroeletrólítico no pós-operatório imediato.
- B. Trata-se de quadro de insuficiência adrenal aguda secundária à supressão de corticoterapia prolongada, sendo indicada terapia com hidrocortisona intravenosa. ✓**
- C. O uso prévio de prednisona impede a ocorrência de insuficiência adrenal no perioperatório, sendo a causa da hipotensão, muito provavelmente, séptica.
- D. O teste de estimulação com ACTH precisa confirmar o diagnóstico antes de qualquer intervenção medicamentosa.
- E. Os níveis séricos de potássio, estando normais, afastam o diagnóstico de insuficiência adrenal aguda, tornando a insuficiência pituitária a principal hipótese. 9 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prednisona por 2 anos suprime o eixo hipotálamo-hipofise-adrenal; sob estresse cirúrgico surge crise adrenal: hipotensão refratária a volume e a vasopressor, hipoglicemia, hiponatremia e potássio NORMAL (na forma secundária a aldosterona está preservada, por isso E está errada). O tratamento é hidrocortisona intravenosa imediata, sem aguardar teste de estímulo com ACTH (D). Mineralocorticoide oral (A) não trata crise aguda. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Um homem de 70 anos comparece ao ambulatório da cirurgia geral com queixa de perda ponderal de 8 kg em 3 meses, associada a astenia e alteração recente do hábito intestinal, apresentando episódios de diarreia alternados com períodos de constipação prolongada. Refere ainda presença de sangue vivo nas fezes nas últimas semanas. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, apresenta-se emagrecido e com dor à palpação profunda da região hipogástrica. Diante da suspeita clínica e considerando os dados sobre a incidência e a mortalidade por neoplasias malignas, assinale a alternativa correta.

- A. O câncer colorretal é a neoplasia de maior incidência entre os homens no mundo, superando o câncer de próstata, pulmão e fígado.
- B. A principal causa de morte por câncer entre os homens é o câncer de próstata, e sua taxa de mortalidade é superior à de pulmão.

C. Embora mais incidente, o câncer colorretal é muito menos letal do que o câncer de pulmão em ambos os sexos. ✓

D. O câncer colorretal apresenta mortalidade mais elevada do que o câncer de pâncreas em números relativos.

E. A combinação de perda de peso e o sangramento nas fezes indicam, com alto grau de especificidade, câncer gástrico em estágio avançado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de epidemiologia oncológica: o câncer colorretal está entre os mais incidentes, mas sua letalidade é bem menor que a do câncer de pulmão, que segue como a principal causa de morte por câncer em ambos os sexos (o que derruba B). O mais incidente no homem no mundo é o de pulmão/prostata, não o colorretal (A); o pâncreas tem letalidade muito maior que a do colorretal (D); e perda de peso com sangue nas fezes aponta colorretal, com baixa especificidade (E). Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Um homem de 55 anos é admitido na sala de urgência devido à hematêmese volumosa há 2 horas, presenciada por familiares. Associou-se a sintomas de melena e hipotensão. Na admissão, apresentava PA: 90 x 50 mmHg, FC: 118 bpm e hemoglobina de 7,8 mg/dL. O cirurgião iniciou medidas de reanimação com solução cristalóide, terapia medicamentosa com omeprazol intravenoso em dose plena e solicitação de transfusão de hemocomponentes. Após cerca de 24 horas da admissão, foi realizada endoscopia digestiva alta que revelou úlcera duodenal, na parede posterior, com presença de vasos visíveis. O endoscopista classificou a lesão como Forrest IIa. Foram realizadas terapia com adrenalina e aplicação de um clipe hemostático sobre o coto vascular. Com base nas diretrizes do manejo da hemorragia digestiva e na classificação de Forrest, avalie a conduta realizada.

A. A lesão Forrest IIa é considerada de baixo risco, não havendo indicação de terapia endoscópica.

B. A conduta do endoscopista foi adequada, pois trata-se de uma lesão de alto risco para ressangramento e requer tratamento endoscópico. ✓

C. A conduta foi arriscada, pois, em casos de hemorragia exteriorizada por hematêmese, a conduta mais adequada é a realização de endoscopia digestiva alta em, no máximo, 4 horas da admissão.

D. A conduta foi excessiva. Como o sangramento já havia cessado, o tratamento endoscópico poderia ter sido realizado com injeção de adrenalina em monoterapia.

E. A conduta foi adequada, mas deve-se proceder com um novo exame (second look) após 12 horas, para confirmar a eficácia da terapia endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Forrest IIa (vaso visível não sangrante) e lesão de ALTO risco, com ressangramento em torno de 50% sem tratamento: exige terapia endoscópica, preferencialmente combinada (adrenalina + método mecânico ou térmico), exatamente o que foi feito. Adrenalina isolada (D) é insuficiente; a endoscopia no sangramento não varicoso é recomendada em até 24 h, não em 4 h (C); e o second look de rotina (E) não é recomendado. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino dá entrada na sala de emergência por quadro de hematêmese franca e melena, associado à instabilidade hemodinâmica. Foi submetido a medidas de reanimação com expansão volêmica seguida de intubação orotraqueal para proteção das vias aéreas. Assim que as condições clínicas permitiram, foi realizada uma endoscopia digestiva alta, que evidenciou uma úlcera duodenal bulbar com sangramento ativo em jato. Foi realizada hemostasia com aplicação de cliques hemostáticos havendo a interrupção do sangramento. Após 48 horas de internação, mantém quadro de melena importante, com níveis de hemoglobina ainda baixos. Uma segunda endoscopia foi realizada, e evidenciou-se sangue na região duodenal, não sendo conclusiva. Ao todo, foram necessárias múltiplas transfusões, totalizando 8 concentrados de hemácias no período. No momento: mau estado geral, descorado ++. PA: 90 x 70 mmHg, FC: 105 bpm. Diante do caso, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- A. Indicar cirurgia, pois o paciente agora apresenta sangramento lento, mas contínuo, com necessidade de transfusão diária (> 3U/dia). ✓**
- B. Manter observação clínica, pois trata-se de melena residual que pode persistir por vários dias devido à intensidade do sangramento ocorrido.
- C. Realizar nova tentativa de controle endoscópico em 24 horas.
- D. Realizar exame de cápsula endoscópica de delgado para avaliação de hemorragia digestiva média.
- E. Realizar cintilografia com hemácias marcadas para avaliação do foco de sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Falha de duas abordagens endoscópicas, sangramento persistente e necessidade transfusional maciça (8 concentrados, com consumo contínuo) configuram falha do tratamento endoscópico: a indicação e cirurgia. Observar (B) e temerário com instabilidade e queda de hemoglobina; nova endoscopia (C) já falhou duas vezes; cápsula (D) e cintilografia (E) são exames para sangramento obscuro e estável, não para foco duodenal já identificado. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito E

Um homem de 35 anos é admitido no pronto atendimento devido a quadro de hematêmese. Refere viagem recente para o litoral, com retorno há 3 dias, após a qual desenvolveu quadro de infecção intestinal aguda com diarreia e vômitos desde então. Refere piora recente dos quadros de vômitos nas últimas 24 horas. Encontra-se hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite. Foi submetido à endoscopia digestiva alta após estabilização inicial que identificou uma laceração linear na região da transição esofagogástrica, sem sangramento ativo. Assinale a alternativa correta.

- A. A localização mais comum desse tipo de lesão é junto à grande curvatura gástrica.
- B. A maioria dos casos apresenta sangramento recorrente, sendo indicada abordagem cirúrgica em caso de recorrência.
- C. A embolização angiográfica da lesão constitui a primeira linha de tratamento em caso de ressangramento.
- D. Durante a endoscopia, a realização de biópsias é imprescindível para afastar a suspeita de neoplasia.

E. A maioria dos casos é autolimitada e apresenta resolução espontânea após 72 horas. 10
SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Laceração linear na transição esofagogástrica após vômitos repetidos e síndrome de Mallory-Weiss. A grande maioria (80-90%) é autolimitada e cicatriza espontaneamente em poucos dias, sem necessidade de terapia. A localização típica é a junção esofagogástrica/pequena curvatura alta, não a grande curvatura (A); recorrência é incomum (B); embolização (C) é resgate; e biópsia de rotina não é necessária (D). Resposta E.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Um paciente de 38 anos com obesidade grau III foi submetido a bypass gástrico laparoscópico com reconstrução em Y de Roux há cerca de 2 anos. Hoje, deu entrada no pronto atendimento devido a quadro de dor abdominal intensa localizada em mesogástrio associada a vômitos biliosos em grande quantidade e de forma recorrente. Refere não evacuar há 3 dias. Ao exame, apresenta abdome globoso e distendido com timpanismo difuso à percussão, bem como ruídos hidroaéreos aumentados. Foi submetido à radiografia de abdome que demonstrou alças de delgado dilatadas com sinal de empilhamento de moedas na região hipogástrica e presença de níveis hidroaéreos, bem como ausência de ar no cólon e reto. Com base no caso clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- A. A principal causa é a presença de hérnia incisional, geralmente localizada na linha infraumbilical.
- B. O suporte clínico com reposição volêmica e drenagem nasogástrica é suficiente para resolução do evento na maioria dos casos.
- C. Nesse tipo de operação, raramente, ocorre estrangulamento da alça acometida, sendo a causa mais provável a presença de bridas intestinais.
- D. A abordagem cirúrgica nesse tipo de paciente deve ser precoce devido ao risco de rotura da linha de grampeamento da alça biliopancreática causado pela distensão excessiva. ✓**
- E. O melhor método para diagnóstico desse tipo de complicação é a radiografia de abdome realizada em decúbito e posição ortostática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Obstrução de delgado tardia após bypass em Y de Roux e hérnia interna até prova em contrário, e a alça biliopancreática e alça cega: quando distende, não tem por onde descomprimir e há risco de ruptura da linha de grampeamento e de estrangulamento. Por isso a abordagem cirúrgica deve ser precoce, e não conservadora (B). Não é hérnia incisional (A), o estrangulamento é frequente (C) e o melhor exame é a tomografia, não a radiografia (E). Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Mulher de 60 anos, portadora de diabetes mellitus do tipo 2 há 15 anos, em uso irregular de insulina e sem controle glicêmico adequado, procura atendimento médico devido a queixas de náuseas, plenitude pós-prandial e distensão abdominal. Refere episódios de vômitos alimentares mesmo após longos períodos em jejum. Nos últimos 7 meses, evidenciou uma perda ponderal de 8 kg. Nega dor abdominal associada aos sintomas. Realizou duas endoscópias recentes que evidenciaram resíduos alimentares gástricos em grande quantidade, mas sem lesões expansivas ou estenosantes no antro gástrico, piloro ou duodeno. Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O principal fator metabólico associado a essa disfunção é a hipoglicemia reacional em pacientes com uso irregular de insulina.
- B. Deve-se evitar o uso de metoclopramina, pois sua ação seletiva sobre os receptores dopaminérgicos pode piorar o quadro de distensão.
- C. O manejo desses pacientes deve se iniciar com medidas de reeducação alimentar baseadas em dieta rica em fibras e gordura, que evitam oscilações abruptas nos índices glicêmicos.
- D. A principal disfunção presente nesses pacientes é de ordem autonômica vagal, e a hiperglicemia crônica constitui a base de sua fisiopatologia. ✓**
- E. Nos casos refratários, a cirurgia de escolha é a gastrotrojejunostomia aberta, pois tem melhores taxas de alívio sintomático em relação à piloromiotomia laparoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Plenitude, vômitos de alimentos ingeridos às horas e retenção gástrica na endoscopia SEM obstrução mecânica, em diabética de longa data e mal controlada: gastroparesia diabética. A base fisiopatológica é a neuropatia autonômica vagal induzida pela hiperglicemia crônica. O problema metabólico é a HIPERglicemia (A); metoclopramida bloqueia receptor dopaminérgico e AJUDA (B); a dieta deve ser pobre em fibras e gorduras (C). Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Um homem de 45 anos encontra-se internado há 05 dias em leito de UTI devido a quadro de choque séptico de foco cutâneo (abscesso perianal) rever- tido após drenagem cirúrgica. Em uso de noradrenalina em baixas doses e necessidade de ventilação mecânica há 3 dias, por quadro de insuficiência respiratória secundária à pneumonia hospitalar. Hoje, foi submetido à sondagem nasoenteral para alimentação. Exames laboratoriais revelam melhora lenta, porém progressiva do quadro infeccioso. Exames laboratoriais Hb: 9,8 mg/dL, leucócitos: 11.000, PCR de 2,2 (antes 6,2) INR de 2,2 e plaquetas de 58.000/mm³. A equipe médica discute a necessidade de profilaxia medicamentosa para úlcera de estresse com inibidor da bomba de prótons (IBP). Assinale a alternativa correta.

- A. A profilaxia com IBP não está indicada, pois sua eficácia é limitada e associada ao aumento do risco de broncoaspiração.
- B. A profilaxia está indicada, mas deve-se suspender a nutrição enteral, pois representa aumento do risco de desenvolvimento de úlceras de estresse.
- C. A profilaxia com IBP está indicada devido à presença de múltiplos fatores de risco para úlcera e gastrite de estresse. ✓**
- D. A profilaxia não está indicada, pois o paciente é jovem. A ventilação mecânica nesse cenário não aumenta o risco de desenvolvimento de úlcera de estresse.
- E. A profilaxia está indicada, mas deve ser realizada com antagonistas dos receptores H₂ por sua superioridade em relação aos IBPs na prevenção de úlceras e gastrite de estresse.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente acumula fatores de risco maiores para úlcera de estresse: ventilação mecânica há mais de 48 horas, coagulopatia (INR 2,2 e plaquetas 58.000) e sepse com uso de vasopressor. A profilaxia com inibidor de bomba de prótons está indicada. A nutrição enteral não contraindica nem substitui a profilaxia (B); a idade jovem não anula o risco (D); e o IBP é superior aos bloqueadores H₂ na prevenção (E). Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Homem de 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial e tabagismo de longa data (parou há 15 anos). Antecedente de câncer de próstata tratado há 5 anos com cirurgia e radioterapia. Procurou atendimento devido a alterações do hábito intestinal. Refere que há 4 meses iniciou quadro de constipação alternado com evacuações líquidas em grande quantidade, de odor fétido. Refere ainda que são frequentes episódios de empachamento e dor hipogástrica leve. Observa ainda sensação de urgência evacuatória, mas ao ir ao banheiro, frequentemente não apresenta evacuação, mesmo após esforço. No período, observou perda ponderal de 5 kg, mesmo sem alterações do apetite. Nega sangramento nas fezes, mas refere astenia aos esforços e desânimo crescente. Ao exame: abdome doloroso à palpação do hipogástrio, sem sinais de peritonite e toque retal sem presença de sangue ou fezes. Qual o diagnóstico mais provável desse paciente?

- A. Colite pseudomembranosa.
- B. Doença diverticular não complicada.
- C. Doença inflamatória intestinal (retocolite ulcerativa).
- D. Adenocarcinoma da transição retossigmoideana. ✓**

E. Retopatia actínica. 11 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com alteração do hábito intestinal há meses, constipação alternada com evacuações líquidas fetidas (pseudodiarreia por obstrução parcial), tenesmo com urgência sem evacuação, dor hipogástrica e perda ponderal; e câncer da transição retossigmoide até prova em contrário. Colite pseudomembranosa exige antibiótico prévio (A); a retopatia actínica cursa com sangramento (E); doença diverticular e retocolite não explicam a perda de peso com tenesmo (B e C). Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Um homem de 40 anos apresenta queixa de sangramento anal esporádico às evacuações. Além disso, refere sensação de evacuação incompleta, mas nega dor. Ao exame, exhibe hemorroidas internas com prolapso aos esforços, mas com redução espontânea, isto é, sem a necessidade de manobras. O paciente é hígido e nega uso de medicações. Com base nas queixas e no exame físico, qual o tratamento definitivo mais adequado?

- A. Hemorroidectomia convencional.
- B. Escleroterapia química com fenol a 5%.
- C. Ligaduras elásticas em consultório. ✓**
- D. Procedimento para prolapso hemorroidário (PPH).
- E. Terapia medicamentosa com anti-inflamatórios, dieta laxativa e modificação do estilo de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorroida interna que prolapsa ao esforço mas reduz espontaneamente e grau II. O tratamento definitivo de escolha, ambulatorial e custo-efetivo, é a ligadura elástica. Hemorroidectomia (A) e PPH (D) ficam para graus III/IV ou falha dos métodos de consultório; escleroterapia (B) tem eficácia inferior; e medidas clínicas (E) são suporte, não tratamento definitivo do prolapso. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito E

Um jovem de 24 anos, estudante, procura atendimento devido à queixa de dor em região sacrococcígea com início há 07 dias. Refere aumento do volume local e saída de secreção purulenta e fétida de forma intermitente da região afetada. Nos últimos meses, teve episódios semelhantes, mas com menos dor e com melhora espontânea, motivo pelo qual não procurou atendimento médico. Ao exame físico, observa-se região endurecida e dolorosa na linha média da região interglútea, sobre o cóccix. Há um orifício cutâneo com drenagem de secreção. O paciente é hirsuto e possui sobrepeso (IMC 32 kg/m²). Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Fístula anorretal crônica.
- B. Cisto dermoide.
- C. Abscesso isquiorretal.
- D. Hidradenite supurativa perianal.
- E. Cisto pilonidal infectado. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem, hirsuto e com sobrepeso, com abaulamento doloroso na LINHA MEDIA interglutea sobre o cocci e orifício cutâneo drenando secreção, com episódios prévios autolimitados: e cisto pilonidal infectado. Fístula anorretal e abscesso isquiorretal tem trajeto ligado ao canal anal, e não a linha média sacrococcígea; hidradenite acomete dobras com múltiplos nódulos e fístulas; cisto dermoide não supura de forma recorrente. Resposta E.

QUESTÃO 33 — Gabarito E

Uma jovem de 27 anos procura atendimento devido à queixa de lesões verrucosas em região perianal. Refere que as lesões apresentaram crescimento progressivo nos últimos três meses. Nega dor, sangramento ou secreções. Refere vida sexual promíscua com múltiplos parceiros e coito anal desprotegido. Ao exame, nota-se lesões múltiplas e extensas, papilomatosas (aspecto de “couve-flor”), exofíticas e de coloração rósea com distúrbio de borda na margem anal. A anuscopia demonstra extensão da lesão para o interior do canal anal. Há ainda lesões de aspecto semelhante na região vulvar. Com base nos achados, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- A. Tratamento tópico com podofilina em ambas as regiões afetadas e excisão cirúrgica a frio, em caso de recidiva.
- B. Biópsias a frio das lesões previamente ao tratamento. Em caso positivo para condiloma acuminado, proceder com crioterapia em centro cirúrgico, bem como rastreamento de hepatite B.
- C. Tratamento tópico com laser e vacinação contra o HPV.
- D. Excisão cirúrgica das lesões com margens ampliadas e terapia antirretroviral.

E. Tratamento local com ácido tricloroacético, programação de eletrocoagulação sob sedação e rastreio para HIV, incluindo dos parceiros. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Condilomatose perianal extensa com acometimento do canal anal e da vulva, em paciente com múltiplos parceiros e coito anal desprotegido: trata-se topicamente (ácido tricloroacético) e complementa-se com eletrocoagulação sob sedação para as lesões extensas e intracanal, além de rastrear as demais ISTs, sobretudo HIV, incluindo parceiros. Podofilina é proscrita em mucosa/canal anal (A); vacina previne, não trata (C); margens ampliadas são para neoplasia (D). Resposta E.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Em relação à anatomia da veia porta-hepática, assinale a alternativa correta.

- A. A veia porta possui válvulas intraluminais que impedem a inversão do fluxo sanguíneo em direção ao sistema esplênico e mesentérico.
 - B. A veia porta forma-se na altura do hilo hepático, pela confluência dos ramos portais direito e esquerdo.
 - C. A veia porta responde por 25% do fluxo sanguíneo hepático, sendo a artéria hepática a principal fonte de vascularização do fígado.
 - D. A formação da veia porta se dá posterior ao colo pancreático, na junção das veias mesentérica superior e esplênica. ✓**
 - E. O ramo portal esquerdo irriga os segmentos V, VI, VII e VIII do fígado. 12 SESA2504/001-AcessoDireto
- Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A veia porta se forma atrás do colo do pâncreas pela confluência da veia mesentérica superior com a veia esplênica. É um sistema AVALVULAR, o que explica a inversão de fluxo na hipertensão portal (A errada); ela se divide (não se forma) no hilo hepático (B); responde por cerca de 75% do fluxo sanguíneo hepático (C); e o ramo direito, não o esquerdo, supre os segmentos V a VIII (E). Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Um homem de 55 anos, etilista e tabagista crônico, é admitido na sala de emergência devido à hematêmese volumosa, iniciada há duas horas. Evoluiu com sinais de choque hemorrágico. Logo à admissão, foi submetido à intubação orotraqueal em sequência rápida em decorrência do alto volume do sangramento. Deu-se continuidade ao atendimento com coleta de exames laboratoriais e acesso venoso central, solicitação de tipagem sanguínea de urgência e administração de drogas vasoativas (terlipressina). Mesmo após essas medidas, o paciente mantém sinais de sangramento ativo. Considerando a gravidade do quadro, a equipe discute sobre a melhor conduta nesse momento e opta pela aplicação do balão de Sengstaken-Blakemore. Frente a essa conduta e com base nos seus conhecimentos sobre essa alternativa de tratamento, assinale a alternativa correta.

- A. O tamponamento com balão é contraindicado em casos de sangramento ativo devido à sua baixa eficácia no controle de sangramento de varizes de fundo gástrico.
- B. O uso do balão promove cessação do sangramento em mais de 85% dos casos, devendo ser aplicado com técnica adequada e por tempo determinado, para prevenção de complicações como a necrose esofágica. ✓**
- C. Por ser um método temporário, somente está indicado na falha do tratamento endoscópico definitivo que, nesse caso, deveria ser realizado nas duas primeiras horas da admissão.
- D. O principal prejuízo do uso do balão nesse momento é a impossibilidade de drenagem do conteúdo gástrico que poderia facilitar a endoscopia subsequente e auxiliar na estimativa da intensidade e persistência do sangramento.
- E. Por ser simples de aplicação e praticamente não associado a complicações graves, o balão pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, tampouco é necessária a presença de equipe endoscópica para a sua retirada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O balão de Sengstaken-Blakemore controla o sangramento varicoso em mais de 85% dos casos, mas a medida PONTE: exige via aérea protegida, técnica correta e tempo limitado (até 24 h, com desinsuflações), pelo risco de necrose e perfuração esofágica e de broncoaspiração. Ele não é contraindicado no sangramento ativo (A), possui via de aspiração gástrica (D) e não é procedimento trivial nem isento de complicações graves (E). Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito E

Uma mulher de 48 anos, obesa e com antecedente de dislipidemia, procura atendimento médico de urgência. Refere episódios recorrentes de dor em hipocôndrio direito após as refeições gordurosas, mas há 12 horas, percebeu piora da dor que agora se tornou contínua e mais intensa. Refere associação de náuseas e febre (38,9 °C). Ao exame, apresenta dor à palpação profunda do hipocôndrio direito. Exames laboratoriais revelam leucocitose com desvio à esquerda e discreta elevação dos níveis de transaminases. Foi submetida a uma ultrassonografia de abdome que descreve: vesícula distendida com paredes espessadas, discreta quantidade de líquido perivesicular. Conteúdo interno de bile espessada com presença de imagens hiperecogênicas de até 10 mm, móveis às mudanças de decúbito e com formação de sombra acústica posterior. Foi ainda observada uma imagem com as mesmas características, imóvel na região infundibular. As vias biliares extra-hepáticas têm calibre preservado. Com base no quadro clínico, assinale a alternativa correta.

- A. O quadro sugere obstrução transitória do colédoco, sendo esperada resolução espontânea. Sugere-se conduta expectante, analgesia e antiespasmódicos.
- B. A fisiopatologia dessa patologia decorra de infecção biliar primária que ocorre por via ascendente, sendo indicada antibioticoterapia como tratamento inicial e observação da evolução do quadro.
- C. A principal hipótese diagnóstica é a de colecistite aguda litiasica complicada com perfuração, devendo-se proceder com laparotomia aberta para colecistectomia e drenagem.
- D. A hipótese diagnóstica principal é a de colangiocarcinoma. Nos tumores de vesícula que acometem a região infundibular, os sintomas costumam ser mais precoces, melhorando o prognóstico.

E. O quadro é compatível com colecistite aguda litiasica não complicada e deve ser indicada colecistectomia videolaparoscópica precoce, por apresentar morbimortalidade similar às observadas nas colecistectomias abertas. 13 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor biliar que se tornou continua há mais de 6 horas, febre, leucocitose e ultrassom com parede espessada, líquido perivesicular e cálculo IMÓVEL no infundíbulo (impactado): colecistite aguda litiasica, sem sinais de perfuração ou coledocolitíase (vias extra-hepáticas normais). A conduta e colecistectomia videolaparoscópica precoce, cuja morbimortalidade é semelhante ou menor que a da via aberta. Conduta expectante (A) e antibiótico isolado (B) não resolvem. Resposta E.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Um homem de 62 anos, etilista crônico, procura atendimento devido à queixa de epigastralgia esporádica e recorrente. Refere que os sintomas já persistem por anos, mas que nunca se preocupou em procurar atendimento, até que recentemente começou a perder peso. Refere que os episódios de dor costumam ser de forte intensidade, tipo queimação, com irradiação para o dorso e, geralmente, ocorrem após as refeições. A perda de peso foi de 15 kg em 03 meses. Observa ainda que apresenta fezes volumosas e malcheirosas e que “boiam na água”, sendo visíveis gotículas de gordura ao redor. Nega náuseas ou vômitos. Os exames laboratoriais revelam glicemia de jejum de 152 mg/dL, hemoglobina de 11,2 g/dL, bilirrubina total de 0,6 mg/dL e deficiência de vitamina D. O ultrassom de abdome mostrou que o pâncreas tem dimensões reduzidas, parênquima heterogêneo, com focos esparsos de calcificação e dilatação do ducto pancreático principal. Com base no quadro clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- A. O quadro de dor epigástrica recorrente e a má absorção estão relacionados à inflamação aguda das células acinares e tendem a melhorar após jejum e hidratação venosa vigorosa.
- B. A esteatorreia é sinal de que houve perda da função endócrina pancreática, sendo indicada insulino-terapia como tratamento inicial.

C. A condição é irreversível e crônica, havendo evidências de insuficiência exócrina e endócrina. São necessários suporte nutricional e reposição enzimática. ✓

- D. É improvável que o quadro álgico seja proveniente de um acometimento pancreático, principalmente pela ausência de icterícia laboratorial.
- E. A suspeita clínica é de tumor da cabeça pancreática, e a conduta deve ser a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com biópsias ou citologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista crônico com dor epigástrica em queimadura irradiada para o dorso há anos, esteatorreia, perda ponderal, hiperglicemia e ultrassom com pâncreas atrofico, calcificado e ducto dilatado: pancreatite crônica com insuficiência exócrina e endócrina. O dano é irreversível; o tratamento é reposição de enzimas pancreáticas, suporte nutricional com vitaminas lipossolúveis, analgesia e abstinência. Esteatorreia traduz falha EXOCRINA, não endócrina (B). Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Um homem de 68 anos, portador de insuficiência cardíaca congestiva, encontra-se no primeiro dia de internação devido à queixa de dispnéia progressiva, iniciada há alguns dias. Ao exame, apresentou maciez à punho- -percussão da base pulmonar direita, bem como mur- -múrio vesicular abolido. Radiografia de tórax evidencia velamento do seio costofrênico direito. Foi solicitada avaliação da cirurgia torácica que realizou toracocentese diagnóstica. No procedimento, houve saída de 600 mL de líquido claro. A relação proteína pleural/proteína sérica é de 0,2, e a relação DHL pleural/DHL sérica é de 0,4. A análise citológica negou malignidade. Houve melhora dos sintomas, mas a radiografia de controle mostrou falha na re-expansão pulmonar. Considerando os achados e o caso clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- A. O líquido tem características de exsudato possível- mente relacionado à pneumonia hospitalar. A antibioticoterapia deve incluir cobertura para germes multirresistentes e acompanhamento.
- B. A falha de re-expansão pulmonar após toracocente- tese com transudato é patognomônico de neoplasia oculta. O paciente deve ser estadiado e submetido à cirurgia.
- C. O líquido tem características de transudato, sendo a insuficiência cardíaca a principal causa. A falha de re-expansão sugere encarceramento pulmonar. ✓**
- D. O líquido é do tipo exsudato e, após o tratamento da infecção, deve ser realizada pleurodese química como tratamento de primeira linha.
- E. Mesmo se tratando de líquido do tipo transu- dato e havendo falha na re-expansão pulmonar, a videotoroscopia é contraindicada. Em derrames benignos esta é uma medida excessiva e deve ser desestimulada. 14 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. Pediatria

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios de Light, relação de proteínas 0,2 e de DHL 0,4 caracterizam TRANSUDATO: em cardiopata congestivo, a causa é a insuficiência cardíaca. A falha de reexpansão pulmonar após drenagem do líquido indica encarceramento pulmonar (trapped lung), por espessamento da pleura visceral, e não neoplasia oculta (B). As alternativas que tratam o derrame como exsudato infeccioso (A e D) contrariam os próprios critérios apresentados. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito E

Um homem de 27 anos é encaminhado à sala de emergência após colisão de carro contra poste, em alta velocidade. Apresenta-se agitado, com fala desconexa e entrecortada. A equipe pré-hospitalar refere que observou equimose periorbital e um grande ferimento, com exposição óssea, no membro inferior esquerdo. A frequência respiratória é de 35 irpm, frequência cardíaca de 138 bpm, PA: 80 x 50 mmHg, saturação de oxigênio de 85% em ar ambiente. À inspeção inicial, observou-se turgência jugular com desvio traqueal para a direita. Assimetria torácica às custas de hiperdistensão do hemitórax esquerdo e murmúrio vesicular abolido nessa região. O cirurgião realiza punção de alívio no segundo espaço intercostal à esquerda. Com base no cenário descrito e nos princípios do atendimento inicial ao trauma, avalie a conduta do cirurgião.

- A. A toracostomia foi precipitada, pois o diagnóstico não foi confirmado por exames de imagem, o que impediu o tratamento definitivo da condição de base.
- B. A prioridade, nesse caso, seria a intubação orotraqueal, pois o paciente apresenta rebaixamento do nível de consciência, indicando proteção de vias aéreas pelo risco de broncoaspiração.
- C. O tratamento deveria ser iniciado com reposição volêmica vigorosa, pois a alteração do nível de consciência provavelmente tem como etiologia a hipovolemia.
- D. A resposta verbal do paciente mostra perviedade das vias aéreas, podendo adiar a abordagem das vias aéreas e respiratórias. Deve-se, em seguida, atentar para o risco neurológico frente aos relatos da equipe pré-hospitalar.

E. O tratamento foi adequado, pois foi identificada e tratada a ameaça imediata à vida do paciente antes de prosseguir com a avaliação das demais lesões. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Turgência jugular, desvio traqueal contralateral, hemitorax hiperdistendido com murmúrio abolido e choque configuram pneumotorax hipertensivo: diagnóstico CLINICO, cujo tratamento é a descompressão imediata, sem esperar imagem (A errada). No ABCDE, essa ameaça do 'B' precede a avaliação neurológica e a reposição volêmica (C e D). Intubar antes de descomprimir (B) agrava o quadro, pois a pressão positiva aumenta o pneumotorax. Resposta E.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Uma jovem de 24 anos é admitida na sala de trauma após queda de motocicleta em alta velocidade. Está sonolenta, desorientada em tempo e espaço e apresenta hálito etílico. Responde com poucas palavras aos questionamentos da equipe assistente. Apresenta escoriações em face e epistaxe bilateral ativa. Ao exame, observam-se esforço respiratório leve e dificuldade para falar. A equipe pré-hospitalar aplicou o colar cervical rígido ainda na cena do trauma, mantendo-o durante todo o transporte e realizou a remoção do capacete (que estava rachado) a quatro mãos. Atualmente, a saturação de oxigênio se encontra em 87%. Considerando a abordagem inicial da via aérea dessa paciente, assinale a alternativa correta.

A. A manobra de tração da mandíbula (jaw-thrust) é a maneira apropriada de manejo da via aérea nesse momento, associada à oxigenioterapia suplementar, máscara acoplada e saco reservatório não reinalante. ✓

- B. Realizar exame físico da região cervical e, caso não haja dor à palpação da linha média, remover o colar cervical que aparenta estar causando dificuldades ventilatórias.
- C. Administrar oxigênio suplementar, preferencialmente, com cânula nasofaríngea, para, posteriormente, avaliar o quadro neurológico que aparenta estar alterado devido à hipóxia.
- D. A manobra de elevação do queixo (chin-lift) deve ser realizada e posteriormente avaliar se houve melhora do padrão respiratório e da saturação de oxigênio.
- E. A via aérea somente pode ser abordada após a avaliação radiológica completa da coluna cervical e do crânio, pois caso seja preciso realizar a intubação orotraqueal, a sedação necessária poderia mascarar sintomas neurológicos. 15 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma com rebaixamento do nível de consciência e suspeita de lesão cervical: a abordagem inicial da via aérea e a tração da mandíbula (jaw-thrust), que abre a via aérea sem estender o pescoço, associada a oxigênio em alto fluxo com máscara não reinalante. O colar não deve ser retirado (B); cateter nasofaríngeo é contraindicado com trauma de face e epistaxe (C); e nunca se posterga a via aérea a espera de radiologia (E). Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Na Caderneta de Saúde da Criança, há índices antropométricos e pontos de corte para classificação nutricional da criança, compartilhado com a família e os seus cuidadores. Qual índice melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas, e é mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população?

- A. Peso-para-idade (P/I).
- B. Estatura-para-idade (E/I). ✓**
- C. Peso-para-estatura (P/E).
- D. Índice de Massa Corporal (IMC)-para-idade.
- E. Classificação de IMC em escores-z.

COMENTÁRIO OSCELABS

Estatura para idade e o índice que traduz o efeito CUMULATIVO de agravos (desnutrição crônica, infecções de repetição, pobreza) e por isso é o mais sensível para medir qualidade de vida de uma população. Peso para idade mistura agudo e crônico; peso para estatura e IMC para idade refletem o estado nutricional ATUAL (desnutrição aguda ou excesso de peso). Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito E

Menina, 2 anos de idade, apresenta 3 pápulas arredondadas, com cerca de 2 mm de diâmetro, firmes, rosadas, com umbilicação central, em região lateral do tórax. A mãe percebeu as lesões há cerca de 1 semana. O diagnóstico pertinente ao quadro e a conduta indicada são, respectivamente:

- A. cisto de milia; acompanhamento clínico.
- B. nódulo escabiótico; ivermectina VO, em dose única.
- C. foliculite; lavar com água e sabão e aplicar mupirocina creme, 2 vezes ao dia.
- D. verruga filiforme; aplicar solução de ácidos salicílico e láctico no local, com curativo oclusivo.
- E. molusco contagioso; acompanhamento clínico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pápulas pequenas, firmes, rosadas e com UMBILICAÇÃO CENTRAL em criança pequena definem molusco contagioso, causado por poxvirus. A doença é benigna e autolimitada, com resolução espontânea em meses, de modo que acompanhamento clínico e a conduta adequada em lesões poucas e assintomáticas. Cisto de milia e branco-perolado e sem umbilicação; foliculite e pustulosa; verruga filiforme e ceratosa. Resposta E.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Primigesta, 23 anos de idade, iniciou acompanhamento pré-natal com 10 semanas de gestação. Na primeira consulta, realizou exames, apresentou IgM e IgG positivos para toxoplasmose. Foram realizados IgA para toxoplasmose com resultado negativo e teste de avididade de IgG de 70%. Não recebeu medicação e repetiu os exames no último trimestre de gestação com resultados semelhantes. Ao nascimento, por parto normal, com 38 semanas de gestação, o recém-nascido do sexo masculino, peso = 2.980 g, comprimento = 48 cm, apgar 9/10. De acordo com os dados apresentados, tem indicação de

- A. receber os cuidados habituais ao recém-nascido.
- B. agendar consulta em ambulatório especializado para avaliação no primeiro mês de vida.
- C. realizar sorologia para toxoplasmose, e se IgM negativo, complementar com fundo de olho e ultrassono- grafia transfontanela, e referir todos os dados na alta hospitalar. ✓**
- D. realizar sorologia para toxoplasmose e fundo de olho, e iniciar tratamento com sulfadiazina e pirimetamina e ácido fólico.
- E. realizar sorologia para toxoplasmose, teste de avididade de IgG, ultrassonografia transfontanela e análise de líquido cefalorraquidiano. Iniciar administração de ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM e IgG positivos com IgA negativo e avididade de IgG ALTA (70%) no primeiro trimestre indicam infecção antiga, anterior à gestação: risco de transmissão muito baixo. Ainda assim o protocolo determina investigar o recém-nascido com sorologia e, sendo IgM negativo e o exame normal, completar com fundo de olho e ultrassom transfontanela e registrar tudo na alta. Não há indicação de tratar (D) nem de punção lombar (E). Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Menino, 8 anos de idade, aguardava atendimento na sala de espera de UPA, por apresentar febre e dor de garganta há 2 dias, quando escorregou da cadeira, com movimentos tônico-clônicos, perda de consciência e desvio do olhar para a direita. Foi levado rapidamente para a sala de emergência, foi medicado com diazepam por via nasal, recebeu oxigênio por cateter nasal, e, após punção de acesso venoso e 5 minutos de crise, foi medicado IV. Permaneceu sonolento, respondendo ao seu nome e movimentando membros espontaneamente. Ao exame, foi diagnosticado amigdalite purulenta e recebeu penicilina cristalina IV. A mãe refere que apresentou crises convulsivas aos 2, 4 e aos 7 anos de idade, em quadros febris, fez avaliação neurológica, e recebeu alta sem medicação. A medicação administrada intranasal, o diagnóstico e a conduta indicada, são respectivamente:

- A. midazolam; crise epiléptica; alta com prescrição de ácido valproico até avaliação neurológica. ✓**
- B. lorazepam; crise epiléptica; pedido de transferência para leito hospitalar.
- C. lorazepam; crise epiléptica; avaliação laboratorial com dosagem de glicemia, sódio, potássio, cálcio e magnésio e análise do líquido cefalorraquidiano.
- D. diazepam; convulsão febril; observação até recuperação de atividade habitual e aplicação de penicilina benzatina IM, antes da alta.
- E. midazolam; convulsão febril; encaminhamento para consulta com neurologista via UBS.

COMENTÁRIO OSCELABS

A via intranasal e do MIDAZOLAM (lorazepam e diazepam não são usados por essa via), o que já restringe a A e a E. E aos 8 anos, fora da faixa de 6 meses a 5 anos, o evento não pode ser rotulado como crise febril simples, mesmo com histórico previo: trata-se de crise epiléptica, e a febre é apenas o gatilho. Por isso a banca considerou correta a introdução de antiepiléptico até a reavaliação neurológica. Resposta A.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Menino, 5 anos de idade, foi picado por escorpião no pé esquerdo há 1 hora. Tem muita dor e o local da picada está hiperemiado e edemaciado, sem áreas de necrose. Mesmo após receber analgesia, queixa de dor, vomitou 3 vezes, está sonolento com momentos de agitação, tem sudorese e salivação profusas, FC = 146 bpm, FR = 38 mrm. Qual a evolução esperada do quadro apresentado, sem receber soroterapia, e quais exames estão indicados para acompanhamento?

- A. Insuficiência renal; ureia, creatinina, gasometria, sódio e potássio.
- B. Insuficiência hepática; transaminases, bilirrubinas, albumina, amônia e coagulograma.
- C. Insuficiência respiratória; oximetria, gasometria arterial e radiografia de tórax.

D. Insuficiência cardíaca; ECG e ecocardiograma. ✓

- E. Insuficiência suprarrenal; glicemia, gasometria, sódio e potássio. 16 SESA2504/001-AcessoDireto
Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escorpionismo com vômitos repetidos, sudorese e sialorreia profusas, agitação/sonolência e taquicardia e caso MODERADO/GRAVE: a descarga adrenergica e colinérgica provoca miocardite tóxica, com disfunção ventricular, edema agudo de pulmão e choque cardiogênico. Por isso o acompanhamento se faz com eletrocardiograma e ecocardiograma (além de soroterapia, que a questão suprime). Rim, fígado e suprarrenal não são os órgãos-alvo. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Menino, 8 anos de idade, estava brincando na quadra da escola quando sentiu tontura, dor no peito e perdeu os sentidos por menos de 1 minuto, foi amparado por um amigo e pela supervisora e deitado no chão. Avaliado em Serviço de Urgência, tem soprossistólico com irradiação para fúrcula e faces laterais do pescoço, sem outras alterações. O diagnóstico pertinente ao quadro e a medicação que pode ser prescrita até a avaliação cardiológica são, respectivamente:

- A. CIV grande; captopril.
- B. CIA ostium secundum; furosemida.
- C. estenose de valva aórtica; propranolol. ✓**
- D. atresia tricúspide; espironolactona.
- E. estenose de via de saída pulmonar; enalapril.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síncope DURANTE o esforço associada a sopro sistólico com irradiação para fúrcula e carótidas e estenose aórtica até prova em contrário: o débito fixo não acompanha a demanda no exercício. Até a avaliação cardiológica, o betabloqueador (propranolol) reduz a frequência e melhora o enchimento. CIV e CIA cursam com sopro sem síncope de esforço; atresia tricúspide se manifesta no período neonatal com cianose. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito E

Menina, 4 anos de idade, há 2 dias come menos, queixa-se de dor abdominal, e urina várias vezes ao dia em pequenas quantidades. Hoje apresentou 1 pico febril de 37,8 °C. Evacua a cada 2 dias, fezes formadas, com pouco esforço. Controla esfínteres desde os 3 anos, tende a reter urina e fezes e adiar a ida ao banheiro até a urgência. Dorme com fralda, molhada cerca de 2 vezes por semana. Ao exame tem hiperemia de genital, sem outras alterações. Foi colhido exame de urina e urocultura por jato médio, com pH 6, densidade 1015, proteína, corpos cetônicos, glicose, bilirrubina, hemoglobina e nitrito ausentes. Esterase leucocitária +/+4. Leucócitos 15.000/mL, hemácias 4.000/mL, cilindros ausentes e presença de algumas bactérias. A conduta indicada para o quadro, enquanto se aguarda a urocultura, é prescrever:

- A. amoxicilina VO, a cada 6 horas.
- B. ciprofloxacina VO, a cada 12 horas.
- C. ácido nalidíxico VO, a cada 6 horas.
- D. ceftriaxona IM, dose única.

E. banho de assento, retorno para resultado de uro- cultura ou em 24 horas, se persistência de febre ou novos sintomas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina com disfunção miccional (retenção habitual), vulvovaginite (hiperemia genital) e urina com esterase e piúria discretas, NITRITO NEGATIVO e apenas 'algumas bactérias', com febre baixa isolada: o quadro não autoriza antibiótico empírico. O correto é aguardar a urocultura, tratar a vulvovaginite com medidas locais (banho de assento) e reavaliar em 24 horas ou antes se piorar. Ciprofloxacina e ácido nalidixico não são opções de primeira linha na infância. Resposta E.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Menino, 8 anos de idade, é filho de mãe diagnosticada com tuberculose bacilífera há 2 semanas. Tem vacinação completa para a idade, fez BCG id com 15 dias de vida. Foi diagnosticado com pneumonia aos 2 e aos 4 anos de idade, medicado ambulatorialmente. Realizou radiografia de tórax, sem alterações e teste tuberculínico, lido com 72 horas, 12 mm. A conduta indicada para essa criança é:

- A. isoniazida 10 mg/kg, 270 doses em 9 a 12 meses. ✓**
- B. isoniazida 20 mg/kg por 3 meses.
- C. rifampicina 20 mg/kg por 6 meses.
- D. rifampicina 20 mg/kg por 3 meses.
- E. isoniazida 10 mg/kg e rifampicina 10 mg/kg, 180 doses em 6 a 9 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato intradomiciliar de tuberculose bacilífera, com radiografia de tórax normal e prova tuberculínica reatora (12 mm; o corte em contatos é 5 mm), define infecção latente, e não doença ativa. O tratamento proposto na alternativa é a isoniazida 10 mg/kg/dia com 270 doses tomadas em 9 a 12 meses. Os demais esquemas apresentados não correspondem a regimes validados para ILTB (doses e durações trocadas). Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Criança, que completou 6 meses em novembro, tem vacinação adequada até o momento. Ela é trazida pela mãe na UBS para realizar as vacinas indicadas pelo calendário do PNI. Deve receber as seguintes vacinas:

- A. VIP, Pentavalente, Pneumo-10 conjugada e Influenza.
- B. VIP, Pentavalente, Influenza e Covid-19. ✓**

- C. VIP, Pentavalente, Pneumo-10 conjugada, as vacinas Influenza e Covid-19 serão realizadas no período sazonal do próximo ano.
- D. VOP, Pentavalente, Pneumo-10 conjugada e Covid-19.
- E. VOP, Pentavalente, Pneumo-10 conjugada e Sarampo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 meses o calendário do PNI prevê a 3ª dose de VIP e a 3ª dose de pentavalente. A pneumo-10 segue esquema 2+1 (2 e 4 meses com reforço aos 12), portanto NAO há dose aos 6 meses, o que elimina A, C, D e E. A partir dos 6 meses a criança passa a ser público-alvo tanto da influenza quanto da vacina contra a covid-19. A VOP saiu do calendário (esquema integralmente injetável). Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Menino, 2 anos de idade, tem picos febris há 2 dias e lesões hiperemiadas, com bolhas rotas e ragádias em região perioral, queixo, pescoço e face anterior do tórax. Está toxemiado, choroso, desidratado +/-4. Foi internado com diagnóstico de

- A. escarlatina.
- B. erisipela.
- C. impetigo bolhoso.

D. síndrome da pele escaldada estafilocócica. ✓

- E. farmacodermia grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança pequena, toxemiada, com eritema e bolhas flácidas que se rompem deixando áreas desnudas e RAGÁDIAS perorais, acompanhado de febre e desidratação: síndrome da pele escaldada estafilocócica, mediada por toxina esfoliativa do *S. aureus*. A escarlatina descama sem bolhas e tem língua em framboesa; a erisipela e placa única bem delimitada; o impetigo bolhoso é localizado e sem toxemia; farmacodermia exige exposição a droga. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Menina, 9 anos de idade, há 8 meses não quer viajar de avião nas férias programadas porque teme que seu irmão vomite perto dela. O irmão de 6 anos de idade teve coqueluche aos 4 anos e vomitava após crises de tosse, com alguma frequência. Está no 4º ano do ensino fundamental, tem bom aproveitamento, conversa pouco, tem alguns amigos. Prática natação 1 vez por semana, experimentou balé, circo e teatro, mas não se adaptou. Tem alimentação regular, a mãe precisa se deitar ao seu lado até adormecer. Entre 4 e 5 horas vai para a cama dos pais. O diagnóstico provável para o quadro é um transtorno

A. de ansiedade. ✓

- B. de conduta.
- C. de oposição desafiante.
- D. disruptivo da regulação do humor.
- E. com sintomas somáticos de conversão. 17 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Medo persistente e desproporcional (que o irmão vomite perto dela) levando a EVITACAO de uma atividade prazerosa por 8 meses, somado a dificuldade de dormir sozinha e busca da cama dos pais: e um transtorno de ansiedade (fobia específica com ansiedade de separação). Não há violação de direitos alheios (conduta), desafio a autoridade (opositor), explosões de humor (disruptivo) nem sintoma neurológico funcional (conversão). Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Recém-nascido há 30 minutos por parto cesárea, agendado por diabetes gestacional, IG 36 semanas e 2 dias, apgar 8/8. Ao exame está taquipneico, com batimento de asas do nariz discreto, retrações intercostais e subcostais moderadas FR = 62 mrm, FC = 128 bpm, ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Na radiografia de tórax há hiperinsuflação, infiltrado difuso, estrias peri-hilares proeminentes e presença de líquido nas fissuras interlobares, área cardíaca normal. Na gasometria arterial há hipoxemia e hipocapnia. Foi mantido em ambiente térmico neutro e com suporte respiratório por ventilação não invasiva. Evolui estável na primeira hora e com melhora discreta na segunda hora. O diagnóstico pertinente ao quadro relatado é

- A. síndrome do desconforto respiratório.
- B. pneumonia neonatal precoce.
- C. taquipneia transitória do recém-nascido. ✓**
- D. cardiopatia congênita dependente do canal arterial.
- E. policitemia com hipertensão pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-termo tardio de cesárea eletiva (sem trabalho de parto), com desconforto respiratório precoce e leve, radiografia com hiperinsuflação, estrias peri-hilares e LÍQUIDO NAS FISSURAS, hipoxemia leve com hipocapnia e melhora já nas primeiras horas: taquipneia transitória do recém-nascido, por retardo da absorção do líquido pulmonar. Na doença de membrana hialina há vidro fosco/broncograma e piora progressiva; a cardiopatia ductodependente cursa com cianose fixa. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito E

Menino, 3 anos de idade, tem diagnóstico de anemia falciforme a partir da triagem neonatal e acompanhamento ambulatorial. Tem hemoglobina basal de 9 g/dL e vacinação em dia, realizada em Centro de Imunobiológicos Especiais. É atendida em UPA por recusa alimentar e dor abdominal generalizada. Ao exame está afebril, pálida, descorada +++/+4, com FC = 124 bpm, FR = 36 mrm, SatO₂ = 92%. Ausculta cardíaca com soprossistólico sem irradiação, ausculta pulmonar sem alterações. Abdome levemente globoso, com RHA diminuídos doloroso à palpação. Fígado palpável a 2 cm do RCD e baço a 5 cm do RCE. A hemoglobina atual é de 5,2 g/dL. O diagnóstico provável para o quadro descrito é

- A. crise algica por vaso-oclusão.
- B. trombose de vasos mesentéricos.
- C. pródromos de gastroenterite com paresia e distensão de alças intestinais.
- D. insuficiência cardíaca por anemia.
- E. sequestro esplênico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda abrupta da hemoglobina basal (9 para 5,2 g/dL) com palidez intensa, dor abdominal e BACO PALPAVEL A 5 cm em criança com anemia falciforme e sequestro esplênico agudo: o baco retém subitamente grande volume sanguíneo, gerando anemia grave e risco de choque hipovolêmico. A crise vaso-oclusiva não derruba a hemoglobina dessa forma nem aumenta o baco, e a insuficiência cardíaca seria consequência, não a causa. Resposta E.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Menina, 3 anos de idade, tem picos febris há 60 horas, coriza hialina e tosse. Acordou a noite chorando por dor de ouvido. Foi atendida em serviço de urgência, no exame físico está hidratada, eupneica, tem hiperemia em cavo e abaulamento de membrana timpânica direita. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Foi feito diagnóstico de otite média aguda e prescrito amoxicilina 50 mg/kg/dia por 7 dias e limpeza de secreções com soro fisiológico. Voltou para casa dormindo e iniciou medi- cação pela manhã. Apresentou temperatura 38 °C e, à tarde, a mãe notou saída de líquido do ouvido direito. Retornou ao médico que observou líquido fino e amare- lado em conduto, optou por não realizar aspiração. A conduta indicada ao quadro apresentado é

- A. prescrever prednisolona 1 mg/kg/dia, VO, por 3 dias.
- B. prescrever gotas otológicas com ciprofloxacino, 2 vezes ao dia, por 3 dias.
- C. prescrever amoxicilina-clavulanato 50 m/kg/dia por 10 dias.
- D. manter tratamento proposto e retornar para avalia- ção em 10 dias. ✓**
- E. retirar amoxicilina, porque é uma otite média com efusão, já drenada.

COMENTÁRIO OSCELABS

A otorreia que surge após o início do antibiótico traduz PERFURAÇÃO ESPONTÂNEA da membrana timpânica abaulada: e evolução esperada e até favorável, pois drena o pus e alivia a dor. A conduta é manter a amoxicilina até completar o esquema e reavaliar. Não há indicação de corticoide (A), de gotas óticas (B) nem de trocar por amoxicilina-clavulanato (C) apenas por esse achado; e não se trata de otite com efusão (E). Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

No tratamento da cetoacidose diabética, em crianças e adolescentes com diabetes tipo 1, para evitar complica- ções, após monitoração e a coleta de exames, deve ser iniciada imediatamente a

- A. aplicação de insulina humana regular na dose habi- tual ou se o diagnóstico é feito na primodescompen- sação, 0,15 UI/kg.
 - B. reposição de líquidos com soro fisiológico ou Ringer- -lactato 20 mL/kg em 20 minutos. ✓**
 - C. reposição de líquidos com soro fisiológico e soro glico- sado 5%, na proporção 3:1, 150 mL/kg em 24 horas.
 - D. punção de 2 acessos venosos para infusão conco- mitante de soro fisiológico 10 mL/kg em 20 minutos, repetidos 3 vezes, até diurese clara e infusão de insulina regular 0,05 a 0,1 UI/kg/hora.
 - E. punção de 2 acessos venosos para infusão concomi- tante de soro fisiológico 10 mL/kg/hora e soro fisioló- gico e soro glicosado 5%, na proporção de 1:1, com cloreto de potássio 19,1%, 20 mEq/L, 0,5 mEq/kg/hora.
- 18 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cetoacidose diabética da criança, a primeira medida após monitorização e coleta e a EXPANSÃO com cristalóide isotônico (soro fisiológico ou Ringer lactato); a insulina só entra depois, em infusão contínua e nunca em bolus, para reduzir o risco de edema cerebral e de hipocalemia. Por isso as alternativas que iniciam por insulina (A) ou por solução de manutenção com glicose (C) estão erradas. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Menina, 1 mês de idade, em consulta de puericultura, em aleitamento materno exclusivo, bom ganho de peso, tem queixa de lacrimejamento em olho direito, com acúmulo de secreções. Ao exame tem conjuntiva clara, as pupilas são fotorreagentes, sem fotofobia, acúmulo de muco e lágrimas na pálpebra inferior e pequenas crostas nos cílios. O diagnóstico e a conduta propostos, são, respectivamente:

- A. blefarite do recém-nascido; limpeza com algodão e xampu infantil durante ou após o banho.
- B. conjuntivite química neonatal; limpeza com soro fisiológico e colírio lubrificante 1 gota, 3 vezes ao dia.
- C. obstrução congênita das vias lacrimais excretoras baixas; limpeza de secreções com algodão e água filtrada. ✓**
- D. glaucoma congênito; encaminhamento de urgência ao oftalmologista.
- E. dacriocistite congênita crônica; encaminhamento para oftalmologista para resolução cirúrgica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com lacrimejamento e acúmulo de secreção e crostas, porém com CONJUNTIVA CLARA, sem hiperemia, fotofobia ou alteração pupilar: obstrução congênita do ducto nasolacrimal, que ocorre em até 20% dos recém-nascidos e resolve espontaneamente em mais de 90% até 1 ano. Conduta expectante com higiene local (e massagem do saco lacrimal). Glaucoma congênito daria fotofobia, lacrimejamento e bftalmia; dacriocistite teria sinais inflamatórios. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Adolescente, 14 anos de idade, saudável, com vida sexual ativa, tem febre medida em 38,5 a 39 °C há 2 dias e dor abdominal em cólicas, mais intensa na região epigástrica e hipocôndrio direito com irradiação para o dorso, entre as omoplatas. Tem diagnóstico de síndrome do intestino irritável há 2 meses, por períodos de cólicas abdominais, fezes líquidas ou semilíquidas, intercalados por períodos de acalmia. Ao exame está pálido, corado, anictérico, FC = 110 bpm, FR = 20 mrm, PA = 100/80 mmHg, Tec = 2 seg, Sat O2 97%. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdomen tenso e doloroso à palpação, RHA diminuídos, fígado palpável a 2,5 cm do RCD, baço no RCE, Giordano negativo. Foram colhidos exames, e indicada a realização de ultrassonografia abdominal com provável diagnóstico de

- A. cólica biliar.
- B. abscesso hepático amebiano. ✓**
- C. apendicite aguda.
- D. doença de Crohn.
- E. doença inflamatória pélvica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com febre alta, dor em hipocôndrio direito irradiada para o dorso/omoplata, hepatomegalia dolorosa e história de diarreias recorrentes rotuladas como intestino irritável: o conjunto aponta abscesso hepático amebiano, cujo exame inicial e a ultrassonografia. Cólica biliar não da febre alta e hepatomegalia dolorosa; apendicite localiza em fossa ilíaca direita; e a dor em Crohn e em cólicas com diarreia crônica, sem esse padrão septico focal. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito E

Menino, 4 anos de idade, apresenta vômitos, cólicas e evacuações com sangue há 2 dias. Passou 10 dias em fazenda de gado, em visita aos avós. Após 5 dias do retorno para casa, iniciou quadro de diarreia aquosa, 3 a 5 evacuações ao dia, por 3 dias e evoluiu para o quadro atual. Ao exame está hidratado, descorado ++/4+, anictérico, FR = 110 bpm, FR = 24 mrm, Tec = 3 seg. e SatO₂ 95%. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome doloroso à palpação, fígado e baço não palpáveis. Foi realizado hemograma com Hb 7,1 g/dL, Htc 23%, RDW 15, reticulócitos 10% e presença de esquizócitos no esfregaço. Leucócitos 11.000/uL com distribuição (2-62-2-0-31-3), plaquetas 95.000/mm³, DHL = 380 U/L, Na = 130 mEq/L, K = 3 mEq/L, Ureia = 50 mg/dL e creatinina = 2 mg/dL. O diagnóstico pertinente ao quadro e a conduta indicada são, respectivamente:

- A. disenteria por *Campylobacter* spp; hidratação oral e levofloxacina VO por 7 dias.
- B. disenteria por *Shigella* spp; internação hospitalar e ceftriaxona IV.
- C. enterocolite aguda por *Yersinia* spp; hidratação oral e azitromicina VO por 5 dias.
- D. diarreia aguda por *Salmonella* spp, complicada por infecção sistêmica; internação hospitalar, hidratação parenteral e ceftriaxona IV.
- E. infecção por *E. coli* enterohemorrágica, complicada por síndrome hemolítica urêmica; internação para suporte clínico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia aquosa que virou disenteria após contato com gado, evoluindo com anemia hemolítica (ESQUIZOCITOS, DHL alto, reticulocitose), plaquetopenia e lesão renal aguda: tríade clássica da síndrome hemolítico-urêmica pós-infecção por *E. coli* entero-hemorrágica produtora de toxina Shiga. O tratamento e de SUPORTE: antibiótico aumenta a liberação de toxina e o risco da síndrome, o que invalida todas as alternativas que prescrevem antimicrobiano. Resposta E.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Menina, 2 anos de idade, tem diarreia e vômitos há 1 dia. Foi avaliada e medicada no serviço de urgência. Foi orientada dieta e hidratação com água e líquidos variados. Há 1 hora está estranha, chorando o tempo todo, mal olha os brinquedos e ficou em posição com o corpo curvado para trás. Ficou com a mãe todo o tempo, grande parte do tempo, no seu colo. Ao exame apresenta hipertonia, espasmos musculares, posição de opistótono, mímica facial pobre e parkinsonismo. A hipótese diagnóstica é de intoxicação, possivelmente pela medicação recebida no atendimento realizado horas antes. A medicação mais provável, de acordo com o quadro descrito, é

- A. dimenidrato.
- B. clorpromazina.
- C. ondansetrona.
- D. metoclopramida. ✓**
- E. loperamida. 19 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertonia, espasmos, opistótono, mímica pobre e parkinsonismo instalados horas após atendimento por vômitos: e reação extrapiramidal distônica aguda, efeito clássico da metoclopramida (antagonista dopaminérgico D₂), especialmente comum em crianças. O tratamento é suspender a droga e usar anticolinérgico ou difenidramina. Ondansetrona e dimenidrato não provocam distonia com essa frequência e loperamida da íleo, não sintoma extrapiramidal. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Menino, 10 anos de idade, caiu em pista de skate, enquanto descia rampa de cerca de 1 metro de altura. Perdeu a consciência de imediato, foi transportado para a Emergência, em carro particular. Apresenta laceração em couro cabeludo, em região parietal direita e fratura com desvio em antebraço direito. Foi colocado colar cervical, a expansão torácica é simétrica, com ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. O abdome é flácido, sem massas palpáveis. Tem FC = 110 bpm, FR = 24 mrm, PA 100/70 mmHg, SatO₂ 95%, pulsos palpáveis, Tec = 2 seg. Tem pupilas isocóricas e fotorreflexas, abre os olhos ao ser chamado, está confuso e retira o braço quando se toca o local da fratura. Foram puncionados 2 acessos venosos. A seguir, além de avaliação laboratorial da função renal, indica-se a realização de

A. tomografia de crânio e de coluna cervical. ✓

B. tipagem sanguínea e iniciar soro de manutenção com volume de 1/3 da necessidade diária.

C. sequência rápida para intubação nasotraqueal.

D. infusão de soro a 25 graus para diminuir o consumo de oxigênio.

E. inserção de cateter para monitoração de pressão intracraniana e redução da fratura de antebraço em centro cirúrgico. Ginecologia e Obstetrícia

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma cranioencefálico com PERDA DE CONSCIÊNCIA e Glasgow reduzido (abre olhos ao chamado, confuso, localiza a dor) tem indicação formal de tomografia de crânio, e a cervical deve ser avaliada pelo mecanismo e pela impossibilidade de exame clínico confiável. Restrição hídrica (B) e resfriamento (D) não tem respaldo; intubação nasotraqueal (C) é contraindicada no TCE; e monitorização invasiva de PIC (E) exige Glasgow ≤ 8 . Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito E

G.M.V., 37 anos, GIII PII 1C1N A0, IG 17 semanas, sem ultrassonografia prévia, deu entrada no PSO com quadro de sangramento vaginal escuro, em moderada quantidade, além de vômitos incoercíveis, taquicardia e fraqueza muscular. Ao exame físico: AU 20 cm; BCF inaudível; PA 170 x 90 mmHg, TV bimanual: colo amolecido, impérvio. Abdome: DB negativo. Paciente nega comorbidades. De acordo com o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que representa o diagnóstico e a complicação mais prováveis.

A. Gravidez ectópica íntegra; síndrome hipertensiva gestacional.

B. Aborto incompleto; hipertensão transitória da gestação.

C. Aborto completo; hipertireoidismo.

D. Ameaça de aborto; hipotireoidismo.

E. Mola hidatiforme completa; doença hipertensiva específica da gestação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento escuro no segundo trimestre, altura uterina MAIOR que a idade gestacional (20 cm para 17 semanas), batimentos fetais ausentes, hiperemese e hipertensão ANTES de 20 semanas, com fraqueza e taquicardia (tireotoxicose pelo hCG): quadro típico de mola hidatiforme completa, complicada por doença hipertensiva específica da gestação precoce. Nos abortamentos (B e C) não há esse aumento uterino nem hipertensão precoce. Resposta E.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

M. A. F., GII PI 1C (há 3 anos) A0, idade gestacional de 24 semanas, vem à consulta de pré-natal com dúvidas em relação à vacinação. Gostaria de ter informações sobre as vacinas: hepatite B, tétano e dTpa e outras. Sorologias: HBsAg negativo; Anti Hbs negativo, rubéola IgM negativo, IgG negativo. Tipagem sanguínea A negativo. Parceiro: tipagem sanguínea B negativo. Com relação a esse caso, assinale a alternativa que representa a conduta correta.

- A. A vacina contra febre amarela tem contraindicação absoluta.
- B. A vacina contra HPV pode ser administrada na gestação.
- C. Se a paciente recebeu a tríplice bacteriana acelular na gestação anterior, não há a necessidade de nova administração.

D. Deve-se aguardar o período de puerpério para a administração da tríplice viral. ✓

- E. A vacina contra hepatite B deve ser realizada no terceiro trimestre da gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríplice viral e vacina de VIRUS VIVO ATENUADO e, portanto, esta contraindicada na gestação: mesmo com rubéola IgG não reagente, aplica-se no puerpério. A febre amarela tem contraindicação RELATIVA (pode ser feita em situação de risco epidemiológico), a vacina HPV não é recomendada na gravidez, a dTpa deve ser repetida A CADA gestação a partir de 20 semanas, e a hepatite B pode ser feita em qualquer trimestre. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

A ultrassonografia é o método diagnóstico mais utilizado para a pesquisa pré-natal das inúmeras anomalias congênitas. Essa técnica permite uma análise detalhada da anatomia fetal, auxilia o diagnóstico das malformações e as possíveis associações com as cromossomopatias. Sobre o ultrassom morfológico de primeiro trimestre, assinale a alternativa correta.

- A. A regurgitação de tricúspide é um marcador maior de cardiopatias.
- B. O doppler de artérias uterinas tem importância para o cálculo de risco de pré-eclâmpsia. ✓**
- C. O índice de pulsatilidade das artérias umbilicais deve ser avaliado.
- D. Para o cálculo de risco de trissomias, o CCN (comprimento cabeça-nádegas) deve estar entre 40 e 85 mm.
- E. A medida do colo uterino deve ser realizado via transabdominal e com a bexiga vazia. 20 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

No morfológico de primeiro trimestre, o Doppler das artérias uterinas integra o rastreio combinado de pré-eclâmpsia (com PA média, PAPP-A/PIGF e história materna), permitindo iniciar AAS profilático. O comprimento cabeça-nádegas válido para o cálculo de risco de trissomias é de 45 a 84 mm (D); a regurgitação tricúspide é marcador secundário de aneuploidia; o Doppler umbilical não é do primeiro trimestre; e o colo se mede por via transvaginal. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito E

A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal, com riscos graves de complicações neonatais e incapacidade em longo prazo. Assim, identificar gestantes que apresentam maior risco para parto pré-termo espontâneo é estratégia importante para prevenção secundária. A respeito dessa investigação, assinale a alternativa correta.

- A. Desnutrição materna, tabagismo e vaginose bacteriana não são fatores de risco para prematuridade.
- B. O valor de corte mais aceito para classificação de colo curto é o de 20 mm, e o rastreamento é feito para gestantes de alto risco para parto prematuro.

C. A mensuração do colo uterino é realizada por via transabdominal e com a bexiga vazia.

D. O “sinal do dedo de luva” é necessário e essencial para a classificação de colo curto.

E. Pacientes com colo < 25 mm e parto anterior com idade gestacional < 34 semanas tem indicação de cerclagem uterina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Colo curto (< 25 mm) associado a antecedente de parto pre-termo espontâneo antes de 34 semanas e a indicação clássica de cerclagem uterina. O corte de colo curto é 25 mm, e não 20 mm (B); a medida deve ser TRANSVAGINAL com bexiga vazia (C); o afunilamento (sinal do dedo de luva) é achado adicional, não essencial (D); e desnutrição, tabagismo e vaginose bacteriana são, sim, fatores de risco (A). Resposta E.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Puérpera, encontra-se no tempo de 3 horas após parto vaginal e inicia quadro de sangramento vaginal aumentado e persistente. Estável hemodinamicamente. Assinale a alternativa que representa a primeira conduta a ser tomada diante do conhecimento da principal causa de hemorragia pós-parto.

A. Exame especular.

B. Ultrassom transvaginal.

C. Teste do tubo seco.

D. Massagem uterina. ✓

E. Laparotomia exploradora.

COMENTÁRIO OSCELABS

A principal causa de hemorragia pós-parto é a ATONIA uterina (cerca de 70-80% dos casos). Por isso a primeira medida, simultânea a chamada de ajuda e ao acesso venoso, é a massagem uterina, seguida dos uterotônicos. Exame especular (A) e ultrassom (B) investigam lacerações e restos, causas menos frequentes; o teste do tubo seco avalia coagulopatia; e a laparotomia (E) é último recurso após falha das medidas conservadoras. Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito E

T.F.N., 34 anos, GII PI 1C A0, idade gestacional cronológica de 8 semanas, deu entrada em PSO com queixa de dor de início súbito em abdome inferior. Refere sangramento vaginal escuro em pequena quantidade há alguns dias. Ao exame: paciente hipocorada ++/4+, especular: colo uterino sem lesões, pequena quantidade de sangue escuro coletado em fundo de saco posterior. Sem sangramento ativo. TV: colo ímpervio. Abdome: DB (dor à descompressão brusca): positiva. PA: 80 x 50 mmHg, FC: 110 bpm. De acordo com o caso apresentado, assinale alternativa que representa o diagnóstico mais provável.

A. Mola hidatiforme.

B. Aborto retido.

C. Aborto incompleto.

D. Torção de ovário.

E. Gravidez ectópica rota. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal de início súbito com sangramento escuro discreto, colo IMPERVIO, descompressão brusca positiva, hipotensão e taquicardia com 8 semanas: e gestação ectópica rota, com hemoperitônio. Nos abortamentos o sangramento e o sintoma dominante e não há abdome agudo com choque; a mola cursa com útero aumentado e hiperemese; e a torção de ovário não explica o atraso menstrual com sangue no fundo de saco. Resposta E.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

R.B.M., 28 anos, secundigesta, idade gestacional de 11 semanas, vem à segunda consulta de pré-natal com resultado de glicemia de jejum de 92mg/dL. Nega comorbidades. IMC 24 kg/m². Com relação a esse caso, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de diabetes gestacional. ✓**
- B. Trata-se de “overt diabetes”.
- C. Deve-se solicitar TOTG com 24-28 semanas de idade gestacional.
- D. Deve-se solicitar hemoglobina glicada, para complementação diagnóstica.
- E. Deve-se iniciar metformina como tratamento clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios brasileiros, glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL em qualquer momento da gestação já fecha diabetes mellitus GESTACIONAL: 92 mg/dL preenche o critério, e não há necessidade de TOTG confirmatório (C). ‘Overt diabetes’ (diabetes prévio não diagnosticado) exigiria jejum ≥ 126 , HbA1c $\geq 6,5\%$ ou glicemia casual ≥ 200 (B). O tratamento começa por dieta e exercício, não por metformina (E). Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

A gemelidade tem uma importância fundamental, pois eleva a taxa de morbidade materna e morbidade e mortalidade fetal. A respeito da gestação gemelar, assinale a alternativa correta.

- A. O melhor período para avaliar a corionicidade é no ultrassom obstétrico inicial. ✓**
- B. O sinal do lâmbda representa que a gestação é monocoriônica e diamniótica.
- C. O “sinal do T” representa que a gestação é monocoriônica e monoamniótica.
- D. Gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas são dizigóticas.
- E. A síndrome da transfusão feto-fetal é uma complicação das gestações gemelares dicoriônicas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A corionicidade deve ser definida o mais cedo possível, no ultrassom obstétrico inicial (6 a 14 semanas), quando os sinais das membranas são mais nítidos, pois ela determina todo o risco e o seguimento da gestação. O sinal do lâmbda indica Dicorionica (B); o sinal do T indica monocorionica Diamniótica (C); gemelares dicorionicas podem ser mono ou dizigóticas (D); e a transfusão feto-fetal é complicação das MONOCORIONICAS (E). Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

O uso da ultrassonografia endovaginal possibilitou o diagnóstico correto de uma gestação, antes mesmo do atraso menstrual, tornando-o cada vez mais precoce e preciso. Assinale a alternativa que representa, corretamente, os sinais ecográficos, em ordem cronológica de aparecimento e desenvolvimento na gestação.

- A. Reação decidual, embrião, batimentos cardioembriônicos, vesícula vitelínica e saco gestacional.

- B. Saco gestacional, reação decidual, vesícula vitelínica, embrião e batimentos cardioembrionários.
- C. Batimentos cardioembrionários, vesícula vitelínica, embrião, saco gestacional e reação decidual.
- D. Reação decidual, saco gestacional, vesícula vitelínica, embrião e batimentos cardioembrionários. ✓**
- E. Saco gestacional, embrião, vesícula vitelínica, batimentos cardioembrionários e reação decidual. 21
- SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência ecográfica da gestação inicial é: reação decidual, saco gestacional (a partir de 4-5 semanas), vesícula vitelínica (5 semanas), embrião/botão embrionário (6 semanas) e, por fim, batimentos cardioembrionários. Todas as demais alternativas invertem a ordem, colocando o embrião ou os batimentos antes das estruturas que necessariamente os precedem. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito E

Há um conceito emergente de que a pré-eclâmpsia, na verdade, seja uma síndrome que compreenda diferentes doenças e que a manifestação clínica de cada uma resulte da resposta constitucional materna à placentação, com subsequente inflamação, estresse oxidativo e disfunção endotelial e angiogênica. Com relação a essa suposta síndrome, assinale a alternativa correta.

- A. Quanto mais precoce seu desenvolvimento, menos relação há com isquemia placentária.
- B. Proteinúria é critério essencial para o diagnóstico.
- C. Quanto maior a proteinúria, maior a gravidade da doença.
- D. A convulsão materna, em geral, ocorre predominantemente após o parto.
- E. Relação proteína (mg/dL)/creatinina (mg/dL) de amostra urinária isolada maior ou igual a 0,3 indica pré-eclâmpsia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Proteinúria significativa pode ser definida por relação proteína/creatinina em amostra isolada $\geq 0,3$, alternativa prática a coleta de 24 horas. Proteinúria NÃO é mais critério essencial: pré-eclâmpsia pode ser diagnosticada por lesão de órgão-alvo (B); a magnitude da proteinúria não define gravidade (C); a eclâmpsia predomina no período anteparto (D); e quanto mais precoce a doença, MAIOR a relação com isquemia placentária (A). Resposta E.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

P.L.M., 32 anos, GIII PII 2C A0, idade gestacional de 36 semanas, deu entrada em PSO com queixa de sangramento vaginal vermelho vivo, de início há 30 minutos. Nega dor, nega contração uterina. Ao exame físico: exame especular: colo uterino sem lesões, moderada quantidade de sangue coletado em fundo de saco posterior. BCF 140 bpm. PA 100 x 70 mmHg; FC 85 bpm. De acordo com esse caso acima, o diagnóstico mais provável é de.

- A. descolamento prematuro de placenta.
- B. placenta prévia. ✓**
- C. vasa prévia.
- D. rotura de seio marginal.
- E. rotura uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vermelho VIVO, indolor, sem contração e sem hipertonia, com feto vivo e mãe estável no terceiro trimestre: e placenta previa. O descolamento prematuro cursa com dor, hipertonia e sofrimento fetal; a vasa previa provoca sangramento fetal com bradicardia grave; a rotura de seio marginal e diagnóstico de exclusão; e a rotura uterina exige trabalho de parto/cicatriz com dor intensa e choque. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Na avaliação da menina com suspeita de puberdade precoce, é importante investigar o histórico familiar, as condições de nascimento e desenvolvimento, a ingestão de medicamentos, entre outros fatores. Assinale a alternativa que apresenta a medicação mais indicada para o tratamento de puberdade precoce verdadeira.

A. Análogos de GnRH. ✓

B. Estrogenioterapia.

C. Terapia hormonal combinada (estrogênio + progestogênio).

D. Progesterona isolada.

E. Hidrocortisona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A puberdade precoce verdadeira (central) decorre da ativação precoce do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal, e por isso o tratamento é o análogo de GnRH, que promove dessensibilização dos receptores hipofisários e freia a produção de gonadotrofinas. Estrogênio e progesterona (B, C, D) apenas acelerariam a maturação óssea, e hidrocortisona serve para a forma periférica por hiperplasia adrenal congênita. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

A endometriose é uma afecção que acomete cerca de 6 a 10% das mulheres em idade reprodutiva, sendo um problema de saúde pública, tanto por impactar a saúde física e psicológica, como socioeconomicamente, pelos custos do diagnóstico, tratamento e monitoramento. A respeito dessa doença, assinale a alternativa correta.

A. Não acomete homens e meninas pré-púberes.

B. O diagnóstico é fortemente sugerido pela tomografia computadorizada de pelve.

C. O biomarcador sérico usado com certa frequência em pacientes com endometriose é o CA 19.9.

D. O padrão-ouro para o diagnóstico de endometriose é a laparoscopia. ✓

E. Anticoncepcionais orais combinados são mais eficazes no alívio da dor, em comparação com os progestogênios isolados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A laparoscopia com inspeção da cavidade e confirmação histológica das lesões segue como padrão-ouro diagnóstico da endometriose. Há relatos raros em homens em uso de estrogênio e em meninas pré-púberes (A); a imagem de escolha é a ultrassonografia transvaginal com preparo ou a ressonância, não a tomografia (B); o marcador usado é o CA-125 (C); e progestagênios isolados são pelo menos tão eficazes quanto os combinados na dor (E). Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

O câncer de colo uterino é um problema de saúde pública no mundo, sendo o terceiro tipo de tumor mais incidente entre as mulheres no país. Segundo as atuais Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo uterino (Ministério da Saúde - MS) de 18/08/2025, assinale a alternativa correta.

- A. O teste de rastreio deve ser realizado em mulheres a partir dos 30 anos de idade.
- B. É recomendada a utilização de teste de DNA-HPV oncogênico com genotipagem parcial ou estendido como método de rastreamento secundário para o câncer de colo do útero.
- C. Não é recomendada a realização da citologia simultaneamente ao teste de DNA-HPV oncogênico. ✓**
- D. É recomendado que a amostra para teste de DNA-HPV oncogênico seja obtida por profissional médico.
- E. É recomendado encerrar o rastreamento com testes de DNA-HPV oncogênico quando o último teste acima dos 64 anos apresentar resultado negativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas diretrizes de 2025 o rastreamento passou a ser primariamente por teste de DNA-HPV oncogênico, e NÃO se recomenda realizar a citologia simultaneamente (o co-teste não é recomendado): a citologia entra como triagem apenas dos casos positivos. O teste de DNA-HPV é método de rastreamento PRIMÁRIO, não secundário (B); a coleta pode ser feita por profissional de saúde treinado ou por autocoleta, não necessariamente médico (D). Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito E

O papiloma vírus humano é a causa da infecção de transmissão sexual mais comum no mundo e o risco de ser infectado pelo vírus pelo menos uma vez na vida é de 50%. Ainda, é o fator de risco mais importante no desenvolvimento das neoplasias de colo uterino, vagina, vulva, pênis, ânus e orofaringe. Sendo a vacina contra HPV uma estratégia de prevenção, assinale a alternativa que representa as informações corretas a respeito das determinações do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), da vacina contra o HPV.

- A. A vacina é recomendada para meninas de 9 a 14 anos e meninos a partir dos 11 anos.
- B. A vacina é realizada no esquema de 2 doses: 0 - 6 meses.
- C. Pessoas de 15 a 30 anos não vacinadas estão sendo consideradas público de resgate para vacinação.
- D. Apesar de ser recomendada antes do início da atividade sexual, atua também como tratamento do HPV.
- E. Pessoas com condições especiais como imunossuprimidos e transplantados, de 9 a 45 anos, são vacinados gratuitamente. 22 SESA2504/001-Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Saúde Coletiva ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pessoas com condições especiais (imunossuprimidos, transplantados, pessoas vivendo com HIV, pacientes oncológicos) são vacinadas gratuitamente contra o HPV dos 9 aos 45 anos, com esquema de 3 doses. A rotina do PNI e dose ÚNICA para meninas e meninos de 9 a 14 anos (o que derruba A e B); o público de resgate vai até 19 anos (C); e a vacina profilática, sem qualquer efeito terapêutico sobre infecção já estabelecida (D). Resposta E.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Mulher de 49 anos vem ao consultório ginecológico queixando-se de irritabilidade, distúrbio de sono, calorões noturnos e irregularidade menstrual há cerca de 4 meses. Refere apenas 1 cirurgia prévia: tireoidectomia por câncer de tireoide, há cerca de 5 anos. Comorbidade: Obesidade, com IMC 32 kg/m². Mamografia sem alterações; FSH: 80 mUI/mL. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção de tratamento para essa paciente.

- A. Estrogênio isolado via transdérmica.
- B. Progesterona isolada via oral.
- C. Estrogênio transdérmico mais progesterona via oral. ✓**
- D. Estrogênio mais progesterona via oral.
- E. Paroxetina via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com útero intacto e sintomas vasomotores no climaterio (FSH 80) precisa de estrogênio ASSOCIADO a progestágeno, para proteção endometrial, o que já elimina A. A obesidade (IMC 32) aumenta risco tromboembólico, e por isso a via TRANSDERMICA do estrogênio é a preferida, por não sofrer primeira passagem hepática (o que derruba D). Progesterona isolada (B) não controla bem os fogachos, e a paroxetina (E) fica para quem tem contraindicação a hormônio. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

I.S.K., 28 anos, em PO3 de parto vaginal, sem intercorrências. Em amamentação exclusiva. Prole constituída. Solicita, ainda antes da alta, um método anticoncepcional. Nega comorbidades. Nega tabagismo. Assinale a alternativa que apresenta o método anticoncepcional mais adequado, em relação ao período de puerpério e a história clínica dessa paciente.

- A. Anticoncepcional combinado via oral.
- B. Anel vaginal.
- C. Implante com etonogestrel. ✓**
- D. DIU de levonorgestrel.
- E. Injetável trimestral.

COMENTÁRIO OSCELABS

No pós-parto imediato com amamentação exclusiva, os métodos combinados são categoria 4 nos primeiros 21 dias, por risco tromboembólico, o que elimina A e B. Entre os progestágenos isolados, o implante de etonogestrel pode ser inserido antes da alta, e um LARC de altíssima eficácia e não interfere na lactação, sendo o mais adequado para prole constituída. O DIU de levonorgestrel, fora da janela pós-placentária, deve aguardar cerca de 4 semanas. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito E

Menina de 9 anos de idade com corrimento genital mucoide há 3 meses. Mãe relata que, há 12 meses, iniciou pubarca e telarca. Ao exame, pelos pubianos e mamas no estágio II de Tanner, clitóris e formação labial normais, introito vaginal sem corrimento. Em face do exposto, assinale a alternativa que representa o diagnóstico correto.

- A. Puberdade precoce central.
- B. Puberdade precoce periférica.
- C. Telarca precoce.
- D. Pubarca precoce.

E. Puberdade fisiológica. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Telarca e pubarca iniciadas aos 8 anos, com mamas e pelos em Tanner II aos 9 anos, estão dentro da faixa normal para meninas (início a partir dos 8 anos): trata-se de puberdade FISIOLÓGICA. O corrimento mucoide e a leucorreia fisiológica da estimulação estrogênica que precede a menarca. Não há precocidade central nem periférica, e telarca/pubarca 'precoces' isoladas exigiriam início antes dos 8 anos e sem os demais sinais. Resposta E.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

A relação entre densitometria óssea e fraturas é tão estreita que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu pontos de corte densitométricos para a classificação diagnóstica de osteoporose e osteopenia na população. Assinale a alternativa que representa informações corretas sobre o T-score.

- A. É um parâmetro densitométrico que reflete risco absoluto em dez anos de ocorrer uma fratura osteoporótica.
- B. É um parâmetro densitométrico que reflete risco relativo de ocorrer uma fratura osteoporótica em comparação com adultos da mesma idade e do mesmo sexo.
- C. É um parâmetro densitométrico que reflete risco relativo de ocorrer uma fratura osteoporótica em comparação com adultos jovens. ✓**
- D. É um parâmetro densitométrico que reflete risco relativo em dez anos de ocorrer uma fratura osteoporótica.
- E. Quanto mais baixo (mais negativo) o T-score, maior a densidade óssea do paciente e menor o risco de fraturas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O T-score compara a densidade mineral óssea do paciente com a do ADULTO JOVEM no pico de massa óssea, e é o parâmetro usado pela OMS para definir osteopenia (-1 a -2,5) e osteoporose ($\leq -2,5$). A comparação com pessoas da mesma idade e sexo é o Z-score (B); o risco ABSOLUTO de fratura em 10 anos é estimado pelo FRAX (A e D); e quanto mais negativo o T-score, MENOR a densidade e maior o risco (E). Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Mulher de 52 anos, nulípara, menopausa há 1 ano. Submetida à mamografia de rotina, que evidenciou: área em QSL de mama esquerda, demonstrando calcificações "em pipoca". Considerando-se o exposto, assinale a alternativa que representa a orientação adequada à paciente.

- A. Indicar PAAF (punção aspirativa com agulha fina).
- B. Indicar Mamotomia.
- C. Manter controle com mamografia, conforme recomendado para a sua idade e demais fatores de risco. ✓**
- D. Solicitar ultrassom de mamas para complementação diagnóstica.
- E. Solicitar RNM de mamas para complementação diagnóstica. 23 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Calcificações grosseiras 'em pipoca' são o achado típico do fibroadenoma involuído/hialinizado, classificado como BI-RADS 2, ou seja, tipicamente BENIGNO. A conduta é apenas manter o rastreamento habitual conforme idade e fatores de risco. Punção e mamotomia (A e B) são para lesões suspeitas; ultrassom e ressonância (D e E) não acrescentam nada a um achado já característico e só geram exames e ansiedade desnecessários. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Considerando a Atenção Primária à Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e sua implementação, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto brasileiro, é correto afirmar:

- A. a integralidade do cuidado é primariamente alcançada por meio da busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, cuja função principal é garantir o vínculo de longo prazo entre o usuário e o médico da equipe, fortalecendo a longitudinalidade.
- B. a PNAB de 2017, ao flexibilizar a composição das equipes de Atenção Básica, reforçou o modelo da ESF como única opção para a organização do cuidado, promovendo um padrão homogêneo de alta qualidade em todos os municípios brasileiros e fortalecendo o acesso de primeiro contato.
- C. a territorialização, ao delimitar uma área geográfica de atuação, é a principal ferramenta para garantir a coordenação do cuidado, pois permite que a equipe de Saúde da Família gerencie com autonomia a agenda dos serviços de média e alta complexidade para sua população.
- D. o apoio matricial, realizado pelas equipes eMulti (antigo NASF-AB), fortalece a integralidade ao ampliar a capacidade clínica das equipes de Saúde da Família para abordar casos complexos, como os de saúde mental, diretamente no território, evitando encaminhamentos desnecessários. ✓**
- E. o financiamento por captação ponderada, introduzido pelo Previn Brasil, busca promover a equidade ao transferir mais recursos para áreas com maior vulnerabilidade, sendo um mecanismo que garante o fortalecimento da integralidade do cuidado prestado.

COMENTÁRIO OSCELABS

O apoio matricial das equipes multiprofissionais (eMulti, sucessoras do NASF-AB) amplia a capacidade clínica da equipe de Saúde da Família para casos complexos no próprio território, reduzindo encaminhamentos: e expressão direta da integralidade. A PNAB 2017 flexibilizou as equipes, não tornou a ESF opção única (B); a territorialização não da autonomia sobre agenda de média/alta complexidade (C); e captação ponderada e mecanismo de financiamento (E). Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito E

Homem assintomático de 66 anos com histórico de hiperlipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial é atendido em consulta de rotina. Ele tem antecedente de tabagismo de 15 anos-maço e parou de fumar há 30 anos. Refere beber uma taça de 300 mL de vinho tinto por dia e diz que faz longas caminhadas diariamente para se exercitar. Relata tomar a vacina contra a gripe anualmente e que recebeu a vacina pneumocócica no ano passado. Uma colonoscopia, realizada há 5 anos, com resultado normal. Medicações de uso contínuo: enalapril, anlodipino e rosuvastatina. Seus sinais vitais são normais e o exame físico não apresenta alterações. Com base nas melhores evidências comprovadas de benefício, a próxima conduta para o rastreamento e promoção da saúde é solicitar

- A. angiotomografia de coronárias.
- B. antígeno prostático específico.
- C. teste de esforço em esteira (ergométrico).
- D. tomografia computadorizada de tórax de baixa dose.
- E. ultrassom abdominal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 66 anos com história de tabagismo tem indicação de rastreamento UNICO de aneurisma de aorta abdominal por ultrassonografia (recomendação de forte evidência para homens de 65 a 75 anos que já fumaram). A tomografia de baixa dose (D) exigiria cessação há menos de 15 anos, e ele parou há 30. PSA (B) e decisão compartilhada, sem benefício inequívoco, e testes de isquemia em assintomático (A e C) não são recomendados. Resposta E.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

A Vigilância Epidemiológica recebe uma notificação da principal Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) da cidade com o relato de um aumento incomum no número de pacientes com gastroenterite aguda (GEA). Durante um período de 36 horas, 25 pacientes foram atendidos com a condição. A severidade do quadro clínico levou à necessidade de hospitalização para cinco desses pacientes devido à desidratação. Durante o atendimento médico na UPA, vários deles mencionaram ter participado de uma feira gastronômica que vem ocorrendo há 3 dias seguidos, anteriores ao início dos sintomas. A feira conta com a participação de 15 barracas de alimentos distintos com estimativa de 2.000 pessoas ao longo dos 3 dias de evento. Com a responsabilidade de investigação do cluster de GEA e com base nas informações preliminares disponíveis, assinale a alternativa correta acerca de ações tecnicamente apropriadas e prioritárias para a fase inicial da investigação epidemiológica.

- A. Comparar o número atual de casos de GEA com a série histórica de notificações para o mesmo período, em anos anteriores, no município, e revisar os prontuários dos pacientes atendidos na UPA para verificar a consistência dos sinais e sintomas e descartar erros de diagnóstico. ✓**
- B. Deslocar a equipe de epidemiologia para realizar, de forma imediata e presencial, inspeções sanitárias detalhadas em todas as 15 barracas de alimentos que participaram do evento, procedendo com a coleta de amostras de alimentos suspeitos e a interdição cautelar dos estabelecimentos com irregularidades.
- C. Elaborar um relatório detalhado para a Secretário de Saúde, população e imprensa, comunicando que a feira é a fonte confirmada do surto e detalhando as falhas de manipulação de alimentos, que provavelmente ocorreram, para evitar a disseminação de notícias falsas e pânico dos moradores.
- D. Iniciar um estudo analítico do tipo caso-controle, recrutando os 25 pacientes da UPA como casos e utilizando voluntários saudáveis, contatados por meio das listas de presença à feira, como controles para identificar o alimento específico responsável pela transmissão.
- E. Implementar imediatamente medidas de controle populacional, como a suspensão de feiras e eventos gastronômicos no município, pelo período de 30 dias, até que a investigação epidemiológica seja concluída e o agente etiológico seja definitivamente identificado pelo laboratório. 24 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na fase inicial de uma investigação de surto, os primeiros passos são CONFIRMAR o diagnóstico (revisar prontuários, checar sinais e sintomas) e CONFIRMAR a existência do surto, comparando com a série histórica/limiar endêmico. So depois vem a hipótese de fonte e o estudo analítico (D). Divulgar fonte 'confirmada' (C), interditar barracas (B) ou suspender eventos por 30 dias (E) são ações precipitadas sem evidência. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Mulher grávida de 27 anos passa o dia com seu sobrinho de 12 anos em uma festa familiar. No dia seguinte, o seu sobrinho desenvolve uma erupção vesicular generalizada, que é diagnosticada como varicela. Ela entrou em contato com o médico obstetra no mesmo dia, preocupada com os riscos da varicela, pois nunca havia tido essa doença e não lembra de ter sido vacinada. A paciente está com 34 semanas de gravidez e tem apenas asma intermitente. Nesse cenário, constitui a próxima recomendação de escolha:

- A. aplicar a vacina para o vírus varicela-zoster (VVZ).
- B. administrar imunoglobulina para o VVZ.
- C. coletar sorologias para o VVZ. ✓**
- D. iniciar profilaxia pós-exposição com valaciclovir.
- E. tranquilizá-la e seguimento observacional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante exposta a varicela que não recorda ter tido a doença ou sido vacinada: cerca de 90% dos adultos brasileiros são imunes, e o contato foi no mesmo dia, então há tempo hábil (até 10 dias) para agir. Por isso a conduta racional é colher sorologia (IgG) e, apenas se suscetível, administrar imunoglobulina específica (B). A vacina de vírus vivo é esta contraindicada na gestação (A), e antiviral profilático não substitui a imunização passiva (D). Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Um estudo retrospectivo de caso-controle em um único centro de reumatologia analisou um novo tratamento para a síndrome antifosfolípide catastrófica. O estudo incluiu 50 mulheres que receberam o novo tratamento e foram pareadas com 50 mulheres que receberam o tratamento usual. As pacientes que receberam o novo tratamento tiveram duas vezes mais chances de sobreviver (OR: 0,51; IC95%: 0,42 a 0,67). A análise estatística controlou a situação do plano de saúde, faixa etária, comorbidades e medicações em uso. Constituiu a variável que representa a ameaça mais importante à validade das conclusões desse estudo:

- A. ausência de um grupo placebo.
- B. baixo poder estatístico.
- C. efeito Hawthorne.
- D. viés de confusão. ✓**
- E. raridade da síndrome antifosfolípide catastrófica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Estudo retrospectivo, de centro único e sem randomização: a alocação ao novo tratamento não foi aleatória, de modo que diferenças basais não medidas (gravidade da doença, tempo de diagnóstico, acesso a UTI) podem explicar o desfecho. Esse confundimento residual e a maior ameaça à validade interna, mesmo com ajuste para algumas variáveis. Ausência de placebo e efeito Hawthorne pesam pouco em desfecho duro; a raridade limita a amostra, mas não invalida a inferência. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Gestante de 30 anos, G2P1A0, é atendida em primeira consulta de pré-natal, com idade gestacional calculada em 10 semanas. Ela trabalha como assistente administrativa, é casada e tem bom suporte familiar. A gestação anterior resultou em um recém-nascido de 3.850 g, nascido de parto vaginal. Atualmente, queixa-se de náuseas moderadas ao longo do dia, sem vômitos, e pirose leve, principalmente após o almoço. Peso pré-gestacional: 75 kg; IMC: 27,5 kg/m². Ao exame físico: pressão arterial: 118 x 76 mmHg; frequência cardíaca: 84 bpm; a altura uterina é compatível com a idade gestacional e os batimentos cardíofetais estão presentes e rítmicos. Exames atuais: hemograma: normal; tipagem sanguínea: grupo A/ Rh positivo; glicemia de jejum: 95 mg/dL; VDRL, anti-HIV e HBsAg: não reagentes; toxoplasmose: IgG reagente e IgM não reagente. Exame de urina e urocultura: normais. Seu cartão de vacina mostra esquema primário completo para difteria e tétano (dT) na adolescência, com a última dose de reforço há 8 anos. Nesse momento, a conduta de escolha é

- A. aconselhar a paciente sobre o manejo da náusea, recomendando refeições fracionadas em pequenos volumes e, se os sintomas persistirem, considerar o uso de pantoprazol como opção terapêutica segura.
- B. agendar a próxima consulta de pré-natal para daqui a dois meses, visto que a gestação cursa sem intercorrências e a paciente já realizou os exames iniciais, sendo uma gestação de baixo risco.
- C. estabelecer o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e iniciar imediatamente orientações de dieta e atividade física, com agendamento de monitoramento glicêmico capilar. ✓**
- D. encaminhar a paciente para o pré-natal de alto risco devido à combinação de sobrepeso pré-gestacional e história de recém-nascido com peso elevado em gestação anterior, caracterizando risco aumentado para macrosomia fetal.

E. realizar um teste oral de tolerância à glicose (75 g) entre a 24a e 28a semana gestacional, com ou sem hemoglobina glicada (HbA1c), para avaliar a presença ou não de diabetes mellitus gestacional. 25 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 95 mg/dL na gestação já preenche o critério brasileiro de diabetes mellitus gestacional (jejum entre 92 e 125 mg/dL), de modo que o diagnóstico está fechado e o tratamento começa de imediato por dieta fracionada, atividade física e monitorização glicêmica capilar. Por isso não cabe adiar para o TOTG de 24-28 semanas (E), que só se aplica a quem teve jejum normal. Retorno em dois meses (B) contraria o intervalo mensal, e macrosomia prévia com sobrepeso não define, sozinha, alto risco (D). Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito E

Considerando os pontos de vista de Bradford Hill e a evolução da inferência causal em epidemiologia, desde a sua formalização para doenças crônicas, em meados do século XX, até as críticas e refinamentos contemporâneos, é correto afirmar que

- A. a coerência de uma associação é fortalecida quando diferentes pesquisadores, utilizando metodologias variadas em populações distintas, chegam a conclusões similares sobre a relação entre um fator de exposição e um desfecho, demonstrando a reprodutibilidade dos achados.
- B. a analogia, que envolve a comparação com outras relações causais estabelecidas, é considerada um dos pontos de vista mais fortes, pois permite a transferência quantitativa de evidências de uma associação conhecida para uma nova associação sob investigação.
- C. a plausibilidade biológica e a coerência de uma associação são pontos de vista inerentemente robustos, pelo estado do conhecimento científico em um determinado momento, de modo que a ausência de um mecanismo conhecido constitui forte evidência contra uma relação causal.
- D. a utilização de controles negativos, ou exposições de falsificação, para testar a robustez de uma associação contra fatores de confusão, é um dos pontos de vista originais propostos por Hill, sendo um componente central de seu arcabouço para a avaliação da especificidade.
- E. o critério da temporalidade, que postula que a causa deve preceder o efeito no tempo, é reconhecido como o único ponto de vista conceitualmente indispensável para o estabelecimento de uma relação causal, sendo que sua violação refuta a hipótese causal em uma dada observação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os pontos de vista de Bradford Hill, a TEMPORALIDADE é o único logicamente indispensável: se o efeito precede a exposição, a hipótese causal cai. A descrição da alternativa A é de consistência, não de coerência; a analogia é o critério mais fraco (B); a ausência de mecanismo biológico conhecido não refuta causalidade, pois depende do estado da ciência (C); e controles negativos são refinamento contemporâneo, ausente da lista original (D). Resposta E.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Homem de 63 anos retorna para acompanhamento médico. Ele deseja ter certeza de que está fazendo tudo o que pode para se manter saudável. Ele não fuma cigarros e faz uso de 1 a 2 taças (175 mL) de vinho tinto por semana. Relata que segue uma dieta vegana e pratica exercícios físicos 4 dias por semana. Não há comorbidades conhecidas. Ao exame físico: pressão arterial: 120 x 68 mmHg; IMC: 28 kg/m². O valor recente da hemoglobina A1c é de 6,3%. Com base nas informações apresentadas, esse paciente apresenta o maior risco de desenvolver qual das seguintes condições?

- A. Doença cardiovascular e doença renal crônica dialítica.
- B. Doença cardiovascular e neuropatia periférica. ✓**
- C. Doença renal crônica e comprometimento cognitivo.

- D. Retinopatia diabética e comprometimento cognitivo.
- E. Retinopatia diabética e neuropatia periférica.

COMENTÁRIO OSCELABS

HbA1c de 6,3% caracteriza PRE-DIABETES. Nessa faixa o risco já aumentado e o de doença cardiovascular (que sobe junto com a resistência insulínica, antes mesmo do diabetes) e o de neuropatia periférica, descrita em parcela expressiva dos pre-diabéticos. Complicações microvasculares clássicas como retinopatia e doença renal terminal exigem hiperglicemia mais intensa e prolongada, o que torna as demais combinações menos prováveis. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito E

Durante o acompanhamento clínico, é coletada uma classificação subjetiva da dor de dois grupos não pareados de pacientes com dor crônica na articulação patelofemoral. Um dos grupos de pacientes recebeu uma intervenção cirúrgica e o outro recebeu tratamento conservador. O objetivo do estudo é comparar as classificações subjetivas da dor entre os dois grupos. O teste estatístico apropriado a ser usado nesse estudo é

- A. ANOVA de medidas repetidas.
- B. coeficiente de correlação de Spearman.
- C. qui-quadrado.
- D. regressão logística.
- E. teste t para amostras independentes. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

São DOIS grupos independentes (não pareados) e o desfecho é uma pontuação de dor tratada como variável quantitativa: a comparação de médias entre dois grupos independentes se faz com o teste t para amostras independentes. ANOVA de medidas repetidas serve para o mesmo grupo medido várias vezes; qui-quadrado compara proporções/variáveis categóricas; Spearman mede correlação; e regressão logística exige desfecho binário. Resposta E.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Homem de 62 anos apresenta-se para uma consulta de rotina na UBS/Estratégia de Saúde da Família. O histórico é positivo para: hipertensão, há 5 anos, em uso regular de enalapril, 10 mg/dia; dislipidemia mista, em tratamento com rosuvastatina, 10 mg/dia. Não há antecedente pessoal de eventos cardiovasculares, tabagismo ou etilismo. Histórico familiar: pai com infarto agudo do miocárdio aos 58 anos. Ao exame físico: pressão arterial: 138 x 86 mmHg; frequência cardíaca: 78 bpm; peso: 95 kg; IMC: 31,1 kg/m²; circunferência abdominal: 108 cm; cardiopulmonar sem alteração; ausência de edema de membros inferiores. Exames séricos recentes: glicemia de jejum: 102 mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c): 5,9%; colesterol total: 195 mg/dL; HDL: 38 mg/dL; LDL: 121 mg/dL; triglicerídeos: 180 mg/dL; creatinina: 0,9 mg/dL (clearance > 60 mL/min/1,73m²); alanina aminotransferase: 43 U/L; aspartato aminotransferase: 38 U/L. O ultrassom Doppler demonstra placas ateroscleróticas em carótidas < 50%. Para essa paciente, considerando as melhores evidências científicas, a conduta de maior relevância é

- A. intensificar a terapia hipolipemiante, aumentando a dose de rosuvastatina para 40 mg/dia, com o objetivo de atingir uma meta de LDL < 70 mg/dL. ✓**
- B. iniciar metformina, 850 mg, 3 vezes ao dia, visando à prevenção da progressão para diabetes mellitus, dado o IMC e o diagnóstico de pré-diabetes.
- C. iniciar um agonista do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon como primeira escolha, devido aos seus benefícios na redução de peso e proteção contra eventos ateroscleróticos.

- D. intensificar a terapia anti-hipertensiva com a adição de anlodipino 5 mg/dia, visando a uma meta de PA < 120 x 70 mmHg.
- E. calcular o escore FIB-4 e iniciar pioglitazona para manuseio de esteato-hepatite metabólica e melhorar a sensibilidade à insulina. 26 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A presença de placa aterosclerótica em carótidas reclassifica o paciente como de ALTO risco cardiovascular, mesmo sem evento prévio: a meta passa a ser LDL < 70 mg/dL, e com LDL de 121 mg/dL em rosuvastatina 10 mg a conduta de maior impacto é intensificar a estatina para alta potência. Metformina no pré-diabetes (B) é adjuvante; GLP-1 não é primeira escolha aqui (C); e meta pressórica < 120x70 (D) não é recomendada. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Foram realizados cinco estudos prospectivos de coorte para examinar a associação entre vaginose bacteriana e parto prematuro. Os resultados desses cinco estudos hipotéticos são ilustrados na figura a seguir e são expressos como riscos relativos (RR) com intervalos de confiança de 95%. Considerando o exposto, os estudos que provavelmente apresentam a menor amostra e a maior significância estatística, respectivamente, são:

- A. A; D.
- B. B; A. ✓**
- C. C; E.
- D. D; B.
- E. E; C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em um gráfico de floresta, a largura do intervalo de confiança é inversamente proporcional ao tamanho da amostra: o estudo com IC mais LARGO é o de menor amostra. Já a maior significância estatística pertence ao estudo cujo intervalo é estreito e está claramente afastado do valor nulo (RR = 1), ou seja, com o menor valor de p. Aplicando essas duas leituras à figura, os estudos são, respectivamente, B e A. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Um médico pesquisador é encarregado de desenvolver um plano estratégico multifacetado para combater a alta prevalência da síndrome de burnout (SB) entre os residentes de medicina. O plano poderá incorporar intervenções com base em evidências que correspondam aos quatro níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária). Nesse sentido, constitui a atitude ou recomendação correta:

- A. criar uma política de revisão por pares para a prescrição de psicofármacos a residentes, exigindo uma avaliação aprofundada das causas organizacionais do estresse antes de iniciar o tratamento medicamentoso, a fim de evitar a medicalização de problemas laborais e a iatrogenia. ✓**
- B. conduzir um grupo focal anual com um grupo selecionado de residentes para discutir o clima do programa e promover um melhor equilíbrio entre vida pessoal e profissional para os residentes, considerando isso uma forma de prevenção secundária.
- C. estabelecer um programa de reabilitação e tratamento para residentes de risco para a SB, incluindo acesso à terapia cognitivo-comportamental, coaching de carreira e planos de trabalho equilibrado para minimizar incapacidades e prevenir complicações como depressão.
- D. instituir a aplicação confidencial trimestral ou semestral de um instrumento de avaliação validado, como o Maslach Burnout Inventory, para os residentes do programa, com o objetivo de diagnosticar indivíduos em fase sintomática de esgotamento.

E. reduzir a carga de trabalho para os residentes do programa, dar um dia útil de folga na semana a todos os residentes e implementar um sistema de “alerta de colega”, no qual residentes podem reportar anonimamente pares que parecem estar em sofrimento, pois são medidas para uma intervenção precoce da diretoria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção QUATERNARIA e evitar intervenção desnecessária e iatrogenia: exigir a análise das causas organizacionais do estresse antes de medicar o residente evita justamente a medicalização de um problema laboral. As demais confundem os níveis: grupo focal sobre clima do programa e prevenção primária (B); aplicar o Maslach para detectar casos e rastreamento, isto é, secundária (D); reabilitação de quem já adoeceu e terciária (C). Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Homem transgênero de 51 anos com histórico de depressão e tabagismo comparece para acompanhamento anual. Ele fez a transição social aos 18 anos e tem feito o tratamento semanal com testosterona subcutânea desde então. O tratamento de afirmação de gênero incluiu histerectomia e ooforectomia, além do uso de bandagens para diminuir o tamanho dos seios. Ele diz estar feliz com seu humor, a masculinização geral e a aparência física. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 29,5 kg/m²; aparência totalmente masculinizada; seios no estágio 5 de Tanner e uso de um colete; sua pontuação no Ferriman-Gallwey é 24. Os resultados laboratoriais anuais dos hormônios sexuais estão normais. Nesse momento, constitui a próxima conduta adequada:

A. encaminhar para ginecologia para um teste de Papanicolaou.

B. encaminhar para reconstrução masculinizante do tórax.

C. solicitar mamografia. ✓

D. solicitar o teste genético BRCA.

E. suspender a testosterona. 27 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento em pessoas trans segue o ORGAO presente, não a identidade de gênero: ele mantém tecido mamário (não fez mastectomia masculinizante) e está na faixa etária de rastreio, logo a conduta é solicitar mamografia. Papanicolaou não se aplica, pois foi submetido a histerectomia com ooforectomia (A); não há critério para teste BRCA (D); e a testosterona está com níveis normais e com o paciente satisfeito, sem razão para suspender (E). Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Homem de 78 anos, viúvo há 2 anos, reside sozinho, tem hipertensão, diabetes, osteoartrite sintomática em ambos os joelhos e hiperplasia prostática benigna. Na consulta de retorno, relata episódio de queda em casa há um mês. A queda ocorreu sem perda de consciência, ao se levantar rapidamente do sofá, resultando em contusões leves, sem fraturas. Queixa-se também de “tontura” ocasional, principalmente ao mudar de postura, e dor nos joelhos que limita sua capacidade de realizar caminhadas mais longas, impactando suas atividades sociais. Medicamentos em uso: losartana (50 mg/dia); clortalidona (25 mg/dia); glibenclamida (10 mg/dia); metformina (2.550 mg/dia); doxazosina (4 mg à noite); diclofenaco (50 mg, 1 cp/dia, utilizado de forma intermitente “quando a dor aperta”). Ao exame físico: pressão arterial: 132 x 78 mmHg (sentado), 110 x 68 mmHg (em pé, após 1 minuto); frequência cardíaca: 72 bpm; IMC: 28 kg/m²; teste Timed Up and Go: realizado em 15 segundos, com alguma dificuldade para se levantar da cadeira. Exames séricos atuais: HbA_{1c}: 7,0%; creatinina: 1,3 mg/dL (clearance: 55 mL/min/1.73m²). Caderneta de vacinação: registros da infância e algumas doses de reforço da vacina dupla adulto (dT), porém desatualizada. Considerando o cenário clínico apresentado e as diretrizes mais recentes para a promoção do envelhecimento saudável e prevenção de complicações na atenção primária à saúde, a melhor conduta é

- A. aplicar o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) como rastreio de rotina para déficit cognitivo, considerando a idade do paciente e o relato de queda, para detectar precocemente uma possível síndrome demencial.
- B. aplicar a vacina de herpes-zóster com vírus vivo atenuado, o reforço da dT e administrar a vacina pneumocócica 23-valente para ampliar a cobertura vacinal do paciente.
- C. adicionar um inibidor da SGLT2 para otimizar o controle glicêmico e nefroproteção, intensificar a terapia anti-hipertensiva para atingir uma meta de PA < 120 x 70 mmHg, visando maior proteção cardiovascular.
- D. encaminhar o paciente para um programa de exercícios físicos multicomponentes, com foco em fortalecimento muscular, equilíbrio e treino de marcha, como estratégia primária para a prevenção de futuras quedas e melhora da capacidade funcional. ✓**
- E. iniciar a desprescrição da glibenclamida, substituindo-a por glimepirida, reavaliar a necessidade da doxazosina, devido ao risco de hipotensão, e solicitar exames complementares para investigação de tontura e arritmias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com queda, dificuldade de levantar, Timed Up and Go de 15 segundos e dor em joelhos: a intervenção com maior evidência para prevenir novas quedas e melhorar funcionalidade e o exercício MULTICOMPONENTE (força, equilíbrio e treino de marcha). O MEEM não é rastreio universal (A); a vacina de zoster de vírus vivo é evitada em idosos vulneráveis (B); meta pressórica < 120x70 (C) aumenta o risco de queda; e trocar glibenclamida por glimepirida (E) mantém a sulfonilureia. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Homem de 48 anos comparece à UBS para uma consulta de rotina. Relata um trabalho de alta demanda com rotina predominantemente sedentária e uma dieta com consumo frequente de alimentos processados e ultra-processados. Refere consumo de 3 a 4 latas de cerveja durante os fins de semana. Nega tabagismo. Possui histórico familiar de pai com infarto agudo do miocárdio aos 55 anos. A pressão arterial, aferida em 3 ocasiões distintas durante a consulta, seguindo a técnica recomendada, apresenta média de 128 x 84 mmHg. IMC: 28,5 kg/m² e circunferência abdominal: 99 cm. Exames séricos recentes: colesterol total: 210 mg/dL; HDL: 42 mg/dL; triglicerídeos: 160 mg/dL; glicemia de jejum: 98 mg/dL. Segundo o exposto, é correto afirmar:

- A. a pressão arterial do paciente é classificada como normal-limítrofe, sendo a conduta apropriada a reavaliação clínica e laboratorial em um período de 12 meses, sem necessidade de intervenções imediatas.
- B. o paciente deve ser classificado com hipertensão limítrofe, e a abordagem inicial deve ser focada em mudanças no estilo de vida, com reavaliação da resposta terapêutica em um prazo de 3 a 6 meses.

C. o aconselhamento para a prática de atividade física deve incluir a recomendação de, no mínimo, 320 minutos semanais de exercícios aeróbicos de intensidade moderada, distribuídos na maioria dos dias da semana.

D. é fundamental realizar a estratificação do risco cardiovascular global do paciente, utilizando ferramentas validadas, pois essa avaliação guiará a intensidade das intervenções e as decisões terapêuticas subsequentes. ✓

E. recomenda-se a adoção de um padrão alimentar como a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), associada à restrição do consumo de sódio para, no máximo, 4 gramas por dia. 28 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de múltiplos fatores de risco (sedentarismo, obesidade abdominal, dislipidemia, histórico familiar precoce e PA limitrofe), o passo que organiza toda a conduta e ESTRATIFICAR o risco cardiovascular global com ferramenta validada, pois é ele que define meta de LDL, agressividade e necessidade de fármaco. Reavaliar so em 12 meses sem intervenção (A) e inadequado; a recomendação de atividade física e de 150-300 min/semana (C); e o sódio deve ficar abaixo de 2 g/dia (E). Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Homem de 52 anos é atendido na UBS em consulta de rotina e manifesta o desejo de discutir a obesidade. Ele controla o peso desde criança e lembra-se de ter feito sua primeira dieta aos 10 anos. O menor peso na idade adulta foi de 91 kg, e o mais alto de 139 kg. Relata ter ganhado e perdido pelo menos 25 kg em várias ocasiões ao longo da vida. O peso atual é 110 kg. Refere que tem reduzido diligentemente a ingestão calórica e estima consumir cerca de 1.800 kcal por dia; passeia com o cachorro várias vezes por semana. Ele está mantendo seu peso, mas deseja perder mais e mantê-lo a longo prazo. Não há uso de medicamento. Ao exame físico: pressão arterial: 120 x 85 mmHg; altura: 175 cm; peso: 110 kg; a obesidade está distribuída preferencialmente na parte inferior do corpo; não há estigmas de hipercortisolismo. Exames séricos atuais: glicemia de jejum: 90 mg/dL; perfil da tireoide: normal. O gasto energético basal estimado é de 1.940 kcal/dia. Medidas dietéticas e de mudança de hábitos são iniciadas. Constitui a próxima intervenção adicional de maior utilidade a ser recomendada para esse paciente atingir seus objetivos de perda de peso:

A. encaminhamento para cirurgia bariátrica.

B. encaminhamento ao psicólogo para terapia comportamental-dialética.

C. início de um programa de exercícios de intensidade moderada, com meta de 200 minutos semanais. ✓

D. prescrição de um inibidor de apetite catecolaminérgico para promover restrição calórica adicional.

E. revisão da dieta para garantir que ele esteja consumindo altas quantidades de proteína de alto valor nutricional.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente já reduziu a ingestão calórica e agora precisa da alavanca que mais se associa à MANUTENÇÃO da perda de peso a longo prazo: exercício regular de intensidade moderada, com meta em torno de 200-300 minutos por semana. Cirurgia bariátrica (A) exigiria IMC ≥ 40 , ou ≥ 35 com comorbidade, e o dele é cerca de 36 sem comorbidade; anorexígeno catecolaminérgico (D) tem efeito modesto e transitório; e ajuste proteico (E) não muda o balanço energético. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Homem de 52 anos atua, há 25 anos, na aplicação de agrotóxicos em lavouras de grande escala. Ele relata contato frequente com defensivos dos grupos organofosforados e carbamatos, muitas vezes com equipamento de proteção individual inadequado. Nos últimos dois anos, vem apresentando fraqueza muscular progressiva, fasciculações, dores de cabeça persistentes e lapsos de memória. Ele evolui com episódio de tontura intensa, visão turva e dificuldade respiratória durante a jornada de trabalho, sendo hospitalizado. O exame físico revela: miose simétrica, bradicardia, salivação excessiva e tremores nas extremidades. Considerando o quadro clínico e o histórico ocupacional apresentados, é correto afirmar que

- A. a dosagem da atividade da acetilcolinesterase no plasma e nos eritrócitos, que se espera estar reduzida, constitui um exame laboratorial que confirma o diagnóstico. ✓**
- B. a principal hipótese diagnóstica é a de intoxicação crônica por agrotóxicos agonistas da colinesterase, com uma agudização recente do quadro.
- C. a sintomatologia de tontura e visão turva sugere uma intoxicação por piretroides, que atuam principalmente nos canais de sódio do sistema nervoso.
- D. o quadro neurológico com fraqueza muscular e fasciculações é compatível com a síndrome avançada medular, uma complicação conhecida nesse tipo de exposição ocupacional.
- E. o tratamento, na fase aguda, inclui atropina para o controle dos efeitos muscarínicos e um agente quelante, como o EDTA, para remover os tóxicos da corrente sanguínea do paciente. 29 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome colinérgica clássica (miose, bradicardia, sialorreia, fasciculações, broncorreia) em quem manipula organofosforados e carbamatos: o diagnóstico se confirma pela dosagem da atividade da acetilcolinesterase plasmática e ERITROCITÁRIA, que estará reduzida. Esses agrotóxicos são INIBIDORES da colinesterase, não agonistas (B); o antidoto, além da atropina, é a pralidoxima (uma oxima), e não um quelante como o EDTA (E). Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito E

Homem de 68 anos apresenta-se para uma consulta de seguimento de rotina na UBS/Estratégia de Saúde da Família. Ele tem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) diagnosticado, há oito anos, e tabagismo de 35 maços-ano, tendo cessado o consumo de tabaco há cinco anos. Atualmente, a terapêutica consiste de tiotrópico e salmeterol (LAMA + LABA), ao qual demonstra boa adesão. Apesar da terapêutica correta, o paciente relata dispneia persistente que impacta significativamente a sua qualidade de vida. A pontuação na escala de dispneia do Modified Medical Research Council (mMRC) é de 3. Essa limitação afeta a sua capacidade de realizar tarefas domésticas e atividades de lazer. No último ano, ele teve uma exacerbação moderada, que foi gerida em ambulatório com um ciclo de corticosteroide e antibiótoterapia orais. Os resultados laboratoriais recentes são notáveis por contagem sérica de eosinófilos de 96 células/mm³. O paciente reside numa região caracterizada por invernos frios e verões quentes e úmidos, com alertas esporádicos sobre a qualidade do ar devido a incêndios florestais em áreas vizinhas. A partir do quadro clínico apresentado, é correto afirmar que a conduta de escolha é

- A. aconselhá-lo sobre a manutenção de temperaturas interiores acima de 16 °C, durante o inverno, e em espaços de dormir abaixo de 28 °C durante as ondas de calor de verão.
- B. agendar um teste de espirometria pré-broncodilatadora, na sua próxima visita, para avaliar com maior precisão o seu nível atual de obstrução do fluxo aéreo e, assim, guiar-se pela gravidade da DPOC.
- C. administrar a vacina pneumocócica polissacarídica PPSV23 e aconselhá-lo a receber a vacina conjugada PCV13 um ano depois.
- D. escalonar o seu tratamento atual para uma terapia tripla em um único inalador (LAMA/LABA + corticoide inalatório) com o objetivo de reduzir o risco de futuras exacerbações.

E. encaminhá-lo para um programa abrangente de reabilitação pulmonar para melhorar a tolerância ao exercício e reduzir os sintomas de dispneia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente já em broncodilatação dupla, com dispneia mMRC 3 limitando a vida diária e apenas uma exacerbação moderada, com eosinófilos de 96 células/mm³ (abaixo de 100): NÃO se beneficia de corticoide inalatório, o que derruba D. Nesse perfil, dominado por sintoma e não por exacerbação, a intervenção com maior impacto em dispneia, tolerância ao exercício e qualidade de vida é a reabilitação pulmonar. Espirometria pré-broncodilatador (B) não guia conduta. Resposta E.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Mulher de 32 anos é examinada como parte do rastreamento de contatos de um caso de hepatite aguda relacionada ao vírus da hepatite A (VHA) em uma creche. Relata que trabalha como enfermeira pediátrica e que nasceu e foi criada na capital do estado de São Paulo, sem nenhuma viagem recente. Ela está assintomática, não tem antecedentes morbidos, seu exame físico é normal e não toma nenhuma medicação regularmente. Em relação à enfermeira avaliada, nesse momento, a próxima ação de maior efetividade prática é

- A. administrar imunoglobulina para o VHA.
- B. aplicar uma dose da vacina contra o VHA. ✓**
- C. solicitar hemograma, bioquímica e perfil hepático.
- D. solicitar sorologias para as hepatites virais.
- E. tranquilizá-la e seguimento observacional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato de hepatite A em adulta jovem, hígida e imunocompetente: a profilaxia pós-exposição de escolha é uma dose da vacina, aplicada em até 14 dias do contato, que ainda confere proteção duradoura. A imunoglobulina (A) fica reservada a maiores de 40 anos, imunossuprimidos, hepatopatas crônicos e menores de 1 ano. Solicitar sorologias e exames (C e D) apenas atrasa a medida efetiva, e a observação passiva (E) desperdiça a janela profilática. Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

A Vigilância Epidemiológica inicia a avaliação de um caso para identificar falhas no cuidado e nos sistemas de informação do SUS. (1) A gestante: 22 anos de idade, G2P1A0, iniciou o pré-natal com 20 semanas de gestação. Os registros no sistema e-SUS Atenção Primária (e-SUS AB) indicam a realização de apenas três consultas. (2) O diagnóstico materno: na 2ª consulta, foi registrado o resultado de VDRL: 1:64. Contudo, não há registros de evolução do e-SUS AB, nem anotação clara sobre a conclusão do esquema de tratamento adequado para a gestante e seu parceiro sexual. (3) O nascimento: sexo masculino, nasceu prematuro, com 34 semanas de idade gestacional, pesando 1.900 gramas. O Apgar foi 6, no primeiro minuto, e 8, no quinto minuto. Esses dados foram extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), preenchido a partir da Declaração de Nascido Vivo (DNV). (4) A internação hospitalar: o recém-nascido foi admitido na UTI neonatal. Essa admissão gerou um registro no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), por meio de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH), com o diagnóstico principal de “Prematuridade” e um CID secundário para “Sífilis Congênita”. (5) O desfecho: o recém-nascido faleceu aos 15 dias de vida. O óbito foi registrado no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mediante a Declaração de Óbito (DO); a causa básica foi registrada como “Sepse Neonatal”; “Sífilis Congênita” foi listada como uma das causas contribuintes. (6) A notificação do agravo: uma ficha de notificação para Sífilis Congênita foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 30 dias após o óbito do recém-nascido. A ficha apresenta vários campos relacionados ao tratamento da mãe preenchidos como “ignorado” ou deixados em branco. Com base na investigação epidemiológica relatada, é correto afirmar:

- A. a vinculação (linkage) entre as bases de dados do e-SUS AB e do SIH-SUS é uma estratégia metodológica relevante para enriquecer a análise do óbito neonatal, permitindo a recuperação de variáveis maternas e do pré-natal que podem estar incompletas no registro do SINASC.
- B. o sistema e-SUS AB constitui a fonte de informação apropriada para a realização de uma auditoria da qualidade e da frequência da atenção pré-natal ofertada à gestante, servindo como ferramenta relevante para a gestão dos serviços de atenção primária no município. ✓**
- C. o sistema SINAN realiza o cruzamento automático de dados com o SIM para encerrar os casos que evoluíram para óbito, garantindo a consistência das informações entre os sistemas de vigilância e de estatísticas vitais sem necessidade de intervenção manual do gestor.
- D. o sistema SisPreNatal deveria ter sido utilizado para o acompanhamento dessa gestação de alto risco, pois é a ferramenta específica do Ministério da Saúde designada para o monitoramento individualizado de gestantes com condições clínicas que exigem maior atenção.
- E. os dados provenientes do SIH-SUS, devido à sua codificação clínica detalhada a partir da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), podem ser utilizados pelo gestor para calcular com a taxa de incidência municipal de sífilis congênita e a mortalidade atribuível à prematuridade. 30 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. RASCUNHO 31 SESA2504/001-AcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. RASCUNHO Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O e-SUS Atenção Primária registra as consultas e o acompanhamento realizados na UBS, sendo por isso a fonte apropriada para auditar a QUALIDADE e a frequência do pré-natal ofertado e subsidiar a gestão da atenção primária, como o caso evidencia (apenas 3 consultas, início tardio, tratamento sem registro). Não há cruzamento automático entre SINAN e SIM (C); o SisPreNatal não é exclusivo do alto risco (D); e o SIH registra internações, servindo mal para calcular incidência (E). Resposta B.