



UEPA 2026

Prova comentada | Acesso direto

100 questões • comentários autorais • respostas da banca

Gabarito oficial definitivo retificado em 10/02/2026: questão 73 = D; questões 14, 21, 42, 44, 45, 47, 48, 50 e 56 anuladas.

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

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

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

[Acesse esta edição no OsceLabs](#)

Aplicação: 2026 — PSU de Residência Médica • Ano de ingresso: 2026

Questão 01 - Cerume impactado

Gabarito oficial: B

- 1.** Paciente de 75 anos, vem a UBS pois vem apresentando quadro de zumbido em ouvido esquerdo, redução da audição do mesmo ouvido, relata uso diário de hastes de algodão (cotonetes) para higiene. Após otoscopia observa rolha de cera, sem ver membrana timpânica. Neste caso o tratamento instituído deve ser:
- a** iniciar lavagem auricular guiada por otoscópio na APS.
 - b** indicar solução otológica cerolítica por cinco dias e reavaliar em sete dias.
 - c** encaminhar ao otorrino para avaliação e manejo adequado.
 - d** orientar suspensão do uso de hastes de algodão e reavaliar após trinta dias.
 - e** orientações sobre a hipoacusia fisiológica do envelhecimento.

Comentário OsceLabs

O cerume obstrui o conduto e oferece explicação tratável para a hipoacusia e o zumbido; B propõe amolecimento e reavaliação. Presbiacusia não deve ser assumida antes de remover essa causa. Irrigação exige avaliar contraindicações, como perfuração timpânica conhecida ou suspeita, cirurgia otológica e infecção; não deve ser feita automaticamente sem essa avaliação. Encaminhamento é necessário quando a remoção segura não é possível ou os sintomas persistem. Suspender hastes de algodão ajuda a prevenir recorrência, mas não resolve sozinho a obstrução atual.

Referência: AAO-HNSF. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction), 2017

Questão 02 · Hipertensão resistente

Gabarito oficial: A

- 2.** Em atendimento na UBS, você avalia homem de 59 anos, hipertenso há seis anos, sem lesão de órgão alvo e exames todos normais para investigar hipertensão secundária. Em uso de losartana 50 mg 2x dia, hidroclorotiazida 50 mg 1x pela manhã, anlodipino 10 mg pela manhã, sinvastatina 40 mg pela noite, trazendo MRPA com pressão média 155 por 95 mmHg. O manejo adequado para controle da pressão arterial, neste caso é:
- a** iniciar espironolactona associada as drogas já instituídas.
 - b** substituir anlodipino por um betabloqueador.
 - c** encaminhar ao cardiologista para avaliação e manejo.
 - d** substituir hidroclorotiazida por espironolactona e reavaliar em três meses.
 - e** iniciar AAS como medida de prevenção secundaria otimizando estatina.

Comentário OsceLabs

A pressão permanece elevada fora do consultório apesar de três classes, incluindo diurético. Após confirmar adesão, técnica de medida e ausência de interferentes, a espironolactona é opção de quarta linha, alternativa A. É preciso verificar potássio e função renal antes e após o início. A hidroclorotiazida de 50 mg também merece revisão: otimizar o diurético não significa simplesmente retirar essa classe. Betabloqueador não substitui rotineiramente o bloqueador de cálcio nesse cenário, e AAS não trata hipertensão nem é prevenção secundária sem doença cardiovascular estabelecida.

Referência: Brazilian Guidelines of Hypertension - 2025.

Questão 03 · Cognição, parkinsonismo e alucinações

Gabarito oficial: E

- 3.** Idosa de 75 anos vem acompanhada dos filhos na UBS para consulta, paciente HAS e DM sem outras comorbidades, apresenta quadro de esquecimento, rigidez muscular, relatando que está vendo pessoas que não estão lá e sentindo aranhas nos braços iniciado gradualmente há seis meses. A conduta a ser instituída neste caso é:
- a** iniciar lítio dose gradual.
 - b** solicitar hemograma e VHS/PCR.
 - c** iniciar haloperidol gotas VO.
 - d** solicitar parecer da psicologia.
 - e** encaminhar ao neurologista.

Comentário OsceLabs

Declínio cognitivo progressivo, rigidez e alucinações visuais levantam suspeita de demência com corpos de Lewy e justificam avaliação neurológica, E. O diagnóstico requer história funcional, exame neurológico e exclusão de causas reversíveis. Haloperidol pode causar importante piora motora e reações graves nessa condição; não deve ser iniciado reflexamente. Lítio não trata esse conjunto sintomático. Exames laboratoriais e apoio psicológico podem integrar o cuidado, mas as opções apresentadas não substituem a investigação especializada da associação cognitivo-motora.

Referência: NICE NG97. Dementia: assessment and management

Questão 04 - Acurácia diagnóstica

Gabarito oficial: D

4. Ao participar de um treinamento sobre testes rápidos para Tuberculose em crianças, foi dito que o poder de acurácia de um teste era alto, quando:
- a a probabilidade de um teste dar um resultado negativo para pessoas que não possuem a doença ou condição em questão.
 - b a capacidade do teste de identificar corretamente indivíduos que possuem a condição de interesse, ou seja, a probabilidade de um resultado positivo dado que a pessoa está doente.
 - c a probabilidade ou condição de um item, pessoa ou sistema antes de uma intervenção, avaliação ou teste, servindo como linha de base para medir mudanças futuras.
 - d a proporção total de acertos, verdadeiros positivos e verdadeiros negativos, em relação a todos os indivíduos testados.
 - e a probabilidade de um resultado positivo ser verdadeiro, indicando a chance de um indivíduo realmente ter a doença ou condição.

Comentário OsceLabs

Acurácia é a proporção de classificações corretas: verdadeiros positivos mais verdadeiros negativos, divididos pelo total de testados. Portanto, D. A descreve especificidade; B, sensibilidade; E, valor preditivo positivo. Esses parâmetros não são intercambiáveis. Uma acurácia aparentemente alta pode ser enganosa quando a doença é rara: um teste que classifica quase todos como negativos pode acertar muitos casos sem detectar adequadamente os doentes. A interpretação também exige população-alvo, prevalência e consequências dos erros.

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

Questão 05 · Valor preditivo positivo

Gabarito oficial: B

- 5.** Você está utilizando USG para diagnóstico de estenose de carótidas em 1.000 idosos com hipertensão arterial, como forma de prevenção de AVEi. Considerando que a sensibilidade e a especificidade da técnica do USG utilizado é de 90% e que a incidência de estenose de carótida nesta população é de 20%. O valor preditivo positivo desta técnica por USG para avaliar carótidas é de:
- a** 6,92%
 - b** 69,2%
 - c** 692,0%
 - d** 0,6%
 - e** 0,06%

Comentário OsceLabs

Interpretando os 20% como frequência da doença na população testada, há 200 pessoas com estenose e 800 sem ela. Sensibilidade de 90% produz 180 verdadeiros positivos; especificidade de 90% produz 80 falsos positivos. O VPP é $180/(180+80) = 69,2\%$, B. Não corresponde à sensibilidade de 90%. O enunciado chama essa frequência de incidência, embora o cálculo exija prevalência ou probabilidade pré-teste. O exercício matemático não demonstra benefício do rastreamento indiscriminado de estenose carotídea em assintomáticos.

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

Referência: USPSTF. Asymptomatic carotid artery stenosis: screening, 2021

Questão 06 · Vínculo territorial sem barreira de acesso

Gabarito oficial: B

- 6.** Trabalhadores sazonais que residem em dois territórios solicitam vinculação a duas UBS para garantir acompanhamento. A conduta prevista pela PNAB, é:
- a** garantir vínculo único por usuário, sem possibilidade de cadastro em serviço adicional.
 - b** permitir vinculação a mais de uma UBS/EAB quando necessário, assegurando continuidade do cuidado e acesso ampliado.
 - c** autorizar duplo vínculo apenas para gestantes em seguimento específico de pré-natal.
 - d** autorizar duplo vínculo exclusivamente para pessoas em cuidados paliativos domiciliares.
 - e** condicionar duplo vínculo à determinação judicial, conforme pactuação municipal extraordinária.

Comentário OsceLabs

A resposta oficial B prioriza acesso e continuidade do cuidado para quem transita entre dois territórios. A PNAB inclui populações itinerantes e trabalhadores da área na responsabilidade das equipes; adscrição não autoriza negar atendimento por endereço. É necessário articular os serviços, registros e plano compartilhado para evitar prescrições conflitantes e exames duplicados. Não se deve confundir atendimento compartilhado com as regras administrativas de cadastro ou financiamento. Restrição exclusiva a gestantes ou cuidados paliativos, assim como exigência de autorização judicial, não corresponde aos princípios de acesso apresentados na política.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 07 · Equipes por Unidade Básica de Saúde

Gabarito oficial: C

- 7.** A gestão cogita instalar seis equipes em uma única UBS para ampliar cobertura. O parâmetro que orienta essa decisão segundo a PNAB, é:
- a** autorizar qualquer número de equipes se houver espaço físico.
 - b** recomendar no máximo duas equipes por UBS para evitar redundância.
 - c** recomendar até quatro equipes por UBS para garantir potencial resolutivo.
 - d** obrigar apenas uma equipe por UBS para fortalecer vínculo.
 - e** definir número de equipes exclusivamente por decisão política local, sem parâmetros técnicos.

Comentário OsceLabs

O parâmetro da PNAB citado pela questão recomenda até quatro equipes por UBS para favorecer acesso, vínculo e capacidade de resolução: C. Recomendação organizacional não equivale a um limite físico universal independente do contexto. O planejamento deve avaliar população, vulnerabilidade, estrutura e condições de trabalho. Apenas haver salas disponíveis ou uma decisão política não dispensa esses critérios. Tampouco se exige uma única equipe ou exatamente duas em toda unidade.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 08 · Organização regional e hierarquizada

Gabarito oficial: B

- 8.** Encaminhamentos diretos para alta complexidade causam filas desordenadas e ociosidade na APS. Neste caso, a diretriz contrariada, é:
- a** Universalidade sem critérios clínicos.
 - b** Hierarquização e regionalização com referência e contrarreferência.
 - c** Equidade com priorização de vulneráveis.
 - d** Complementaridade privada contratualizada.
 - e** Participação social deliberativa.

Comentário OsceLabs

Fluxos entre diferentes densidades tecnológicas devem ser pactuados em rede regionalizada, com referência e contrarreferência: B. A APS coordena o cuidado e a regulação organiza o acesso segundo necessidade clínica. Isso não autoriza impedir acesso direto à urgência em situações que o exijam. Universalidade, equidade e participação social também são princípios relevantes, mas não são o problema organizacional especificamente descrito. A articulação da rede busca evitar encaminhamentos desnecessários, filas desordenadas e perda de continuidade.

Referência: Brasil. Lei 8.080/1990 — organização do SUS

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

Questão 09 · Transtorno delirante

Gabarito oficial: A

9. Paciente de 40 anos com delírios persecutórios há 2 meses, sem alucinações auditivas, sem prejuízo grave no funcionamento. Neste caso o provável diagnóstico, é:
- a) Transtorno delirante
 - b) Esquizofrenia
 - c) Transtorno esquizoafetivo
 - d) Transtorno psicótico breve
 - e) Transtorno bipolar com sintomas psicóticos

Comentário OsceLabs

O gabarito A é compatível com o referencial DSM: delírios por pelo menos um mês, sem o conjunto típico da esquizofrenia e sem prejuízo funcional marcante fora das consequências do delírio. O caso descreve dois meses. A ausência de alucinações, sozinha, não estabelece o diagnóstico; devem-se excluir transtornos do humor, substâncias e doenças clínicas. Transtorno psicótico breve dura menos de um mês. O limiar temporal deve ser ligado à classificação utilizada, sem atribuir automaticamente os critérios do DSM à CID. Avaliar risco e prejuízo relacionado ao conteúdo persecutório continua essencial.

Referência: SAMHSA. DSM-IV to DSM-5 Psychotic Disorders, tabela 3.20.

Questão 10 · Carga horária: distinguir o tipo de equipe

Gabarito oficial: C

- 10.** A equipe planeja quatro profissionais da mesma categoria, cada um com 12h semanais. De acordo com a PNAB, a alternativa correta, é:
- a** aceitar sem limite de número profissionais por categoria.
 - b** aceitar cargas mínimas de 5h semanais por profissional, desde que a soma alcance 40h.
 - c** respeitar máximo de 3 profissionais por categoria e mínimo de 10h semanais por profissional, mantendo 40h/equipe.
 - d** permitir atuação sem vínculo, com plantões alternados cobrindo a equipe mínima.
 - e** flexibilizar parâmetros mediante acordo interno da equipe, sem comunicação à gestão.

Comentário OsceLabs

A alternativa C reproduz o arranjo previsto na PNAB de 2017 para a então equipe de Atenção Básica: até três profissionais por categoria, mínimo de dez horas por profissional e soma mínima de quarenta horas. Não é regra para dividir livremente o posto de uma equipe de Saúde da Família, que possui exigências próprias. Quatro profissionais de doze horas ultrapassam o limite numérico citado. Para organização atual do serviço, é necessário conferir também as normas posteriores sobre equipes de Atenção Primária e financiamento.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 11 · Conselho de Saúde

Gabarito oficial: E

- 11.** Em emergência sanitária, o gestor local remaneja recursos sem apreciação do Conselho de Saúde. O status jurídico desse colegiado, é:
- a** Órgão consultivo sem poder de decisão orçamentária vinculante.
 - b** Instância independente sem interface com planejamento e finanças.
 - c** Colegiado restrito à esfera nacional e conferências quadrienais.
 - d** Comissão temporária acionada exclusivamente em crises epidêmicas.
 - e** Órgão permanente e deliberativo, com função de controle social.

Comentário OsceLabs

A Lei 8.142/1990 define o Conselho de Saúde como permanente e deliberativo, com atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política, inclusive em aspectos econômicos e financeiros: E. Não é uma comissão temporária nem apenas consultiva. A Conferência de Saúde, ordinariamente quadrienal, é outra instância. A existência de emergência não transforma o conselho em órgão inexistente; os atos de gestão devem observar os instrumentos de planejamento, transparência e controle previstos nas normas aplicáveis.

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

Questão 12 · Coordenação do cuidado na rede

Gabarito oficial: B

12. Em um município, um usuário com condições crônicas circula entre UBS, ambulatório especializado e hospital sem integração de informações. Exames se repetem e não há retorno formal à equipe de origem. A gestão busca reorganizar o fluxo assistencial conforme o modelo das Redes de Atenção à Saúde. A conduta mais adequada para organizar esse cuidado, é:

- a** encaminhar o usuário diretamente para hospital de referência sem coordenação pela APS.
- b** manter o usuário vinculado à APS como coordenadora do cuidado, utilizando regulação para acesso aos demais serviços e garantindo contrarreferência.
- c** transferir o acompanhamento definitivo para o ambulatório especializado, encerrando o vínculo com a UBS.
- d** atuar apenas nos episódios de agudização clínica que resultem em internação hospitalar.
- e** orientar a busca por serviços privados para acelerar o acesso a consultas e exames.

Comentário OsceLabs

A alternativa B mantém a APS como referência longitudinal e articula regulação, comunicação e contrarreferência. O especialista e o hospital complementam o cuidado, sem eliminar automaticamente o vínculo com a UBS. Transferir toda a responsabilidade ou atender somente agudizações favorece fragmentação. Coordenação significa integrar decisões, informações e acompanhamento em torno das necessidades da pessoa, não impedir encaminhamento. A repetição de exames e a ausência de retorno são sinais de falha nessa integração.

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

Questão 13 · Incidência com tempos de observação diferentes

Gabarito oficial: C

13. Uma coorte de 800 indivíduos foi acompanhada por 2 anos; ocorreram 40 casos do desfecho. Parte dos indivíduos foi perdida ao longo do seguimento. A medida mais adequada quando há tempos de observação distintos, é:

- a** Incidência acumulada
- b** Prevalência pontual
- c** Densidade de incidência (taxa)
- d** Razão de prevalência
- e** Proporção de atacados

Comentário OsceLabs

A densidade de incidência utiliza casos novos divididos pelo tempo total de observação em risco, por exemplo pessoas-ano: C. Ela acomoda seguimentos de durações distintas. Quarenta casos em oitocentas pessoas permitiriam uma proporção bruta de 5%, mas não uma taxa válida sem conhecer o tempo efetivamente contribuído por cada participante. Perdas informativas também podem introduzir viés e precisam ser avaliadas; usar pessoa-tempo não corrige automaticamente todos os problemas do seguimento.

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

Questão 14 · Questão anulada: cenário insuficientemente especificado

Gabarito oficial: ANULADA

- 14.** Em investigação epidemiológica no município, avaliou-se situação relacionada a ocorrência de doenças e aspectos metodológicos. Sobre o cenário descrito, assinale a alternativa correta.
- a** Apresenta conceito de razão de chances.
 - b** Corresponde à densidade de incidência.
 - c** Apresenta conceito de incidência.
 - d** Refere-se à letalidade.
 - e** Apresenta conceito de prevalência.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo anulou a questão. O texto apresentado não fornece evento, numerador, denominador ou período suficientes para selecionar uma das medidas. Incidência se refere a casos novos; prevalência, a casos existentes; densidade de incidência usa pessoa-tempo; letalidade relaciona óbitos pela doença aos seus casos. Razão de chances compara odds. Essas distinções são úteis para estudo, mas não permitem reconstruir um cenário ausente nem atribuir uma letra oficial à questão anulada.

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

Questão 15 · Cobertura de ACS em território vulnerável

Gabarito oficial: C

- 15.** Em uma área ribeirinha com difícil acesso e indicadores sociais desfavoráveis, a gestão municipal precisa reorganizar a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Qual estratégia está de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?
- a** Fixar um ACS para cerca de 1.200 pessoas, compensando distâncias com telemonitoramento estruturado e agendamento remoto.
 - b** Adscriver apenas domicílios próximos à UBS, excluindo áreas remotas com baixa densidade e alto custo operacional.
 - c** Assegurar cobertura total do território com teto de 750 pessoas por ACS, ajustando quantitativos por critérios epidemiológicos e sociais.
 - d** Substituir ACS por equipe itinerante de especialidades, centralizando ações clínicas de maior complexidade.
 - e** Alternar mensalmente os ACS por sorteio, redistribuindo microáreas para equilibrar a carga de trabalho.

Comentário OsceLabs

Na área de dispersão e vulnerabilidade descrita, a PNAB recomenda cobertura integral e quantitativo de ACS ajustado à necessidade, com referência máxima de 750 pessoas por agente: C. Esse teto não significa que cada agente deva receber exatamente 750 pessoas. Distâncias, barreiras geográficas e perfil epidemiológico podem exigir microáreas menores. Excluir domicílios remotos contradiz equidade; sorteio mensal destrói vínculo. Telemonitoramento e equipes itinerantes podem complementar, mas não justificam suprimir a cobertura territorial necessária.

Referência: Ministério da Saúde. Portaria 2.436/2017 — PNAB

Questão 16 · Ataques de pânico recorrentes

Gabarito oficial: A

- 16.** Homem de 24 anos relata ataques súbitos de medo intenso, palpitações, sensação de morte iminente e esquiva de locais públicos. Ataques recorrentes há 3 meses. Qual diagnóstico?
- a** Transtorno de pânico
 - b** Transtorno de ansiedade generalizada
 - c** Transtorno obsessivo-compulsivo
 - d** Transtorno de ansiedade social
 - e** Transtorno de estresse pós-traumático

Comentário OsceLabs

Ataques súbitos de medo intenso, sintomas autonômicos, sensação de morte e mudança de comportamento ao longo de meses favorecem transtorno de pânico, A. A evitação de locais públicos exige investigar agorafobia, que pode coexistir. Ansiedade generalizada envolve preocupação persistente e abrangente; fobia social se concentra em avaliação por outras pessoas. Substâncias, arritmias, tireotoxicose e outras causas clínicas devem ser consideradas conforme história e exame, sem transformar todo episódio em investigação indiscriminada.

Referência: NICE CG113. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults

Questão 17 • Competências estaduais no SUS

Gabarito oficial: B

- 17.** Durante surto de dengue, a CIB discute responsabilidades. Segundo a Lei nº 8.080/1990, compete aos estados:
- a** executar atenção básica diretamente em todos os municípios.
 - b** coordenar redes regionais e apoiar municípios nas ações de vigilância.
 - c** formular políticas nacionais de saúde.
 - d** regular serviços privados em todo território nacional.
 - e** definir percentuais constitucionais para financiamento.

Comentário OsceLabs

A direção estadual coordena redes regionalizadas e hierarquizadas e participa do apoio técnico e financeiro e das ações de vigilância nos municípios: B. A descentralização não atribui ao estado a execução obrigatória de toda atenção básica municipal. Formular políticas nacionais cabe à esfera federal nos termos da lei; percentuais constitucionais não são definidos unilateralmente pelo gestor estadual. A cooperação interfederativa é especialmente importante em surtos que atravessam limites municipais.

Referência: Brasil. Lei 8.080/1990 — organização do SUS

Questão 18 · Odds ratio não é risco relativo

Gabarito oficial: E

- 18.** Em estudo caso-controle sobre câncer de pulmão, o odds ratio para tabagismo foi 4,0. Qual interpretação é adequada?
- a** Quatro vezes maior risco absoluto
 - b** Quatro vezes mais chance de exposição
 - c** Quatro vezes maior mortalidade
 - d** Quatro vezes maior prevalência
 - e** Quatro vezes mais chance de desenvolver câncer entre expostos

Comentário OsceLabs

O gabarito oficial é E, desde que 'chance' seja entendida tecnicamente como odds, e não probabilidade ou risco absoluto. $OR = 4$ significa razão de odds igual a quatro. No caso-controle, a estimativa é obtida comparando as odds de exposição nos casos e controles; pela simetria da tabela, corresponde à razão de odds do desfecho por exposição sob as condições do desenho. Não se pode afirmar risco quatro vezes maior sem hipóteses adicionais, como a aproximação para doença rara. Mortalidade e prevalência não são medidas diretamente fornecidas.

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

Questão 19 · Desinstitucionalização e rede comunitária

Gabarito oficial: C

19. A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe a desinstitucionalização como eixo central da política de saúde mental. Contudo, a efetivação desse modelo depende da superação de obstáculos estruturais, financeiros e culturais. Considerando todas as dimensões analisadas, a alternativa que descreve, de forma mais completa, os principais desafios que ainda comprometem a plena implementação da desinstitucionalização no Brasil é:

- a** a escassez de leitos em hospitais psiquiátricos e a falta de profissionais de saúde mental nas regiões Norte e Nordeste, sem mencionar a necessidade de adequação legislativa.
- b** a resistência dos movimentos de usuários e familiares ao modelo comunitário, associada à ausência de protocolos clínicos padronizados para o CAPS.
- c** a insuficiência de recursos financeiros destinados aos serviços comunitários, a fragilidade da articulação entre CAPS e atenção básica (apoio matricial limitado), e a persistência de estigmas socioculturais que ainda favorecem a institucionalização.
- d** a inexistência de políticas públicas voltadas à prevenção de transtornos mentais e a exclusão total da participação de organizações não governamentais na rede de cuidados.
- e** a predominância de abordagens biomédicas nos CAPS, que impede a inserção de terapias ocupacionais e artísticas, sem considerar a necessidade de monitoramento epidemiológico.

Comentário OsceLabs

A alternativa C integra financiamento, articulação da rede e barreiras socioculturais.

Desinstitucionalizar não é apenas fechar leitos: exige cuidado territorial, moradia, suporte social, acesso a crises e continuidade do acompanhamento. CAPS e APS precisam de corresponsabilização e apoio matricial. As demais respostas reduzem o problema a um único recurso ou fazem afirmações absolutas, como inexistência de políticas e impossibilidade de terapias nos CAPS. A lei prioriza recursos extra-hospitalares, sem negar internação quando clinicamente necessária.

Referência: Brasil. Lei 10.216/2001 — direitos em saúde mental

Referência: Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial

Questão 20 - Apoio matricial em saúde mental

Gabarito oficial: B

20. Maria, 38 anos, residente em zona urbana periférica, tem histórico de transtorno depressivo recorrente há 10 anos. Nos últimos três meses, apresentou piora do humor, isolamento social e pensamentos de inutilidade. Ela já foi internada duas vezes em hospital psiquiátrico (2009 e 2016) por risco de suicídio. Atualmente, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua comunidade, onde a equipe de saúde da família (enfermeiro, agente comunitário e médico de família) a recebe. Durante a consulta, o médico de família identifica risco moderado de suicídio, mas sente insegurança para iniciar farmacoterapia antidepressiva e para conduzir o plano de segurança. Ele registra o caso no prontuário eletrônico da UBS e solicita apoio matricial ao CAPS II da região. Dentro de 48 h, um psiquiatra do CAPS realiza teleconsulta, orienta a equipe quanto à escolha do antidepressivo, define critérios de monitoramento diário e indica que a enfermeira da UBS faça visitas domiciliares para aferir adesão e sinais de alerta. Além disso, o CAPS oferece treinamento presencial de 4 h para toda a equipe da UBS sobre manejo de crises suicidas. Uma semana depois, Maria inicia o tratamento na própria comunidade, com acompanhamento diário pela enfermeira, consultas mensais com o médico de família e supervisão semanal do psiquiatra do CAPS via telemedicina. Não houve necessidade de nova internação. A alternativa que sintetiza o papel do apoio matricial nesse cenário é:

- a** o apoio matricial consiste apenas em encaminhar o paciente da UBS ao CAPS para internação, deixando a equipe da atenção básica responsável apenas pelo registro administrativo do caso.
- b** através do apoio matricial, a equipe da atenção básica recebeu orientação clínica, capacitação pontual e suporte técnico contínuo do CAPS, permitindo que o tratamento fosse mantido no território, evitando nova internação.

- ❑ o apoio matricial implica que o CAPS assuma integralmente o cuidado de Maria, substituindo a equipe da UBS por profissionais especializados, enquanto a equipe da atenção básica passa a exercer somente funções de vigilância sanitária.
- ❑ a estratégia de apoio matricial limita-se à realização de um único treinamento presencial, sem necessidade de acompanhamento clínico posterior, pois a competência da equipe da UBS já seria suficiente após a capacitação.
- ❑ o apoio matricial tem como objetivo principal a coleta de indicadores epidemiológicos sobre depressão na comunidade, não influenciando diretamente as decisões terapêuticas individuais.

Comentário OsceLabs

O apoio matricial combina discussão clínica, capacitação e suporte continuado, com responsabilidade compartilhada entre CAPS e APS: B. Não equivale a encaminhar e abandonar o seguimento, nem a realizar treinamento isolado. No caso, permitiu cuidado no território com plano e monitoramento. Ressalva de segurança: classificações como 'risco moderado' não substituem avaliar intenção, plano, acesso a meios, proteção e capacidade de manter segurança. Risco iminente exige resposta imediata; não se deve aguardar quarenta e oito horas apenas para cumprir o fluxo narrado.

Referência: Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial

Referência: NICE NG225. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence

Questão 21 • Questão anulada: manifestações da ferropenia

Gabarito oficial: ANULADA

21. Na investigação diagnóstica de um paciente internado com anemia, em qual das seguintes situações clínicas a anemia ferropriva é a causa mais provável?

- a** mulher de 64 anos com glossite, disfagia e unhas em colher (coiloníquia).
- b** executivo de 50 anos com dispepsia crônica.
- c** mulher multipara de 39 anos com sangramento vaginal irregular e fadiga progressiva.
- d** idosa de 72 anos com palidez, parestesia e dificuldade para marcha e equilíbrio.
- e** dor no hipocôndrio esquerdo, anemia em um homem de 30 anos.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Glossite, disfagia e coiloníquia podem compor síndrome de Plummer-Vinson associada à ferropenia; sangramento uterino crônico também é causa frequente de deficiência de ferro. A coexistência de alternativas plausíveis impede escolher uma letra em substituição à decisão da banca. Parestesias e alteração da marcha levantam, entre outros diagnósticos, deficiência de B12. Ferritina, hemograma e contexto inflamatório auxiliam a confirmação, sempre com investigação da origem da deficiência.

Referência: British Society of Gastroenterology. Iron deficiency anaemia in adults, 2021

Questão 22 - Anemia microcítica no homem adulto

Gabarito oficial: D

22. Você está avaliando um homem de 50 anos que apresenta dor abdominal e diarreia crônica. Refere também fadiga e dispneia aos esforços nos últimos dois meses. Ao exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa ++/4+, sem icterícia, e fígado e baço não são palpáveis. O hemograma mostra anemia microcítica e hipocrômica com plaquetose. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para este caso.

- a** Solicitar dosagem de ferro, ferritina, bilirrubinas e DHL, e iniciar sulfato ferroso junto às refeições.
- b** Solicitar dosagem de ácido fólico, vitamina B12, contagem de reticulócitos e prescrever sulfato ferroso endovenoso devido à diarreia, reavaliando em três meses.
- c** Iniciar imediatamente sulfato ferroso e solicitar eletroforese de hemoglobina para descartar traço talassêmico.
- d** Solicitar dosagem de ferro sérico e ferritina e iniciar investigação imediata da causa da anemia.
- e** Solicitar pesquisa de anticorpos anti-célula parietal.

Comentário OsceLabs

A alternativa D confirma o estado do ferro e investiga prontamente a causa. Anemia microcítica e hipocrômica com plaquetose pode indicar ferropenia, mas ferritina deve ser interpretada com inflamação e demais parâmetros. No homem adulto, é essencial investigar perda digestiva e má absorção, incluindo doença celíaca conforme o contexto; não basta prescrever ferro e adiar a avaliação por meses. Talassemia permanece diferencial, porém não é a hipótese única. 'Sulfato ferroso endovenoso' também não corresponde à formulação parenteral usual.

Referência: British Society of Gastroenterology. Iron deficiency anaemia in adults, 2021

Questão 23 · Hemostasia primária e limite do teste histórico

Gabarito oficial: E

23. Uma mulher de 22 anos apresenta sangramentos gengivais ao escovar os dentes, equimoses após pequenos traumas e menstruações prolongadas desde a adolescência. Ao exame, há petéquias e equimoses, sem hepatoesplenomegalia. O exame que avalia a hemostasia primária, cuja alteração explica o quadro clínico da paciente, é:

- a** Fibrinogênio
- b** Tempo de Protrombina (TP)
- c** Tempo de Tromboplastina parcial (TTPa)
- d** Tempo de Trombina
- e** Tempo de sangramento

Comentário OsceLabs

Sangramento mucocutâneo, petéquias e menorragia sugerem alteração da hemostasia primária. Entre as opções, o tempo de sangramento é o teste historicamente relacionado a essa etapa: E. Isso não significa recomendá-lo como investigação moderna de rotina: tem baixa padronização e utilidade limitada. A avaliação atual começa com história, medicamentos, hemograma/plaquetas e exames dirigidos, podendo incluir fator von Willebrand e função plaquetária. TP, TTPa e tempo de trombina avaliam principalmente etapas da coagulação plasmática.

Referência: ASH/ISTH/NHF/WFH. Diagnosis of von Willebrand disease, 2021

Questão 24 · Sopro que aumenta com Valsalva

Gabarito oficial: C

24. Um homem de 35 anos apresenta dispneia aos esforços e queixa-se de palpitações ocasionais. Ao exame, observa-se sopro sistólico em crescendo-decrescendo no foco mitral, irradiando para borda esternal esquerda. Durante a manobra de Valsalva (fase de esforço), o sopro aumenta claramente de intensidade. Qual das valvopatias abaixo é mais compatível com esta resposta ao Valsava?

- a** Estenose aórtica.
- b** Comunicação interatrial com hiperfluxo (sopro de ejeção).
- c** Miocardiopatia Hipertrófica Obstrutiva (MHO).
- d** Insuficiência mitral.
- e** Insuficiência tricúspide.

Comentário OsceLabs

Na fase de esforço de Valsalva, o retorno venoso diminui e a cavidade ventricular fica menor, podendo acentuar a obstrução dinâmica da cardiomiopatia hipertrófica: C. A maioria dos sopros de fluxo diminui nessa fase. A cardiomiopatia não é propriamente uma valvopatia, apesar da redação da pergunta. O achado direciona a investigação com ecocardiograma e avaliação de gradiente, sintomas e história familiar; ausculta isolada não define gravidade nem estratégia terapêutica.

Referência: 2024 AHA/ACC/AMSSM/HRS/PACES/SCMR Guideline for the Management of Hypertrophic Cardiomyopathy: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines.

Questão 25 - Controle glicêmico com redução de peso

Gabarito oficial: E

25. Um homem de 57 anos, com diabetes melito tipo 2 há 6 anos, hipertensão arterial bem controlada e obesidade grau I (IMC 31 kg/m²), comparece à consulta para reavaliação. Atualmente está usando metformina 850 mg 2 x dia, com boa tolerância. Nega hipoglicemias. Relata piora do controle glicêmico nos últimos 8 meses. Alimentação rica em carboidratos e vida sedentária. PA: 128/78 mmHg. História familiar: pai com IAM aos 52 anos. Exames: Hemoglobina glicada: 8,6%. Glicemia jejum: 186 mg/dL Taxa de filtração glomerular: 62 mL/min/1,73m². Microalbuminúria: 50mg/dia. Perfil lipídico: LDL 98mg/dL; HDL 41mg/dL; Triglicérides 186mg/dL. Ecocardiograma: sem alterações importantes. Paciente relata desejo de perder peso. A melhor opção terapêutica a ser acrescentada ao tratamento deste paciente, é:

- a** Sulfonilureia (como glimepirida) para maior redução da HbA1c.
- b** Inibidor de DPP-4 (como sitagliptina), pela boa tolerabilidade.
- c** Pioglicatona.
- d** Insulina basal de ação prolongada.
- e** Agonista do GLP-1 (semaglutida ou tirzepatida), visando perda de peso e proteção cardiovascular.

Comentário OsceLabs

Entre as opções, E oferece grande eficácia glicêmica e perda ponderal com baixo risco intrínseco de hipoglicemia. Tirzepatida é agonista duplo GIP/GLP-1, e não apenas agonista de GLP-1. Benefícios cardiovasculares devem ser atribuídos à evidência específica de cada medicamento, sem tratar toda a classe como idêntica. Sulfonilureia e insulina favorecem ganho de peso e hipoglicemia; pioglitazona também pode aumentar peso e edema. Albuminúria precisa de confirmação e pode reforçar a consideração de SGLT2, opção não oferecida no enunciado.

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

Questão 26 - Betalactâmico em infusão prolongada

Gabarito oficial: B

26. Um paciente com choque séptico está em tratamento com piperacilina-tazobactam 4g/0,5g, atualmente administrada em infusão intermitente (30 min a cada 6 horas). Considerando a necessidade de otimizar a eficácia antimicrobiana, a equipe propõe a administração em infusão prolongada ou contínua. Essa estratégia tem como principal fundamento farmacodinâmico:

- a** aumentar o pico sérico (C_{max}) em relação à CIM, melhorando a atividade bactericida.
- b** maximizar a fração do tempo em que a concentração plasmática do fármaco permanece acima da CIM ($fT > CIM$).
- c** reduzir o volume de distribuição e, com isso, melhorar a biodisponibilidade tecidual.
- d** aumentar o clearance do antibiótico, reduzindo o risco de efeitos adversos.
- e** favorecer a concentração intracelular para atuação contra patógenos intracitoplasmáticos.

Comentário OsceLabs

A atividade dos betalactâmicos depende do tempo em que a concentração livre permanece acima da concentração inibitória mínima: $fT > CIM$, alternativa B. Prolongar a infusão pode melhorar essa exposição em pacientes críticos. Não se busca principalmente elevar o pico, aumentar clearance ou mudar o volume de distribuição. O regime exige dose inicial adequada, ajuste à função renal, estabilidade da solução e avaliação microbiológica. Otimizar a infusão não compensa resistência sem atividade do fármaco nem substitui controle do foco.

Referência: Surviving Sepsis Campaign. Guidelines, 2021.

Questão 27 - Acinetobacter resistente: uso criterioso de cefiderocol

Gabarito oficial: B

27. Um homem de 72 anos, em pós-operatório de colectomia esquerda, internado há 28 dias em UTI em ventilação mecânica. Evolui com febre, hipotensão e secreção purulenta traqueal. A cultura de aspirado traqueal colhida há 48h revelou *Acinetobacter Baumannii* Carbapenem-resistente, produtor de OXA-23. Ele está em uso de colistina + meropenem há 5 dias, com piora clínica e aumento da creatinina. A equipe considera o uso de antibióticos de última geração. Em relação às opções disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a** Taniborbactam associado a cefepime tem excelente ação contra OXA-23 e deve substituir colistina.
- b** Cefiderocol pode ser considerado, pois mantém atividade contra *Acinetobacter* produtor de OXA-23, mesmo após falha de colistina.
- c** Taniborbactam é ativo contra todas as classes de carbapenemases, incluindo metalo- β -lactamases e oxacilinases.
- d** Cefiderocol deve ser evitado em infecções pulmonares por *Acinetobacter* devido a falha demonstrada em poucos estudos clínicos.
- e** A melhor abordagem é manter colistina associada a meropenem em dose estendida, pois nenhum antibiótico moderno cobre OXA-23 de forma segura.

Comentário OsceLabs

B é a opção defensável: cefiderocol pode manter atividade contra isolados produtores de OXA-23, mas isso deve ser confirmado por teste de sensibilidade. Não é uma troca automática nem garantia de sucesso. A IDSA recomenda cautela no *Acinetobacter* resistente a carbapenêmicos, reservando cefiderocol a situações selecionadas, geralmente em combinação; esquemas com sulbactam, especialmente sulbactam-durlobactam quando disponível, têm prioridade. Estudos identificaram sinal de maior mortalidade em determinados grupos tratados com cefiderocol. Nefrotoxicidade e falha clínica tornam inadequado apenas insistir no esquema atual sem reavaliação.

Referência: IDSA. Guidance on the Treatment of Antimicrobial Resistant Gram-Negative Infections, atualização de 30/07/2026

Questão 28 · Fratura por fragilidade define alto risco

Gabarito oficial: D

28. Sobre o manejo farmacológico da osteoporose, analise os casos a seguir e assinale a alternativa em que há indicação correta de iniciar terapia específica para osteoporose.

- a** Mulher, 55 anos, menopausa há 3 anos, T-score de $-1,0$ na coluna lombar, FRAX com risco de fratura maior de 8% e de fratura de quadril de 1,5%. O médico indica ácido zoledrônico anual como estratégia preventiva precoce.
- b** Homem, 60 anos, T-score de $-2,0$ em colo femoral, sem fraturas prévias, porém com deficiência de vitamina D (17 ng/mL) e hiperparatireoidismo secundário. O médico inicia alendronato imediatamente na mesma consulta.
- c** Mulher, 48 anos, artrite reumatoide em uso de prednisona 10 mg/dia há 5 anos, T-score de $-2,3$ no fêmur e sem fraturas prévias. O médico decide apenas suplementar cálcio e vitamina D e reavaliar densitometria em 1 ano.
- d** Mulher, 72 anos, T-score de $-2,4$ na coluna lombar e fratura vertebral por fragilidade documentada por radiografia. A equipe inicia terapia com bisfosfonato ou anabólico, além de correção de vitamina D e cálcio.
- e** Homem, 59 anos, DMO com T-score $-2,1$, fratura de quadril há 3 anos e doença renal crônica em estágio 5 em hemodiálise. É iniciado alendronato semanal, pois não há contraindicação em estágio avançado de doença renal.

Comentário OsceLabs

Fratura vertebral por fragilidade justifica terapia para osteoporose mesmo quando o T-score é maior que $-2,5$: D. A escolha entre antirreabsortivo e anabólico depende do risco, de fraturas recentes ou múltiplas e de contraindicações. Na opção C, corticoterapia prolongada demanda estratificação e possível tratamento, não apenas vitaminas. Hipovitaminose D e causas secundárias devem ser corrigidas. Bisfosfonato oral não é prescrição automática em diálise: doença mineral e óssea da DRC exige avaliação especializada.

Referência: Ministério da Saúde. PCDT da Osteoporose — anexo atualizado em 2026

Questão 29 - Vasculite crioglobulinêmica associada ao HCV

Gabarito oficial: D

29. Uma mulher de 52 anos é internada com insuficiência renal aguda rapidamente progressiva, acompanhada de artralgias, púrpura palpável em membros inferiores e fadiga intensa há duas semanas. Relata também parestesia distal, episódios de fenômeno de Raynaud no inverno e uma história de hepatite C crônica tratada irregularmente. Ao exame físico, apresenta PA 160/100 mmHg sem sinais pulmonares relevantes. Abdome sem hepatoesplenomegalia. Presença de púrpuras não trombocitopênicas nas pernas. Exames laboratoriais: creatinina: 3,1mg/dL; C4: indetectável; C3: baixo; Fatores reumatóides e FAN: negativos; Anti-dsDNA: negativo; ANCA: negativo; PCR: elevada; Anti-HCV positivo. Exame de urina: hemácias dismórficas, proteinúria 2g/24h. A biópsia renal revela: Glomerulonefrite membranoproliferativa com hiperplasia e depósitos subendoteliais. Imunofluorescência: IgM e C3 em padrão granular, além de depósitos de C1q, formando aspecto "em mosaico" (pseudoclobetas); presença de trombos intraluminais PAS-positivos compatíveis com crioclobos. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a** Glomerulonefrite lúpica classe IV.
- b** Granulomatose com poliangiite.
- c** Granulomatose eosinofílica com poliangiite.
- d** Crioglobulinemia mista associada ao HCV.
- e** Glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Comentário OsceLabs

Hepatite C, púrpura, neuropatia, consumo acentuado de C4 e padrão membranoproliferativo com depósitos e pseudotrombos favorecem crioglobulinemia mista: D. Fator reumatoide negativo não exclui o diagnóstico. Vasculites associadas a ANCA costumam causar glomerulonefrite pauci-imune, enquanto aqui há depósitos de imunocomplexos. O quadro renal rapidamente progressivo exige investigação e tratamento especializado urgentes, com pesquisa de crioglobulinas em coleta corretamente acondicionada e avaliação da atividade viral. Anti-HCV isolado não demonstra viremia atual.

Referência: KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Hepatitis C in CKD

Questão 30 · Hipertermia maligna

Gabarito oficial: B

30. Uma mulher de 34 anos, previamente saudável, é submetida a colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral com sevoflurano e succinilcolina. Cerca de 30 minutos após o término do procedimento, ainda na sala de recuperação anestésica, desenvolve taquicardia (160 bpm), hipertensão inicial seguida de hipotensão (70/40 mmHg), rigidez generalizada e temperatura central de 40,5°C. O anestesista relata aumento progressivo e inexplicado da concentração máxima de CO₂ exalada ao final da expiração e corresponde (ETCO₂) intraoperatório. A gasometria arterial e exames mostram: pH- 7.10; PaCO₂- 75mmHg; PaO₂- 103mmHg; HCO₃⁻- 13mEq/L; Lactato- 8,1 mmol/L; CPK- 9.500U/L e K⁺ 7,8 mEq/L. ECG demonstra QRS largo, ondas T apiculadas e extrassístoles ventriculares. A equipe se prepara para intubação de resgate e administração de gluconato de cálcio para estabilização de membrana. A próxima conduta prioritária que realmente muda a fisiopatologia do quadro, é:

- a** Gluconato de cálcio endovenoso.
- b** Dantrolene endovenoso.
- c** Bicarbonato de sódio em bolo endovenoso.
- d** Adrenalina em infusão contínua.
- e** Dipirona em infusão contínua.

Comentário OsceLabs

Exposição a anestésico volátil e succinilcolina, elevação inexplicada de CO₂, rigidez, acidose e hipercalemia caracterizam forte suspeita de hipertermia maligna. Dantrolene intravenoso é a terapia específica, B, em paralelo à suspensão dos desencadeantes, oxigênio a 100%, resfriamento e tratamento das complicações. A dose inicial recomendada é 2,5 mg/kg, repetida conforme resposta e protocolo. Cálcio pode estabilizar a membrana na hipercalemia, mas não interrompe a liberação muscular descontrolada de cálcio. Antitérmico e bicarbonato não substituem dantrolene.

Referência: MHAUS. Managing a malignant hyperthermia crisis

Questão 31 · DPOC: ressalva sobre a terapia tripla

Gabarito oficial: D

31. Um homem de 58 anos, pedreiro, com exposição a tabaco por 35 maços-ano e exposição ocupacional a poeiras, relata dispneia progressiva há 2 anos e duas exacerbações nos últimos 12 meses, sendo uma com necessidade de corticoide sistêmico. Ao exame físico, apresenta tórax em barril, murmúrio vesicular globalmente diminuído e expiração prolongada. A espirometria pós-broncodilatador mostrou: $VEF_1/CVF = 0,62$; $VEF_1 = 48\%$ do previsto; DLCO reduzido. Na avaliação de sintomas e risco, apresenta mMRC = 3 e duas exacerbações no último ano, sendo uma grave. O paciente relata que usa LAMA isolado, mas mantém sintomas importantes. A conduta mais adequada segundo as recomendações GOLD 2024–2025, é:

- a** aumentar a dose do LAMA isolado.
- b** manter LAMA e iniciar corticoterapia inalatória isolada.
- c** iniciar associação LABA + LAMA.
- d** iniciar LABA + LAMA + ICS (“terapia tripla”).
- e** solicitar TC de alta resolução antes de alterar a terapêutica.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo é D, mas o enunciado não informa eosinófilos nem asma concomitante, dados importantes para indicar corticoide inalatório. No GOLD, sintomas ou exacerbações sob monoterapia geralmente direcionam a LABA + LAMA; terapia tripla é favorecida por perfil eosinofílico e contexto de exacerbações. VEF_1 baixo, isoladamente, não é indicação de corticoide inalatório. Assim, a marcação oficial deve ser preservada sem transformá-la em escalada automática para todo paciente semelhante. Também se revisam técnica inalatória, adesão, tabagismo, vacinação e reabilitação.

Referência: GOLD. Pocket Guide to COPD, 2026.

Questão 32 - Fórmula de Winter e distúrbio misto

Gabarito oficial: E

32. Um homem de 82 anos, previamente hígido, é admitido no pronto socorro com história de diarreia profusa há 5 dias, redução da ingesta hídrica e piora progressiva do estado mental. A família nega uso de diuréticos, vômitos ou doenças prévias. Ao exame: sonolento, hipoperfundido, respiração rápida e superficial, PA 90/58 mmHg, FC 112 bpm, FR 26 irpm, pulsos finos. Exame neurológico sem sinais focais. Exames na admissão: Gasometria arterial em ar ambiente: pH = 7,21; PaCO₂ = 38mmHg; PaO₂ = 85mmHg; HCO₃⁻ = 14 mEq/L; BE = -12; Lactato = 2,8 mmol/L; Na⁺ = 140 mEq/L; Cl⁻ = 107 mEq/L. A interpretação mais provável do distúrbio acidobásico, neste caso, é:

- a** acidose metabólica pura, com compensação respiratória adequada segundo Winter.
- b** distúrbio misto com acidose metabólica e alcalose metabólica.
- c** acidose metabólica com alcalose respiratória compensatória.
- d** distúrbio misto com acidose metabólica e alcalose respiratória.
- e** acidose metabólica com acidose respiratória associada.

Comentário OsceLabs

Há acidemia com bicarbonato baixo, indicando acidose metabólica. Pela fórmula de Winter, a PaCO₂ esperada é $1,5 \times 14 + 8 = 29$ mmHg, com margem aproximada de dois. A PaCO₂ medida, 38, está acima do esperado: existe acidose respiratória associada, E. Uma PaCO₂ dentro do intervalo laboratorial habitual pode ser inadequada para a compensação de uma acidose metabólica. O ânion gap calculado, sem correção por albumina, é $140 - 107 - 14 = 19$; perdas digestivas e hipoperfusão podem coexistir.

Referência: [Diagnosis and management of metabolic acidosis: guidelines from a French expert panel.](#)

Questão 33 · Lombalgia inflamatória

Gabarito oficial: B

33. Em qual das situações clínicas abaixo o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (EA) deve ser mais fortemente considerado?

- a** Homem de 27 anos com dor lombar baixa intermitente há 8 anos, piora ao caminhar longas distâncias e melhora em repouso; exame físico sem limitação de mobilidade.
- b** Homem de 30 anos com dor lombar insidiosa há 6 anos, rigidez matinal por > 1h, acorda à noite por dor lombar e relata melhora importante com prática regular de atividade física; refere episódios recorrentes de dor glútea alternante.
- c** Homem de 45 anos com dor lombar contínua há 4 anos, irradiando para face posterior da coxa, piora ao sentar e melhora com repouso e analgésicos simples; teste de Lasègue positivo.
- d** Homem de 34 anos com dor lombar leve e recorrente há 10 anos, agora com episódio abrupto de dor intensa e incapacidade de movimentar o hálux direito após carregar peso.
- e** Mulher de 28 anos com dor lombar leve e recorrente há 2 anos, agora com episódio abrupto de dor intensa e incapacidade de movimentar o pé direito após carregar peso.

Comentário OsceLabs

Início antes dos quarenta anos, instalação insidiosa, rigidez prolongada, dor noturna, melhora com exercício e dor glútea alternante favorecem espondiloartrite axial: B. São indícios para investigar, não confirmação isolada de espondilite anquilosante radiográfica. Dor mecânica costuma piorar com esforço e melhorar com repouso. Irradiação radicular e déficit motor agudo sugerem outra investigação; pé caído é sinal que exige atenção. História de uveíte, psoríase, doença inflamatória intestinal e antecedentes familiares complementa a avaliação.

Referência: ASAS-EULAR recommendations for management of axial spondyloarthritis: 2022 update

Questão 34 · Envelhecimento das fibras musculares

Gabarito oficial: A

34. A sarcopenia e o envelhecimento muscular estão associados a alterações estruturais e funcionais das fibras musculares esqueléticas. Considerando os efeitos do envelhecimento sobre os diferentes tipos de fibras. A alternativa que descreve corretamente a mudança predominante observada na musculatura de idosos, é:

- a** aumento proporcional de fibras do tipo I (oxidativas) com redução seletiva de fibras do tipo II (rápidas).
- b** aumento predominante de fibras do tipo II, com redução da densidade de fibras tipo I.
- c** redução isolada do diâmetro das fibras do tipo I com preservação das fibras tipo II.
- d** aumento absoluto do número de fibras I e II devido à hiperplasia compensatória.
- e** conversão predominante de fibras tipo I em fibras tipo II com perda de resistência muscular.

Comentário OsceLabs

O envelhecimento associa-se a perda e atrofia preferencial de fibras rápidas tipo II, levando a aumento relativo da participação das fibras tipo I: A. A proporção maior de fibras lentas não significa aumento absoluto de sua quantidade. Isso ajuda a explicar perda de potência e dificuldade em tarefas como levantar rapidamente. Sarcopenia, porém, não é diagnosticada por essa descrição histológica: força reduzida orienta a suspeita, quantidade/qualidade muscular confirma e desempenho físico informa gravidade. Exercício resistido e avaliação nutricional integram o cuidado.

Referência: Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis.

Questão 35 · DRESS por carbamazepina

Gabarito oficial: C

35. Um homem de 42 anos, previamente hígido, iniciou carbamazepina há 6 semanas para neuralgia do trigêmeo. Apresenta quadro progressivo de febre alta, mal-estar, edema facial e exantema morbiliforme difuso com áreas de descamação. Ao exame, há linfadenomegalia generalizada, icterícia leve e acometimento de mucosa oral. Não há lesões alvo típicas. O descolamento epidérmico envolve < 5% da superfície corporal. Laboratório: Eosinófilos: 2.800/mm³; Transaminases: ALT 320 U/L / AST 220 U/L; Creatinina: normal; DHL: aumentada; VHS e PCR elevados; IgE: aumentada; Sorologias virais negativas, PCR para HHV-6 positivo. Biópsia de pele: dermatite interface com infiltrado linfocitário e eosinofílico. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a** Síndrome de Stevens-Johnson associado a reação exantemática simples.
- b** NET (Necrólise Epidérmica Tóxica) precoce com envolvimento sistêmico.
- c** Síndrome DRESS induzida por carbamazepina com reativação viral.
- d** Eritema multiforme maior secundário a infecção herpética.
- e** Reação exantemática simples por hipersensibilidade tardia.

Comentário OsceLabs

A latência de seis semanas, exantema, edema facial, linfonodomegalia, eosinofilia e hepatite sustentam DRESS, C. Reativação de HHV-6 pode acompanhar o quadro, mas não é requisito universal para reconhecê-lo. Exantema simples não explica adequadamente o acometimento sistêmico. Stevens-Johnson e necrólise epidérmica têm padrão de necrose/descolamento e mucosite característico; a avaliação não se resume ao percentual de pele. Suspender prontamente o fármaco suspeito e avaliar órgãos envolvidos é essencial; o tratamento sistêmico depende da gravidade.

Referência: Management of Adult Patients With Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms: A Delphi-Based International Consensus.

Questão 36 - Anafilaxia pode ocorrer sem urticária

Gabarito oficial: A

36. Um homem de 56 anos, hipertenso em uso de enalapril há 4 anos, apresenta edema súbito de lábios e glote, estridor, dificuldade respiratória e sensação de “morte iminente” minutos após ingerir camarão durante uma confraternização. Ao chegar ao pronto-socorro, encontra-se ansioso, com fala incompreensível, sialorreia, PA- 90/50mmHg, FC- 128 bpm, SatO₂ 88% em ar ambiente, sem urticária visível. Não há história prévia de alergias. O médico plantonista questiona se o quadro pode ser angioedema bradicinérgico ou anafilaxia. A conduta inicial mais apropriada, neste caso, é:

- a** administrar adrenalina IM imediatamente na face anterolateral da coxa, mesmo na ausência de urticária.
- b** iniciar adrenalina EV em infusão lenta após pré-tratamento com anti-histamínicos.
- c** administrar icatibanto ou concentrado de C1 esterase antes de considerar adrenalina.
- d** administrar apenas anti-histamínico e corticoide, pois a ausência de urticária sugere angioedema bradicinérgico.
- e** indicar intubação orotraqueal imediata antes de qualquer outra medida terapêutica.

Comentário OsceLabs

Comprometimento respiratório e hipotensão logo após alimento suspeito exigem tratar anafilaxia com adrenalina intramuscular imediatamente, A, mesmo sem urticária. Oxigênio, posicionamento, acesso venoso e equipe experiente para via aérea são medidas simultâneas; não se deve esperar o efeito de anti-histamínico ou corticoide. O enalapril permite considerar angioedema bradicinérgico, mas não justifica atrasar adrenalina diante desse quadro. Estridor, sialorreia e alteração da voz sinalizam ameaça de via aérea e exigem preparação precoce para intervenção.

Referência: World allergy organization anaphylaxis guidance 2020.

Questão 37 · CYP2C19 e falha de clopidogrel

Gabarito oficial: A

37. Um homem de 58 anos, com IAM prévio tratado com angioplastia há 3 meses, está em uso de AAS + clopidogrel + atorvastatina. Mantém estilo de vida adequado, sem sangramentos ou efeitos adversos. Contudo, retorna ao pronto-socorro com dor torácica e nova elevação de troponina. A cineangiografia revela trombose do stent, apesar da adesão medicamentosa. Foi solicitada avaliação farmacogenômica de rotina pós-evento, revelando: CYP2C19 2 / 2 Lof (loss-of-function, metabolizador pobre); SLCO1B1 c.521CC (alto risco de miopatia com estatinas). Genótipo normal para CES1, ABCB1 e CYP3A4. A conduta mais adequada para reduzir o risco de novo evento trombótico, considerando o perfil farmacogenético, é:

- a** substituir clopidogrel por prasugrel ou ticagrelor devido à ineficácia mediada por CYP2C19.
- b** manter clopidogrel e aumentar a dose, para 150mg/fis.
- c** suspender a dupla antiagregação e introduzir anticoagulação plena com rivaroxabana.
- d** trocar atorvastatina por rosuvastatina devido ao genótipo SLCO1B1.
- e** suspender estatina e manter apenas antiagregação até completar 12 meses pós-IAM.

Comentário OsceLabs

Clopidogrel necessita de bioativação, prejudicada em metabolizadores pobres de CYP2C19. A alternativa A troca para um inibidor de P2Y12 não dependente dessa ativação, se não houver contraindicação. Aumentar empiricamente a dose não é a estratégia preferida nesse perfil. Prasugrel exige atenção, entre outras condições, a AVC/AIT prévios. SLCO1B1 influencia risco muscular de estatinas, mas não explica diretamente a trombose do stent nem justifica suspender proteção lipídica sem avaliação. O evento agudo também exige abordagem cardiológica imediata e investigação de causas mecânicas.

Referência: Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline for CYP2C19 Genotype and Clopidogrel Therapy: 2022 Update.

Questão 38 - BRCA1: vigilância e redução de risco

Gabarito oficial: B

38. Uma mulher de 35 anos, sem comorbidades, procura aconselhamento genético após sua irmã de 38 anos receber diagnóstico de câncer de mama triplo-negativo. Sua mãe faleceu aos 44 anos por câncer de ovário seroso de alto grau. A paciente não possui filhos e ainda não realizou mamografia. O painel de NGS revelou uma variante patogênica em BRCA1. Exames físicos e laboratoriais são normais. Com base no risco genético e nas evidências disponíveis. A estratégia abaixo mais adequada neste momento, é:

- a** acompanhar anualmente apenas com mamografia a partir dos 40 anos.
- b** recomendar Ressonância Mamária com contraste anual a partir de agora e considerar salpingooforectomia redutora a partir dos 35–40 anos.
- c** iniciar quimioprevenção com tamoxifeno imediatamente, pois reduz câncer de mama associado a BRCA1.
- d** solicitar PET-CT anual como estratégia de rastreamento em portadoras de BRCA.
- e** realizar mastectomia bilateral preventiva obrigatória antes dos 35 anos, independentemente de preferência da paciente.

Comentário OsceLabs

B é a melhor opção: aos 35 anos, a portadora de BRCA1 já deve estar em vigilância intensificada, com ressonância anual; em geral, mamografia também integra o programa nessa idade. Salpingooforectomia redutora de risco é discutida usualmente aos 35–40 anos, considerando conclusão dos planos reprodutivos, menopausa cirúrgica e preferências. Não se impõe mastectomia profilática. PET-CT não é exame de rastreamento de rotina. A evidência de tamoxifeno não autoriza apresentá-lo como substituto universal dessas estratégias em BRCA1.

Referência: NCI. BRCA gene changes: cancer risk and genetic testing

Referência: NICE NG241. Ovarian cancer: identifying and managing familial and genetic risk

Questão 39 - Alcaçuz e excesso mineralocorticoide aparente

Gabarito oficial: E

39. Você está atendendo no pronto-socorro em uma manhã de segunda-feira quando é chamada para avaliar uma paciente de 51 anos com fraqueza muscular e picos hipertensivos. Relata que nos últimos dias tem sentido "tremores", cansaço intenso e câibras nas pernas, piorando progressivamente. Refere dificuldade para controlar a pressão arterial nas últimas semanas, mesmo utilizando corretamente losartana 100 mg/dia. Também é diabética tipo 2, em uso regular de metformina 1 g/dia. A pressão arterial na admissão era 180 × 110 mmHg. Exames colhidos na triagem: potássio: 2,5 mEq/L; sódio: 143mEq/L; HCO₃: 32mEq/L; pH arterial: 7,49; creatinina: 0,8 mg/dL. Ao explorar hábitos, menciona que há 2 meses passou a consumir diariamente 15 balas dietéticas para controlar a vontade de comer doces. Quando questionada especificamente, informa que o rótulo menciona "extrato de alcaçuz". Ela também tomou naproxeno 250 mg 12/12h por 3 dias devido à lombalgia, não usa diuréticos. O diagnóstico ou mecanismo mais provável para explicar o quadro da paciente, é:

- a** Hipocalemia e hipertensão secundárias ao uso recente de AINE.
- b** Hipocalemia induzida pela losartana.
- c** Hiperaldosteronismo primário.
- d** efeito adverso metabólico da anlodipina.
- e** Pseudohiperaldosteronismo por ingestão crônica de alcaçuz (glicirrizina).

Comentário OsceLabs

Glicirrizina do alcaçuz inibe a enzima 11β-HSD2, permitindo maior ação do cortisol no receptor mineralocorticoide. O resultado pode ser hipertensão, hipocalemia e alcalose metabólica, E, geralmente com renina e aldosterona suprimidas. Não é hiperaldosteronismo primário. Losartana e anti-inflamatórios tendem a outros efeitos sobre potássio e não explicam tão bem a combinação e a exposição descritas. Suspender o produto e corrigir a hipocalemia com avaliação eletrocardiográfica e monitoramento é necessário; potássio de 2,5 mEq/L pode causar complicações graves.

Referência: NCCIH. Licorice root — safety and clinical effects

Questão 40 · Queiroartropatia diabética

Gabarito oficial: C

40. Um homem de 58 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 18 anos, chega ao ambulatório relatando rigidez progressiva das mãos nos últimos 5 meses, dificultando abotoar camisas e manusear pequenos objetos. Refere uso irregular das medicações, HbA1c de 11% e história de neuropatia periférica sensitiva. No exame físico, ao ser solicitado que una as palmas das mãos em posição de prece, observa-se incapacidade de encostar completamente as superfícies das palmas e dos dedos, mantendo um espaço residual entre as mãos. Há pele espessada no dorso dos dedos. Reflexos presentes e sem déficit motor evidente. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a** Esclerose lateral amiotrófica.
- b** Síndrome de Dupuytren.
- c** Artropatia diabética da mão.
- d** Artrite reumatoide inicial.
- e** Neuropatia periférica diabética motora.

Comentário OsceLabs

Limitação da mobilidade articular das mãos, pele espessada e sinal da prece positivo em diabetes de longa duração favorecem queiroartropatia diabética, C. A contratura de Dupuytren costuma apresentar nódulos/cordões palmares e flexão de dedos específicos; pode coexistir, mas não é a melhor explicação global. Neuropatia motora e esclerose lateral amiotrófica não explicam o padrão cutâneo-articular. Otimização do diabetes, avaliação funcional e exercícios orientados compõem a abordagem, sem prometer reversão imediata de alterações crônicas.

Referência: [Limited joint mobility in diabetes mellitus.](#)

Questão 41 · Local de drenagem torácica

Gabarito oficial: D

41. Durante atendimento a um paciente politraumatizado, foi identificado desconforto respiratório moderado, FR 30, sat O₂ 93% em ar ambiente. No exame físico, possuía expansão torácica assimétrica e murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Diante da necessidade de uma drenagem torácica, o melhor local para a inserção do dreno, é:

- a** no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda.
- b** no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda.
- c** no 5º espaço intercostal na linha axilar média à direita .
- d** no 5º espaço intercostal na linha axilar média à esquerda.
- e** no 3º espaço intercostal na linha axilar média à direita.

Comentário OsceLabs

O hemitórax afetado é o esquerdo. Entre as opções, o quinto espaço intercostal na região axilar média esquerda corresponde ao sítio apropriado, D, dentro da área de segurança e conforme avaliação anatômica. A entrada deve respeitar a borda superior da costela inferior para reduzir lesão do feixe neurovascular. Segundo espaço hemiclavicular é referência histórica para algumas técnicas de descompressão, não o sítio habitual do dreno. Não se deve confundir lado da lesão nem introduzir o dispositivo excessivamente baixo, arriscando órgãos abdominais.

Referência: [WSES-AAST. Thoracic trauma guidelines, 2025.](#)

Questão 42 · Questão anulada: incisões abdominais**Gabarito oficial: ANULADA**

42. Paciente previamente hígido, 45 anos, comparece ao pronto socorro com queixa de dor difusa abdominal, vômitos, diarreia e mal estar iniciados há 1 dia. Durante o exame físico, percebe-se a presença de uma cicatriz abdominal devido uma cirurgia eletiva prévia de colecistectomia aberta. O nome e a localização desse tipo de incisão é:

- a** incisão de Rockey-Davis, localizada transversalmente em fossa ilíaca direita.
- b** incisão de Kocher, localizada obliquamente em região de hipocôndrio esquerdo.
- c** incisão de Mcburney, localizada obliquamente em região de fossa ilíaca direita.
- d** incisão mediana, localizada em epigástrico.
- e** incisão de Kocher, localizada obliquamente em região subcostal direita.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo anulou a questão, e esse status prevalece. Para revisão anatômica, a incisão de Kocher subcostal direita é uma via clássica de colecistectomia aberta; McBurney e Rockey-Davis são associadas ao acesso da fossa ilíaca direita. Entretanto, a cirurgia realizada não permite afirmar que todo paciente tenha a mesma incisão, pois outras vias podem ser utilizadas. Não se deve inventar o motivo da anulação nem substituir a decisão oficial por E apenas por reconhecer a associação clássica.

Referência: WSES 2020 guidelines: acute calculus cholecystitis

Questão 43 · Pressão sobre proeminências ósseas

Gabarito oficial: B

43. A internação prolongada de pacientes graves em leitos de UTI pode aumentar o risco de lesões cutâneas relacionadas ao aumento da pressão nos tecidos de certas áreas do corpo a depender da posição do paciente. O local mais frequente para o surgimento dessas lesões, relacionando com a posição do paciente é:

- a** região sacral, quando paciente permanece mais tempo em decúbito lateral.
- b** região trocantérica, quando paciente permanece em decúbito lateral.
- c** região occipital, quando paciente se encontra em posição prona.
- d** região da face, quando paciente fica em decúbito dorsal.
- e** região do ísquio, quando paciente permanece em posição prona.

Comentário OsceLabs

Em decúbito lateral, a região trocantérica recebe pressão importante, fazendo de B a associação correta. Decúbito dorsal aumenta exposição de sacro, calcâneos e occipital; posição prona, de face e outras superfícies anteriores. Distribuição do risco depende também de dispositivos, perfusão, mobilidade e superfície de apoio. Mudança de posição deve ser individualizada e associada a inspeção da pele, manejo da umidade e suporte nutricional; um intervalo fixo isolado não garante prevenção.

Referência: NICE CG179. Pressure ulcers: prevention and management

Questão 44 - Questão anulada: fases da cicatrização

Gabarito oficial: ANULADA

44. Você atende um paciente que sofreu corte contuso em região da perna em uma barra de ferro acidentalmente. Após limpeza local, anestesia e sutura você o libera para casa com algumas orientações. Isso o faz lembrar no plantão sobre o processo de cicatrização de feridas, então discute com o outro colega plantonista sobre as etapas desse processo. Assim, é correto afirmar que:

- a** a fase proliferativa, que se inicia por volta do terceiro dia após a lesão, é caracterizada pela intensa atividade fagocitária dos macrófagos, que causam o desbridamento da ferida.
- b** a fase inflamatória é a fase inicial, dura cerca de 1 a 6 dias e é responsável pelo processo de hemostasia e quimiotaxia dos leucócitos.
- c** a fase de remodelação tem início por volta da segunda semana e apresenta intensa angiogênese e início da produção de colágeno tipo I.
- d** a fase de maturação caracteriza o final do processo da cicatrização, que pode durar cerca de um ano e é responsável pela substituição de colágeno tipo I em tipo III.
- e** na fase de proliferação, as principais células presentes na ferida são os miofibroblastos que são responsáveis pelo processo de contração da ferida.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Hemostasia, inflamação, proliferação e remodelamento se sobrepõem, e limites em dias variam conforme a ferida. Fibroplasia, angiogênese e reepitelização caracterizam a fase proliferativa; miofibroblastos participam da contração. No remodelamento, colágeno tipo III inicial é progressivamente substituído por maior proporção de tipo I, e não o inverso. Macrófagos atuam na limpeza e na sinalização de reparo. Essas relações permitem estudar o processo sem atribuir uma resposta oficial inexistente.

Referência: Wound repair and regeneration: mechanisms, signaling, and translation.

Questão 45 · Questão anulada: irrigação do reto

Gabarito oficial: ANULADA

45. A artéria retal média tem origem na artéria:

- a** mesentérica superior
- b** sigmoideana
- c** sacral média
- d** mesentérica inferior
- e** ilíaca interna

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo anulou esta questão. A artéria retal média é classicamente ramo da ilíaca interna ou de ramos derivados dela, com variação anatômica considerável; a retal superior vem da mesentérica inferior e a inferior, da pudenda interna. Reconhecer essas relações não autoriza alterar o status oficial para E. A presença, o número e a origem dos ramos médios podem variar, aspecto relevante para cirurgia pélvica e interpretação de descrições anatômicas simplificadas.

Referência: The Middle Rectal Artery: Revisited Anatomy and Surgical Implications of a Neglected Blood Vessel.

Questão 46 · Via aérea definitiva

Gabarito oficial: C

46. O que define a via aérea definitiva?

- a** cateter nasal de oxigênio.
- b** ventilação com máscara laríngea.
- c** tubo posicionado na traqueia com cuff insuflado.
- d** ventilação com máscara de oxigênio em 15l.
- e** tubo posicionado na faringe com cuff insuflado.

Comentário OsceLabs

A alternativa C contém o elemento central: tubo na traqueia com balonete insuflado. Na prática, é indispensável confirmar a posição, preferencialmente com capnografia de onda, fixar o dispositivo e assegurar ventilação e oxigenação. Um tubo colocado na faringe não protege a via aérea. Máscara laríngea é dispositivo supraglótico útil para resgate, mas não equivale à definição clássica de via aérea definitiva no trauma. Cateter e máscara de oxigênio fornecem oxigênio sem garantir ventilação ou proteção contra aspiração.

Referência: Difficult Airway Society 2025 guidelines for management of unanticipated difficult tracheal intubation in adults.

Questão 47 · Questão anulada: suspeita de lesão uretral**Gabarito oficial: ANULADA**

47. Paciente, FAM, 35 anos, foi levado ao HMS pela equipe do SAMU com relato de acidente de moto X carro. Após avaliação médica foi aventada a possibilidade de trauma de uretra. Sobre o trauma de uretra, assinale a alternativa correta.

- a** Em caso de trauma de uretra deve ser realizada sondagem vesical de demora por profissional experiente.
- b** A fratura de bacia é associada à lesão de uretra membranosa.
- c** A fratura de bacia está relacionada a lesão de uretra peniana.
- d** O exame ideal para diagnóstico de trauma de uretra é a cintilografia renal.
- e** O diagnóstico de trauma de uretra é feito com radiografia de pelve.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Fratura pélvica pode acompanhar lesão de uretra posterior, particularmente região membranosa. Diante de sangue no meato ou outros sinais sugestivos, evita-se sondagem cega e repetida; no homem, uretrografia retrógrada é exame central, com avaliação urológica e estratégia de drenagem. Radiografia da bacia não demonstra diretamente a integridade uretral e cintilografia renal não é o teste indicado. Tentativas específicas de cateterização podem ser feitas em contextos selecionados por equipe experiente, não como regra para todo trauma suspeito.

Referência: EAU. Urological trauma — guideline

Questão 48 · Questão anulada: resposta verbal no Glasgow**Gabarito oficial: ANULADA**

48. Paciente vítima de acidente de trânsito moto X carreta apresentou traumatismo craniano. Na avaliação do ATLS na escala de coma de glasgow (ECG) estava apresentando abertura ocular ao comando de voz, emitindo sons inaudíveis, localiza a dor na resposta motora e pupilas isofotorreagentes. A pontuação da ECG deste paciente é:

- a** 13
- b** 8
- c** 7
- d** 9
- e** 10

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo registra anulação. Abertura ocular à voz vale 3 e localização do estímulo doloroso vale 5. Se houvesse sons incompreensíveis, a resposta verbal seria 2, totalizando 10; ausência de resposta verbal valeria 1, totalizando 9. O termo 'inaudíveis' não deve ser silenciosamente corrigido para escolher uma letra. Pupilas reativas não acrescentam pontos ao Glasgow convencional; no Glasgow-P, a pontuação pupilar tem regra própria. Registrar E, V e M separadamente torna a avaliação mais clara.

Referência: University of Glasgow. Glasgow Coma Scale — assessment

Questão 49 • Pneumotórax hipertensivo

Gabarito oficial: B

49. Vítima de acidente moto X moto dá entrada no hospital municipal de Santarém apresentando ao exame físico hipertimpanismo em hemitórax direito e hipotensão. A conduta a ser tomada neste caso é:

- a** intubação orotraqueal imediata.
- b** inserção de Jelco calibroso em 5º espaço intercostal ligeiramente anterior à linha axilar média do hemitórax direito e hipotensão direito.
- c** toracotomia exploradora.
- d** curativo em 3 pontos.
- e** ventilação com máscara de oxigênio em 15l.

Comentário OsceLabs

Hipertimpanismo unilateral e hipotensão após trauma sugerem pneumotórax hipertensivo. A descompressão imediata do hemitórax direito, B, não deve aguardar imagem. Punção ou toracostomia digital dependem do ambiente e da competência da equipe, seguidas de drenagem definitiva. Oxigênio sozinho não remove a pressão; ventilação positiva antes de descomprimir pode agravar o colapso circulatório. É necessário confirmar resposta, pois cateter curto, dobrado ou obstruído pode falhar. A frase final duplicada da alternativa não altera a necessidade clínica de descompressão.

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

Questão 50 · Questão anulada: manobra de Pringle

Gabarito oficial: ANULADA

50. Paciente vítima de ferimento por arma branca em hipocôndrio direito é submetido a laparotomia exploradora e durante a cirurgia foi identificado sangramento hepático grave. O cirurgião tomou a decisão de realizar uma manobra para bloquear o fluxo sanguíneo hepático. A manobra realizada é:

- a** Mattox
- b** Cattell
- c** C-kocher
- d** Pringle
- e** Whipple

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada no gabarito definitivo. A manobra de Pringle comprime temporariamente o pedículo hepático no ligamento hepatoduodenal, reduzindo o influxo portal e arterial. Persistência de sangramento pode apontar para lesão de veias hepáticas ou cava retro-hepática, que não é controlada por esse bloqueio de influxo. Mattox e Cattell-Braasch são mobilizações viscerais para exposição retroperitoneal; Kocher mobiliza duodeno. Esses conceitos são apresentados para estudo, sem substituir a anulação por uma letra presumida.

Referência: Liver trauma: WSES 2020 guidelines.

Questão 51 · Classes de hemorragia

Gabarito oficial: C

51. Assinale a alternativa correta em relação ao choque.

- a** No choque classe I há uma perda sanguínea aproximada de 20%.
- b** No choque classe II há uma perda sanguínea aproximada de 20 a 35%.
- c** No choque classe III há uma perda sanguínea aproximada de 30 a 40%.
- d** No choque classe IV há uma perda sanguínea aproximada de 35 a 45%.
- e** No choque classe V há uma perda sanguínea aproximada acima de 45%.

Comentário OsceLabs

Na classificação clássica do ATLS, classe III corresponde à estimativa de perda de 30–40% da volemia: C. Classe I é inferior a 15%, II fica aproximadamente entre 15–30% e IV, acima de 40%; não há classe V nessa escala. Os sinais reais variam com idade, medicamentos e reserva fisiológica. A classificação é referência didática, não método preciso de medir perda nem motivo para aguardar uma queda de pressão antes de controlar hemorragia e iniciar ressuscitação adequada.

Referência: [European guideline on major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition](#)

Questão 52 • Superfície corporal queimada

Gabarito oficial: E

52. Paciente vítima de explosão chega ao pronto atendimento com queimaduras de segundo grau nas porções anterior e posterior do tronco e porção anterior dos membros inferiores bilateralmente. Assinale a alternativa que contém a correta porcentagem de superfície corporal queimada segundo a regra contida no ATLS.

- a** 18%
- b** 27%
- c** 36%
- d** 45%
- e** 54%

Comentário OsceLabs

Pela regra dos nove do adulto, tronco anterior soma 18% e posterior, outros 18%. A face anterior de cada membro inferior representa 9%; bilateralmente, 18%. Total: $18 + 18 + 18 = 54\%$, E.

Queimaduras de espessura parcial, como as de segundo grau descritas, entram no cálculo; eritema superficial isolado não. Em crianças, as proporções diferem e é preferível tabela apropriada, como Lund-Browder. A estimativa orienta cuidado inicial, mas líquidos devem ser ajustados à perfusão e à resposta clínica.

Referência: American Burn Association. Burn Patient Referral Guidelines

Questão 53 - FAST negativo não exclui lesão

Gabarito oficial: E

53. Assinale a alternativa correta em relação ao trauma abdominal.

- a** A ausência de hematúria exclui uma lesão no trato genitourinário.
- b** A contraindicação absoluta ao ultrassom FAST é a distensão abdominal devido aos gases.
- c** Uma das vantagens do lavado peritoneal é que ele pode ser repetido para comparações.
- d** A tomografia deve ser feita em pacientes com qualquer nível pressórico se há suspeita de lesão de víscera parenquimatosa.
- e** Um exame de ultrassom FAST negativo não exclui a presença de lesões viscerais.

Comentário OsceLabs

O FAST procura principalmente líquido livre em janelas específicas e pode ser negativo em lesões viscerais, sobretudo precoces, retroperitoneais ou sem hemoperitônio significativo: E. Gases podem limitar a janela, sem constituir contraindicação absoluta. Tomografia exige estabilidade suficiente para transporte e exame; não deve atrasar controle de hemorragia em instável. Ausência de hematúria não exclui toda lesão urinária. Exame clínico seriado e métodos complementares são escolhidos conforme mecanismo, estabilidade e evolução.

Referência: [WSES guidelines on blunt and penetrating bowel injury: diagnosis, investigations, and treatment.](#)

Referência: [EAU. Urological trauma — guideline](#)

Questão 54 · Eletrólitos das secreções digestivas

Gabarito oficial: B

- 54.** Assinale a alternativa correta em relação a composição das secreções orgânicas (em meq/L).
- a** A secreção gástrica contém mais sódio do que cloro.
 - b** A secreção do intestino delgado contém mais sódio do que bicarbonato.
 - c** A secreção dos cólons contém mais bicarbonato do que cloro.
 - d** A secreção do pâncreas contém mais potássio do que bicarbonato.
 - e** A secreção biliar contém mais potássio do que cloro.

Comentário OsceLabs

A alternativa B corresponde à composição habitual da secreção do intestino delgado, com concentração de sódio maior que a de bicarbonato. A secreção gástrica é rica em cloreto; secreções pancreáticas podem ser muito ricas em bicarbonato, enquanto potássio não é o cátion predominante do suco pancreático ou da bile. Concentrações variam com estímulo e segmento, portanto tabelas são aproximações. Ao repor perdas digestivas, deve-se considerar origem, volume, função renal e eletrólitos medidos, sem presumir que toda perda tenha composição idêntica.

Referência: NICE CG174. Intravenous fluid therapy in adults in hospital

Questão 55 • Canal inguinal e cordão espermático

Gabarito oficial: D

55. Assinale a alternativa correta em relação à anatomia da região inguinal.

- a** O canal inguinal se estende da sínfise púbica à espinha ilíaca antero superior.
- b** O anel inguinal interno é superficial e o anel inguinal externo é profundo.
- c** O canal inguinal na mulher contém os vasos epigástricos.
- d** O cordão espermático contém, entre outras estruturas, ramos do músculo cremaster e o ramo genital do nervo genitofemoral.
- e** O cremaster é proveniente de fibras do músculo oblíquo externo.

Comentário OsceLabs

O cordão espermático se relaciona com estruturas cremastéricas e contém o ramo genital do nervo genitofemoral: D. O anel profundo é uma abertura da fáscia transversalis; o superficial fica na aponeurose do oblíquo externo, ao contrário de B. O cremáster deriva principalmente do oblíquo interno. Na mulher, o ligamento redondo percorre o canal; vasos epigástricos inferiores são referência anatômica próxima ao anel profundo, não seu conteúdo característico. O canal não se estende por toda a distância entre sínfise e espinha ilíaca.

Referência: A Radiological Review of the Unusual Contents of Inguinal Region, 2023 — anatomia do canal

Questão 56 · Questão anulada: classificação da ferida operatória

Gabarito oficial: ANULADA

56. Assinale a alternativa correta em relação à infecção cirúrgica.

- a** Uma biópsia de mama é considerada uma cirurgia potencialmente contaminada.
- b** Toda herniorrafia com prótese é uma cirurgia potencialmente contaminada.
- c** A colecistectomia por vídeolaparoscopia é uma cirurgia limpa.
- d** A hemorroidectomia é uma cirurgia suja.
- e** O desbridamento de uma fascíte necrotizante é considerada uma cirurgia contaminada.

Comentário OsceLabs

A questão foi anulada. Biópsia mamária sem infecção e hernioplastia eletiva sem abertura de víscera oca podem ser limpas; a presença de prótese não torna a ferida automaticamente contaminada. Abertura controlada de trato biliar ou digestivo pode caracterizar campo potencialmente contaminado, conforme o contexto. Fascíte necrosante já é infecção estabelecida, enquadrando-se como infectada/suja, não apenas contaminada. A classificação depende do achado e da técnica, não somente do nome da operação.

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

Questão 57 · Gabarito com ressalva: alfafetoproteína

Gabarito oficial: D

57. Sobre os marcadores tumorais é correto afirmar que:

- a** o antígeno carcinoembrionário tem uma sensibilidade de cerca de 90% para a neoplasia de cólon.
- b** o CA 15-3 está relacionado com casos de neoplasia precoce de mama.
- c** o CA 19-9 tem alta sensibilidade e especificidade para a neoplasia de ovário.
- d** a alfafetoproteína tem uma sensibilidade de aproximadamente 98% para a neoplasia hepatocelular.
- e** o antígeno carcinoembrionário é utilizado para diagnóstico da neoplasia coloretal.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo mantém D, mas a sensibilidade de aproximadamente 98% para alfafetoproteína não é sustentada pelas diretrizes de carcinoma hepatocelular. A AFP pode estar normal em pacientes com tumor e elevada em outras condições; não confirma nem exclui o diagnóstico isoladamente. AASLD utiliza ultrassom e AFP na vigilância de grupos de risco, com investigação por imagem ou histologia quando indicada. CEA não é teste isolado de rastreamento ou diagnóstico colorretal; CA 15-3 e CA 19-9 também não têm as funções descritas nas opções. Preservar a letra oficial não valida o percentual.

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

Referência: NCI. Tumor markers

Questão 58 · Dor à mobilização do colo uterino

Gabarito oficial: A

58. Assinale a alternativa correta em relação aos sinais do exame físico abdominal e suas respectivas patologias sugeridas.

- a** Sinal de Chandelier – doença inflamatória pélvica.
- b** Sinal de Aaron – pancreatite aguda.
- c** Sinal de Danforth – apendicite aguda.
- d** Sinal de Fothergill – hemoperitônio.
- e** Sinal de ten Horn – psoíte.

Comentário OsceLabs

O sinal de Chandelier refere-se à dor importante à mobilização do colo uterino, achado compatível com doença inflamatória pélvica: A. Ele não é específico e precisa ser interpretado com sintomas, exame e diferenciais, incluindo gestação ectópica. Dor uterina ou anexial também integra critérios clínicos usados para considerar tratamento. Os outros epônimos não correspondem às associações apresentadas: memorizar nomes não deve substituir reconhecer anatomia, mecanismo e limitações diagnósticas do exame.

Referência: CDC. [Pelvic inflammatory disease — STI treatment guidelines](#)

Questão 59 • Gastrectomia vertical e grelina

Gabarito oficial: D

59. Assinale a alternativa correta em relação ao Sleeve Gástrico (SG) para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

- a** O SG não preserva o piloro.
- b** No SG há aumento da síndrome de mal absorção e relação à gastroplastia em Y de Roux devido a retirada definitiva de parte do estômago.
- c** No SG há um aumento da ocorrência de hérnias internas em relação à gastroplastia em Y de Roux.
- d** No SG ocorre a redução metabólica dos níveis de grelina.
- e** O SG não permite a transformação em gastroplastia em Y de Roux caso não se tenha atingido o objetivo final.

Comentário OsceLabs

A gastrectomia vertical remove parte importante do fundo gástrico, região produtora de grelina, e costuma reduzir seus níveis: D. Preserva o piloro e não produz o desvio intestinal do bypass em Y de Roux, portanto não se caracteriza por maior má absorção que esse procedimento. Também não cria os mesmos defeitos mesentéricos associados a hérnias internas do bypass. Conversão para outra técnica pode ser considerada quando indicada. Efeitos hormonais não eliminam riscos nutricionais, refluxo ou necessidade de seguimento prolongado.

Referência: ASMBS. Sleeve Gastrectomy

Questão 60 • Hemorroidas grau III: individualizar cirurgia

Gabarito oficial: B

- 60.** Assinale a alternativa correta em relação à doença hemorroidária.
- a** Hemorróidas de segundo grau não são prolapsadas.
 - b** A hemorroidectomia geralmente é o melhor tratamento para a doença hemorroidária a partir do terceiro grau.
 - c** A técnica de Milligan-Morgan consiste em um fechamento primário da ferida pós hemorroidectomia.
 - d** A melhor opção para a trombose hemorroidária é a incisão e evacuação do coágulo.
 - e** As hemorróidas externas estão distais à borda anal.

Comentário OsceLabs

B é a melhor alternativa oferecida, mas cirurgia não é obrigatória para toda hemorroida grau III. Hemorroidectomia é especialmente útil em doença externa ou combinada sintomática graus III-IV; casos internos selecionados podem responder a ligadura elástica. Grau II prolapsa e reduz espontaneamente; grau III exige redução manual. Milligan-Morgan é técnica aberta, não fechamento primário. Na trombose externa, manejo conservador ou excisão dependem de dor e evolução; simples incisão para evacuar coágulo não é a melhor opção universal.

Referência: ASCRS. Management of hemorrhoids, 2024

Questão 61 - Cerclagem: exercício não é repouso absoluto

Gabarito oficial: C

61. Paciente tercigesta, sem comorbidades, com 24 semanas de gestação e histórico de realização de cerclagem uterina com 14 semanas de gestação por incompetência istmocervical, veio a consulta pré-natal em busca de orientações médicas sobre mudança de estilo de vida por desejar um melhor desfecho para a gestação atual. De acordo com recomendação do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, a melhor recomendação para o caso é:

- a** indicar a prática de atividades físicas, mas interromper caso ocorra a presença de sangramento vaginal.
- b** indicar a realização de atividades físicas em decúbito dorsal, pois levam ao aumento do débito cardíaco.
- c** contraindicar de forma absoluta a realização de atividades físicas.
- d** está indicado o treinamento de resistência muscular, para melhor adaptação do organismo às alterações posturais.
- e** há contraindicação relativa à prática de atividades físicas, logo pode-se iniciar musculação no terceiro trimestre de gestação.

Comentário OsceLabs

A banca escolheu C com base nas contraindicações obstétricas à prática de exercício em pacientes com incompetência cervical/cerclagem. É importante não traduzir isso como proibição absoluta de qualquer movimento ou prescrição automática de repouso no leito. Restrições de atividade não demonstram prevenção consistente da prematuridade e podem causar danos. O tipo e a intensidade de exercício devem ser individualizados pelo obstetra. Decúbito dorsal prolongado não aumenta necessariamente o débito cardíaco na gestação e pode favorecer compressão aortocava.

Referência: ACOG. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period, 2020

Referência: SMFM Consult 50. The role of activity restriction in obstetric management

Questão 62 · Adaptações fisiológicas da gestação

Gabarito oficial: B

62. Paciente primigesta, 28 anos de idade, com 25 semanas de gestação, sem comorbidades, está em consulta de seguimento em pré-natal referindo por vezes dispnéia leve, congestão nasal e pirose. A orientação correta quanto as queixas relatadas é:

- a** explicar para a paciente que quadros de dispneia na gestação são graves, logo há necessidade de acompanhamento em pré-natal de alto risco.
- b** informar a paciente que por ação da progesterona na gestação, todo o aparelho digestivo permanece com tônus diminuído e a pirose é comum por isso.
- c** orientar a paciente que as queixas de dispneia são comuns pela hiperventilação que leva a um quadro de acidose respiratória compensada.
- d** orientar a paciente que é comum o sintoma de congestão nasal pela hipovascularização e edema da mucosa nasal na gravidez.
- e** alertar a paciente que a tríade de sintomas apresentados no momento é sinal de gravidade tanto materno quanto fetal.

Comentário OsceLabs

A redução do tônus do esfíncter esofágico inferior e outras adaptações favorecem refluxo e pirose, sustentando B. A hiperventilação fisiológica tende a alcalose respiratória compensada, não acidose. Congestão nasal se relaciona a maior vascularização e edema, não hipovascularização. Sintomas leves podem ser fisiológicos, mas dispneia abrupta, hipoxemia, dor torácica, síncope ou piora desproporcional exigem investigação. A expressão 'todo o aparelho digestivo' é ampla; não deve ser interpretada como redução uniforme de todas as funções digestivas.

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

Questão 63 - Descolamento placentário com bradicardia fetal

Gabarito oficial: A

63. Uma paciente de 31 anos de idade, primigesta, 35 semanas de gestação, deu entrada no pronto atendimento obstétrico referindo dor abdominal súbita e intensa, com sangramento vaginal vermelho escuro e dor a palpação do útero. Ao exame físico, nota-se hipertonia uterina e taquissistolia. Pressão arterial materna de 160/110 mmHg, frequência cardíaca materna de 120 bpm e batimentos cardíacos fetais de 90 bpm. Ao exame especular há discreto sangramento vaginal e visualização de colo uterino impérvio. O registro cardiotocográfico evidencia linha de base contínua de 90 bpm, com 7 contrações uterinas fortes em 10 minutos. Com base no caso clínico, a conduta imediata para o manejo dessa paciente é:

- a** realização de cesariana imediata.
- b** indução de trabalho de parto com misoprostol.
- c** corticoterapia e cesariana em 48 horas.
- d** condução de trabalho de parto via vaginal.
- e** está indicada tocólise com nifedipino.

Comentário OsceLabs

Dor súbita, sangramento escuro, hipertonia, hipertensão materna e bradicardia fetal sustentada sugerem descolamento prematuro de placenta com comprometimento fetal. Com colo fechado e parto vaginal não iminente, indica-se cesariana emergencial, A, simultaneamente à estabilização materna, acesso venoso, avaliação de coagulação e preparo de hemocomponentes. Sangramento vaginal discreto não afasta hemorragia oculta importante. Não se aguarda quarenta e oito horas para corticoide nem se realiza tocólise nesse cenário.

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

Questão 64 · Rotura de membranas a termo e colo desfavorável

Gabarito oficial: E

64. Gestante G2P1, 38 semanas de gestação, comparece ao pronto atendimento obstétrico relatando perda de líquido amniótico há 1 hora. Ao exame especular, observa-se saída de líquido claro com grumos pela vagina. Ao exame físico, feto cefálico, em -2 de De Lee, colo uterino com dilatação de 2 cm, esvaecimento de 40%, consistência firme e posição centralizada, sem contrações uterinas. A paciente teve parto vaginal há 3 anos, com episiotomia mediana. Apresenta bom estado geral, sem comorbidades, sinais de infecção ou sofrimento fetal. Para o quadro apresentado, a melhor conduta é:

- a** prescrever ocitocina para condução do trabalho de parto via vaginal.
- b** indicação absoluta de cesárea, pois o índice de Bishop é desfavorável.
- c** realizar descolamento digital das membranas corioamnióticas.
- d** realização de amniotomia para coordenar as contrações.
- e** indicar maturação do colo uterino com misoprostol.

Comentário OsceLabs

O gabarito é E, considerando colo desfavorável e maturação cervical com misoprostol conforme protocolo. Episiotomia prévia não é cicatriz uterina. Contudo, rotura de membranas a termo não impõe misoprostol como única estratégia: ocitocina também é utilizada, e escolha, via e dose dependem do protocolo e da avaliação obstétrica. Não cabe amniotomia de membranas já rotas nem cesariana apenas pelo Bishop. Deve-se avaliar infecção, bem-estar fetal e indicação de profilaxia para estreptococo B, evitando exames vaginais repetidos desnecessários.

Referência: NICE NG207. Inducing labour

Questão 65 · Distocia de ombros

Gabarito oficial: C

- 65.** Gestante primigesta, 39 semanas de gestação, sem comorbidades, em trabalho no período expulsivo. O parto progrediu com saída da cabeça fetal, porém ocorre dificuldade na exteriorização dos ombros, com visualização de retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante as contrações. Diante da situação exposta, a conduta correta é:
- a** realizar a hiperextensão e abdução das coxas da gestante, para auxiliar na liberação de ombro impactado.
 - b** retirada do braço anterior fetal pela face anterior do tórax, na manobra de Jacquemier.
 - c** tentar girar os ombros fetais do diâmetro sagital para o diâmetro oblíquo, para o desprendimento dos ombros fetais.
 - d** realizar pressão mecânica no fundo uterino para desprendimento dos ombros fetais .
 - e** indicar a ultimação do parto via vaginal com auxílio do fórceps Simpson-Braun.

Comentário OsceLabs

A retração da cabeça contra o períneo após sua saída sugere distocia de ombros. C descreve manobra de rotação interna para liberar a impactação. Na sequência prática, aciona-se ajuda e iniciam-se manobras apropriadas, habitualmente McRoberts e pressão suprapúbica. McRoberts usa hiperflexão, não hiperextensão das coxas; Jacquemier busca o braço posterior. Pressão no fundo uterino pode agravar a impactação e não deve ser utilizada. Fórceps após exteriorização da cabeça não resolve esse mecanismo; tração excessiva aumenta risco de lesão.

Referência: FEBRASGO. Management of shoulder dystocia. Position statement, 2022

Questão 66 · Incontinência urinária de esforço

Gabarito oficial: E

66. Mulher de 55 anos de idade, G2P2A0 (02 partos normais), pós menopausa há 3 anos (em uso de terapia de reposição hormonal combinada), procura atendimento ginecológico com queixa de perda urinária há 12 meses, que vem interferindo nas suas atividades diárias. Após medidas conservadoras, incluindo orientações comportamentais, nutricionais e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, sem melhora significativa. O exame físico evidencia hipermobilidade uretral (sem prolapso de parede vaginal anterior e posterior), e o estudo urodinâmico mostra perda urinária associada ao aumento da pressão abdominal, sem contrações involuntárias do detrusor. Para o caso descrito, a melhor conduta é:

- a** Colporrafia anterior e posterior.
- b** Histerectomia total via vaginal.
- c** Iniciar anticolinérgico oral.
- d** Prescrever beta-3 agonista.
- e** Indicar tratamento cirúrgico com sling suburetral.

Comentário OsceLabs

Perda com aumento da pressão abdominal, sem contração involuntária do detrusor, caracteriza incontinência de esforço. Após falha das medidas conservadoras, sling suburetral é opção, E. Anticolinérgico e agonista beta-3 atuam sobre sintomas de bexiga hiperativa, não corrigem o mecanismo descrito. Histerectomia e colporrafia não são indicadas apenas por esse diagnóstico. A escolha cirúrgica exige decisão compartilhada, explicação dos materiais, riscos, alternativas e efeitos sobre esvaziamento, dor e função sexual.

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

Questão 67 • Cancroide

Gabarito oficial: D

- 67.** Uma mulher de 18 anos de idade procura o pronto atendimento ginecológico com queixa de ardor ao urinar. Ao exame ginecológico, observa-se uma úlcera genital dolorosa em introito vaginal, de bordas irregulares e fundo purulento, associada a linfonodomegalia inguinal acompanhada de dor. De acordo com o caso descrito, o melhor tratamento para a paciente é:
- a** aciclovir 400 mg via oral a cada 8 horas, por 5 dias.
 - b** Butoconazol em uso tópico, dose única.
 - c** A penicilina G benzatina em dose única de 2,4 milhões de unidades IM.
 - d** ceftriaxona 250 mg IM, em dose única.
 - e** Doxiciclina 100 mg a cada 12 horas, por 21 dias.

Comentário OsceLabs

Úlcera dolorosa, de bordas irregulares e fundo purulento, com adenopatia inguinal dolorosa, é compatível com cancroide por *Haemophilus ducreyi*. Ceftriaxona 250 mg intramuscular em dose única é um esquema recomendado para essa infecção, D. Não se deve confundir essa dose com esquemas atuais para gonorreia. Herpes, sífilis e outras causas de úlcera precisam ser considerados e testados conforme disponibilidade. Orientam-se avaliação de parcerias, outras IST e retorno para documentar melhora; aparência clínica não tem especificidade absoluta.

Referência: CDC. Chancroid — STI treatment guidelines

Questão 68 · Sintomas vasomotores e útero presente

Gabarito oficial: C

68. Paciente de 49 anos, G2P2, com história de dois partos normais e sem cirurgias prévias, procura atendimento ginecológico com queixa de calores intensos, sudorese noturna e dificuldade para dormir, sintomas que se iniciaram após a menopausa, ocorrida há 2 anos. É hipertensa controlada em uso de losartana e nega tabagismo. Considerando o quadro clínico apresentado, a conduta terapêutica mais eficaz para o alívio dos sintomas vasomotores relatados é:

- a** terapia de reposição hormonal com estrogênio isolado.
- b** inibidores seletivos da recaptação de serotonina.
- c** terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona.
- d** Estriol via vaginal.
- e** inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina.

Comentário OsceLabs

Terapia hormonal sistêmica é a intervenção mais eficaz para sintomas vasomotores; com útero presente, o estrogênio precisa de proteção endometrial com progestagênio: C. Estrogênio isolado aumenta risco de hiperplasia endometrial. Estriol vaginal trata principalmente sintomas geniturinários e não é a estratégia sistêmica para fogachos. Hipertensão controlada não é contraindicação absoluta, mas riscos e via devem ser avaliados. História de trombose, câncer hormônio-dependente, sangramento inexplicado e outras condições podem mudar a escolha. Opções não hormonais são importantes quando há contraindicação ou preferência.

Referência: NICE NG23. Menopause: identification and management

Questão 69 · Vaginose bacteriana com DIU

Gabarito oficial: B

69. Paciente de 27 anos, nuligesta, usuária de DIU de cobre 380-A, inserido há 2 anos, procura atendimento ginecológico com queixa de corrimento vaginal com odor desagradável, principalmente após a relação sexual. Nega dor pélvica ou febre. Ao exame ginecológico, observa-se corrimento acinzentado, fino e homogêneo, sem sinais inflamatórios. O teste das aminas é positivo e o pH vaginal está aumentado ($> 4,5$). Considerando o quadro clínico descrito, a melhor conduta é:

- a** Remover o DIU de cobre e iniciar fluconazol oral.
- b** Metronidazol, mantendo o DIU de cobre.
- c** Apenas prescrever fluconazol em dose única.
- d** Clindamicina creme vaginal 2% e retirar o DIU de cobre.
- e** Ceftriaxona intramuscular e doxiciclina oral.

Comentário OsceLabs

Corrimento homogêneo acinzentado, odor/aminas positivas e pH elevado preenchem critérios clínicos para vaginose bacteriana. Metronidazol é opção e não há indicação automática de retirar o DIU, B. Fluconazol trata candidíase, que tem outro padrão clínico. Ausência de dor pélvica e febre não favorece o esquema de doença inflamatória pélvica apresentado. Persistência ou recorrência exige reavaliação diagnóstica e discussão individual de fatores associados; não se deve atribuir todo corrimento ao dispositivo nem removê-lo sem necessidade.

Referência: CDC. Bacterial vaginosis — STI treatment guidelines

Questão 70 - Cuidado após violência sexual

Gabarito oficial: A

70. Mulher de 21 anos de idade procura atendimento de urgência ginecológica relatando ter sido vítima de violência sexual com conjunção carnal há poucas horas. Refere dor intensa em região genital e sangramento discreto. Ao exame físico, observam-se lesões traumáticas em vulva e vagina, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Diante deste caso, a conduta adequada é:

- a** tratar lesões do canal vaginal, fazer profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis, contracepção de emergência e encaminhar para o seguimento com equipe multiprofissional.
- b** realizar sutura das lesões, prover contracepção de emergência e encaminhar a paciente para o médico legista.
- c** encaminhar a paciente diretamente para o Instituto Médico Legal (IML).
- d** encaminhar a paciente para realização de Boletim de Ocorrência (BO) e então fazer tratamento de lesões, contracepção de emergência e profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- e** solicitar a presença de um familiar para acompanhar a paciente para o instituto médico legal, onde será feita contracepção de emergência e boletim de ocorrência.

Comentário OsceLabs

A alternativa A reúne tratamento das lesões, prevenção de gravidez e IST e acompanhamento multiprofissional. O atendimento é urgente, acolhedor e depende de consentimento para cada procedimento, sem exigir boletim de ocorrência ou passagem prévia pelo IML. Avaliam-se PEP para HIV no intervalo indicado, hepatite B, outras profilaxias e contracepção de emergência. Registro, notificações e eventual coleta de vestígios seguem protocolo e legislação, preservando privacidade e autonomia. Encaminhar sem oferecer cuidado clínico inicial perde oportunidades de prevenção e pode revitimizar.

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

Referência: Brasil. Lei 12.845/2013 — atendimento de pessoas em situação de violência sexual

Questão 71 · Transição menopausal tardia

Gabarito oficial: C

71. O sistema STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) caracteriza os diferentes estágios do envelhecimento do sistema reprodutivo com base em características clínicas e laboratoriais. Segundo esse sistema, uma mulher com amenorréia há 90 dias, baixa contagem de folículos ovariano, alto nível de hormônio folículo estimulante, baixo nível de hormônio antimülleriano, baixo nível de Inibina B encontra-se na seguinte fase da vida reprodutiva:

- a** Pós menopausa Tardia
- b** Pós menopausa Precoce
- c** Transição menopausal
- d** Período reprodutivo precoce
- e** Pico do período reprodutivo

Comentário OsceLabs

A amenorreia de pelo menos 60 dias é marcador da transição menopausal tardia; 90 dias, FSH elevado e redução de AMH/inibina são compatíveis com C. Menopausa é definida retrospectivamente após 12 meses de amenorreia sem outra causa, e não após três meses. Na prática, em mulheres com mais de 45 anos e quadro típico, dosagens hormonais não são necessárias de rotina; o FSH oscila durante a transição. Idade, possibilidade de gestação e outras causas de amenorreia precisam integrar a avaliação. Marcadores de reserva ovariana não fixam individualmente a data da última menstruação.

Referência: STRAW+10. Staging reproductive aging — consensus, 2012

Referência: NICE NG23. Menopause: identification and management

Questão 72 · Diagnóstico clínico de doença inflamatória pélvica

Gabarito oficial: E

72. Mulher com 24 anos de idade referindo dor pélvica aguda de forte intensidade há 2 dias. Nega: atraso menstrual. Ao exame físico: Febre (temperatura axilar=38,1^oC), sinal de Giordano negativo, normocorada, pressão arterial=110/70 mmHg, eupneica. Especular vaginal: muco cervical purulento, conteúdo vaginal amarelado com odor discreto, colo e vagina sem lesões. Toque vaginal: colo, útero e anexos dolorosos a mobilização. Abdome: normotenso, doloroso a palpação profunda em hipogástrio, descompressão brusca indolor. Considerando o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica dentre as opções abaixo é:

- a** Gravidez ectópica íntegra.
- b** Gravidez ectópica rota.
- c** Pielonefrite.
- d** Mioma parido.
- e** Doença inflamatória pélvica.

Comentário OsceLabs

Dor pélvica, secreção cervical purulenta e dor à mobilização do colo e dos anexos sustentam doença inflamatória pélvica, alternativa E. O limiar para tratamento empírico deve ser baixo, porque aguardar confirmação microbiológica pode aumentar sequelas. Febre apoia o diagnóstico, mas sua ausência não o exclui. Deve-se realizar teste de gravidez e considerar gestação ectópica, apendicite e abscesso tubo-ovariano conforme a avaliação. A gravidade, a capacidade de tratamento ambulatorial e a possibilidade de urgência cirúrgica orientam o local de cuidado; não basta tratar a secreção como cervicite isolada.

Referência: CDC. Pelvic inflammatory disease — STI treatment guidelines

Questão 73 · Herpes genital — gabarito retificado

Gabarito oficial: D

73. Mulher, 25 anos de idade, sexualmente ativa, queixando-se de pequenas vesículas agrupadas em região genital, que romperam formando úlceras dolorosas há cerca de 2 dias. Exame físico: úlceras agrupadas com fundo contendo conteúdo hialino em região genital e perianal; linfonodos inguinais não palpáveis. Especular vaginal: muco cervical cristalino, conteúdo vaginal fisiológico, colo e vagina sem lesões. Considerando o quadro acima, o agente etiológico das lesões com maior probabilidade dentre as opções abaixo é:

- a** *Haemophilus ducreyi*.
- b** *Cândida Albicans*.
- c** *Trichomonas vaginalis*.
- d** *Herpes simplex*.
- e** *Klebsiella granulomats*.

Comentário OsceLabs

O gabarito definitivo retificado indica D. Vesículas agrupadas que evoluem para úlceras dolorosas sugerem herpes genital. Havendo lesão, teste molecular em amostra local é o método preferido para confirmar HSV, quando disponível; resultado negativo em lesão tardia não exclui a infecção. Cancro sífilítico costuma ser indolor, enquanto cancroide pode produzir úlcera dolorosa, mas não tem como apresentação típica as vesículas agrupadas descritas. O tratamento antiviral e o aconselhamento dependem de ser primeiro episódio, recorrência ou quadro grave. A retificação precisa acompanhar o comentário para evitar perpetuar a resposta preliminar.

Referência: CDC. Genital herpes — STI treatment guidelines

Questão 74 · Indução de ovulação na síndrome dos ovários policísticos

Gabarito oficial: E

74. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) tem ampla gama de sinais e sintomas, devendo o tratamento ser individualizado. Neste contexto, dentre as opções abaixo, a melhor opção terapêutica para uma paciente com SOP, índice de massa corpórea normal, sem sinais de hiperandrogenismo clínico, sem alterações em couro cabeludo e com desejo de engravidar é:

- a** Finasterida
- b** Espironolactona
- c** Liraglutida
- d** Drospirinona com etinilestradiol
- e** Citrato de clomifeno

Comentário OsceLabs

Entre as alternativas oferecidas, clomifeno é o indutor de ovulação que atende ao objetivo reprodutivo, justificando E. Há uma atualização relevante: a diretriz internacional de 2023 recomenda letrozol como primeira opção farmacológica na infertilidade anovulatória por SOP sem outros fatores, quando seu uso é permitido. Ele não aparece nas opções. Anticoncepcionais controlam manifestações da SOP, mas impedem a tentativa de concepção; antiandrogênios também não são tratamento para engravidar. Antes de induzir ovulação, confirmar o diagnóstico e avaliar outros fatores de infertilidade, com investigação do parceiro e tubas conforme indicação.

Referência: International evidence-based guideline for PCOS, 2023

Questão 75 • Insuficiência ovariana prematura

Gabarito oficial: E

75. Mulher, 34 anos de idade, relatando que há cerca de 1 ano apresenta ciclos menstruais longos, que variam de 60 a 90 dias. Nega outros sintomas e não apresenta sinais clínicos de hiperandrogenismo. Método contraceptivo: laqueadura tubária há 5 anos. As dosagens hormonais apresentam-se com: Folículo estimulante acima do normal, Prolactina normal e Tireoestimulante normal. Neste contexto a principal hipótese diagnóstica é:

- a** Hiperandrogenismo.
- b** Hiperprolactinemia.
- c** Hipotireoidismo.
- d** Hipertireoidismo.
- e** Falência ovariana precoce.

Comentário OsceLabs

Irregularidade menstrual com FSH elevado antes dos 40 anos sugere insuficiência ovariana prematura, alternativa E. A terminologia atual evita pressupor falência irreversível, pois pode ocorrer atividade ovariana intermitente. A diretriz internacional usa ciclos irregulares ou amenorreia por pelo menos quatro meses e FSH acima de 25 UI/L; repetir o exame após quatro a seis semanas é útil quando há dúvida diagnóstica. TSH e prolactina normais tornam menos prováveis algumas causas alternativas. Após confirmar, investigar etiologia e discutir saúde óssea, reposição hormonal quando indicada, fertilidade e contracepção: o diagnóstico não equivale a esterilidade absoluta.

Referência: ESHRE/ASRM/IMS. Evidence-based guideline: premature ovarian insufficiency, 2024

Questão 76 - Bacteriúria assintomática e profilaxia anti-D

Gabarito oficial: A

76. Primigesta, com 24 semanas de idade gestacional, assintomática, comparece a consulta com os seguintes exames: 1- cultura de urina mostrando duas amostras consecutivas com isolamento *Escherichia coli* com 100.000 unidades formadoras de colônias (UFCs) por ml de urina; 2- Tipagem sanguínea AB Rh-negativa; 3- Coombs indireto negativo. O adequado cuidado pré-natal diante destes exames deve conter:

- a** Antibioticoterapia por 7 dias e Imunoglobulina anti-D entre 28 e 34 semanas de gestação.
- b** Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e a Imunoglobulina anti-D deverá ser realizada somente após o parto.
- c** Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e administrar Imunoglobulina anti-D entre 28 e 34 semanas de gestação.
- d** Antibioticoterapia por 7 dias e solicitação de coombs direto materno para decidir sobre Imunoglobulina anti-D.
- e** Somente Antibioticoterapia por 14 dias.

Comentário OsceLabs

E. coli em contagem significativa na gestação exige tratamento mesmo sem sintomas urinários; A associa essa conduta à profilaxia da gestante Rh negativa não sensibilizada. Colher urocultura e tratar por esquema compatível com gestação e antibiograma, em geral por cinco a sete dias conforme o fármaco. O Coombs indireto negativo indica ausência de anticorpos detectáveis, não incompatibilidade já estabelecida. A imunoglobulina anti-D costuma ser programada em torno de 28 semanas, além de eventos sensibilizantes e pós-parto quando o recém-nascido é Rh positivo. A janela da alternativa deve ser entendida no contexto do protocolo, sem adiar desnecessariamente a dose.

Referência: ACOG. Urinary tract infections in pregnant individuals, 2023

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

Questão 77 · Sangramento com gestação viável

Gabarito oficial: D

77. Tercigesta, 32 anos de idade, 2 filhos vivos, com gestação planejada e 10 semanas de amenorréia. Relata dor leve tipo cólica em hipogástrio e 1 episódio de pequeno sangramento vaginal há cerca de 12 horas. Exame físico: febril, eupineica, acianótica; ausência de sangramento vaginal no momento da consulta; colo uterino impérvio. Ultrassonografia transvaginal evidencia saco gestacional regular e batimentos cardíacos fetais presentes. Diante deste quadro a melhor conduta dentre as opções abaixo é:

- a** antibioticoterapia e histerectomia.
- b** antibioticoterapia seguida de aspiração manual intra-uterina.
- c** curetagem uterina com alta após 24 horas.
- d** acolhimento suporte emocional e acompanhamento com controle ultrassonográfico.
- e** iniciar misoprostol.

Comentário OsceLabs

Sangramento, colo fechado e embrião vivo sustentam ameaça de abortamento, resposta D. Contudo, o enunciado descreve a paciente como febril: esse dado não deve ser transformado silenciosamente em afebril nem ignorado. A febre exige avaliação de infecção e de outras causas, com conduta proporcional à gravidade. A viabilidade ultrassonográfica e o colo fechado não autorizam esvaziamento uterino rotineiro, mas também não justificam apenas tranquilização diante de sinais sistêmicos. Repouso no leito não tem benefício comprovado para impedir abortamento. O diagnóstico da banca descreve o sangramento; não esgota a investigação clínica necessária.

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

Referência: NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage

Questão 78 · Toxoplasmose: interpretar avidéz no início da gestação

Gabarito oficial: E

78. Gestante com 08 semanas de idade gestacional, comparece à consulta com os seguintes resultados de exame: 1- Sorologia para toxoplasmose IgM positiva e IgG positiva; 2- Teste de avidéz para toxoplasmose com alta avidéz. Diante destes exames a conduta inicial adequada é:

- a) tratar com espiramicina até o fim da gestação.
- b) tratar com sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico até o fim da gestação.
- c) iniciar sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico e solicitar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico.
- d) realizar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico e decidir sobre tratamento após resultado de exame.
- e) explicar para a paciente que não há necessidade de tratamento pois a infecção é antiga e a paciente é imune.

Comentário OsceLabs

IgG de alta avidéz obtida no início da gestação, como às oito semanas, favorece infecção anterior à concepção; E é a interpretação mais compatível. IgM pode persistir por longo período e, isoladamente, não prova infecção recente. É essencial considerar o método laboratorial, a data da amostra e situações especiais, como imunossupressão. A alta avidéz colhida tardiamente não permite a mesma exclusão temporal. Amniocentese não é investigação apropriada nessa idade gestacional. Tratamento não deve ser iniciado ou dispensado pela IgM isolada, mas pelo algoritmo materno-fetal completo e pela interpretação do laboratório.

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

Questão 79 - Cistite na gestação

Gabarito oficial: B

79. Gestante, com 25 semanas de idade gestacional, queixando-se de dor suprapúbica, disúria, polaciúria e urgência miccional. Exame físico: colo e vagina sem lesões, muco cervical cristalino, conteúdo vaginal fisiológico; Giordano negativo bilateralmente. Paciente nega episódios anteriores deste mesmo quadro clínico. Neste contexto, logo após coletar urocultura, a conduta mais adequada dentre as opções abaixo é:

- a** tratar após resultado de urocultura, conforme sensibilidade aos antibióticos testados.
- b** antibioticoterapia oral ambulatorial sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- c** antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- d** antibioticoterapia oral ambulatorial, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.
- e** antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.

Comentário OsceLabs

Disúria e frequência urinária, sem febre ou sinais de acometimento renal, favorecem cistite; B propõe tratamento ambulatorial. Deve-se colher urocultura antes do antibiótico, sem aguardar seu resultado para tratar um quadro sintomático, e ajustar a escolha ao antibiograma e à segurança gestacional. Febre, dor lombar, vômitos ou deterioração clínica levantam suspeita de pielonefrite e mudam a avaliação. Internação não é obrigatória para toda infecção urinária baixa. Profilaxia antimicrobiana prolongada também não decorre automaticamente de um primeiro episódio: depende de recorrências e de critérios clínicos.

Referência: ACOG. Urinary tract infections in pregnant individuals, 2023

Questão 80 - Endometrite puerperal

Gabarito oficial: C

80. Puérpera, com 6 dias após parto normal, queixando-se de febre, dor suprapúbica e sangramento vaginal com odor fétido. Nega outras queixas. Exame físico: loquiação purulenta com odor fétido; colo uterino pérvio para 1 cm, útero amolecido; mamas túrgidas, sem flogose e indolores; Giordano negativo bilateralmente, frequência cardíaca= 107 bpm; temperatura axilar= 38,5°C. Com base nos sinais e sintomas descritos a principal hipótese diagnóstica é:

- a** Mastite puerperal.
- b** Puerpério fisiológico.
- c** Endometrite puerperal.
- d** Cistite no puerpério.
- e** Pielonefrite no puerpério.

Comentário OsceLabs

Febre no sexto dia após o parto, taquicardia, dor uterina e lóquios purulentos e fétidos são compatíveis com endometrite, alternativa C. Essa associação não corresponde à involução uterina normal. É necessário avaliar prontamente gravidade, sepse e possíveis produtos retidos ou outras fontes, indicando antibióticos de amplo espectro, frequentemente por via intravenosa, conforme o quadro e o protocolo. Mastite e infecção urinária integram o diagnóstico diferencial, mas não explicam tão bem os achados uterinos e os lóquios. Não se deve aguardar cultura positiva para iniciar o tratamento de uma infecção puerperal clinicamente evidente.

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

Referência: OMS. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections

Questão 81 · Vacinação contra covid-19 no lactente

Gabarito oficial: D

81. Dona Rosa leva seu primogênito de 8 meses de idade, hígido, para consulta de rotina com o pediatra. Ao checar a caderneta da criança, o médico constata que o bebê não recebeu nenhuma dose da vacina contra o vírus SARS-CoV-2. Nesse contexto é correto afirmar que:

- a** a criança perdeu a oportunidade da imunização contra formas graves da COVID-19, não sendo possível iniciar o esquema vacinal na idade atual.
- b** nesta idade o bebê já deveria ter recebido uma dose da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
- c** o bebê deve iniciar o esquema com a vacina contra a COVID-19 na idade atual, até completar as 4 doses previstas.
- d** nesta idade o bebê já deveria ter recebido duas doses da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
- e** caso o bebê não tenha contraindicação, deve iniciar o esquema vacinal com doses anuais.

Comentário OsceLabs

O gabarito D considera o início da vacinação aos seis meses e a segunda dose aos sete meses no esquema apresentado pela banca. Para a criança de oito meses sem doses, a ação prática é iniciar o esquema de resgate adequado à vacina disponível, sem presumir que perdeu a oportunidade. Número de doses e intervalos variam com produto, idade, histórico e condição imunológica; não se pode converter uma sequência de determinada formulação em regra universal. A recomendação brasileira de rotina para crianças pequenas deve ser consultada no calendário vigente no atendimento, pois houve mudanças de apresentações e esquemas.

Referência: Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação 2026 — criança

Questão 82 · Lactente jovem com febre

Gabarito oficial: C

82. Você atende um lactente de 2 meses de idade na UPA, com história de febre iniciada há 24 horas. Segundo a mãe, apresentou temperatura axilar de 38°C, sendo medicado com dipirona gotas (1 gota por Kg de peso). Lactente ativo, reativo ao manuseio, sem alterações no exame físico completo. Assinale abaixo a alternativa que contém a conduta correta neste caso.

- a** Liberar para casa, orientando sinais de alerta de piora, com prescrição de paracetamol gotas (1 gota por Kg) e retorno em 24 horas.
- b** Internar, coletar exames laboratoriais incluindo coleta de líquido, Rx de tórax e iniciar antibiótico empírico.
- c** Coletar pesquisa de vírus respiratório, hemograma e sedimento urinário, aguardando resultado ainda na unidade, e orientar a mãe sobre o uso correto de antitérmico.
- d** Liberar para casa, manter o antitérmico utilizado e orientar sobre sinais de alerta de piora.
- e** Acalmar a mãe sobre o quadro, pois trata-se de infecção benigna com exame físico normal, devendo esta retornar em 48 horas para reavaliação.

Comentário OsceLabs

O gabarito C combina investigação e observação, reconhecendo que boa aparência não exclui infecção bacteriana no lactente jovem. A idade precisa ser contada em dias: os protocolos para 29-60 e 61-90 dias não são idênticos. Avaliação urinária com coleta adequada, marcadores inflamatórios, hemocultura e eventual líquido dependem da faixa etária e do risco; testes virais não substituem essa análise nem afastam infecção urinária. Também há uma ressalva de prescrição: uma dose expressa apenas em gotas por quilo não é universal, pois depende da concentração e das restrições etárias do medicamento. Não reproduzir essa fórmula sem conferir o produto.

Referência: Canadian Paediatric Society. Management of well-appearing febrile young infants aged ≤ 90 days

Questão 83 - Dor recorrente nos membros com exame normal

Gabarito oficial: E

83. Criança de 5 anos de idade, é levada a emergência devido quadro de dor difusa em face anterior da tíbia e fossa poplíteia de membro inferior direito, de forte intensidade, há 30 minutos. Mãe relata episódios semelhantes nos últimos 6 meses, sempre no final da tarde ou a noite, as vezes acometendo membro inferior esquerdo e membros superiores, sem outras queixas. Administra paracetamol, com melhora completa do quadro. Ao exame físico, criança ativa com fascies de dor, sem alteração na inspeção, palpação e movimentação de membros e exame físico geral sem alterações. Nesse contexto é correto afirmar que:

- a** deve ser prescrito dexametasona, pois trata-se de dor de caráter inflamatório e de forte intensidade.
- b** deve ser pensado em Munchausen por procuração, visto que não há alterações que justifiquem a queixa.
- c** o mielograma é exame complementar essencial para a investigação diagnóstica deste paciente.
- d** a criança deve ser medicada com analgésicos e realizar exames, dentre eles o FAN, ASLO e Fator Reumatóide para afastar doenças reumatológicas.
- e** a principal hipótese diagnóstica é dor recorrente benigna em membros, a qual melhora com massagem e aquecimento do membro.

Comentário OsceLabs

Dor noturna intermitente, alternante, com intervalos assintomáticos e exame físico normal é compatível com dor benigna recorrente dos membros, resposta E. O nome popular dor de crescimento não demonstra que o crescimento seja sua causa. Dor focal persistente, claudicação, limitação articular, alterações no exame, febre ou perda ponderal exigem outra investigação. Sem esses sinais, painéis indiscriminados de autoanticorpos, ASLO ou procedimentos invasivos têm baixo rendimento. Orientação, medidas de conforto e seguimento são apropriados, com reavaliação se o padrão mudar; não há motivo para presumir simulação ou responsabilizar a família.

Referência: Victoria Department of Health. Growing pains — reconhecimento, sinais de alerta e cuidados

Questão 84 · Hemólise por incompatibilidade ABO

Gabarito oficial: C

84. RN do sexo masculino, nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional, de parto vaginal, sem intercorrências. Apresentou icterícia no segundo dia de vida, iniciando em face e progredindo para tronco no mesmo dia. Mãe primigesta, 25 anos de idade, pré-natal completo, tipagem sanguínea (TS) O positivo. Solicitados exames para o bebê: TS A positivo, Bilirrubina total 13 mg/dL, com predomínio de fração indireta, Coombs direto positivo. O diagnóstico mais provável para o caso descrito, é:

- a** Icterícia fisiológica do RN
- b** Incompatibilidade Rh
- c** Incompatibilidade ABO
- d** Icterícia do aleitamento materno
- e** Atresia de vias biliares

Comentário OsceLabs

Mãe O positivo, recém-nascido A positivo e teste direto da antiglobulina positivo favorecem incompatibilidade ABO, alternativa C. Não se trata da incompatibilidade Rh clássica, pois a mãe é Rh positiva. A bilirrubina deve ser interpretada pela idade em horas, idade gestacional e fatores de risco de neurotoxicidade, incluindo hemólise; um valor isolado de 13 mg/dL não define universalmente fototerapia. Investigar a velocidade de elevação e acompanhar anemia quando pertinente. Icterícia precoce ou de progressão rápida exige atenção, e o teste direto positivo, isoladamente, não quantifica a intensidade da hemólise.

Referência: AAP. Management of hyperbilirubinemia in newborns 35 or more weeks, 2022

Questão 85 · Ventilação na reanimação do recém-nascido

Gabarito oficial: B

85. Mulher de 30 anos de idade, gestante com 35 semanas de idade gestacional, dá entrada na urgência da maternidade em franco trabalho de parto. O recém nascido não chorou ao nascer, apresentando movimentos respiratórios irregulares e frequência cardíaca de 90 bpm. Foi colocado em fonte de calor radiante, cabeça posicionada em leve extensão e realizada secagem vigorosa. Após 30 segundos a FC permanecia de 90 bpm e respiração irregular. A próxima conduta imediata para este caso, é:

- a** administrar oxigênio inalatório a 100% via cânula nasal.
- b** iniciar ventilação com pressão positiva com ar ambiente (21%).
- c** iniciar massagem cardíaca com relação 3 compressões para 1 ventilação.
- d** administrar adrenalina via cateter umbilical.
- e** fazer novo estímulo tátil e aguardar resposta.

Comentário OsceLabs

Após os passos iniciais, frequência cardíaca de 90 bpm com respiração inadequada indica ventilação com pressão positiva, resposta B. Para recém-nascido de 35 semanas ou mais, a ventilação começa com ar ambiente, ajustando oxigênio conforme oximetria pré-ductal e resposta. O principal determinante da recuperação inicial é ventilação efetiva, com expansão torácica e aumento da frequência cardíaca. Compressões só entram se a frequência permanecer abaixo de 60 bpm após ventilação adequada; adrenalina vem depois das etapas indicadas. Oferecer oxigênio isoladamente não corrige apneia ou ventilação insuficiente.

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

Questão 86 - Suspeita de autismo e intervenção precoce

Gabarito oficial: C

86. Durante uma consulta de rotina, a mãe de uma criança de 2 anos de idade relata que ela ainda não fala, evita contato visual e não atende quando chamada pelo nome. Ao brincar, o filho não socializa e organiza os brinquedos de forma repetitiva. A mãe trabalha em período integral e a criança fica com a babá durante o dia. Nesse contexto, a conduta mais adequada, é:

- a** aguardar até os 3 anos de idade, pois para a idade atual não há sinais de alerta.
- b** solicitar ressonância nuclear magnética de crânio.
- c** encaminhar para avaliação multidisciplinar e intervenção precoce.
- d** iniciar medicação para reduzir comportamentos repetitivos.
- e** orientar sobre estimulação domiciliar e reavaliar após 6 meses.

Comentário OsceLabs

Ausência de linguagem, dificuldade de atenção compartilhada e resposta ao nome, associadas a comportamentos repetitivos, justificam avaliação do desenvolvimento e encaminhamento multiprofissional, alternativa C. Avaliar audição é parte importante do diagnóstico diferencial. Aos dois anos, instrumentos como M-CHAT-R/F podem ajudar na triagem, sem substituir a avaliação clínica. O apoio ao desenvolvimento não precisa aguardar o fechamento diagnóstico. Neuroimagem não é exame obrigatório em toda suspeita, e medicamentos não tratam os déficits nucleares de comunicação social. O quadro não deve ser atribuído à babá ou à qualidade do vínculo familiar sem fundamento.

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

Questão 87 · Abscessos profundos e imunidade

Gabarito oficial: E

87. João, 6 anos de idade, foi a sua primeira consulta com o novo pediatra. Na anamnese, tinha como queixa principal prurido nasal com espirros principalmente pela manhã. Em seus antecedentes, cerca de 3-4 resfriados por ano, uma internação anterior devida diarreia aguda controlada 72 horas após a admissão, uma internação para tratar pneumonia bacteriana aos 4 anos (tratou em enfermaria, sem intercorrências, recebendo alta em 7 dias). Durante o exame físico, o pediatra observa diversas cicatrizes em região glútea e em coxas, as quais a mãe diz serem resultado de abscessos de repetição. Dentre os dados coletados nesta consulta, o que justifica uma investigação para erros inatos da imunidade, é:

- a** Rinite alérgica.
- b** Resfriados de repetição.
- c** Diarreia aguda.
- d** Pneumonia bacteriana.
- e** Abscessos de repetição.

Comentário OsceLabs

Abscessos profundos recorrentes justificam investigação de erro inato da imunidade, resposta E. Defeitos de número ou função de neutrófilos, como doença granulomatosa crônica, são hipóteses importantes, guiadas pelos microrganismos e demais manifestações. Hemograma, culturas e testes específicos devem seguir a avaliação clínica e especializada; não basta solicitar imunoglobulinas e encerrar a investigação. Resfriados comuns isolados podem fazer parte da exposição infantil normal, ao contrário de infecções profundas repetidas, incomuns ou difíceis de tratar. Investigar também condições adquiridas e fatores locais antes de atribuir todos os episódios a imunodeficiência.

Referência: [The 2024 update of IUIS phenotypic classification of human inborn errors of immunity.](#)

Questão 88 · Telarca precoce com aceleração do crescimento

Gabarito oficial: B

88. Menina de 7 anos de idade é levada em consulta por apresentar broto mamário e odor axilar há 6 meses. Ao exame físico, observa-se Tanner M2P1, sem outros achados. Comparando a estatura da última consulta, há 6 meses, você observa crescimento de 6 cm. Assinale a alternativa que contém a conduta mais adequada.

- a** Observar e reavaliar em 3 meses, pois pode tratar-se de telarca precoce isolada.
- b** Solicitar Rx para avaliar idade óssea, dosagem de LH, FSH e estradiol.
- c** Solicitar USG pélvica para avaliação inicial.
- d** Iniciar tratamento com análogo de GnRH.
- e** Solicitar TSH e T4 livre para investigação inicial.

Comentário OsceLabs

Desenvolvimento mamário antes dos oito anos, acompanhado de ganho de seis centímetros em seis meses, sugere puberdade precoce progressiva; B é a melhor opção. Essa velocidade de crescimento distingue o quadro de muitas apresentações de telarca isolada. A avaliação inclui curva longitudinal, idade óssea e investigação hormonal orientada, com encaminhamento à endocrinologia pediátrica. LH basal baixo não exclui todos os estágios iniciais, podendo ser necessário teste de estímulo. Não se deve iniciar análogo de GnRH apenas pela idade ou por uma medida mamária: confirmar mecanismo, progressão e benefício esperado.

Referência: [Pediatric Endocrine Society. Child with suspected sexual precocity](#)

Questão 89 - Válvula de uretra posterior

Gabarito oficial: C

89. Recém nascido do sexo masculino, nascido a termo, apresenta irritabilidade, distensão abdominal e jato urinário fraco nas primeiras horas de vida. A ultrassonografia fetal havia identificado hidronefrose bilateral do feto e oligoâmnio. Ao exame, abdômen tenso e abaulamento em hipogástrio. Com base nesses achados, o diagnóstico mais provável e exame de escolha para confirmação, são:

- a** refluxo vesicoureteral- urografia excretora.
- b** estenose de meato uretral- uretrocistoscopia.
- c** válvula de uretra posterior- uretrocistografia miccional.
- d** hidronefrose obstrutiva bilateral- ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- e** bexiga neurogênica- cistometria.

Comentário OsceLabs

Recém-nascido masculino com jato fraco, bexiga distendida, hidronefrose bilateral e oligodrâmnio pré-natal sugere obstrução por válvula de uretra posterior. A uretrocistografia miccional demonstra a uretra posterior e é o exame confirmatório proposto em C. A ultrassonografia avalia trato urinário e dilatação, mas não substitui essa definição anatômica. Antes ou paralelamente à confirmação, avaliar função renal, eletrólitos, infecção e necessidade de decompressão vesical, com urologia pediátrica. Não se trata de achado para acompanhamento eletivo sem considerar os riscos imediatos de obstrução urinária.

Referência: EAU/ESPU. Paediatric Urology 2026 — congenital lower urinary tract obstruction

Questão 90 · Dactilite e suspeita de doença falciforme

Gabarito oficial: A

90. Joana leva seu filho Miguel, de 4 anos de idade, ao pronto atendimento devido quadro de dor em mão direita, associado a febre moderada há 48 horas. Ao exame, criança pálida (3/4+), regular estado geral, febril, com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, presença de dactilite em dedos de mão direita. Antecedentes pessoais: em uso de sulfato ferroso há 4 meses prescrito pelo médico do posto de saúde devido anemia. Vacinas atualizadas, teste do pezinho realizado porém sem resultado na caderneta da criança. Neste caso, o exame que deve ser solicitado para investigar a principal hipótese diagnóstica é:

- a** Eletroforese de hemoglobina.
- b** Hemocultura.
- c** Rx de mão direita.
- d** Fator reumatoide.
- e** ASLO.

Comentário OsceLabs

Dactilite, anemia e esplenomegalia sugerem doença falciforme; a análise das hemoglobinas, como eletroforese ou HPLC, confirma o diagnóstico, alternativa A. A presença de febre exige avaliação imediata de infecção e de complicações, sem esperar a confirmação laboratorial para cuidar da criança. Hemograma e reticulócitos ajudam a avaliar anemia e possíveis crises, mas não substituem a identificação da hemoglobinopatia. Ferro não deve ser prescrito indefinidamente sem comprovação de deficiência. Após a confirmação, são necessários acompanhamento, imunização, profilaxias quando indicadas e orientação sobre sinais de urgência.

Referência: Ministério da Saúde. PCDT da Doença Falciforme

Questão 91 - Probióticos: efeito depende da cepa

Gabarito oficial: D

91. Quanto ao uso de probióticos na população pediátrica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a** A colonização inicial da microbiota intestinal é fortemente influenciada pelo tipo de parto, pela alimentação (aleitamento materno versus fórmulas), pelo uso de antibióticos e pelo ambiente.
- b** O eixo intestino-pele é responsável pelo desenvolvimento da dermatite atópica.
- c** Imaturidade imunológica, escolarização precoce e o número de irmãos favorecem o incremento na incidência de infecções de repetição.
- d** Os efeitos clínicos dos probióticos independem da cepa utilizada.
- e** Os probióticos são geralmente seguros, mas eventos adversos como distensão abdominal ou flatulência leve podem ocorrer. Entretanto, em teoria, são contraindicados em pacientes imunocomprometidos graves ou com cateter venoso central, devido ao risco, ainda que raro, de fungemia ou bacteremia.

Comentário OsceLabs

A alternativa D é a incorreta solicitada: resultados de probióticos dependem da cepa, dose, condição estudada e qualidade do produto, não apenas do gênero bacteriano. Não é correto extrapolar o efeito de uma preparação para todas as outras nem recomendar suplementação universal. A alternativa que atribui à relação intestino-pele a responsabilidade pela dermatite também simplifica excessivamente uma doença multifatorial; associação com microbioma não demonstra causa única. O uso requer avaliação especial em pacientes críticos, imunocomprometidos ou com cateter, nos quais há relatos de infecção invasiva relacionada a microrganismos administrados.

Referência: Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications.

Questão 92 - Corticoide sistêmico: distinguir indicação de rotina

Gabarito oficial: B

92. Quanto ao uso de corticoides sistêmicos na pediatria, é correto afirmar que:

- a** apesar da utilização de anticorpos monoclonais para tratamento de pacientes com dermatite atópica, os corticoides sistêmicos ainda são tratamento de primeira escolha em pediatria.
- b** o uso prolongado de CS em crianças com asma é contraindicado devido aos seus efeitos adversos, sendo recomendado apenas para exacerbações graves ou casos refratários.
- c** o V Consenso Brasileiro sobre Rinites (2024) recomenda o uso de corticoide sistêmico de depósito em rinite alérgica, preferencialmente por via parenteral, para rápido alívio dos sintomas e melhora de padrão respiratório.
- d** na síndrome DRESS o corticoide sistêmico está relacionado a síndrome de reconstituição imune inflamatória, sendo portanto, contra indicado o seu uso.
- e** no tratamento da anafilaxia, o corticoide é a primeira escolha medicamentosa a fazer, uma vez que evita as reações bifásicas, que são recidivas tardias que podem ocorrer entre 8 e 72 horas após o episódio inicial em até 20% dos casos.

Comentário OsceLabs

B identifica corretamente que corticoide sistêmico não é tratamento de manutenção rotineiro da asma; pode ser necessário em exacerbações e, excepcionalmente, em doença grave sob supervisão. Isso não se aplica ao corticoide inalatório, que integra o controle da asma. Corticoide sistêmico tampouco é primeira escolha de manutenção na dermatite atópica ou rinite. Por outro lado, formas graves de DRESS podem demandá-lo: não há contraindicação absoluta nessa síndrome. Na anafilaxia, adrenalina intramuscular é prioritária; corticoides não substituem seu efeito nem têm prevenção comprovada de reações bifásicas.

Referência: GINA. Strategy Report 2026

Referência: Management of Adult Patients With Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms: A Delphi-Based International Consensus.

Referência: World allergy organization anaphylaxis guidance 2020.

Questão 93 - Condições crônicas complexas na infância

Gabarito oficial: A

93. São características das crianças com condições crônicas complexas, **EXCETO**:

- a** duração mínima de 6 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior).
- b** acometimento com disfunção de um órgão ou sistema, ou de apenas um órgão de forma grave.
- c** necessitam de acompanhamento especializado e provavelmente um período de internação em hospital terciário, com necessidades intensivas dos serviços de saúde.
- d** limitação funcional significativa, muitas vezes dependente de traqueostomia e gastrostomia.
- e** transporte de pacientes com CCC, que muitas vezes estão acamados e cujos familiares não têm condições de levá-los sozinhos aos serviços de referência é um dos obstáculos enfrentados pelos cuidadores de crianças com condições crônicas complexas.

Comentário OsceLabs

A é a exceção solicitada, pois contraria a definição clássica: condição com expectativa de duração de pelo menos 12 meses, salvo óbito, que envolve múltiplos sistemas ou um sistema gravemente comprometido e demanda cuidado especializado. Seis meses não corresponde ao limiar dessa classificação. Dependência tecnológica é frequente em alguns grupos, mas não requisito universal de toda condição crônica complexa. O conceito ajuda a planejar continuidade do cuidado, transições e apoio familiar; não justifica reduzir o atendimento à doença principal nem presumir que a família possa executar cuidados especializados sem suporte.

Referência: Pediatric complex chronic conditions classification system version 2: updated for ICD-10 and complex medical technology dependence and transplantation.

Questão 94 · Avaliação e tratamento da dor pediátrica

Gabarito oficial: A

94. Sobre o adequado manejo da dor em pediatria, é correto afirmar que:

- I. O uso de escalas analgésicas de acordo com a faixa etária devem ser utilizadas para o adequado manejo da dor.
- II. O uso de codeína é uma recomendação forte para o manejo de dor de crianças em qualquer faixa etária.
- III. Deve-se preferir o uso de analgésicos via oral, sempre que possível.
- IV. O adequado manejo da dor pediátrica deve ser feito de horário, exceto quando se utilizar uma medicação que tenha efeito analgésico e antitérmico, devendo-se a dose ser omitida em caso de ausência de febre.
- V. A morfina em pediatria está associada a delirium e constipação intestinal severa, sendo contraindicada na população pediátrica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** II , III e IV
- e** I, II e III

Comentário OsceLabs

A reúne as afirmações I e III: usar instrumentos de dor apropriados ao desenvolvimento e preferir via oral quando eficaz e viável. A dor pode exigir analgesia mesmo sem febre. Codeína não é opção segura em qualquer idade, devido à variabilidade de conversão em morfina e ao risco de depressão respiratória; há restrições formais em crianças. Morfina também não é absolutamente proibida na pediatria: pode ser indicada na dor intensa, com dose individualizada, titulação e monitorização. A escolha depende da causa e intensidade da dor, do contexto clínico e dos riscos, evitando tanto subtratamento quanto uso indiscriminado.

Referência: OMS. Guidelines on management of chronic pain in children, 2020

Referência: FDA. Codeine and tramadol: restrictions in children and breastfeeding, 2017 — comunicado reproduzido pela ASA

Questão 95 · BCG: peso, cicatriz e precauções

Gabarito oficial: D

95. Quanto a imunização com BCG, é correto afirmar que:

- I. Deve ser aplicada em dose única o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita à Unidade de Saúde.
- II. Não se recomenda mais a revacinação de crianças que não apresentem cicatriz no local da aplicação após 6 meses.
- III. Comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, podem receber uma segunda dose da vacina BCG.
- IV. Em recém-nascidos filhos de mães que utilizaram imunossupressores na gestação, ou com história familiar de imunossupressão, a vacinação deverá ser adiada, pelo menos até os 6 meses de idade, ou contraindicada, dependendo da situação.
- V. Pode ser aplicada em bebês a partir de 1500 g.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II , III e IV
- e** II, III, IV e V

Comentário OsceLabs

O gabarito D considera corretas I-IV e rejeita V: o peso de referência para vacinação do recém-nascido é 2 kg, e não 1.500 g. A ausência de cicatriz após BCG documentada não indica revacinação rotineira; contatos de hanseníase seguem orientação específica. Há uma ressalva à generalização sobre imunossupressão materna: a decisão sobre vacina viva no bebê depende do medicamento, da exposição intrauterina e do protocolo, não de uma regra única de seis meses para qualquer fármaco. Suspeita de imunodeficiência exige avaliação antes da BCG, pois doença disseminada pela vacina é um risco relevante nesses pacientes.

Referência: Ministério da Saúde. Manual de normas e procedimentos para vacinação, 2024

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

Questão 96 · Intoxicação por metanol

Gabarito oficial: B

96. Adolescente de 15 anos chega ao pronto socorro com relato de Náuseas e vômitos + Dor abdominal difusa+ Cefaleia + Tontura e Fraqueza. Relata que há 4 horas ingeriu bebida alcoólica e percebe piora progressiva do quadro. Após 12 h da admissão, relata visão turva, seguida de crise convulsiva. Exames de laboratório evidenciam acidose metabólica com GAP aniônico elevado, aumento de escorias nitrogenadas e discreta elevação de transaminases. Ante o exposto, assinale a hipótese diagnóstica e tratamento adequado.

- a** insuficiência renal => correção de acidose
- b** intoxicação por metanol => etanol + hemodiálise
- c** Pancreatite => jejum e medidas de suporte
- d** arritmias => cardioversão elétrica
- e** sepse => antibioticoterapia

Comentário OsceLabs

Distúrbio visual, acidose metabólica e manifestações neurológicas após ingestão sugerem metanol, alternativa B. É uma emergência: interromper a formação de metabólitos tóxicos com antídoto, corrigir alterações e considerar hemodiálise prontamente nos casos graves, especialmente com comprometimento visual, neurológico ou acidose importante. Fomepizol é opção quando disponível; etanol terapêutico exige protocolo e monitorização, não administração doméstica. Folinato pode ser adjuvante, sem substituir antídoto ou diálise indicada. O intervalo entre ingestão e sintomas não afasta intoxicação, e os resultados laboratoriais não devem atrasar tratamento em quadro altamente sugestivo.

Referência: EXTRIP Workgroup. Methanol poisoning — extracorporeal treatment recommendations

Questão 97 - Melatonina: gabarito e limites das afirmações

Gabarito oficial: E

97. Sobre a melatonina analise as afirmativas abaixo e assinale a correta.

- I. A melatonina é transferida para o recém-nascido através do leite materno até a 12ª e 20ª semanas de vida, seguindo o ritmo circadiano.
- II. A partir dos três meses de idade, os lactentes começam a produzir melatonina, sendo o leite materno importante para consolidar o ritmo sono-vigília dos bebês até que seu próprio sistema circadiano amadureça.
- III. A exposição prolongada à luz azul emitida pelos dispositivos eletrônicos, pode prejudicar a produção da melatonina, levando a distúrbios do ritmo circadiano e alterando não apenas o sono, mas também outros processos fisiológicos como puberdade, ganho de peso, desenvolvimento da linguagem e da comunicação.
- IV. Apenas cinco minutos de exposição à luz azul durante a noite são capazes de bloquear a produção de melatonina, enquanto a recuperação de sua produção pode demandar horas.
- V. Os sintomas mais comuns da hipermelatoninemia são: sonolência diurna, tontura, hipotonia, alteração do nível de consciência e crises de síncope com sudorese e hipotermia (temperatura entre 33 e 34°C).

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas, é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e IV
- e** I, II, III, IV e V

Comentário OsceLabs

A banca assinala E, aceitando todas as assertivas. Isso não autoriza reproduzir seus números e absolutos como orientação clínica. A supressão de melatonina pela luz varia com intensidade, espectro, horário e duração; cinco minutos não é limiar universal. Afirmações sobre idade fixa em que o leite deixa de fornecer melatonina ou sobre frequência de eventos adversos extremos também exigem evidência específica. O papel circadiano da melatonina não equivale a indicação irrestrita de suplementação pediátrica. Priorizar avaliação do sono e medidas comportamentais; eventual uso requer indicação e supervisão, considerando variabilidade do produto e dados limitados de segurança prolongada.

Referência: American Academy of Sleep Medicine. Health advisory: melatonin use in children, 2023

Questão 98 - Pneumonia necrosante

Gabarito oficial: B

98. A pneumonia necrosante, descrita em crianças desde 1994, é uma forma grave de pneumonia adquirida na comunidade, presente em até 7% dos casos pediátricos. Seu aumento não é completamente explicado pelos avanços diagnósticos, e sua fisiopatologia ainda é pouco compreendida, havendo suspeita de influência genética. Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- a** A consolidação com necrose caracteriza o estágio final da pneumonia necrosante.
- b** A necrose evolui rapidamente para cavitação (pneumatocele), geralmente periférica e multilobar. As cavidades podem coalescer, formando lesões maiores, fístulas broncopleurais e pneumotórax.
- c** Os principais agentes etiológicos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e o vírus sincicial respiratório.
- d** A pneumonia necrosante localiza-se em um espectro clínico entre o abscesso pulmonar e a gangrena pulmonar.
- e** Estudos recentes não identificaram cepas de *Staphylococcus aureus* produtoras de leucocidina de Panton-Valentine (PVL), toxina associada a formas graves de pneumonia necrosante em crianças e adultos previamente saudáveis.

Comentário OsceLabs

B reconhece complicações possíveis da necrose pulmonar: cavitações, pneumatoceles, fístula broncopleural e pneumotórax. Pneumococo e *Staphylococcus aureus* são agentes importantes; determinadas cepas de *S. aureus* associam-se a doença muito grave. A necrose não precisa ser tratada como uma etapa final obrigatória de toda pneumonia. A investigação por imagem depende da evolução e da suspeita de complicação, sem justificar tomografia em toda criança com pneumonia. Antibióticos e suporte devem ser ajustados à gravidade, microbiologia e complicações pleurais, com avaliação especializada quando necessário.

Referência: PIDS/IDSA. Pediatric community-acquired pneumonia — seção sobre pneumonia necrosante e complicações, 2011

Questão 99 - Pneumonia grave com falência respiratória

Gabarito oficial: D

99. Lactente do sexo feminino, 8 meses de idade, foi levada ao pronto-atendimento com febre e vômitos há dois dias, sendo inicialmente liberada com orientações e sintomáticos. Retornou no dia seguinte devido à persistência da febre. No exame físico, apresentava-se em mau estado geral, gemente, com taquipneia (76 irpm), tiragens subcostais e intercostais, retração de fúrcula, batimento de asa de nariz e rebaixamento do nível de consciência. A percussão torácica revelou submacicez no terço superior do hemitórax direito. Radiografia de tórax mostrou hipotransparência difusa no hemitórax direito e presença de pneumatoceles no lobo superior direito. Tomografia computadorizada sem contraste evidenciou áreas de necrose pulmonar. Diante desse quadro, a melhor conduta antimicrobiana inicial é:

- a** Amoxicilina oral, associada a cuidados domiciliares e reavaliação ambulatorial.
- b** Oxacilina intravenosa associada a gentamicina, em enfermaria pediátrica.
- c** Ceftriaxona intravenosa, mantendo observação hospitalar.
- d** Vancomicina associada a cefepime, com suporte avançado de vida, internação em UTI e intubação orotraqueal, se necessário.
- e** Azitromicina oral associada a antipiréticos e vigilância clínica em casa.

Comentário OsceLabs

Alteração de consciência e insuficiência respiratória no lactente exigem estabilização imediata e terapia intensiva, conforme D. A combinação oferecida, incluindo vancomicina e cefepime, procura cobrir doença grave e possível estafilococo resistente; sua adequação depende de epidemiologia, exposições e risco de gram-negativos. Ela não é esquema universal para toda pneumonia comunitária ou toda pneumatocele. Priorizar via aérea, oxigenação e suporte circulatório, colher culturas sem atrasar antimicrobianos e reduzir o espectro quando os resultados permitirem. Medidas ambulatoriais isoladas ou espera por melhora espontânea são incompatíveis com a gravidade descrita.

Referência: PIDS/IDSA. Pediatric community-acquired pneumonia — seção sobre pneumonia necrosante e complicações, 2011

Referência: Surviving sepsis campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children.

Questão 100 · Diarreia com sinais de alarme

Gabarito oficial: C

100. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns sinais indicam a necessidade de reavaliação médica imediata em casos de diarreia, especialmente na população pediátrica. Esses sinais de alerta ajudam a identificar quadros potencialmente graves que exigem intervenções precoces para evitar complicações como desidratação severa, sepse ou desnutrição aguda. Com base nas recomendações da OMS, assinale a alternativa que apresenta um sinal de alerta em crianças com diarreia aguda.

- a** Melhora progressiva do apetite e redução das evacuações.
- b** Diarreia com duração de 2 dias, sem vômitos ou febre.
- c** Vômitos repetidos e presença de sangue nas fezes.
- d** Frequência urinária preservada e boa aceitação de líquidos.
- e** Diarreia autolimitada com duração inferior a 48 horas.

Comentário OsceLabs

Vômitos persistentes e sangue nas fezes são sinais que justificam avaliação clínica, alternativa C. É necessário estimar hidratação, perfusão, capacidade de ingestão e possíveis causas infecciosas ou cirúrgicas, conforme idade e exame. Solução de reidratação oral em pequenos volumes e manutenção do aleitamento são úteis quando a criança consegue beber com segurança; letargia, oligúria importante ou incapacidade de ingestão exigem atendimento urgente. Antibiótico não é automático em toda diarreia com sangue: a indicação depende do agente provável, gravidade e contexto. Antidiarreicos e suspensão indiscriminada da alimentação não substituem reidratação e avaliação.

Referência: NICE CG84. Diarrhoea and vomiting in children under 5

Documentos originais

Gabarito oficial

Gabarito oficial definitivo retificado em 10/02/2026: questão 73 = D; questões 14, 21, 42, 44, 45, 47, 48, 50 e 56 anuladas.

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

[Fonte do gabarito](#)

[Fonte do caderno](#)

O caderno original contém um gabarito preliminar ao final. Para corrigir a prova, utilize o gabarito definitivo retificado que abre estes anexos e fundamenta os comentários.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026

Grupo A: ACESSO DIRETO

GABARITO OFICIAL DEFINITIVO

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1	B	26	B	51	C	76	A
2	A	27	B	52	E	77	D
3	E	28	D	53	E	78	E
4	D	29	D	54	B	79	B
5	B	30	B	55	D	80	C
6	B	31	D	56	ANULADA	81	D
7	C	32	E	57	D	82	C
8	B	33	B	58	A	83	E
9	A	34	A	59	D	84	C
10	C	35	C	60	B	85	B
11	E	36	A	61	C	86	C
12	B	37	A	62	B	87	E
13	C	38	B	63	A	88	B
14	ANULADA	39	E	64	E	89	C
15	C	40	C	65	C	90	A
16	A	41	D	66	E	91	D
17	B	42	ANULADA	67	D	92	B
18	E	43	B	68	C	93	A
19	C	44	ANULADA	69	B	94	A
20	B	45	ANULADA	70	A	95	D
21	ANULADA	46	C	71	C	96	B
22	D	47	ANULADA	72	E	97	E
23	E	48	ANULADA	73	D	98	B
24	C	49	B	74	E	99	D
25	E	50	ANULADA	75	E	100	C

OBS: A alternativa da questão 73 foi alterada de A para D

1. Paciente de 75 anos, vem a UBS pois vem apresentando quadro de zumbido em ouvido esquerdo, redução da audição do mesmo ouvido, relata uso diário de hastes de algodão (cotonetes) para higiene. Após otoscopia observa rolha de cera, sem ver membrana timpânica. Neste caso o tratamento instituído deve ser:
 - a) iniciar lavagem auricular guiada por otoscópio na APS.
 - b) indicar solução otológica cerolítica por cinco dias e reavaliar em sete dias.
 - c) encaminhar ao otorrino para avaliação e manejo adequado.
 - d) orientar suspensão do uso de hastes de algodão e reavaliar após trinta dias.
 - e) orientações sobre a hipoacusia fisiológica do envelhecimento.
2. Em atendimento na UBS, você avalia homem de 59 anos, hipertenso há seis anos, sem lesão de órgão alvo e exames todos normais para investigar hipertensão secundária. Em uso de losartana 50 mg 2x dia, hidroclorotiazida 50 mg 1x pela manhã, anlodipino 10 mg pela manhã, sinvastatina 40 mg pela noite, trazendo MRPA com pressão média 155 por 95 mmHg. O manejo adequado para controle da pressão arterial, neste caso é:
 - a) iniciar espironolactona associada as drogas já instituídas.
 - b) substituir anlodipino por um betabloqueador.
 - c) encaminhar ao cardiologista para avaliação e manejo.
 - d) substituir hidroclorotiazida por espironolactona e reavaliar em três meses.
 - e) iniciar AAS como medida de prevenção secundária otimizando estatina.
3. Idosa de 75 anos vem acompanhada dos filhos na UBS para consulta, paciente HAS e DM sem outras comorbidades, apresenta quadro de esquecimento, rigidez muscular, relatando que está vendo pessoas que não estão lá e sentindo aranhas nos braços iniciado gradualmente há seis meses. A conduta a ser instituída neste caso é:
 - a) iniciar lítio dose gradual.
 - b) solicitar hemograma e VHS/PCR.
 - c) iniciar haloperidol gotas VO.
 - d) solicitar parecer da psicologia.
 - e) encaminhar ao neurologista.
4. Ao participar de um treinamento sobre testes rápidos para Tuberculose em crianças, foi dito que o poder de acurácia de um teste era alto, quando:
 - a) a probabilidade de um teste dar um resultado negativo para pessoas que não possuem a doença ou condição em questão.
 - b) a capacidade do teste de identificar corretamente indivíduos que possuem a condição de interesse, ou seja, a probabilidade de um resultado positivo dado que a pessoa está doente.
 - c) a probabilidade ou condição de um item, pessoa ou sistema antes de uma intervenção, avaliação ou teste, servindo como linha de base para medir mudanças futuras.
 - d) a proporção total de acertos, verdadeiros positivos e verdadeiros negativos, em relação a todos os indivíduos testados.
 - e) a probabilidade de um resultado positivo ser verdadeiro, indicando a chance de um indivíduo realmente ter a doença ou condição.
5. Você está utilizando USG para diagnostico de estenose de carótidas em 1.000 idosos com hipertensão arterial, como forma de prevenção de AVEi. Considerando que a sensibilidade e a especificidade da técnica do USG utilizado é de 90% e que a incidência de estenose de carótida nesta população é de 20%. O valor preditivo positivo desta técnica por USG para avaliar carótidas é de:
 - a) 6,92%
 - b) 69,2%
 - c) 692,0%
 - d) 0,6%
 - e) 0,06%
6. Trabalhadores sazonais que residem em dois territórios solicitam vinculação a duas UBS para garantir acompanhamento. A conduta prevista pela PNAB, é:
 - a) garantir vínculo único por usuário, sem possibilidade de cadastro em serviço adicional.
 - b) permitir vinculação a mais de uma UBS/EAB quando necessário, assegurando continuidade do cuidado e acesso ampliado.
 - c) autorizar duplo vínculo apenas para gestantes em seguimento específico de pré-natal.
 - d) autorizar duplo vínculo exclusivamente para pessoas em cuidados paliativos domiciliares.
 - e) condicionar duplo vínculo à determinação judicial, conforme pactuação municipal extraordinária.

- 7.** A gestão cogita instalar seis equipes em uma única UBS para ampliar cobertura. O parâmetro que orienta essa decisão segundo a PNAB, é:
- a** autorizar qualquer número de equipes se houver espaço físico.
 - b** recomendar no máximo duas equipes por UBS para evitar redundância.
 - c** recomendar até quatro equipes por UBS para garantir potencial resolutivo.
 - d** obrigar apenas uma equipe por UBS para fortalecer vínculo.
 - e** definir número de equipes exclusivamente por decisão política local, sem parâmetros técnicos.
- 8.** Encaminhamentos diretos para alta complexidade causam filas desordenadas e ociosidade na APS. Neste caso, a diretriz contrariada, é:
- a** Universalidade sem critérios clínicos.
 - b** Hierarquização e regionalização com referência e contrarreferência.
 - c** Equidade com priorização de vulneráveis.
 - d** Complementaridade privada contratualizada.
 - e** Participação social deliberativa.
- 9.** Paciente de 40 anos com delírios persecutórios há 2 meses, sem alucinações auditivas, sem prejuízo grave no funcionamento. Neste caso o provável diagnóstico, é:
- a** Transtorno delirante
 - b** Esquizofrenia
 - c** Transtorno esquizoafetivo
 - d** Transtorno psicótico breve
 - e** Transtorno bipolar com sintomas psicóticos
- 10.** A equipe planeja quatro profissionais da mesma categoria, cada um com 12h semanais. De acordo com a PNAB, a alternativa correta, é:
- a** aceitar sem limite de número profissionais por categoria.
 - b** aceitar cargas mínimas de 5h semanais por profissional, desde que a soma alcance 40h.
 - c** respeitar máximo de 3 profissionais por categoria e mínimo de 10h semanais por profissional, mantendo 40h/equipe.
 - d** permitir atuação sem vínculo, com plantões alternados cobrindo a equipe mínima.
 - e** flexibilizar parâmetros mediante acordo interno da equipe, sem comunicação à gestão.
- 11.** Em emergência sanitária, o gestor local remaneja recursos sem apreciação do Conselho de Saúde. O status jurídico desse colegiado, é:
- a** Órgão consultivo sem poder de decisão orçamentária vinculante.
 - b** Instância independente sem interface com planejamento e finanças.
 - c** Colegiado restrito à esfera nacional e conferências quadrienais.
 - d** Comissão temporária acionada exclusivamente em crises epidêmicas.
 - e** Órgão permanente e deliberativo, com função de controle social.
- 12.** Em um município, um usuário com condições crônicas circula entre UBS, ambulatório especializado e hospital sem integração de informações. Exames se repetem e não há retorno formal à equipe de origem. A gestão busca reorganizar o fluxo assistencial conforme o modelo das Redes de Atenção à Saúde. A conduta mais adequada para organizar esse cuidado, é:
- a** encaminhar o usuário diretamente para hospital de referência sem coordenação pela APS.
 - b** manter o usuário vinculado à APS como coordenadora do cuidado, utilizando regulação para acesso aos demais serviços e garantindo contrarreferência.
 - c** transferir o acompanhamento definitivo para o ambulatório especializado, encerrando o vínculo com a UBS.
 - d** atuar apenas nos episódios de agudização clínica que resultem em internação hospitalar.
 - e** orientar a busca por serviços privados para acelerar o acesso a consultas e exames.
- 13.** Uma coorte de 800 indivíduos foi acompanhada por 2 anos; ocorreram 40 casos do desfecho. Parte dos indivíduos foi perdida ao longo do seguimento. A medida mais adequada quando há tempos de observação distintos, é:
- a** Incidência acumulada
 - b** Prevalência pontual
 - c** Densidade de incidência (taxa)
 - d** Razão de prevalência
 - e** Proporção de atacados

- 14.** Em investigação epidemiológica no município, avaliou-se situação relacionada a ocorrência de doenças e aspectos metodológicos. Sobre o cenário descrito, assinale a alternativa correta.
- a** Apresenta conceito de razão de chances.
 - b** Corresponde à densidade de incidência.
 - c** Apresenta conceito de incidência.
 - d** Refere-se à letalidade.
 - e** Apresenta conceito de prevalência.
- 15.** Em uma área ribeirinha com difícil acesso e indicadores sociais desfavoráveis, a gestão municipal precisa reorganizar a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Qual estratégia está de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?
- a** Fixar um ACS para cerca de 1.200 pessoas, compensando distâncias com telemonitoramento estruturado e agendamento remoto.
 - b** Adscriver apenas domicílios próximos à UBS, excluindo áreas remotas com baixa densidade e alto custo operacional.
 - c** Assegurar cobertura total do território com teto de 750 pessoas por ACS, ajustando quantitativos por critérios epidemiológicos e sociais.
 - d** Substituir ACS por equipe itinerante de especialidades, centralizando ações clínicas de maior complexidade.
 - e** Alternar mensalmente os ACS por sorteio, redistribuindo microáreas para equilibrar a carga de trabalho.
- 16.** Homem de 24 anos relata ataques súbitos de medo intenso, palpitações, sensação de morte iminente e esquiva de locais públicos. Ataques recorrentes há 3 meses. Qual diagnóstico?
- a** Transtorno de pânico
 - b** Transtorno de ansiedade generalizada
 - c** Transtorno obsessivo-compulsivo
 - d** Transtorno de ansiedade social
 - e** Transtorno de estresse pós-traumático
- 17.** Durante surto de dengue, a CIB discute responsabilidades. Segundo a Lei nº 8.080/1990, compete aos estados:
- a** executar atenção básica diretamente em todos os municípios.
 - b** coordenar redes regionais e apoiar municípios nas ações de vigilância.
 - c** formular políticas nacionais de saúde.
 - d** regular serviços privados em todo território nacional.
 - e** definir percentuais constitucionais para financiamento.
- 18.** Em estudo caso-controle sobre câncer de pulmão, o odds ratio para tabagismo foi 4,0. Qual interpretação é adequada?
- a** Quatro vezes maior risco absoluto
 - b** Quatro vezes mais chance de exposição
 - c** Quatro vezes maior mortalidade
 - d** Quatro vezes maior prevalência
 - e** Quatro vezes mais chance de desenvolver câncer entre expostos
- 19.** A Reforma Psiquiátrica brasileira propõe a desinstitucionalização como eixo central da política de saúde mental. Contudo, a efetivação desse modelo depende da superação de obstáculos estruturais, financeiros e culturais. Considerando todas as dimensões analisadas, a alternativa que descreve, de forma mais completa, os principais desafios que ainda comprometem a plena implementação da desinstitucionalização no Brasil é:
- a** a escassez de leitos em hospitais psiquiátricos e a falta de profissionais de saúde mental nas regiões Norte e Nordeste, sem mencionar a necessidade de adequação legislativa.
 - b** a resistência dos movimentos de usuários e familiares ao modelo comunitário, associada à ausência de protocolos clínicos padronizados para o CAPS.
 - c** a insuficiência de recursos financeiros destinados aos serviços comunitários, a fragilidade da articulação entre CAPS e atenção básica (apoio matricial limitado), e a persistência de estigmas socioculturais que ainda favorecem a institucionalização.
 - d** a inexistência de políticas públicas voltadas à prevenção de transtornos mentais e a exclusão total da participação de organizações não governamentais na rede de cuidados.
 - e** a predominância de abordagens biomédicas nos CAPS, que impede a inserção de terapias ocupacionais e artísticas, sem considerar a necessidade de monitoramento epidemiológico.

20. Maria, 38 anos, residente em zona urbana periférica, tem histórico de transtorno depressivo recorrente há 10 anos. Nos últimos três meses, apresentou piora do humor, isolamento social e pensamentos de inutilidade. Ela já foi internada duas vezes em hospital psiquiátrico (2009 e 2016) por risco de suicídio. Atualmente, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) da sua comunidade, onde a equipe de saúde da família (enfermeiro, agente comunitário e médico de família) a recebe. Durante a consulta, o médico de família identifica risco moderado de suicídio, mas sente insegurança para iniciar farmacoterapia antidepressiva e para conduzir o plano de segurança. Ele registra o caso no prontuário eletrônico da UBS e solicita apoio matricial ao CAPS II da região. Dentro de 48 h, um psiquiatra do CAPS realiza teleconsulta, orienta a equipe quanto à escolha do antidepressivo, define critérios de monitoramento diário e indica que a enfermeira da UBS faça visitas domiciliares para aferir adesão e sinais de alerta. Além disso, o CAPS oferece treinamento presencial de 4 h para toda a equipe da UBS sobre manejo de crises suicidas. Uma semana depois, Maria inicia o tratamento na própria comunidade, com acompanhamento diário pela enfermeira, consultas mensais com o médico de família e supervisão semanal do psiquiatra do CAPS via telemedicina. Não houve necessidade de nova internação. A alternativa que sintetiza o papel do apoio matricial nesse cenário é:

- a) o apoio matricial consiste apenas em encaminhar o paciente da UBS ao CAPS para internação, deixando a equipe da atenção básica responsável apenas pelo registro administrativo do caso.
- b) através do apoio matricial, a equipe da atenção básica recebeu orientação clínica, capacitação pontual e suporte técnico contínuo do CAPS, permitindo que o tratamento fosse mantido no território, evitando nova internação.
- c) o apoio matricial implica que o CAPS assuma integralmente o cuidado de Maria, substituindo a equipe da UBS por profissionais especializados, enquanto a equipe da atenção básica passa a exercer somente funções de vigilância sanitária.
- d) a estratégia de apoio matricial limita-se à realização de um único treinamento presencial, sem necessidade de acompanhamento clínico posterior, pois a competência da equipe da UBS já seria suficiente após a capacitação.
- e) o apoio matricial tem como objetivo principal a coleta de indicadores epidemiológicos sobre depressão na comunidade, não influenciando diretamente as decisões terapêuticas individuais.

21. Na investigação diagnóstica de um paciente internado com anemia, em qual das seguintes situações clínicas a anemia ferropriva é a causa mais provável?

- a) mulher de 64 anos com glossite, disfagia e unhas em colher (coiloníquia).
- b) executivo de 50 anos com dispepsia crônica.
- c) mulher multipara de 39 anos com sangramento vaginal irregular e fadiga progressiva.
- d) idosa de 72 anos com palidez, parestesia e dificuldade para marcha e equilíbrio.
- e) dor no hipocôndrio esquerdo, anemia em um homem de 30 anos.

22. Você está avaliando um homem de 50 anos que apresenta dor abdominal e diarreia crônica. Refere também fadiga e dispnéia aos esforços nos últimos dois meses. Ao exame físico, observa-se palidez cutaneomucosa ++/4+, sem icterícia, e fígado e baço não são palpáveis. O hemograma mostra anemia microcítica e hipocrômica com plaquetose. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para este caso.

- a) Solicitar dosagem de ferro, ferritina, bilirrubinas e DHL, e iniciar sulfato ferroso junto às refeições.
- b) Solicitar dosagem de ácido fólico, vitamina B12, contagem de reticulócitos e prescrever sulfato ferroso endovenoso devido à diarreia, reavaliando em três meses.
- c) Iniciar imediatamente sulfato ferroso e solicitar eletroforese de hemoglobina para descartar traço talassêmico.
- d) Solicitar dosagem de ferro sérico e ferritina e iniciar investigação imediata da causa da anemia.
- e) Solicitar pesquisa de anticorpos anti-célula parietal.

23. Uma mulher de 22 anos apresenta sangramentos gengivais ao escovar os dentes, equimoses após pequenos traumas e menstruações prolongadas desde a adolescência. Ao exame, há petéquias e equimoses, sem hepatoesplenomegalia. O exame que avalia a hemostasia primária, cuja alteração explica o quadro clínico da paciente, é:

- a) Fibrinogênio
- b) Tempo de Protrombina (TP)
- c) Tempo de Tromboplastina parcial (TTPa)
- d) Tempo de Trombina
- e) Tempo de sangramento

24. Um homem de 35 anos apresenta dispneia aos esforços e queixa-se de palpitações ocasionais. Ao exame, observa-se sopro sistólico em crescendo-decrescendo no foco mitral, irradiando para borda esternal esquerda. Durante a manobra de Valsalva (fase de esforço), o sopro aumenta claramente de intensidade. Qual das valvopatias abaixo é mais compatível com esta resposta ao Valsalva?

- a** Estenose aórtica.
- b** Comunicação interatrial com hiperfluxo (sopro de ejeção).
- c** Miocardiopatia Hipertrófica Obstrutiva (MHO).
- d** Insuficiência mitral.
- e** Insuficiência tricúspide.

25. Um homem de 57 anos, com diabetes melito tipo 2 há 6 anos, hipertensão arterial bem controlada e obesidade grau I (IMC 31 kg/m²), comparece à consulta para reavaliação. Atualmente está usando metformina 850 mg 2 x dia, com boa tolerância. Nega hipoglicemias. Relata piora do controle glicêmico nos últimos 8 meses. Alimentação rica em carboidratos e vida sedentária. PA: 128/78 mmHg. História familiar: pai com IAM aos 52 anos. Exames: Hemoglobina glicada: 8,6%. Glicemia jejum: 186 mg/dL Taxa de filtração glomerular: 62 mL/min/1,73m². Microalbuminúria: 50mg/dia. Perfil lipídico: LDL 98mg/dL; HDL 41mg/dL; Triglicérides 186mg/dL. Ecocardiograma: sem alterações importantes. Paciente relata desejo de perder peso. A melhor opção terapêutica a ser acrescentada ao tratamento deste paciente, é:

- a** Sulfonilureia (como glimepirida) para maior redução da HbA1c.
- b** Inibidor de DPP-4 (como sitagliptina), pela boa tolerabilidade.
- c** Pioglicatona.
- d** Insulina basal de ação prolongada.
- e** Agonista do GLP-1 (semaglutida ou tirzepatida), visando perda de peso e proteção cardiovascular.

26. Um paciente com choque séptico está em tratamento com piperacilina-tazobactam 4g/0,5g, atualmente administrada em infusão intermitente (30 min a cada 6 horas). Considerando a necessidade de otimizar a eficácia antimicrobiana, a equipe propõe a administração em infusão prolongada ou contínua. Essa estratégia tem como principal fundamento farmacodinâmico:

- a** aumentar o pico sérico (C_{max}) em relação à CIM, melhorando a atividade bactericida.
- b** maximizar a fração do tempo em que a concentração plasmática do fármaco permanece acima da CIM (fT > CIM).
- c** reduzir o volume de distribuição e, com isso, melhorar a biodisponibilidade tecidual.
- d** aumentar o clearance do antibiótico, reduzindo o risco de efeitos adversos.
- e** favorecer a concentração intracelular para atuação contra patógenos intracitoplasmáticos.

27. Um homem de 72 anos, em pós-operatório de colectomia esquerda, internado há 28 dias em UTI em ventilação mecânica. Evolui com febre, hipotensão e secreção purulenta traqueal. A cultura de aspirado traqueal colhida há 48h revelou *Acinetobacter Baumannii* Carbapenem-resistente, produtor de OXA-23. Ele está em uso de colistina + meropenem há 5 dias, com piora clínica e aumento da creatinina. A equipe considera o uso de antibióticos de última geração. Em relação às opções disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a** Taniborbactam associado a cefepime tem excelente ação contra OXA-23 e deve substituir colistina.
- b** Cefiderocol pode ser considerado, pois mantém atividade contra *Acinetobacter* produtor de OXA-23, mesmo após falha de colistina.
- c** Taniborbactam é ativo contra todas as classes de carbapenemases, incluindo metalo-β-lactamases e oxacilinases.
- d** Cefiderocol deve ser evitado em infecções pulmonares por *Acinetobacter* devido a falha demonstrada em poucos estudos clínicos.
- e** A melhor abordagem é manter colistina associada a meropenem em dose estendida, pois nenhum antibiótico moderno cobre OXA-23 de forma segura.

28. Sobre o manejo farmacológico da osteoporose, analise os casos a seguir e assinale a alternativa em que há indicação correta de iniciar terapia específica para osteoporose.

- a** Mulher, 55 anos, menopausa há 3 anos, T-score de $-1,0$ na coluna lombar, FRAX com risco de fratura maior de 8% e de fratura de quadril de 1,5%. O médico indica ácido zoledrônico anual como estratégia preventiva precoce.
- b** Homem, 60 anos, T-score de $-2,0$ em colo femoral, sem fraturas prévias, porém com deficiência de vitamina D (17 ng/mL) e hiperparatireoidismo secundário. O médico inicia alendronato imediatamente na mesma consulta.
- c** Mulher, 48 anos, artrite reumatoide em uso de prednisona 10 mg/dia há 5 anos, T-score de $-2,3$ no fêmur e sem fraturas prévias. O médico decide apenas suplementar cálcio e vitamina D e reavaliar densitometria em 1 ano.
- d** Mulher, 72 anos, T-score de $-2,4$ na coluna lombar e fratura vertebral por fragilidade documentada por radiografia. A equipe inicia terapia com bisfosfonato ou anabólico, além de correção de vitamina D e cálcio.
- e** Homem, 59 anos, DMO com T-score $-2,1$, fratura de quadril há 3 anos e doença renal crônica em estágio 5 em hemodiálise. É iniciado alendronato semanal, pois não há contraindicação em estágio avançado de doença renal.

29. Uma mulher de 52 anos é internada com insuficiência renal aguda rapidamente progressiva, acompanhada de artralguas, púrpura palpável em membros inferiores e fadiga intensa há duas semanas. Relata também parestesia distal, episódios de fenômeno de Raynaud no inverno e uma história de hepatite C crônica tratada irregularmente. Ao exame físico, apresenta PA 160/100 mmHg sem sinais pulmonares relevantes. Abdome sem hepatoesplenomegalia. Presença de púrpuras não trombocitopênicas nas pernas. Exames laboratoriais: creatinina: 3,1mg/dL; C4: indetectável; C3: baixo; Fatores reumatóides e FAN: negativos; Anti-dsDNA: negativo; ANCA: negativo; PCR; elevada; Anti-HCV positivo. Exame de urina: hemácias dismórficas, proteinúria 2g/24h. A biópsia renal revela: Glomerulonefrite membranoproliferativa com hiperplasmicidade e depósitos subendoteliais. Imunofluorescência: IgM e C3 em padrão granular, além de depósitos de C1q, formando aspecto "em mosaico" (pseudoclobetas); presença de trombos intraluminais PAS-positivos compatíveis com crioclobos. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a** Glomerulonefrite lúpica classe IV.
- b** Granulomatose com poliangiite.
- c** Granulomatose eosinofílica com poliangiite.
- d** Crioglobulinemia mista associada ao HCV.
- e** Glomerulonefrite pós-estreptocócica.

30. Uma mulher de 34 anos, previamente saudável, é submetida a colecistectomia videolaparoscópica sob anestesia geral com sevoflurano e succinilcolina. Cerca de 30 minutos após o término do procedimento, ainda na sala de recuperação anestésica, desenvolve taquicardia (160 bpm), hipertensão inicial seguida de hipotensão (70/40 mmHg), rigidez generalizada e temperatura central de 40,5°C. O anestesista relata aumento progressivo e inexplicado da concentração máxima de CO₂ exalada ao final da expiração e corresponde (ETCO₂) intraoperatório. A gasometria arterial e exames mostram: pH- 7.10; PaCO₂- 75mmHg; PaO₂- 103mmHg; HCO₃⁻- 13mEq/L; Lactato- 8,1 mmol/L; CPK- 9.500U/L e K⁺ 7,8 mEq/L. ECG demonstra QRS largo, ondas T apiculadas e extrassístoles ventriculares. A equipe se prepara para intubação de resgate e administração de gluconato de cálcio para estabilização de membrana. A próxima conduta prioritária que realmente muda a fisiopatologia do quadro, é:

- a** Gluconato de cálcio endovenoso.
- b** Dantrolene endovenoso.
- c** Bicarbonato de sódio em bolo endovenoso.
- d** Adrenalina em infusão contínua.
- e** Dipirona em infusão contínua.

31. Um homem de 58 anos, pedreiro, com exposição a tabaco por 35 maços-ano e exposição ocupacional a poeiras, relata dispneia progressiva há 2 anos e duas exacerbações nos últimos 12 meses, sendo uma com necessidade de corticoide sistêmico. Ao exame físico, apresenta tórax em barril, murmúrio vesicular globalmente diminuído e expiração prolongada. A espirometria pós-broncodilatador mostrou: $VEF_1/CVF = 0,62$; $VEF_1 = 48\%$ do previsto; DLCO reduzido. Na avaliação de sintomas e risco, apresenta mMRC = 3 e duas exacerbações no último ano, sendo uma grave. O paciente relata que usa LAMA isolado, mas mantém sintomas importantes. A conduta mais adequada segundo as recomendações GOLD 2024–2025, é:

- a) aumentar a dose do LAMA isolado.
- b) manter LAMA e iniciar corticoterapia inalatória isolada.
- c) iniciar associação LABA + LAMA.
- d) iniciar LABA + LAMA + ICS ("terapia tripla").
- e) solicitar TC de alta resolução antes de alterar a terapêutica.

32. Um homem de 82 anos, previamente hígido, é admitido no pronto socorro com história de diarreia profusa há 5 dias, redução da ingesta hídrica e piora progressiva do estado mental. A família nega uso de diuréticos, vômitos ou doenças prévias. Ao exame: sonolento, hipoperfundido, respiração rápida e superficial, PA 90/58 mmHg, FC 112 bpm, FR 26 irpm, pulsos finos. Exame neurológico sem sinais focais. Exames na admissão: Gasometria arterial em ar ambiente: pH = 7,21; $PaCO_2 = 38$ mmHg; $PaO_2 = 85$ mmHg; $HCO_3^- = 14$ mEq/L; BE = -12; Lactato = 2,8 mmol/L; $Na^+ = 140$ mEq/L; $Cl^- = 107$ mEq/L. A interpretação mais provável do distúrbio acidobásico, neste caso, é:

- a) acidose metabólica pura, com compensação respiratória adequada segundo Winter.
- b) distúrbio misto com acidose metabólica e alcalose metabólica.
- c) acidose metabólica com alcalose respiratória compensatória.
- d) distúrbio misto com acidose metabólica e alcalose respiratória.
- e) acidose metabólica com acidose respiratória associada.

33. Em qual das situações clínicas abaixo o diagnóstico de Espondilite Anquilosante (EA) deve ser mais fortemente considerado?

- a) Homem de 27 anos com dor lombar baixa intermitente há 8 anos, piora ao caminhar longas distâncias e melhora em repouso; exame físico sem limitação de mobilidade.
- b) Homem de 30 anos com dor lombar insidiosa há 6 anos, rigidez matinal por > 1h, acorda à noite por dor lombar e relata melhora importante com prática regular de atividade física; refere episódios recorrentes de dor glútea alternante.
- c) Homem de 45 anos com dor lombar contínua há 4 anos, irradiando para face posterior da coxa, piora ao sentar e melhora com repouso e analgésicos simples; teste de Lasègue positivo.
- d) Homem de 34 anos com dor lombar leve e recorrente há 10 anos, agora com episódio abrupto de dor intensa e incapacidade de movimentar o hálux direito após carregar peso.
- e) Mulher de 28 anos com dor lombar leve e recorrente há 2 anos, agora com episódio abrupto de dor intensa e incapacidade de movimentar o pé direito após carregar peso.

34. A sarcopenia e o envelhecimento muscular estão associados a alterações estruturais e funcionais das fibras musculares esqueléticas. Considerando os efeitos do envelhecimento sobre os diferentes tipos de fibras. A alternativa que descreve corretamente a mudança predominante observada na musculatura de idosos, é:

- a) aumento proporcional de fibras do tipo I (oxidativas) com redução seletiva de fibras do tipo II (rápidas).
- b) aumento predominante de fibras do tipo II, com redução da densidade de fibras tipo I.
- c) redução isolada do diâmetro das fibras do tipo I com preservação das fibras tipo II.
- d) aumento absoluto do número de fibras I e II devido à hiperplasia compensatória.
- e) conversão predominante de fibras tipo I em fibras tipo II com perda de resistência muscular.

35. Um homem de 42 anos, previamente hígido, iniciou carbamazepina há 6 semanas para neuralgia do trigêmeo. Apresenta quadro progressivo de febre alta, mal-estar, edema facial e exantema morbiliforme difuso com áreas de descamação. Ao exame, há linfadenomegalia generalizada, icterícia leve e acometimento de mucosa oral. Não há lesões alvo típicas. O descolamento epidérmico envolve < 5% da superfície corporal. Laboratório: Eosinófilos: 2.800/mm³; Transaminases: ALT 320 U/L / AST 220 U/L; Creatinina: normal; DHL: aumentada; VHS e PCR elevados; IgE: aumentada; Sorologias virais negativas, PCR para HHV-6 positivo. Biópsia de pele: dermatite interface com infiltrado linfocitário e eosinofílico. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a) Síndrome de Stevens-Johnson associado a reação exantemática simples.
- b) NET (Necrólise Epidérmica Tóxica) precoce com envolvimento sistêmico.
- c) Síndrome DRESS induzida por carbamazepina com reativação viral.
- d) Eritema multiforme maior secundário a infecção herpética.
- e) Reação exantemática simples por hipersensibilidade tardia.

36. Um homem de 56 anos, hipertenso em uso de enalapril há 4 anos, apresenta edema súbito de lábios e glote, estridor, dificuldade respiratória e sensação de "morte iminente" minutos após ingerir camarão durante uma confraternização. Ao chegar ao pronto-socorro, encontra-se ansioso, com fala incompreensível, sialorreia, PA- 90/50mmHg, FC- 128 bpm, SatO₂ 88% em ar ambiente, sem urticária visível. Não há história prévia de alergias. O médico plantonista questiona se o quadro pode ser angioedema bradicinérgico ou anafilaxia. A conduta inicial mais apropriada, neste caso, é:

- a) administrar adrenalina IM imediatamente na face anterolateral da coxa, mesmo na ausência de urticária.
- b) iniciar adrenalina EV em infusão lenta após pré-tratamento com anti-histamínicos.
- c) administrar icatibanto ou concentrado de C1 esterase antes de considerar adrenalina.
- d) administrar apenas anti-histamínico e corticoide, pois a ausência de urticária sugere angioedema bradicinérgico.
- e) indicar intubação orotraqueal imediata antes de qualquer outra medida terapêutica.

37. Um homem de 58 anos, com IAM prévio tratado com angioplastia há 3 meses, está em uso de AAS + clopidogrel + atorvastatina. Mantém estilo de vida adequado, sem sangramentos ou efeitos adversos. Contudo, retorna ao pronto-socorro com dor torácica e nova elevação de troponina. A cineangiografia revela trombose do stent, apesar da adesão medicamentosa. Foi solicitada avaliação farmacogenômica de rotina pós-evento, revelando: CYP2C19 2 / 2 Lof (loss-of-function, metabolizador pobre); SLCO1B1 c.521CC (alto risco de miopatia com estatinas). Genótipo normal para CES1, ABCB1 e CYP3A4. A conduta mais adequada para reduzir o risco de novo evento trombótico, considerando o perfil farmacogenético, é:

- a) substituir clopidogrel por prasugrel ou ticagrelor devido à ineficácia mediada por CYP2C19.
- b) manter clopidogrel e aumentar a dose, para 150mg/fis.
- c) suspender a dupla antiagregação e introduzir anticoagulação plena com rivaroxabana.
- d) trocar atorvastatina por rosuvastatina devido ao genótipo SLCO1B1.
- e) suspender estatina e manter apenas antiagregação até completar 12 meses pós-IAM.

38. Uma mulher de 35 anos, sem comorbidades, procura aconselhamento genético após sua irmã de 38 anos receber diagnóstico de câncer de mama triplo-negativo. Sua mãe faleceu aos 44 anos por câncer de ovário seroso de alto grau. A paciente não possui filhos e ainda não realizou mamografia. O painel de NGS revelou uma variante patogênica em BRCA1. Exames físicos e laboratoriais são normais. Com base no risco genético e nas evidências disponíveis. A estratégia abaixo mais adequada neste momento, é:

- a) acompanhar anualmente apenas com mamografia a partir dos 40 anos.
- b) recomendar Ressonância Mamária com contraste anual a partir de agora e considerar salpingooforectomia redutora a partir dos 35-40 anos.
- c) iniciar quimioprevenção com tamoxifeno imediatamente, pois reduz câncer de mama associado a BRCA1.
- d) solicitar PET-CT anual como estratégia de rastreamento em portadoras de BRCA.
- e) realizar mastectomia bilateral preventiva obrigatória antes dos 35 anos, independentemente de preferência da paciente.

39. Você está atendendo no pronto-socorro em uma manhã de segunda-feira quando é chamada para avaliar uma paciente de 51 anos com fraqueza muscular e picos hipertensivos. Relata que nos últimos dias tem sentido "tremores", cansaço intenso e câibras nas pernas, piorando progressivamente. Refere dificuldade para controlar a pressão arterial nas últimas semanas, mesmo utilizando corretamente losartana 100 mg/dia. Também é diabética tipo 2, em uso regular de metformina 1 g/dia. A pressão arterial na admissão era 180 x 110 mmHg. Exames colhidos na triagem: potássio: 2,5 mEq/L; sódio: 143mEq/L; HCO₃: 32mEq/L; pH arterial: 7,49; creatinina: 0,8 mg/dL. Ao explorar hábitos, menciona que há 2 meses passou a consumir diariamente 15 balas dietéticas para controlar a vontade de comer doces. Quando questionada especificamente, informa que o rótulo menciona "extrato de alcaçuz". Ela também tomou naproxeno 250 mg 12/12h por 3 dias devido à lombalgia, não usa diuréticos. O diagnóstico ou mecanismo mais provável para explicar o quadro da paciente, é:

- a) Hipocalemia e hipertensão secundárias ao uso recente de AINE.
- b) Hipocalemia induzida pela losartana.
- c) Hiperaldosteronismo primário.
- d) efeito adverso metabólico da anlodipina.
- e) Pseudohiperaldosteronismo por ingestão crônica de alcaçuz (glicirrizina).

40. Um homem de 58 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 18 anos, chega ao ambulatório relatando rigidez progressiva das mãos nos últimos 5 meses, dificultando abotoar camisas e manusear pequenos objetos. Refere uso irregular das medicações, HbA1c de 11% e história de neuropatia periférica sensitiva. No exame físico, ao ser solicitado que una as palmas das mãos em posição de prece, observa-se incapacidade de encostar completamente as superfícies das palmas e dos dedos, mantendo um espaço residual entre as mãos. Há pele espessada no dorso dos dedos. Reflexos presentes e sem déficit motor evidente. O diagnóstico mais provável, neste caso, é:

- a) Esclerose lateral amiotrófica.
- b) Síndrome de Dupuytren.
- c) Artropatia diabética da mão.
- d) Artrite reumatoide inicial.
- e) Neuropatia periférica diabética motora.

41. Durante atendimento a um paciente politraumatizado, foi identificado desconforto respiratório moderado, FR 30, sat O₂ 93% em ar ambiente. No exame físico, possuía expansão torácica assimétrica e murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo. Diante da necessidade de uma drenagem torácica, o melhor local para a inserção do dreno, é:

- a) no 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda.
- b) no 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda.
- c) no 5º espaço intercostal na linha axilar média à direita.
- d) no 5º espaço intercostal na linha axilar média à esquerda.
- e) no 3º espaço intercostal na linha axilar média à direita.

42. Paciente previamente hígido, 45 anos, comparece ao pronto socorro com queixa de dor difusa abdominal, vômitos, diarreia e mal estar iniciados há 1 dia. Durante o exame físico, percebe-se a presença de uma cicatriz abdominal devido uma cirurgia eletiva prévia de colecistectomia aberta. O nome e a localização desse tipo de incisão é:

- a) incisão de Rockey-Davis, localizada transversalmente em fossa ilíaca direita.
- b) incisão de Kocher, localizada obliquamente em região de hipocôndrio esquerdo.
- c) incisão de Mcburney, localizada obliquamente em região de fossa ilíaca direita.
- d) incisão mediana, localizada em epigástrico.
- e) incisão de Kocher, localizada obliquamente em região subcostal direita.

43. A internação prolongada de pacientes graves em leitos de UTI pode aumentar o risco de lesões cutâneas relacionadas ao aumento da pressão nos tecidos de certas áreas do corpo a depender da posição do paciente. O local mais frequente para o surgimento dessas lesões, relacionando com a posição do paciente é:

- a) região sacral, quando paciente permanece mais tempo em decúbito lateral.
- b) região trocantérica, quando paciente permanece em decúbito lateral.
- c) região occipital, quando paciente se encontra em posição prona.
- d) região da face, quando paciente fica em decúbito dorsal.
- e) região do ísquio, quando paciente permanece em posição prona.

- 44.** Você atende um paciente que sofreu corte contuso em região da perna em uma barra de ferro acidentalmente. Após limpeza local, anestesia e sutura você o libera para casa com algumas orientações. Isso o faz lembrar no plantão sobre o processo de cicatrização de feridas, então discute com o outro colega plantonista sobre as etapas desse processo. Assim, é correto afirmar que:
- a** a fase proliferativa, que se inicia por volta do terceiro dia após a lesão, é caracterizada pela intensa atividade fagocitária dos macrófagos, que causam o desbridamento da ferida.
 - b** a fase inflamatória é a fase inicial, dura cerca de 1 a 6 dias e é responsável pelo processo de hemostasia e quimiotaxia dos leucócitos.
 - c** a fase de remodelação tem início por volta da segunda semana e apresenta intensa angiogênese e início da produção de colágeno tipo I.
 - d** a fase de maturação caracteriza o final do processo da cicatrização, que pode durar cerca de um ano e é responsável pela substituição de colágeno tipo I em tipo III.
 - e** na fase de proliferação, as principais células presentes na ferida são os miofibroblastos que são responsáveis pelo processo de contração da ferida.
- 45.** A artéria retal média tem origem na artéria:
- a** mesentérica superior
 - b** sigmoideana
 - c** sacral média
 - d** mesentérica inferior
 - e** ilíaca interna
- 46.** O que define a via aérea definitiva?
- a** cateter nasal de oxigênio.
 - b** ventilação com máscara laríngea.
 - c** tubo posicionado na traqueia com cuff insuflado.
 - d** ventilação com máscara de oxigênio em 15l.
 - e** tubo posicionado na faringe com cuff insuflado.
- 47.** Paciente, FAM, 35 anos, foi levado ao HMS pela equipe do SAMU com relato de acidente de moto X carro. Após avaliação médica foi aventada a possibilidade de trauma de uretra. Sobre o trauma de uretra, assinale a alternativa correta.
- a** Em caso de trauma de uretra deve ser realizada sondagem vesical de demora por profissional experiente.
 - b** A fratura de bacia é associada à lesão de uretra membranosa.
 - c** A fratura de bacia está relacionada a lesão de uretra peniana.
 - d** O exame ideal para diagnóstico de trauma de uretra é a cintilografia renal.
 - e** O diagnóstico de trauma de uretra é feito com radiografia de pelve.
- 48.** Paciente vítima de acidente de trânsito moto X carreta apresentou traumatismo craniano. Na avaliação do ATLS na escala de coma de glasgow (ECG) estava apresentando abertura ocular ao comando de voz, emitindo sons inaudíveis, localiza a dor na resposta motora e pupilas isofotorreagentes. A pontuação da ECG deste paciente é:
- a** 13
 - b** 8
 - c** 7
 - d** 9
 - e** 10
- 49.** Vítima de acidente moto X moto dá entrada no hospital municipal de Santarém apresentando ao exame físico hipertimpanismo em hemitórax direito e hipotensão. A conduta a ser tomada neste caso é:
- a** intubação orotraqueal imediata.
 - b** inserção de Jelco calibroso em 5º espaço intercostal ligeiramente anterior à linha axilar média do hemitórax direito e hipotensão direita.
 - c** toracotomia exploradora.
 - d** curativo em 3 pontos.
 - e** ventilação com máscara de oxigênio em 15l.
- 50.** Paciente vítima de ferimento por arma branca em hipocôndrio direito é submetido a laparotomia exploradora e durante a cirurgia foi identificado sangramento hepático grave. O cirurgião tomou a decisão de realizar uma manobra para bloquear o fluxo sanguíneo hepático. A manobra realizada é:
- a** Mattox
 - b** Cattell
 - c** C-kocher
 - d** Pringle
 - e** Whipple

51. Assinale a alternativa correta em relação ao choque.

- a No choque classe I há uma perda sanguínea aproximada de 20%.
- b No choque classe II há uma perda sanguínea aproximada de 20 a 35%.
- c No choque classe III há uma perda sanguínea aproximada de 30 a 40%.
- d No choque classe IV há uma perda sanguínea aproximada de 35 a 45%.
- e No choque classe V há uma perda sanguínea aproximada acima de 45%.

52. Paciente vítima de explosão chega ao pronto atendimento com queimaduras de segundo grau nas porções anterior e posterior do tronco e porção anterior dos membros inferiores bilateralmente. Assinale a alternativa que contém a correta porcentagem de superfície corporal queimada segundo a regra contida no ATLS.

- a 18%
- b 27%
- c 36%
- d 45%
- e 54%

53. Assinale a alternativa correta em relação ao trauma abdominal.

- a A ausência de hematúria exclui uma lesão no trato genitourinário.
- b A contra-indicação absoluta ao ultrassom FAST é a distensão abdominal devido aos gases.
- c Uma das vantagens do lavado peritoneal é que ele pode ser repetido para comparações.
- d A tomografia deve ser feita em pacientes com qualquer nível pressórico se há suspeita de lesão de víscera parenquimatosa.
- e Um exame de ultrassom FAST negativo não exclui a presença de lesões viscerais.

54. Assinale a alternativa correta em relação a composição das secreções orgânicas (em meq/L).

- a A secreção gástrica contém mais sódio do que cloro.
- b A secreção do intestino delgado contém mais sódio do que bicarbonato.
- c A secreção dos cólons contém mais bicarbonato do que cloro.
- d A secreção do pâncreas contém mais potássio do que bicarbonato.
- e A secreção biliar contém mais potássio do que cloro.

55. Assinale a alternativa correta em relação à anatomia da região inguinal.

- a O canal inguinal se estende da sínfise púbica à espinha ilíaca antero superior.
- b O anel inguinal interno é superficial e o anel inguinal externo é profundo.
- c O canal inguinal na mulher contém os vasos epigástricos.
- d O cordão espermático contém, entre outras estruturas, ramos do músculo cremaster e o ramo genital do nervo genitofemoral.
- e O cremaster é proveniente de fibras do músculo oblíquo externo.

56. Assinale a alternativa correta em relação à infecção cirúrgica.

- a Uma biópsia de mama é considerada uma cirurgia potencialmente contaminada.
- b Toda herniorrafia com prótese é uma cirurgia potencialmente contaminada.
- c A colecistectomia por vídeolaparoscopia é uma cirurgia limpa.
- d A hemorroidectomia é uma cirurgia suja.
- e O desbridamento de uma fascíte necrotizante é considerada uma cirurgia contaminada.

57. Sobre os marcadores tumorais é correto afirmar que:

- a o antígeno carcinoembrionário tem uma sensibilidade de cerca de 90% para a neoplasia de cólon.
- b o CA 15-3 está relacionado com casos de neoplasia precoce de mama.
- c o CA 19-9 tem alta sensibilidade e especificidade para a neoplasia de ovário.
- d a alfafetoproteína tem uma sensibilidade de aproximadamente 98% para a neoplasia hepatocelular.
- e o antígeno carcinoembrionário é utilizado para diagnóstico da neoplasia coloretal.

58. Assinale a alternativa correta em relação aos sinais do exame físico abdominal e suas respectivas patologias sugeridas.

- a Sinal de Chandelier – doença inflamatória pélvica.
- b Sinal de Aaron – pancreatite aguda.
- c Sinal de Danforth – apendicite aguda.
- d Sinal de Fothergill – hemoperitônio.
- e Sinal de ten Horn – psóite.

59. Assinale a alternativa correta em relação ao Sleeve Gástrico (SG) para tratamento cirúrgico da obesidade mórbida.

- a O SG não preserva o piloro.
- b No SG há aumento da síndrome de mal absorção e relação à gastroplastia em Y de Roux devido a retirada definitiva de parte do estômago.
- c No SG há um aumento da ocorrência de hérnias internas em relação à gastroplastia em Y de Roux.
- d No SG ocorre a redução metabólica dos níveis de grelina.
- e O SG não permite a transformação em gastroplastia em Y de Roux caso não se tenha atingido o objetivo final.

60. Assinale a alternativa correta em relação à doença hemorroidária.

- a Hemorróidas de segundo grau não são prolapsadas.
- b A hemorroidectomia geralmente é o melhor tratamento para a doença hemorroidária a partir do terceiro grau.
- c A técnica de Milligan-Morgan consiste em um fechamento primário da ferida pós hemorroidectomia.
- d A melhor opção para a trombose hemorroidária é a incisão e evacuação do coágulo.
- e As hemorróidas externas estão distais à borda anal.

61. Paciente tercigesta, sem comorbidades, com 24 semanas de gestação e histórico de realização de cerclagem uterina com 14 semanas de gestação por incompetência istmocervical, veio a consulta pré-natal em busca de orientações médicas sobre mudança de estilo de vida por desejar um melhor desfecho para a gestação atual. De acordo com recomendação do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, a melhor recomendação para o caso é:

- a indicar a prática de atividades físicas, mas interromper caso ocorra a presença de sangramento vaginal.
- b indicar a realização de atividades físicas em decúbito dorsal, pois levam ao aumento do débito cardíaco.
- c contraindicar de forma absoluta a realização de atividades físicas.
- d está indicado o treinamento de resistência muscular, para melhor adaptação do organismo às alterações posturais.
- e há contraindicação relativa à prática de atividades físicas, logo pode-se iniciar musculação no terceiro trimestre de gestação.

62. Paciente primigesta, 28 anos de idade, com 25 semanas de gestação, sem comorbidades, está em consulta de seguimento em pré-natal referindo por vezes dispnéia leve, congestão nasal e pirose. A orientação correta quanto as queixas relatadas é:

- a explicar para a paciente que quadros de dispnéia na gestação são graves, logo há necessidade de acompanhamento em pré-natal de alto risco.
- b informar a paciente que por ação da progesterona na gestação, todo o aparelho digestivo permanece com tônus diminuído e a pirose é comum por isso.
- c orientar a paciente que as queixas de dispnéia são comuns pela hiperventilação que leva a um quadro de acidose respiratória compensada.
- d orientar a paciente que é comum o sintoma de congestão nasal pela hipovascularização e edema da mucosa nasal na gravidez.
- e alertar a paciente que a tríade de sintomas apresentados no momento é sinal de gravidade tanto materno quanto fetal.

63. Uma paciente de 31 anos de idade, primigesta, 35 semanas de gestação, deu entrada no pronto atendimento obstétrico referindo dor abdominal súbita e intensa, com sangramento vaginal vermelho escuro e dor a palpação do útero. Ao exame físico, nota-se hipertonia uterina e taquissístolia. Pressão arterial materna de 160/110 mmHg, frequência cardíaca materna de 120 bpm e batimentos cardíacos fetais de 90 bpm. Ao exame especular há discreto sangramento vaginal e visualização de colo uterino impérvio. O registro cardiotocográfico evidencia linha de base contínua de 90 bpm, com 7 contrações uterinas fortes em 10 minutos. Com base no caso clínico, a conduta imediata para o manejo dessa paciente é:

- a realização de cesariana imediata.
- b indução de trabalho de parto com misoprostol.
- c corticoterapia e cesariana em 48 horas.
- d condução de trabalho de parto via vaginal.
- e está indicada tocólise com nifedipino.

- 64.** Gestante G2P1, 38 semanas de gestação, comparece ao pronto atendimento obstétrico relatando perda de líquido amniótico há 1 hora. Ao exame especular, observa-se saída de líquido claro com grumos pela vagina. Ao exame físico, feto cefálico, em -2 de De Lee, colo uterino com dilatação de 2 cm, esvaecimento de 40%, consistência firme e posição centralizada, sem contrações uterinas. A paciente teve parto vaginal há 3 anos, com episiotomia mediana. Apresenta bom estado geral, sem comorbidades, sinais de infecção ou sofrimento fetal. Para o quadro apresentado, a melhor conduta é:
- a** prescrever ocitocina para condução do trabalho de parto via vaginal.
 - b** indicação absoluta de cesárea, pois o índice de Bishop é desfavorável.
 - c** realizar descolamento digital das membranas corioamnióticas.
 - d** realização de amniotomia para coordenar as contrações.
 - e** indicar maturação do colo uterino com misoprostol.
- 65.** Gestante primigesta, 39 semanas de gestação, sem comorbidades, em trabalho no período expulsivo. O parto progrediu com saída da cabeça fetal, porém ocorre dificuldade na exteriorização dos ombros, com visualização de retração da cabeça fetal contra o períneo materno durante as contrações. Diante da situação exposta, a conduta correta é:
- a** realizar a hiperextensão e abdução das coxas da gestante, para auxiliar na liberação de ombro impactado.
 - b** retirada do braço anterior fetal pela face anterior do tórax, na manobra de Jacquemier.
 - c** tentar girar os ombros fetais do diâmetro sagital para o diâmetro oblíquo, para o desprendimento dos ombros fetais.
 - d** realizar pressão mecânica no fundo uterino para desprendimento dos ombros fetais.
 - e** indicar a ultimação do parto via vaginal com auxílio do fórceps Simpson-Braun.
- 66.** Mulher de 55 anos de idade, G2P2A0 (02 partos normais), pós menopausa há 3 anos (em uso de terapia de reposição hormonal combinada), procura atendimento ginecológico com queixa de perda urinária há 12 meses, que vem interferindo nas suas atividades diárias. Após medidas conservadoras, incluindo orientações comportamentais, nutricionais e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, sem melhora significativa. O exame físico evidencia hipermobilidade uretral (sem prolapso de parede vaginal anterior e posterior), e o estudo urodinâmico mostra perda urinária associada ao aumento da pressão abdominal, sem contrações involuntárias do detrusor. Para o caso descrito, a melhor conduta é:
- a** Colporrafia anterior e posterior.
 - b** Histerectomia total via vaginal.
 - c** Iniciar anticolinérgico oral.
 - d** Prescrever beta-3 agonista.
 - e** Indicar tratamento cirúrgico com sling suburetral.
- 67.** Uma mulher de 18 anos de idade procura o pronto atendimento ginecológico com queixa de ardor ao urinar. Ao exame ginecológico, observa-se uma úlcera genital dolorosa em introito vaginal, de bordas irregulares e fundo purulento, associada a linfonodomegalia inguinal acompanhada de dor. De acordo com o caso descrito, o melhor tratamento para a paciente é:
- a** aciclovir 400 mg via oral a cada 8 horas, por 5 dias.
 - b** Butoconazol em uso tópico, dose única.
 - c** A penicilina G benzatina em dose única de 2,4 milhões de unidades IM.
 - d** ceftriaxona 250 mg IM, em dose única.
 - e** Doxiciclina 100 mg a cada 12 horas, por 21 dias.
- 68.** Paciente de 49 anos, G2P2, com história de dois partos normais e sem cirurgias prévias, procura atendimento ginecológico com queixa de calores intensos, sudorese noturna e dificuldade para dormir, sintomas que se iniciaram após a menopausa, ocorrida há 2 anos. É hipertensa controlada em uso de losartana e nega tabagismo. Considerando o quadro clínico apresentado, a conduta terapêutica mais eficaz para o alívio dos sintomas vasomotores relatados é:
- a** terapia de reposição hormonal com estrogênio isolado.
 - b** inibidores seletivos da recaptção de serotonina.
 - c** terapia de reposição hormonal com estrogênio e progesterona.
 - d** Estriol via vaginal.
 - e** inibidores da recaptção de serotonina e norepinefrina.

69. Paciente de 27 anos, nuligesta, usuária de DIU de cobre 380-A, inserido há 2 anos, procura atendimento ginecológico com queixa de corrimento vaginal com odor desagradável, principalmente após a relação sexual. Nega dor pélvica ou febre. Ao exame ginecológico, observa-se corrimento acinzentado, fino e homogêneo, sem sinais inflamatórios. O teste das aminas é positivo e o pH vaginal está aumentado ($> 4,5$). Considerando o quadro clínico descrito, a melhor conduta é:

- a** Remover o DIU de cobre e iniciar fluconazol oral.
- b** Metronidazol, mantendo o DIU de cobre.
- c** Apenas prescrever fluconazol em dose única.
- d** Clindamicina creme vaginal 2% e retirar o DIU de cobre.
- e** Ceftriaxona intramuscular e doxiciclina oral.

70. Mulher de 21 anos de idade procura atendimento de urgência ginecológica relatando ter sido vítima de violência sexual com conjunção carnal há poucas horas. Refere dor intensa em região genital e sangramento discreto. Ao exame físico, observam-se lesões traumáticas em vulva e vagina, sem sinais de instabilidade hemodinâmica. Diante deste caso, a conduta adequada é:

- a** tratar lesões do canal vaginal, fazer profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis, contracepção de emergência e encaminhar para o seguimento com equipe multiprofissional.
- b** realizar sutura das lesões, prover contracepção de emergência e encaminhar a paciente para o médico legista.
- c** encaminhar a paciente diretamente para o Instituto Médico Legal (IML).
- d** encaminhar a paciente para realização de Boletim de Ocorrência (BO) e então fazer tratamento de lesões, contracepção de emergência e profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis.
- e** solicitar a presença de um familiar para acompanhar a paciente para o instituto médico legal, onde será feita contracepção de emergência e boletim de ocorrência.

71. O sistema STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop) caracteriza os diferentes estágios do envelhecimento do sistema reprodutivo com base em características clínicas e laboratoriais. Segundo esse sistema, uma mulher com amenorréia há 90 dias, baixa contagem de folículos ovariano, alto nível de hormônio folículo estimulante, baixo nível de hormônio antimülleriano, baixo nível de Inibina B encontra-se na seguinte fase da vida reprodutiva:

- a** Pós menopausa Tardia
- b** Pós menopausa Precoce
- c** Transição menopausal
- d** Período reprodutivo precoce
- e** Pico do período reprodutivo

72. Mulher com 24 anos de idade referindo dor pélvica aguda de forte intensidade há 2 dias. Nega: atraso menstrual. Ao exame físico: Febre (temperatura axilar= $38,1^{\circ}\text{C}$), sinal de Giordano negativo, normocorada, pressão arterial= $110/70$ mmHg, eupneica. Especular vaginal: muco cervical purulento, conteúdo vaginal amarelado com odor discreto, colo e vagina sem lesões. Toque vaginal: colo, útero e anexos dolorosos a mobilização. Abdome: normotenso, doloroso a palpação profunda em hipogástrio, descompressão brusca indolor. Considerando o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica dentre as opções abaixo é:

- a** Gravidez ectópica íntegra.
- b** Gravidez ectópica rota.
- c** Pielonefrite.
- d** Mioma parido.
- e** Doença inflamatória pélvica.

73. Mulher, 25 anos de idade, sexualmente ativa, queixando-se de pequenas vesículas agrupadas em região genital, que romperam formando úlceras dolorosas há cerca de 2 dias. Exame físico: úlceras agrupadas com fundo contendo conteúdo hialino em região genital e perianal; linfonodos inguinais não palpáveis. Especular vaginal: muco cervical cristalino, conteúdo vaginal fisiológico, colo e vagina sem lesões. Considerando o quadro acima, o agente etiológico das lesões com maior probabilidade dentre as opções abaixo é:

- a** *Haemophilus ducreyi*.
- b** *Cândida Albicans*.
- c** *Trichomonas vaginalis*.
- d** *Herpes simplex*.
- e** *Klebsiella granulomats*.

74. A Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP) tem ampla gama de sinais e sintomas, devendo o tratamento ser individualizado. Neste contexto, dentre as opções abaixo, a melhor opção terapêutica para uma paciente com SOP, índice de massa corpórea normal, sem sinais de hiperandrogenismo clínico, sem alterações em couro cabeludo e com desejo de engravidar é:

- a) Finasterida
- b) Espironolactona
- c) Liraglutida
- d) Drospirinona com etinilestradiol
- e) Citrato de clomifeno

75. Mulher, 34 anos de idade, relatando que há cerca de 1 ano apresenta ciclos menstruais longos, que variam de 60 a 90 dias. Nega outros sintomas e não apresenta sinais clínicos de hiperandrogenismo. Método contraceptivo: laqueadura tubária há 5 anos. As dosagens hormonais apresentam-se com: Folículo estimulante acima do normal, Prolactina normal e Tireoestimulante normal. Neste contexto a principal hipótese diagnóstica é:

- a) Hiperandrogenismo.
- b) Hiperprolactinemia.
- c) Hipotireoidismo.
- d) Hipertireoidismo.
- e) Falência ovariana precoce.

76. Primigesta, com 24 semanas de idade gestacional, assintomática, comparece a consulta com os seguintes exames: 1- cultura de urina mostrando duas amostras consecutivas com isolamento *Escherichia coli* com 100.000 unidades formadoras de colônias (UFCs) por ml de urina; 2- Tipagem sanguínea AB Rh-negativa; 3- Coombs indireto negativo. O adequado cuidado pré-natal diante destes exames deve conter:

- a) Antibioticoterapia por 7 dias e Imunoglobulina anti-D entre 28 e 34 semanas de gestação.
- b) Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e a Imunoglobulina anti-D deverá ser realizada somente após o parto.
- c) Repetir urocultura para decidir sobre antibioticoterapia e administrar Imunoglobulina anti-D entre 28 e 34 semanas de gestação.
- d) Antibioticoterapia por 7 dias e solicitação de coombs direto materno para decidir sobre Imunoglobulina anti-D.
- e) Somente Antibioticoterapia por 14 dias.

77. Tercigesta, 32 anos de idade, 2 filhos vivos, com gestação planejada e 10 semanas de amenorréia. Relata dor leve tipo cólica em hipogástrio e 1 episódio de pequeno sangramento vaginal há cerca de 12 horas. Exame físico: febril, eupneica, acianótica; ausência de sangramento vaginal no momento da consulta; colo uterino impérvio. Ultrassonografia transvaginal evidencia saco gestacional regular e batimentos cardíacos fetais presentes. Diante deste quadro a melhor conduta dentre as opções abaixo é:

- a) antibioticoterapia e histerectomia.
- b) antibioticoterapia seguida de aspiração manual intra-uterina.
- c) curetagem uterina com alta após 24 horas.
- d) acolhimento suporte emocional e acompanhamento com controle ultrassonográfico.
- e) iniciar misoprostol.

78. Gestante com 08 semanas de idade gestacional, comparece à consulta com os seguintes resultados de exame: 1- Sorologia para toxoplasmose IgM positiva e IgG positiva; 2- Teste de avidéz para toxoplasmose com alta avidéz. Diante destes exames a conduta inicial adequada é:

- a) tratar com espiramicina até o fim da gestação.
- b) tratar com sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico até o fim da gestação.
- c) iniciar sulfadiazina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico e solicitar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico.
- d) realizar amniocentese para pesquisa de toxoplasma no líquido amniótico e decidir sobre tratamento após resultado de exame.
- e) explicar para a paciente que não há necessidade de tratamento pois a infecção é antiga e a paciente é imune.

79. Gestante, com 25 semanas de idade gestacional, queixando-se de dor suprapúbica, disúria, polaciúria e urgência miccional. Exame físico: colo e vagina sem lesões, muco cervical cristalino, conteúdo vaginal fisiológico; Giordano negativo bilateralmente. Paciente nega episódios anteriores deste mesmo quadro clínico. Neste contexto, logo após coletar urocultura, a conduta mais adequada dentre as opções abaixo é:

- a** tratar após resultado de urocultura, conforme sensibilidade aos antibióticos testados.
- b** antibioticoterapia oral ambulatorial sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- c** antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar sem necessidade de profilaxia com antibiótico após tratamento.
- d** antibioticoterapia oral ambulatorial, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.
- e** antibioticoterapia intravenosa em ambiente hospitalar, iniciando profilaxia com antibiótico após tratamento.

80. Puérpera, com 6 dias após parto normal, queixando-se de febre, dor suprapúbica e sangramento vaginal com odor fétido. Nega outras queixas. Exame físico: loquiação purulenta com odor fétido; colo uterino pérvio para 1 cm, útero amolecido; mamas túrgidas, sem flogose e indolores; Giordano negativo bilateralmente, frequência cardíaca= 107 bpm; temperatura axilar= 38,5°C. Com base nos sinais e sintomas descritos a principal hipótese diagnóstica é:

- a** Mastite puerperal.
- b** Puerpério fisiológico.
- c** Endometrite puerperal.
- d** Cistite no puerpério.
- e** Pielonefrite no puerpério.

81. Dona Rosa leva seu primogênito de 8 meses de idade, hígido, para consulta de rotina com o pediatra. Ao checar a caderneta da criança, o médico constata que o bebê não recebeu nenhuma dose da vacina contra o vírus SARS-CoV-2. Nesse contexto é correto afirmar que:

- a** a criança perdeu a oportunidade da imunização contra formas graves da COVID-19, não sendo possível iniciar o esquema vacinal na idade atual.
- b** nesta idade o bebê já deveria ter recebido uma dose da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
- c** o bebê deve iniciar o esquema com a vacina contra a COVID-19 na idade atual, até completar as 4 doses previstas.
- d** nesta idade o bebê já deveria ter recebido duas doses da vacina contra a COVID-19, devendo iniciar o mais breve possível.
- e** caso o bebê não tenha contraindicação, deve iniciar o esquema vacinal com doses anuais.

82. Você atende um lactente de 2 meses de idade na UPA, com história de febre iniciada há 24 horas. Segundo a mãe, apresentou temperatura axilar de 38°C, sendo medicado com dipirona gotas (1 gota por Kg de peso). Lactente ativo, reativo ao manuseio, sem alterações no exame físico completo. Assinale abaixo a alternativa que contém a conduta correta neste caso.

- a** Liberar para casa, orientando sinais de alerta de piora, com prescrição de paracetamol gotas (1 gota por Kg) e retorno em 24 horas.
- b** Internar, coletar exames laboratoriais incluindo coleta de líquido, Rx de tórax e iniciar antibiótico empírico.
- c** Coletar pesquisa de vírus respiratório, hemograma e sedimento urinário, aguardando resultado ainda na unidade, e orientar a mãe sobre o uso correto de antitérmico.
- d** Liberar para casa, manter o antitérmico utilizado e orientar sobre sinais de alerta de piora.
- e** Acalmar a mãe sobre o quadro, pois trata-se de infecção benigna com exame físico normal, devendo esta retornar em 48 horas para reavaliação.

83. Criança de 5 anos de idade, é levada a emergência devido quadro de dor difusa em face anterior da tíbia e fossa poplíteia de membro inferior direito, de forte intensidade, há 30 minutos. Mãe relata episódios semelhantes nos últimos 6 meses, sempre no final da tarde ou a noite, as vezes acometendo membro inferior esquerdo e membros superiores, sem outras queixas. Administra paracetamol, com melhora completa do quadro. Ao exame físico, criança ativa com fascies de dor, sem alteração na inspeção, palpação e movimentação de membros e exame físico geral sem alterações. Nesse contexto é correto afirmar que:

- a** deve ser prescrito dexametasona, pois trata-se de dor de caráter inflamatório e de forte intensidade.
- b** deve ser pensado em Munchalsen por procuração, visto que não há alterações que justifiquem a queixa.
- c** o mielograma é exame complementar essencial para a investigação diagnóstica deste paciente.
- d** a criança deve ser medicada com analgésicos e realizar exames, dentre eles o FAN, ASLO e Fator Reumatóide para afastar doenças reumatológicas.
- e** a principal hipótese diagnóstica é dor recorrente benigna em membros, a qual melhora com massagem e aquecimento do membro.

84. RN do sexo masculino, nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional, de parto vaginal, sem intercorrências. Apresentou icterícia no segundo dia de vida, iniciando em face e progredindo para tronco no mesmo dia. Mãe primigesta, 25 anos de idade, pré-natal completo, tipagem sanguínea (TS) O positivo. Solicitados exames para o bebê: TS A positivo, Bilirrubina total 13 mg/dL, com predomínio de fração indireta, Coombs direto positivo. O diagnóstico mais provável para o caso descrito, é:

- a** Icterícia fisiológica do RN
- b** Incompatibilidade Rh
- c** Incompatibilidade ABO
- d** Icterícia do aleitamento materno
- e** Atresia de vias biliares

85. Mulher de 30 anos de idade, gestante com 35 semanas de idade gestacional, dá entrada na urgência da maternidade em franco trabalho de parto. O recém nascido não chorou ao nascer, apresentando movimentos respiratórios irregulares e frequência cardíaca de 90 bpm. Foi colocado em fonte de calor radiante, cabeça posicionada em leve extensão e realizada secagem vigorosa. Após 30 segundos a FC permanecia de 90 bpm e respiração irregular. A próxima conduta imediata para este caso, é:

- a** administrar oxigênio inalatório a 100% via cânula nasal.
- b** iniciar ventilação com pressão positiva com ar ambiente (21%).
- c** iniciar massagem cardíaca com relação 3 compressões para 1 ventilação.
- d** administrar adrenalina via cateter umbilical.
- e** fazer novo estímulo tátil e aguardar resposta.

86. Durante uma consulta de rotina, a mãe de uma criança de 2 anos de idade relata que ela ainda não fala, evita contato visual e não atende quando chamada pelo nome. Ao brincar, o filho não socializa e organiza os brinquedos de forma repetitiva. A mãe trabalha em período integral e a criança fica com a babá durante o dia. Nesse contexto, a conduta mais adequada, é:

- a** aguardar até os 3 anos de idade, pois para a idade atual não há sinais de alerta.
- b** solicitar ressonância nuclear magnética de crânio.
- c** encaminhar para avaliação multidisciplinar e intervenção precoce.
- d** iniciar medicação para reduzir comportamentos repetitivos.
- e** orientar sobre estimulação domiciliar e reavaliar após 6 meses.

87. João, 6 anos de idade, foi a sua primeira consulta com o novo pediatra. Na anamnese, tinha como queixa principal prurido nasal com espirros principalmente pela manhã. Em seus antecedentes, cerca de 3-4 resfriados por ano, uma internação anterior devida diarreia aguda controlada 72 horas após a admissão, uma internação para tratar pneumonia bacteriana aos 4 anos (tratou em enfermaria, sem intercorrências, recebendo alta em 7 dias). Durante o exame físico, o pediatra observa diversas cicatrizes em região glútea e em coxas, as quais a mãe diz serem resultado de abscessos de repetição. Dentre os dados coletados nesta consulta, o que justifica uma investigação para erros inatos da imunidade, é:

- a Rinite alérgica.
- b Resfriados de repetição.
- c Diarreia aguda.
- d Pneumonia bacteriana.
- e Abscessos de repetição.

88. Menina de 7 anos de idade é levada em consulta por apresentar broto mamário e odor axilar há 6 meses. Ao exame físico, observa-se Tanner M2P1, sem outros achados. Comparando a estatura da última consulta, há 6 meses, você observa crescimento de 6 cm. Assinale a alternativa que contém a conduta mais adequada.

- a Observar e reavaliar em 3 meses, pois pode tratar-se de telarca precoce isolada.
- b Solicitar Rx para avaliar idade óssea, dosagem de LH, FSH e estradiol.
- c Solicitar USG pélvica para avaliação inicial.
- d Iniciar tratamento com análogo de GnRH.
- e Solicitar TSH e T4 livre para investigação inicial.

89. Recém nascido do sexo masculino, nascido a termo, apresenta irritabilidade, distensão abdominal e jato urinário fraco nas primeiras horas de vida. A ultrassonografia fetal havia identificado hidronefrose bilateral do feto e oligoâmnio. Ao exame, abdômen tenso e abaulamento em hipogástrio. Com base nesses achados, o diagnóstico mais provável e exame de escolha para confirmação, são:

- a refluxo vesicoureteral- urografia excretora.
- b estenose de meato uretral- uretrocistoscopia.
- c válvula de uretra posterior- uretrocistografia miccional.
- d hidronefrose obstrutiva bilateral- ultrassonografia de rins e vias urinárias.
- e bexiga neurogênica- cistometria.

90. Joana leva seu filho Miguel, de 4 anos de idade, ao pronto atendimento devido quadro de dor em mão direita, associado a febre moderada há 48 horas. Ao exame, criança pálida (3/4+), regular estado geral, febril, com baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo, presença de dactilite em dedos de mão direita. Antecedentes pessoais: em uso de sulfato ferroso há 4 meses prescrito pelo médico do posto de saúde devido anemia. Vacinas atualizadas, teste do pezinho realizado porém sem resultado na caderneta da criança. Neste caso, o exame que deve ser solicitado para investigar a principal hipótese diagnóstica é:

- a Eletroforese de hemoglobina.
- b Hemocultura.
- c Rx de mão direita.
- d Fator reumatoide.
- e ASLO.

91. Quanto ao uso de probióticos na população pediátrica, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- a A colonização inicial da microbiota intestinal é fortemente influenciada pelo tipo de parto, pela alimentação (aleitamento materno versus fórmulas), pelo uso de antibióticos e pelo ambiente.
- b O eixo intestino-pele é responsável pelo desenvolvimento da dermatite atópica.
- c Imaturidade imunológica, escolarização precoce e o número de irmãos favorecem o incremento na incidência de infecções de repetição.
- d Os efeitos clínicos dos probióticos independem da cepa utilizada.
- e Os probióticos são geralmente seguros, mas eventos adversos como distensão abdominal ou flatulência leve podem ocorrer. Entretanto, em teoria, são contraindicados em pacientes imunocomprometidos graves ou com cateter venoso central, devido ao risco, ainda que raro, de fungemia ou bacteremia.

92. Quanto ao uso de corticoides sistêmicos na pediatria, é correto afirmar que:

- a** apesar da utilização de anticorpos monoclonais para tratamento de pacientes com dermatite atópica, os corticoides sistêmicos ainda são tratamento de primeira escolha em pediatria.
- b** o uso prolongado de CS em crianças com asma é contraindicado devido aos seus efeitos adversos, sendo recomendado apenas para exacerbações graves ou casos refratários.
- c** o V Consenso Brasileiro sobre Rinites (2024) recomenda o uso de corticoide sistêmico de depósito em rinite alérgica, preferencialmente por via parenteral, para rápido alívio dos sintomas e melhora de padrão respiratório.
- d** na síndrome DRESS o corticoide sistêmico está relacionado a síndrome de reconstituição imune inflamatória, sendo portanto, contra indicado o seu uso.
- e** no tratamento da anafilaxia, o corticoide é a primeira escolha medicamentosa a fazer, uma vez que evita as reações bifásicas, que são recidivas tardias que podem ocorrer entre 8 e 72 horas após o episódio inicial em até 20% dos casos.

93. São características das crianças com condições crônicas complexas, **EXCETO**:

- a** duração mínima de 6 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior).
- b** acometimento com disfunção de um órgão ou sistema, ou de apenas um órgão de forma grave.
- c** necessitam de acompanhamento especializado e provavelmente um período de internação em hospital terciário, com necessidades intensivas dos serviços de saúde.
- d** limitação funcional significativa, muitas vezes dependente de traqueostomia e gastrostomia.
- e** transporte de pacientes com CCC, que muitas vezes estão acamados e cujos familiares não têm condições de levá-los sozinhos aos serviços de referência é um dos obstáculos enfrentados pelos cuidadores de crianças com condições crônicas complexas.

94. Sobre o adequado manejo da dor em pediatria, é correto afirmar que:

- I. O uso de escalas analgésicas de acordo com a faixa etária devem ser utilizadas para o adequado manejo da dor.
- II. O uso de codeína é uma recomendação forte para o manejo de dor de crianças em qualquer faixa etária.
- III. Deve-se preferir o uso de analgésicos via oral, sempre que possível.
- IV. O adequado manejo da dor pediátrica deve ser feito de horário, exceto quando se utilizar uma medicação que tenha efeito analgésico e antitérmico, devendo-se a dose ser omitida em caso de ausência de febre.
- V. A morfina em pediatria está associada a delirium e constipação intestinal severa, sendo contraindicada na população pediátrica.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** II, III e IV
- e** I, II e III

95. Quanto a imunização com BCG, é correto afirmar que:

- I. Deve ser aplicada em dose única o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou na primeira visita à Unidade de Saúde.
- II. Não se recomenda mais a revacinação de crianças que não apresentem cicatriz no local da aplicação após 6 meses.
- III. Comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, podem receber uma segunda dose da vacina BCG.
- IV. Em recém-nascidos filhos de mães que utilizaram imunossupressores na gestação, ou com história familiar de imunossupressão, a vacinação deverá ser adiada, pelo menos até os 6 meses de idade, ou contraindicada, dependendo da situação.
- V. Pode ser aplicada em bebês a partir de 1500 g.

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e IV
- e** II, III, IV e V

96. Adolescente de 15 anos chega ao pronto socorro com relato de Náuseas e vômitos + Dor abdominal difusa+ Cefaleia + Tontura e Fraqueza. Relata que há 4 horas ingeriu bebida alcoólica e percebe piora progressiva do quadro. Após 12 h da admissão, relata visão turva, seguida de crise convulsiva. Exames de laboratório evidenciam acidose metabólica com GAP aniônico elevado, aumento de esorias nitrogenadas e discreta elevação de transaminases. Ante o exposto, assinale a hipótese diagnóstica e tratamento adequado.

- a** insuficiência renal => correção de acidose
- b** intoxicação por metanol => etanol + hemodiálise
- c** Pancreatite => jejum e medidas de suporte
- d** arritmias => cardioversão elétrica
- e** sepse => antibioticoterapia

97. Sobre a melatonina analise as afirmativas abaixo e assinale a correta.

- I. A melatonina é transferida para o recém-nascido através do leite materno até a 12ª e 20ª semanas de vida, seguindo o ritmo circadiano.
- II. A partir dos três meses de idade, os lactentes começam a produzir melatonina, sendo o leite materno importante para consolidar o ritmo sono-vigília dos bebês até que seu próprio sistema circadiano amadureça.
- III. A exposição prolongada à luz azul emitida pelos dispositivos eletrônicos, pode prejudicar a produção da melatonina, levando a distúrbios do ritmo circadiano e alterando não apenas o sono, mas também outros processos fisiológicos como puberdade, ganho de peso, desenvolvimento da linguagem e da comunicação.
- IV. Apenas cinco minutos de exposição à luz azul durante à noite são capazes de bloquear a produção de melatonina, enquanto a recuperação de sua produção pode demandar horas.
- V. Os sintomas mais comuns da hipermelatoninemia são: sonolência diurna, tontura, hipotonia, alteração do nível de consciência e crises de síncope com sudorese e hipotermia (temperatura entre 33 e 34°C).

A alternativa que contém todas as afirmativas corretas, é:

- a** I e III
- b** II e IV
- c** I, III e V
- d** I, II, III e IV
- e** I, II, III, IV e V

98. A pneumonia necrosante, descrita em crianças desde 1994, é uma forma grave de pneumonia adquirida na comunidade, presente em até 7% dos casos pediátricos. Seu aumento não é completamente explicado pelos avanços diagnósticos, e sua fisiopatologia ainda é pouco compreendida, havendo suspeita de influência genética. Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- a** A consolidação com necrose caracteriza o estágio final da pneumonia necrosante.
- b** A necrose evolui rapidamente para cavitação (pneumatocele), geralmente periférica e multilobar. As cavidades podem coalescer, formando lesões maiores, fístulas broncopleurais e pneumotórax.
- c** Os principais agentes etiológicos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e o vírus sincicial respiratório.
- d** A pneumonia necrosante localiza-se em um espectro clínico entre o abscesso pulmonar e a gangrena pulmonar.
- e** Estudos recentes não identificaram cepas de *Staphylococcus aureus* produtoras de leucocidina de Panton-Valentine (PVL), toxina associada a formas graves de pneumonia necrosante em crianças e adultos previamente saudáveis.

99. Lactente do sexo feminino, 8 meses de idade, foi levada ao pronto-atendimento com febre e vômitos há dois dias, sendo inicialmente liberada com orientações e sintomáticos. Retornou no dia seguinte devido à persistência da febre. No exame físico, apresentava-se em mau estado geral, gemente, com taquipneia (76 irpm), tiragens subcostais e intercostais, retração de fúrcula, batimento de asa de nariz e rebaixamento do nível de consciência. A percussão torácica revelou submacicez no terço superior do hemitórax direito. Radiografia de tórax mostrou hipotransparência difusa no hemitórax direito e presença de pneumatoceles no lobo superior direito. Tomografia computadorizada sem contraste evidenciou áreas de necrose pulmonar. Diante desse quadro, a melhor conduta antimicrobiana inicial é:

- a** Amoxicilina oral, associada a cuidados domiciliares e reavaliação ambulatorial.
- b** Oxacilina intravenosa associada a gentamicina, em enfermaria pediátrica.
- c** Ceftriaxona intravenosa, mantendo observação hospitalar.
- d** Vancomicina associada a cefepime, com suporte avançado de vida, internação em UTI e intubação orotraqueal, se necessário.
- e** Azitromicina oral associada a antipiréticos e vigilância clínica em casa.

100. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns sinais indicam a necessidade de reavaliação médica imediata em casos de diarreia, especialmente na população pediátrica. Esses sinais de alerta ajudam a identificar quadros potencialmente graves que exigem intervenções precoces para evitar complicações como desidratação severa, sepse ou desnutrição aguda. Com base nas recomendações da OMS, assinale a alternativa que apresenta um sinal de alerta em crianças com diarreia aguda.

- a** Melhora progressiva do apetite e redução das evacuações.
- b** Diarreia com duração de 2 dias, sem vômitos ou febre.
- c** Vômitos repetidos e presença de sangue nas fezes.
- d** Frequência urinária preservada e boa aceitação de líquidos.
- e** Diarreia autolimitada com duração inferior a 48 horas.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2026

Grupo A: ACESSO DIRETO

Especialidades: Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina da Família e Comunidade, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva, Neurocirurgia, Neurologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26		51		76	
2		27		52		77	
3		28		53		78	
4		29		54		79	
5		30		55		80	
6		31		56		81	
7		32		57		82	
8		33		58		83	
9		34		59		84	
10		35		60		85	
11		36		61		86	
12		37		62		87	
13		38		63		88	
14		39		64		89	
15		40		65		90	
16		41		66		91	
17		42		67		92	
18		43		68		93	
19		44		69		94	
20		45		70		95	
21		46		71		96	
22		47		72		97	
23		48		73		98	
24		49		74		99	
25		50		75		100	