



UNESP Botucatu — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

Recém-nascido com 9 dias de vida apresenta dificuldade para respirar há 1 dia, com piora nas últimas horas, além de não estar mamando bem. Exame físico: regular estado geral, icterícia leve até cicatriz umbilical, hipoatividade, gemência, batimento de aleta nasal, tiragem intercostal e retração diafragmática, FR 80 ipm, FC 170 bpm, temperatura axilar 37,5 °C. A conduta mais adequada é

- A. jejum, iniciar terapia de hidratação venosa, monitorizar, avaliar necessidade de suplementação de oxigênio e solicitar internação hospitalar. ✓**
- B. antitérmico, iniciar antibioticoterapia por via oral e orientar a família para observação domiciliar e reavaliação em 48 horas.
- C. antitérmico, leite materno por sonda nasogástrica, iniciar tratamento com ceftriaxona intramuscular e realização de radiografia de tórax.
- D. expansão com soro fisiológico 40 ml/kg em 20 minutos, dosagem de bilirrubinas e realização de radiografia de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 9 dias com gemência, batimento de asa nasal, tiragem, FR 80, FC 170, hipoatividade e recusa alimentar: desconforto respiratório grave com suspeita de sepse neonatal tardia/pneumonia. Conduta: jejum (risco de aspiração), hidratação venosa, monitorização, oxigênio conforme necessidade e internação para investigação e antibiótico. Observação domiciliar (B) é inaceitável; dieta por sonda com FR 80 e arriscada e ceftriaxona IM piora a icterícia ao deslocar bilirrubina (C); expansão de 40 mL/kg (D) não está indicada sem choque. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Recém-nascido em sala de parto, após a extração completa do conteúdo da cavidade uterina apresentou hipotonia e choro fraco. AP IG 36 semanas, parto cesárea. Realizados os passos iniciais e avaliadas frequência cardíaca e respiração. Assinale a alternativa correta.

- A. Se FC menor ou igual 100 bpm e respiração irregular, iniciar ventilação com pressão positiva com concentração de oxigênio a 21%. ✓**
- B. Se FC menor ou igual 60 bpm, iniciar imediatamente a massagem cardíaca, mantendo relação de 3 massagens para uma ventilação (3:1).
- C. Se respiração irregular e FC maior ou igual 100 bpm, iniciar oxigênio inalatório e, a seguir, oferecer pressão de distensão contínua em vias aéreas (CPAP nasal).
- D. Se houver presença de mecônio no líquido amniótico, realizar imediatamente a aspiração de vias aéreas e de traqueia sob visualização direta. 4 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reanimação neonatal: após os passos iniciais, se a FC for ≤ 100 bpm ou a respiração estiver irregular/apneica, inicia-se ventilação com pressão positiva com ar ambiente (21%) em RN ≥ 34 semanas, dentro do minuto de ouro. Massagem cardíaca só entra se FC < 60 após 30 s de VPP adequada, com 3:1 e oxigênio elevado (B). CPAP e para RN que respira regularmente com FC > 100 e desconforto (C). Aspiração traqueal de rotina no mecônio foi abandonada (D). Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

RN com 39 semanas de idade gestacional, nasceu em boas condições e está em alojamento conjunto e aleitamento exclusivo. AP PN 2450 g, mãe IgG positiva, com índice de avidez baixo e IgM positiva para toxoplasmose na 20ª semana de gestação, tratada com Espiramicina por 1 mês, sem seguimento de pré-natal após. Exame físico: BEG, icterícia leve na face, mucosas levemente descoradas. Fígado a 3,0 cm do RCD, baço a 2,0 cm do RCE, perímetro cefálico 40 cm, perímetro torácico 35 cm e perímetro abdominal 38 cm. Exames complementares: toxoplasmose IgG reagentes 1: 4.096, IgM não reagente, Hb 12 g/dL, Ht 36%, Leucograma normal, BI 4,0 mg/dL; BD 1,5 mg/dL. Líquor normal, fundoscopia direta com sinais de coriorretinite, ultrassonografia de crânio com calcificações disseminadas. A conduta para o RN é

- A. expectante e, se IgG se mantiver elevada e IgM positiva após 3 meses de seguimento, iniciar o tratamento com espiramicina, sulfadiazina e pirimetamina por 12 meses, suplementação de ácido fólico e corticosteroide.
- B. tratamento com espiramicina e suplementação de ácido fólico por 6 meses.

C. tratamento com sulfadiazina e pirimetamina por 12 meses, suplementação de ácido fólico e corticosteroide. ✓

- D. tratamento com sulfadiazina e pirimetamina por 6 a 12 meses e suplementação de ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Toxoplasmose congênita CONFIRMADA: coriorretinite, calcificações cerebrais difusas, hepatoesplenomegalia e IgG 1:4.096 em mãe com soroconversão mal tratada. O tratamento é sulfadiazina + pirimetamina por 12 meses, com ácido FOLÍNICO (nunca fólico, que antagoniza o efeito) e corticoide pela coriorretinite em atividade. Espiramicina trata a gestante, não o RN infectado (B). Conduta expectante (A) e esperar 3 meses com doença ativa perde o neurodesenvolvimento. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Assinale a alternativa em que a condição clínica não está associada ao recém-nascido, filho de mãe diabética.

- A. Hipoglicemia.
- B. Macrossomia.
- C. Restrição do crescimento intrauterino.

D. Hipermagnesemia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O filho de mãe diabética cursa com hipoglicemia (hiperinsulinismo fetal), macrossomia (ou RCIU quando há vasculopatia materna), policitemia, hiperbilirrubinemia, desconforto respiratório, cardiomiopatia hipertrofica e distúrbios eletrolíticos na forma de HIPOcalcemia e HIPOmagnesemia. Hipermagnesemia não faz parte do quadro - ela aparece em RN de mãe que recebeu sulfato de magnésio, contexto diferente. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

São fatores de risco para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa em RNs ≥ 35 semanas:

- A. valor bilirrubina total menor que percentil 75 antes da alta hospitalar.
- B. irmão com icterícia neonatal tratado com fototerapia ou ser do sexo masculino. ✓**
- C. mãe com hipotireoidismo.
- D. perda de peso $< 4\%$ em relação ao peso de nascimento. Conhecimentos Específicos

COMENTÁRIO OSCELABS

Fatores de risco para hiperbilirrubinemia significativa em RN ≥ 35 semanas: irmão com icterica tratada com fototerapia, sexo masculino, IG 35-36 semanas, bilirrubina em zona de alto risco (acima do P75) antes da alta, cefalo-hematoma, aleitamento exclusivo com perda ponderal excessiva e mãe diabética. As alternativas A e D descrevem justamente o oposto (BT abaixo do P75 e perda $< 4\%$ são situações de baixo risco), e hipotireoidismo materno não integra a lista. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Considerando a saúde bucal das crianças com síndrome de Down (SD), é correto afirmar :

- A. a amamentação é desaconselhada devido a não ser um bom exercício para o desenvolvimento de estruturas ósseas e musculares da face pela hipotonia do lactente. A posição indicada durante uso de mamadeira, com bico ortodôntico com furo e fluxo adequados é a semisentada.
- B. o desenvolvimento dentário e erupção dos dentes decíduos e permanentes ocorrem em idades iguais ao das crianças sem a SD. A sequência da erupção pode estar alterada e o hipertireoidismo é um fator de aceleração na idade da dentição.
- C. a primeira avaliação bucal deve ser realizada o mais precoce possível, preferencialmente antes dos três meses de idade, sendo avaliadas as estruturas anatômicas, o vedamento labial e a oclusão dos rebordos gengivais. A saúde bucal pode ser mantida com procedimentos preventivos simples e cuidados em domicílio. ✓**
- D. a higiene bucal deve ser estimulada desde o nascimento, utilizando-se gaze umedecida com água que também auxilia na dessensibilização da cavidade bucal. Após irromper o primeiro dente, o responsável deve iniciar a escovação e o uso de creme dental sem flúor, em pequena quantidade com bochecho com água e cuspir após.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome de Down a avaliação bucal deve ser a mais precoce possível, checando estruturas anatômicas, vedamento labial e rebordos - a prevenção domiciliar é simples e eficaz. A amamentação é RECOMENDADA justamente por exercitar a musculatura orofacial hipotônica (A). A erupção dentária é ATRASADA na SD, e a disfunção tireoidiana típica é o HIPOTIREOIDISMO (B). O creme dental deve conter flúor em quantidade adequada à idade (D). Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Sobre o aleitamento materno (AM), é correto afirmar que são

- A. sinais de uma pega adequada: boca bem aberta, lábios virados para fora (boca de peixinho), queixo encostado na mama e ver a aréola mais abaixo do que acima da boca do bebê.
- B. interferências na absorção de ferro e o zinco do leite materno: oferta de leite de vaca ou outros alimentos antes dos seis meses para as crianças amamentadas exclusivamente ao seio. ✓**
- C. práticas que podem prejudicar o AM: oferecer mamadeira e chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos prescritos pelo obstetra, consumir bebida alcoólica.
- D. dificuldades frequentes durante o AM: demora na descida do leite, dificuldade na pega e na sucção do bebê, a pega do bebê em posição de cavaleiro (sentada) ou com a mãe deitada. 5 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A oferta de leite de vaca ou de outros alimentos antes dos 6 meses reduz a biodisponibilidade do ferro e do zinco do leite materno - além de deslocar mamadas. A alternativa A inverte o sinal de pega correta: a areola deve aparecer MAIS acima do que abaixo da boca. Em C, medicamento prescrito pelo obstetra não é, em si, prática prejudicial ao aleitamento. Em D, as posições cavalinho e deitada são alternativas VALIDAS, úteis inclusive em ingurgitamento e pos-cesárea. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Menina de 8 anos, asmática, durante uma festa de aniversário, comeu doces e salgados, brincou muito na grama, quando passou a sentir tosse, cansaço e fez uso de beta 2 agonista de curta duração sem melhora. No pronto socorro, foram observadas placas e pápulas eritematosas com edema central, de tamanhos variados, em tronco, muito pruriginosas, além da presença de um inseto na pele (imagem). A conduta inicial é:

- A. anti-histamínico via oral e corticoide intravenoso.
- B. inalação com fenoterol e anti-histamínico intravenoso.
- C. inalação com fenoterol e corticoide via oral.

D. adrenalina (1:10000) 0,3mg via intramuscular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Urticária extensa e muito pruriginosa somada a broncoespasmo que não responde ao beta-2, após picada de inseto: anafilaxia (dois sistemas acometidos). A adrenalina intramuscular no vasto lateral e a primeira linha e não pode ser retardada por anti-histamínico, corticoide ou inalação - que são apenas adjuvantes e não reverterem a hipotensão nem o edema de via aérea. Atenção: a apresentação padrão para uso IM é a 1:1.000. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Sobre a bronquiolite viral aguda, assinale a alternativa correta.

- A. É comum a ocorrência de diarreia ou vômito.

B. Geralmente é precedida por uma síndrome respiratória viral na semana anterior, apresentando, como desenvolvimento inicial, taquipneia leve, com pouca quantidade de secreção. ✓

- C. A oximetria de pulso contínua é indicada em pacientes internados com suportes ventilatórios como cateter, a fim de evitar-se a coleta desnecessária de gasometrias.
- D. A taxa de letalidade é de 10%, com morte atribuível à apneia, parada cardiorrespiratória ou crises convulsivas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A bronquiolite viral aguda tipicamente é precedida por prodromo de IVAS nos dias anteriores e começa com taquipneia leve e pouca secreção, evoluindo com sibilos, tosse e esforço por volta do 3o-5o dia. Diarreia e vômitos não são manifestações comuns (A). A oximetria CONTINUA não é rotina - prolonga internação sem benefício (C). E a letalidade é baixa, bem inferior a 1-2%, e não 10% (D). Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Menina de 2 anos e 9 meses de idade, atualmente assintomática é trazida para acompanhamento ambulatorial. AP: infecções urinárias de repetição desde os 3 meses de idade, última há 7 meses e está em uso de nitrofurantoina 1mg/kg/dia, diagnóstico de refluxo vesicoureteral grau II bilateral aos 5 meses de idade. Trouxe exames realizados há 1 mês (imagens A e B). Exame A: Uretrocistografia miccional. Exame B: Cintilografia renal estática com DMSA (Dimercapto Succinic Acid). ANTERIOR POSTERIOR Assinale a alternativa correta em relação ao risco da evolução para doença renal crônica e conduta, respectivamente.

- A. Não há risco; realizar consultas anuais em pediatria geral com aferição da PA, cultura de urina e dosagem da uréia sérica.
- B. Não há risco; avaliar história de disfunção vesical, orientar medidas de mudanças no estilo de vida e realizar consultas em Pediatria Geral.

C. Há risco; avaliar história de disfunção vesical, aferir PA e seguimento com especialista com culturas de urina, dosagem creatinina sérica e albuminúria. ✓

- D. Há risco; seguimento com especialista e avaliar peso e estatura, aferir PA, cultura de urina, dosagem da uréia sérica e clearance de creatinina anual. 6 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Refluxo vesicoureteral com DMSA alterado significa cicatriz renal - nefropatia de refluxo, que SIM traz risco de doença renal crônica, hipertensão e proteinúria. O seguimento e com especialista: avaliar disfunção vesical/intestinal (fator modificável de recorrência), aferir PA, uroculturas nas suspeitas, creatinina sérica e albuminúria. A uréia e marcador pobre de função renal, e negar o risco (A e B) subestima a lesão já documentada. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas de investigação e tratamento do hipotireoidismo congênito do Ministério da Saúde publicada em 2021, assinale a alternativa correta.

- A. A dosagem de TSH e T4 livre deve ser feita em todos recém-nascidos após 24 horas de vida.
- B. Coletas após 72 horas de vida, uso de glicocorticoides pela mãe e transfusão de hemoderivados são as principais causas de resultados falso-positivos.
- C. O tratamento deve ser iniciado precocemente (a partir da quarta semana de vida) com o objetivo de evitar as complicações da doença como o retardo mental.

D. Além da coleta em papel-filtro, crianças prematuras extremas ou com muito baixo peso devem ser reavaliadas com 1 mês de vida ou na alta hospitalar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo PCDT de hipotireoidismo congênito (2021), a triagem e em papel-filtro entre 48 h e 30 dias de vida (ideal 30-50 dias), e prematuros extremos ou de muito baixo peso precisam ser RETESTADOS com 1 mês ou na alta, pela imaturidade do eixo e pelo risco de elevação tardia do TSH. Dosagem sérica não é universal (A); coleta muito precoce gera falso-positivo, enquanto corticoide e transfusão geram falso-NEGATIVO (B); e o tratamento deve começar até 14 dias, não na 4ª semana (C). Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Menina obesa de 11 anos apresenta dor epigástrica intensa no quadrante superior direito que ocasionalmente irradia para o flanco direito e para as costas, 2 horas após uma grande refeição. Exame físico: anictérica, afebril, dor à palpação do quadrante superior direito do abdome. Exames laboratoriais: alanina aminotransferase 44 U/L; aspartato aminotransferase 25 U/L; bilirrubina total 1,3 mg/dL; fosfatase alcalina 100 U/L; glóbulos brancos 14.500 mm³; amilase 67 U/L; lipase 55 U/L. US abdominal: espessamento da parede da vesícula biliar e sombreamento acústico posterior. O diagnóstico provável é

A. pancreatite aguda.

B. colecistite aguda. ✓

C. coledocolitíase.

D. colangite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocondrio direito 2 h após refeição volumosa, com dor à palpação local, leucocitose e US mostrando parede vesicular espessada e cálculo (sombra acústica posterior): colecistite aguda calculosa - a obesidade é fator de risco mesmo na adolescência. Amilase e lipase normais afastam pancreatite (A); bilirrubinas, FA e transaminases praticamente normais, sem icterícia, afastam coledocolitíase (C); e não há a tríade de Charcot para colangite (D). Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Sobre a estenose hipertrófica do piloro, é correto afirmar que

A. os pacientes apresentam vômitos biliosos.

B. o US abdominal apresenta alta sensibilidade diagnóstica. ✓

C. o tratamento cirúrgico é uma emergência.

D. a correção do distúrbio hidreletrolítico é realizada na fase pós-operatória. 7 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia e o exame de escolha na estenose hipertrofica do piloro, com sensibilidade próxima de 100% (espessura muscular >3 mm, canal >16 mm). Os vômitos são NAO biliosos, por obstrução pre-pilórica (A). A cirurgia (piloromiotomia) é urgência CLÍNICA e não emergência: opera-se só depois de corrigida a alcalose metabólica hipocloremica e hipocalemica (C e D erram justamente a ordem - a correção e pré-operatória). Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Quanto à administração de oxigênio em casos de insuficiência respiratória aguda, assinale a alternativa correta.

A. Na máscara venturi a concentração de oxigênio é definida por adaptadores codificados por cores ou por entrada de ar conectada a cartucho de umidificação. ✓

B. As campânulas de Hood (halo de oxigênio) devem ser utilizadas com fluxo máximo de oxigênio de 5 litros/min.

C. As máscaras simples fornecem altas concentrações de oxigênio quando utilizadas com fluxos acima de 15 litros/min.

D. O cateter nasal de alto fluxo aquecido e umidificado é útil para oferecer ventilação não invasiva com dois níveis de pressão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na máscara de Venturi a FiO_2 é determinada por adaptadores codificados por cores (ou entrada de ar calibrada), que arrastam ar ambiente numa proporção fixa - por isso entrega FiO_2 previsível. O Hood exige fluxo ALTO (10-15 L/min) para lavar o CO_2 (B). A máscara simples fornece FiO_2 intermediária (35-50%); altas concentrações exigem máscara com reservatório (C). E o cateter nasal de alto fluxo gera pressão de distensão CONTINUA, não dois níveis como o BiPAP (D). Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Adolescente de 14 anos, com história de linfonodomegalia há 3 meses, em região de pescoço e de crescimento progressivo, associada a febre e perda de 15% de seu peso. Exame físico: linfonodos palpáveis em região cervical baixa e supra-clavicular com cerca de 5 cm de diâmetro, indolor à palpação e endurecido. A conduta adequada é:

- A. antibioticoterapia e seguimento clínico.
- B. observação clínica e reavaliação em 15 dias.
- C. biópsia excisional do linfonodo e estudo histopatológico. ✓**
- D. hemograma e biópsia de medula óssea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfonodo cervical baixo/supraclavicular, maior que 2-3 cm, endurecido, indolor, com crescimento progressivo por 3 meses e sintomas B (febre e perda de 15% do peso) e linfoma até prova em contrário. O passo diagnóstico é a biópsia EXCISIONAL, que preserva a arquitetura ganglionar - indispensável para identificar células de Reed-Sternberg e subtipar. Antibiótico ou observação (A e B) apenas atrasam; medula óssea serve ao estadiamento, não ao diagnóstico (D). Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Menino de 1 ano, assintomático é encaminhado para avaliação cardiológica devido à alteração detectada na ausculta cardíaca. Eletrocardiograma (imagem). O paciente apresenta:

- A. arritmia sinusal. ✓**
- B. ritmo sinusal alternando com ritmo atrial ectópico.
- C. extrassístoles supraventriculares.
- D. extrassístoles ventriculares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Arritmia sinusal (respiratória): onda P sinusal de morfologia constante, intervalo PR fixo e variação cíclica do intervalo RR com a respiração. É achado FISIOLÓGICO em crianças e adolescentes e explica a irregularidade percebida na ausculta. Ritmo atrial ectópico teria P de morfologia diferente (B). Extrassístoles teriam batimento prematuro seguido de pausa, com QRS estreito na supraventricular (C) e QRS largo e bizarro, sem P precedente, na ventricular (D). Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Menina de 8 anos, apresenta dor nos membros inferiores e dificuldade de marcha há 8 meses. Eventualmente, também apresenta escapes urinários. AP: nascida com meningocele e operada no primeiro dia de vida, sem intercorrências, com bom desenvolvimento neuropsicomotor. A hipótese diagnóstica atual é:

- A. hidrocefalia.
- B. síndrome da medula presa. ✓**

C. síndrome de Chiari II.

D. espondilite anquilosante. 8 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança operada de mielomeningocele ao nascimento que anos depois desenvolve dor em membros inferiores, piora progressiva da marcha e perda urinária: síndrome da medula presa (tethered cord), por aderências cicatriciais que tracionam o cone medular durante o crescimento. Hidrocefalia daria sinais de hipertensão intracraniana e macrocrania (A); Chiari II cursa com disfunção de tronco - estridor, disfagia, apneia (C); e espondilite anquilosante não se encaixa na idade nem no quadro (D). Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Menino de 8 anos refere que bateu algo no olho esquerdo em um arame e sentiu correr uma “água quente”. Exame ocular: não realizado devido ao blefaroespasma à esquerda. A conduta a ser realizada para encaminhar o paciente é:

A. Jejum, colírio e pomada de antibiótico, curativo compressivo e estudo da profilaxia antitetânica.

B. Jejum, curativo oclusivo, repouso e avaliar profilaxia antitetânica. ✓

C. Dieta livre, pois provavelmente trata-se de abrasão corneana superficial.

D. Jejum, colírio de antibiótico de hora em hora sem necessidade de curativo, avaliar profilaxia antitetânica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma ocular por arame com sensação de água quente escorrendo (saída de humor aquoso) e blefaroespasma que impede o exame: presume-se perfuração de globo ocular. A conduta é não manipular - curativo OCLUSIVO sem compressão (idealmente protetor rígido), jejum para eventual cirurgia, repouso, analgesia, antibiótico sistêmico, profilaxia antitetânica e encaminhamento urgente. Curativo compressivo e colírios/pomadas (A e D) podem extrudir conteúdo intraocular. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Recém-nascido, de 28 semanas, apresentou dificuldade respiratória grave e evoluiu para óbito após 6 dias. AP: parto normal, trabalho de parto prematuro. Exame pós-morte: imagem. O diagnóstico e o mecanismo envolvido no desenvolvimento dessa lesão são, respectivamente:

A. hemorragia intraparenquimatosa; tocotraumatismo.

B. hematoma ventricular; coagulação intravascular disseminada.

C. hematoma intraparenquimatoso; sepse.

D. hemorragia de matriz germinativa; fragilidade de vasos subependimários. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro de 28 semanas que evolui para óbito com sangramento cerebral tem, como causa clássica, a hemorragia da matriz germinativa subependimária: tecido altamente vascularizado, com vasos de parede frágil e sem suporte, somado a autorregulação do fluxo cerebral imatura (circulação pressão-dependente). A matriz envolve após 32-34 semanas, por isso a lesão é quase exclusiva do prematuro. Toco-traumatismo, CIVD e sepse não explicam a topografia típica. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

A melhor opção terapêutica para menina de 5 anos com dor em membros, noturna e benigna (dor de crescimento) é

- A. analgésicos e anti-inflamatórios.
- B. calor local, massagem e analgésicos. ✓**
- C. calor local, massagem e anti-inflamatórios.
- D. massagem, analgésicos e anti-inflamatórios.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dor de crescimento é benigna, noturna, bilateral, em membros inferiores, com exame físico e exames normais e sem sinais de alarme. Como não há processo inflamatório, o tratamento é essencialmente não farmacológico - calor local, massagem e alongamento - reservando analgésico simples quando necessário. Por isso todas as opções que incluem anti-inflamatório (A, C e D) erram: não há inflamação para tratar e se expõe a criança a efeitos adversos sem benefício. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Tercigesta de 36 anos inicia acompanhamento pré-natal com 8 semanas. AP: G3P2C0, macrosomia fetal (4.068g) na segunda gestação. Exame físico: IMC 30,2 Kg/m². Glicemia de jejum (primeiro trimestre): 88 mg/dL. Nesse momento, o resultado do rastreamento do diabetes mellitus gestacional e a conduta são

- A. negativo; GTT 75g entre 24 e 28 semanas. ✓**
- B. positivo; GTT 100g entre 24 e 28 semanas.
- C. positivo; tratamento com dieta e atividade física.
- D. negativo; nova glicemia de jejum a partir da 32ª semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum do primeiro trimestre de 88 mg/dL (abaixo de 92) significa rastreamento NEGATIVO naquele momento. Como a gestante tem fatores de risco (36 anos, IMC 30,2 e macrosomia previa), ela deve repetir a investigação com TOTG 75 g de 2 horas entre 24 e 28 semanas - que é o teste padronizado no Brasil. O GTT de 100 g (B) é critério americano antigo, não adotado aqui, e repetir apenas glicemia de jejum na 32ª semana (D) tem baixa sensibilidade. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Puérpera de 28 anos apresenta sangramento uterino em grande quantidade, quarenta minutos pós-parto vaginal sem intercorrências. AP: diabetes gestacional, polidramnion e feto GIG. Exame físico: FC 110 bpm, PA 100x60 mmHg, útero com tônus diminuído. O índice de choque, o principal fator de risco para hemorragia pós-parto e o tratamento inicial recomendados são, respectivamente:

- A. 1,83; diabetes gestacional; infusão de metilergometrina.
- B. 1,1; sobredistensão uterina; infusão de ocitocina + ácido tranexâmico. ✓**
- C. 1,83; sobredistensão uterina; infusão de ocitocina + misoprostol.
- D. 1,1; diabetes gestacional; infusão de ocitocina + ácido tranexâmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Índice de choque = FC/PAS = 110/100 = 1,1 (valores $\geq 0,9$ já sinalizam alerta). A hemorragia pos-parto aqui é por ATONIA, e o principal fator de risco no caso é a sobredistensão uterina (polidramnio + feto GIG) - o diabetes gestacional é apenas o mecanismo por trás dela. O tratamento inicial é massagem uterina com ocitocina associada ao ácido tranexâmico, idealmente nas primeiras 3 horas. Metilergometrina é segunda linha e contraindicada em hipertensas. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Primigesta na 35ª semana de gestação refere há dois dias dor de cabeça que não melhora com analgésico, há um dia enxerga pontinhos brilhantes e apresenta dor de estômago acompanhada de enjoo. Exame físico: BEG, hidratada, corada, PA 150x110 mmHg e edema de membros inferiores (2/4+). Feto em apresentação cefálica e vivo (FCF 140 bpm). A melhor conduta imediata é

- A. fenitoína e metildopa.
- B. benzodiazepínico e hidralazina intravenosa.
- C. sulfato de magnésio e hidralazina intravenosa. ✓**
- D. sulfato de magnésio e inibidor de enzima conversora de angiotensina. 9 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia refratária a analgésico, escotomas cintilantes e epigastralgia com náusea, em gestante de 35 semanas com PA 150x110: pré-eclâmpsia com sinais de iminência de eclâmpsia. A conduta imediata combina sulfato de magnésio (profilaxia da convulsão, além de melhor que qualquer anticonvulsivante clássico) com anti-hipertensivo de ação rápida por via IV - hidralazina, nifedipino ou labetalol. Fenitoína e benzodiazepínico são inferiores ao $MgSO_4$, e IECA é formalmente contraindicado na gestação. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Durante a assistência pré-natal de baixo risco de gestante com 20 semanas, o resultado do AgHBs (antígeno de superfície - crie do vírus da hepatite B) foi não reagente e em sua carteira de vacinação não há registro de vacina contra hepatite B. A conduta em relação a essa imunização é

- A. iniciar esquema de vacinação. ✓**
- B. orientar vacinação no terceiro trimestre.
- C. orientar vacinação no puerpério.
- D. contra-indicar vacinação na gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra hepatite B é inativada (recombinante), segura em qualquer trimestre e formalmente recomendada na gestação. Com AgHBs não reagente e sem registro de vacinação, a conduta é iniciar o esquema de 3 doses já, aproveitando o contato do pré-natal. Adiar para o terceiro trimestre ou para o puerpério (B e C) desperdiça a chance de completar o esquema e proteger contra infecção aguda na gravidez, e não há qualquer contraindicação gestacional (D). Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Secundigesta com 8 semanas de gestação comparece para consulta pré-natal em unidade básica de saúde, referindo há um dia dor tipo cólica em baixo ventre, acompanhada de sangramento vivo em pouca quantidade. A conduta correta é

- A. prescrever progesterona micronisada, devido a possibilidade de abortamento inevitável.
- B. encaminhar a paciente para uma unidade de atendimento terciário, pois trata-se de abortamento.
- C. solicitar ultrassom, pois é a única forma de estabelecer a hipótese diagnóstica nesse momento.
- D. realizar exame ginecológico, pois pode ser suficiente para estabelecer a hipótese diagnóstica e orientar a paciente. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento de primeiro trimestre com cólica exige, antes de qualquer coisa, o exame ginecológico: o especular identifica a origem do sangramento (uterina, cervical ou vaginal) e o toque define se o colo está ABERTO ou fechado - o que já separa ameaça de abortamento de abortamento inevitável/incompleto e orienta a paciente ali mesmo na UBS. O US é complementar, mas não é a única forma de levantar a hipótese (C); progesterona não trata abortamento inevitável (A); e encaminhar sem examinar (B) é precipitado. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Gestante de 33 anos com 36 semanas refere dor em baixo ventre há duas horas. AP: G3P1A1. Exame físico: PA 140x100mmHg, FC 96bpm, dinâmica uterina com 5 contrações de 40 segundos em 10 minutos, BCF 164 bpm. Toque vaginal: colo médio, medianizado, dilatado 3cm, bolsa íntegra. Durante a avaliação a paciente apresenta aumento súbito da dor, seguido de sangramento vaginal escuro, em moderada quantidade e dificuldade para ausculta dos batimentos fetais. A hipótese diagnóstica e a conduta são:

- A. descolamento prematuro de placenta; rotura imediata da bolsa para reduzir a formação do coágulo retroplacentário e parto cesáreo de emergência. ✓**
- B. trabalho de parto taquitócico; analgesia de trabalho de parto para reduzir a dinâmica uterina.
- C. trabalho de parto taquitócico; rotura da bolsa para reduzir a dinâmica uterina e melhorar o fluxo útero-placentário.
- D. placenta prévia sem diagnóstico com sangramento decorrente do exame de toque vaginal; ultrassonografia de urgência para confirmação diagnóstica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumento súbito da dor com sangramento escuro moderado, hipertensão, taquissístolia e dificuldade de ausculta dos batimentos fetais: descolamento prematuro de placenta. A amniotomia imediata reduz a pressão intrauterina, permite a saída do sangue e limita a formação do coágulo retroplacentário e a infiltração miometrial, e o parto deve ser resolvido com urgência - cesárea, já que não há parto iminente e há sofrimento fetal. Placenta prévia daria sangramento vermelho vivo, indolor, com útero normotônico (D). Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Durante consulta de pré-natal na atenção primária, gestante apresenta os seguintes resultados de sorologia para toxoplasmose: 11 semanas 30 semanas (atual) Toxoplasmose - IgG Não reagente Reagente Toxoplasmose - IgM Não reagente Reagente As condutas corretas são:

- A. espiramicina; encaminhar para a referência para realizar amniocentese.
- B. sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico; encaminhar para a referência para realizar amniocentese.
- C. espiramicina; não há necessidade de realizar a amniocentese.
- D. sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico; não há necessidade de realizar a amniocentese. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG e IgM não reagentes na 11ª semana que se tornam reagentes na 30ª documentam SOROCONVERSÃO - toxoplasmose aguda na gestação. No terceiro trimestre a taxa de transmissão vertical é alta e a amniocentese não mudaria a conduta, de modo que se trata direto com o esquema triplice: sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico. Espiramicina (A e C) só se aplica a infecção materna recente sem comprovação de acometimento fetal e em idade gestacional precoce. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Primigesta de 19 anos, com idade gestacional de 32 semanas e 4 dias, apresenta dor em baixo ventre. Exame obstétrico: três contrações a cada 10 minutos, feto longitudinal e cefálico, BCF 148 bpm, colo uterino medianizado, esvaecido 50%, com dilatação de 4 cm e bolsa amniótica íntegra. A conduta correta é prescrever:

- A. corticoide, tocolítico, sulfato de magnésio e antibiótico profilaxia para estreptococo do grupo B.
- B. tocolítico, sulfato de magnésio e antibiótico profilaxia para estreptococo do grupo B.
- C. corticoide, tocolítico e antibiótico profilaxia para estreptococo do grupo B. ✓**
- D. corticoide, tocolítico e sulfato de magnésio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalho de parto prematuro estabelecido com 32 semanas e 4 dias e 4 cm de dilatação. Prescreve-se corticoide (24-34 semanas, para maturação pulmonar), tocolítico (para ganhar as 48 horas do corticoide e permitir transferência) e antibiótico profilaxia para estreptococo do grupo B, já que o parto é prematuro e o status de GBS é desconhecido. O sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é indicado ABAIXO de 32 semanas - aqui a gestante já ultrapassou essa janela. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Parturiente, com idade gestacional de 38 semanas, encontra-se no período expulsivo há 30 minutos, bolsa rota espontânea no início do trabalho de parto. AP: dois partos vaginais. Exame obstétrico: altura uterina 35cm, BCF 155bpm, dinâmica uterina 4 contrações (30"/30"/45"/45"), variedade da posição em occipício esquerda anterior, altura da apresentação +2 do plano De Lee. A conduta é

- A. aguardar evolução do parto. ✓**
- B. administrar ocitocina.
- C. indicar cesareana.
- D. indicar uso de vácuo extrator. 10 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Multipara com dois partos vaginais prévios, no expulsivo há apenas 30 minutos, com dinâmica adequada (4 contrações em 10 min), batimentos fetais normais, occipito esquerda anterior e apresentação em +2 de De Lee: parto evoluindo fisiologicamente. A conduta é expectante, com suporte e monitorização. Ocitocina não se justifica sem hipotatividade uterina (B), e cesárea ou vácuo (C e D) são intervenções sem indicação, que só aumentariam morbidade materna e neonatal. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Primigesta na 35ª semana de gravidez, apresenta curva de altura uterina estacionada. Ultrassonografia com Doppler: feto com peso no percentil 8, líquido amniótico normal, índice de pulsabilidade menor que o percentil 95 na artéria umbilical e acima do percentil 5 na artéria cerebral média. O diagnóstico mais provável é

- A. restrição de crescimento fetal tardio.
- B. restrição de crescimento fetal precoce.
- C. pequeno para idade gestacional. ✓**
- D. crescimento fetal adequado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Feto com peso no percentil 8 - portanto entre o P3 e o P10 - mas com Doppler NORMAL (IP da artéria umbilical abaixo do P95 e IP da cerebral média acima do P5) e líquido amniótico normal: trata-se de pequeno para a idade gestacional constitucional, não de restrição. A restrição tardia exigiria peso abaixo do P3, ou abaixo do P10 associado a Doppler alterado (umbilical >P95 ou relação cerebroplacentária <P5). Crescimento adequado (D) também não cabe, pois a curva está estacionada. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Mulher de 49 anos foi submetida à histerectomia devido a dor no baixo ventre e identificação de massa pélvica. Exame macroscópico da peça cirúrgica: imagem. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 cm As características macroscópicas da imagem favorecem o diagnóstico de:

- A. doença inflamatória pélvica com cicatrizes extensas.
- B. teratoma adulto benigno com áreas de necrose.
- C. cistos de Naboth com infecções recorrentes.
- D. câncer avançado do colo do útero. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Peça de histerectomia com massa cervical volumosa, infiltrativa e destrutiva, em mulher de 49 anos com dor pélvica: o padrão macroscópico e de câncer avançado do colo uterino. Doença inflamatória pélvica crônica produz aderências e hidrossalpinge, não massa infiltrativa (A). Teratoma benigno e cístico, com pelos, sebo e até dentes, e o OVARIANO (B). Cistos de Naboth são pequenos cistos de retenção mucosa do colo, achado banal e sem repercussão (C). Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Mulher de 35 anos, sem desejo reprodutivo, apresenta dis-quesia e dismenorria incapacitante cíclicas, com controle al- gico apropriado em vigência de tratamento medicamentoso. US transvaginal com preparo intestinal: nódulo de 1 cm em ligamento útero-sacro esquerdo acometendo camada serosa da parede do reto sigmoide. De acordo com o ECO sistema para abordagem de pacientes com endometriose, é indicado tratamento

- A. cirúrgico em serviço disponível.
- B. clínico em atenção primária.
- C. clínico em serviço de referência. ✓**
- D. cirúrgico em serviço de referência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulo em ligamento uterossacro acometendo a serosa do retossigmoide define endometriose PROFUNDA com envolvimento intestinal - doença de alta complexidade, que deve ser conduzida em serviço de REFERENCIA, com equipe multidisciplinar. Mas a paciente esta com controle algico APROPRIADO em vigencia do tratamento medicamentoso e sem desejo reprodutivo: nao ha, portanto, indicacao de operar. A cirurgia (A e D) se reserva a falha do tratamento clinico, a obstrucao ou comprometimento funcional de orgao. E a atencao primaria (B) nao tem estrutura para a doenca profunda. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Mulher de 62 anos apresenta dor hipogástrica associada a sintomas dispépticos há 06 meses. AP: G0P0. US abdome total: grande massa heterogênea de provável origem anexial, apresentando septos e áreas sólidas associadas a fluxo ao Doppler, com implantes sugestivos de acometimento secun- dário em andar superior, provável acometimento do fígado e alças intestinais, omental cake e volumosa ascite. A melhor conduta é

- A. laparotomia exploradora para estadiamento e res- secção tumoral.
- B. laparoscopia exploradora para estadiamento e bióp- sia da lesão. ✓**
- C. laparotomia para ressecção tumoral seguida de qui- mioterapia.
- D. radioterapia e quimioterapia exclusivas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa anexial complexa (septos, areas solidas, fluxo ao Doppler) em mulher de 62 anos, nuligesta, com omental cake, implantes hepaticos e intestinais e ascite volumosa: cancer de ovario avancado, com carcinomatose que torna a citorreducao otima improvavel de entrada. O passo correto e laparoscopia para estadiamento e BIOPSIA, obtendo histologia para quimioterapia neoadjuvante e cirurgia de intervalo. Laparotomia de entrada (A e C) so soma morbidade, e radioterapia nao tem papel (D). Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Paciente de 16 anos e 5 meses, 1,65m, queixa-se de nunca ter menstruado. Exame físico: mamas em estágio 4 e pêlos pubianos em estágio 5 de Marshall e Tanner, cariótipo XX. A síndrome mais provável e os ductos envolvidos nesse de- feito são:

- A. Rokitansky; paramesonéfricos. ✓**
- B. insensibilidade androgênica; paramesonéfricos.
- C. Ashermann; mesonéfricos.
- D. Swyer; mesonéfricos. 11 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primaria com caracteres sexuais secundarios plenamente desenvolvidos (mamas M4, pelos P5 - logo ovarios funcionantes) e cariotipo 46,XX aponta para sindrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: agenesia dos ductos PARAMESONEFRICOS (mullerianos), com ausencia de utero e terco superior da vagina. Insensibilidade androgenica seria 46,XY com pelos escassos (B); Asherman causa amenorreia SECUNDARIA (C); e a sindrome de Swyer (46,XY) nao desenvolveria mamas espontaneamente (D). Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Mulher de 24 anos, assintomática, tem diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos. Exame físico: IMC 29,8 Kg/m², PA 120x85 mmHg, circunferência da cintura 89 cm. Os riscos metabólicos e reprodutivos relacionados a doença são:

- A. apneia do sono, hipertensão arterial e incompetência istmo cervical.
- B. apneia do sono, pré-diabetes e pré-eclâmpsia. ✓**
- C. dislipidemia, neoplasia de colo de útero e diabetes gestacional.
- D. esteatose hepática não alcoólica, câncer de endométrio e vaginose citolítica durante a gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome dos ovários policísticos os riscos metabólicos derivam da resistência insulínica: pré-diabetes e DM2, dislipidemia, esteatose hepática, síndrome metabólica e apneia obstrutiva do sono - potencializados pelo IMC 29,8 e pela circunferência de 89 cm. No plano reprodutivo, infertilidade anovulatória, abortamento, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia. Não há associação com câncer de colo (que é HPV-dependente), incompetência istmocervical nem vaginose citolítica. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Mulher de 55 anos notou nodulação em mama direita há 2 meses. Exame físico: nódulo endurecido de difícil delimitação com o tecido adjacente de 3 cm no quadrante superolateral da mama direita. Assinale a alternativa correta.

- A. Deve-se solicitar mamografia e aguardar o resultado para definir a conduta.
- B. Deve-se indicar biópsia do nódulo, de preferência guiada por ultrassonografia. ✓**
- C. O exame de ressonância das mamas é o mais indicado.
- D. O exame clínico é característico de cisto mamário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo de 3 cm, endurecido e de limites imprecisos com o tecido adjacente, em mulher de 55 anos, e clinicamente SUSPEITO - e imagem normal não afasta câncer nesse cenário. A conduta que fecha o diagnóstico e a biópsia (core biopsy) guiada por ultrassonografia. Aguardar a mamografia para só então decidir (A) atrasa e pode gerar falsa segurança; a ressonância não substitui histologia (C); e cisto mamário é móvel, regular e elástico - o oposto do descrito (D). Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

A respeito da fisiologia normal do ciclo menstrual, é correto afirmar que:

- A. o hipotálamo secreta o hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) que regula a liberação do hormônio folículo estimulante (FSH), que libera o hormônio luteinizante (LH).
- B. no início de cada ciclo menstrual os níveis de esteróides gonadais são altos e vêm aumentando desde o final da fase lútea do ciclo anterior.
- C. o recrutamento inicial e o crescimento dos folículos primordiais são independentes da gonadotrofina. ✓**
- D. o LH estimula a aromatização nas células da teca.

COMENTÁRIO OSCELABS

O recrutamento inicial dos folículos primordiais e seu crescimento até o estágio pre-antral independem de gonadotrofinas, sendo regulados por fatores intraovarianos (AMH, fatores de crescimento); a dependência do FSH começa no estágio antral. Em A, o FSH não libera LH - ambos vêm da hipófise sob estímulo do GnRH. Em B, no início do ciclo os esteroides estão BAIXOS, e essa queda no fim da fase lútea é o que desinibe o FSH. Em D, a aromatização ocorre na GRANULOSA, sob ação do FSH. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Em relação ao abscesso tubo-ovariano, é correto afirmar que:

- A. o tratamento cirúrgico é mandatório e emergencial para as pacientes sépticas, com abscessos rotos ou naqueles com diâmetros acima de 10 centímetros. ✓**
- B. o tratamento ambulatorial pode ser considerado nas pacientes com boa compreensão do tratamento e que estejam em bom estado geral, desde que o maior diâmetro do abscesso seja inferior a 5 cm.
- C. a ausência de melhora clínica após 48 horas de antibioticoterapia parenteral pode ser manejada com leucograma seriado, PCR e VHS diários, além de curva térmica.
- D. o principal agente etiológico envolvido nesses quadros é o *Actinomyces israelii*.

COMENTÁRIO OSCELABS

No abscesso tubo-ovariano a antibioticoterapia parenteral é a base, mas a abordagem cirúrgica (ou drenagem guiada) é mandatória e imediata nas pacientes sépticas, com abscesso roto ou de grande volume. Não existe tratamento ambulatorial para ATO - ele indica internação (B). Falta de resposta em 48-72 h exige intervenção, e não apenas seguir exames laboratoriais (C). E a etiologia é polimicrobiana (anaeróbios, gram-negativos, clamídia, gonococo); *Actinomyces* é raro e ligado a DIU de longa permanência (D). Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Mulher de 51 anos queixa-se de diminuição da lubrificação e ardência vaginal no ato sexual há 2 anos. No último ano, sente-se mais triste, sozinha e “esquecida” para atividades do dia a dia. AP: DUM há 1 ano e 6 meses, HAS, tabagista. AF: mãe falecida por câncer de mama. Assinale a alternativa correta.

- A. Terapia hormonal (TH) sistêmica está indicada para melhora dos sintomas vaginais e sistêmicos.
- B. Há contraindicação absoluta ao uso de TH sistêmica.
- C. Terapia não hormonal com antidepressivos é a opção mais segura para o alívio dos sintomas climatéricos.
- D. TH vaginal está indicada para alívio dos sintomas vaginais. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os sintomas dominantes são genitourinários da menopausa (secura e ardência vaginal). Nesse cenário, a terapia estrogênica VAGINAL em baixa dose é a escolha: alta eficácia local e absorção sistêmica desprezível. História familiar de câncer de mama não é contraindicação ABSOLUTA à terapia hormonal (B), mas também não justifica expor a paciente à TH sistêmica quando o sintoma é local (A). Tristeza e esquecimento não são indicação de TH, e antidepressivo não trata atrofia genitourinária (C). Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Mulher de 15 anos comparece à Unidade Básica de Saúde, pois deseja iniciar um método anticoncepcional. AP: menarca aos 11 anos, sexarca há 1 ano, DUM há 2 dias. Nega comorbidades, tabagismo ou etilismo. Assinale a alternativa correta.

- A. Pedir para retornar com um responsável legal, pois a orientação e prescrição de métodos contraceptivos para menores de idade necessita da autorização ou ciência dos pais ou responsáveis.

B. Todos os métodos contraceptivos podem ser usados, cabe ao profissional explicar sobre cada um para que a paciente possa escolher. ✓

C. Devido a idade a melhor alternativa seria o método de barreira, evitando possíveis alterações hormonais sobre a puberdade.

D. O DIU está contraindicado pela idade precoce. 12 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente tem direito a atendimento, sigilo e prescrição de contraceptivo sem exigência de autorização dos responsáveis, conforme o ECA e as resoluções do CFM. Todos os métodos podem ser oferecidos, cabendo ao profissional explicar cada um para uma escolha informada - inclusive os LARC (DIU de cobre, DIU hormonal e implante), que são de primeira linha nessa faixa pela altíssima eficácia e independência de adesão. Idade e nuliparidade não contraindicam DIU (D), e após a menarca não há prejuízo puberal (C). Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Com relação às urgências e emergências hipertensivas de acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão, assinale a correta.

A. A hipertensão acelerada é a hipertensão diastólica grave (geralmente >120 mmHg) na presença de retinopatia hipertensiva grau III.

B. A hipertensão acelerada com retinopatia hipertensiva grau III é considerada uma urgência hipertensiva, com necessidade da redução da PA em poucos minutos.

C. A urgência hipertensiva se refere às condições clínicas nas quais a hipertensão grave deve ser reduzida em minutos ou poucas horas.

D. São emergências hipertensivas: falência ventricular esquerda aguda, hemorragia intracerebral, crise de feocromocitoma, abuso de drogas e eclampsia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Emergência hipertensiva e PA muito elevada com LESÃO AGUDA e progressiva de órgão-alvo: edema agudo de pulmão por falência de VE, hemorragia intracerebral, encefalopatia, dissecação de aorta, crise de feocromocitoma, intoxicação por cocaína/anfetaminas e eclampsia - exigem redução imediata, com droga intravenosa e monitorização. A urgência hipertensiva, ao contrário do que diz C, não tem lesão aguda e permite redução gradual em 24-48 horas, com medicação oral; e B erra ao exigir redução em minutos. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Sobre a doença renal do diabetes (DRD) e seu tratamento, assinale a correta.

A. A DRD é um processo multifatorial, que envolve associação entre lesão mecânica, disfunção celular e fibrose. A albuminúria não se correlaciona com o risco cardiovascular, sendo unicamente um marcador fisiopatológico.

B. O tratamento da DRD envolve redução de risco cardiovascular, controle da glicemia e da PA e bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) com o objetivo de reduzir a pressão intraglomerular. ✓

C. A metformina não pode ser usada se houver alteração de função renal em qualquer grau e os inibidores do SGLT-2 restabelecem o feedback túbulo-glomerular com consequente redução da pressão intraglomerular.

D. O mecanismo de ação das medicações que bloqueiam o SRAA está na vasodilatação da arteríola aferente e vasoconstrição da arteríola eferente, culminando na redução da pressão intraglomerular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento da doença renal do diabetes se apoia em redução do risco cardiovascular, controle glicêmico e pressórico e bloqueio do SRAA com IECA ou BRA, que reduzem a pressão intraglomerular - hoje somados a iSGLT2 e finerenona. Em A, a albuminúria e marcador INDEPENDENTE de risco cardiovascular, e não apenas fisiopatológico. Em C, a metformina pode ser usada até TFG de 30 mL/min, com ajuste abaixo de 45. Em D, a ação dos bloqueadores do SRAA e vasodilatar a arteriola EFERENTE. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Mulher de 24 anos apresenta aftas orais indolores, recorrentes há 6 meses. Há 4 meses apresenta artralgia de interfalangeanas proximais da mão direita e punho esquerdo com calor, rubor, aumento de volume, piora ao repouso, melhora ao movimento e rigidez matinal de 1 hora. Há 7 dias as artralgias das mãos e dos punhos desapareceram, mas surgiram no joelho direito e tornozelo esquerdo com as mesmas características. Evoluiu com hematomas nas coxas e sangramentos espontâneos de mucosa nasal e gengival. EF: ausência de artrite ou deformidades. Os exames complementares a solicitar e a provável etiologia são, respectivamente.

- A. hemograma, coagulograma, dosagem do fator VIII, provas inflamatórias (PCR e VHS); Hemofilia Primária.
- B. látex (fator reumatoide), provas inflamatórias (VHS e PCR), radiografias de mãos; Artrite Reumatoide.

C. FAN, hemograma, urina tipo I, proteinúria 24 h, complementos, anti-SM, anti-dsDNA, anticardiolipinas, anticoagulante lúpico; Lúpus Eritematoso Sistêmico. ✓

- D. dosagem de HLA-B27, ressonância magnética de sacroilíacas, provas inflamatórias (PCR e VHS), radiografias de colunas e bacia; Espondiloartrite Axial não Radiográfica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com aftas orais INDOLORES recorrentes, poliartrite migratoria não erosiva (sem deformidade e sem artrite ao exame) e agora plaquetopenia com sangramento mucocutâneo: o quadro multissistêmico aponta lúpus eritematoso sistêmico. A investigação inclui FAN (triagem), hemograma, urina I e proteinúria de 24 h para nefrite, complementos consumidos, anti-Sm e anti-dsDNA (específicos) e antifosfolípidos. Artrite reumatoide seria persistente e erosiva (B); hemofilia e hereditária e não explica aftas (A); espondiloartrite axial não se encaixa (D). Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Mulher de 65 anos, apresentou há 7 dias queda da própria altura com escoriação leve na região anterior de joelho esquerdo. Há 1 dia evoluiu com artralgia intensa, edema, rubor, calor, limitação de movimento e um pico febril (39 °C). Nega episódios prévios de artralgias. AP: diabética, hipertensa, etilista. Exame físico do joelho: rubor, calor, sinal da tecla presente, posição fletida com bloqueio articular. Exames laboratoriais: leucocitose sem desvio escalonado, PCR 30 mg/dL, VHS 60 mm/hora. A hipótese diagnóstica e conduta correta são:

- A. Artrite gotosa. A artrocentese diagnóstica não é necessária. Prescrever prednisona em dose baixa, AINE e colchicina por 10 dias. Após a crise, solicitar ácido úrico sérico e urinário e iniciar alopurinol.

B. Artrite séptica. Realizar hemoculturas, artrocentese diagnóstica e análise do líquido sinovial com celularidade, culturas, Gram e cristais. Iniciar antibioticoterapia parenteral de largo espectro e, após confirmação, drenagem articular. ✓

- C. Artrite séptica. Realizar artrocentese diagnóstica e na ausência de líquido macroscópico purulento está descartada a hipótese infecciosa. Alta com anti-inflamatórios e analgésicos.
- D. Artrite gotosa. Realizar artrocentese diagnóstica e análise do líquido sinovial com celularidade, culturas, Gram e cristais. Cultura do líquido sinovial negativa exclui o diagnóstico infeccioso. Alta com AINE, colchicina e alopurinol. 13 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda, febril, com bloqueio articular, em diabética com porta de entrada cutânea recente: artrite séptica até prova em contrário - emergência ortopedica. Conduta: hemoculturas, artrocentese com celularidade, Gram, cultura e pesquisa de cristais, antibiótico parenteral empírico IMEDIATO e drenagem/lavagem articular. Líquido não purulento a olho nu NÃO afasta infecção (C), e cultura negativa também não exclui - gota e artrite séptica podem coexistir; além disso, alopurinol jamais se inicia na crise sem cobertura (A e D). Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Homem de 62 anos com cirrose hepática por álcool é admitido no hospital pela terceira vez em um mês com ascite tensa. Faz dieta com restrição de sódio. AP: encefalopatia hepática persistente. Uso diário de furosemida 160 mg e espirono- lactona 400 mg. Exames laboratoriais: Na 135 mEq/L e K 4,2 mEq/L; Na urinário baixo (40 mmol/dia). A conduta inicial é

- A. administrar furosemida intravenosa.
- B. realizar paracentese de alívio e adicionar amilorida.
- C. indicar shunt intra-hepático portossistêmico por via transjugular.
- D. realizar paracentese de alívio e se necessário repor albu- mina intravenosa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrotico com terceira internação no mês por ascite tensa, já em restrição de sódio e com doses MÁXIMAS de diurético (furosemida 160 mg e espironolactona 400 mg) e natriurese baixa: ascite refratária. A conduta é paracentese de alívio, repondo albumina intravenosa quando o volume retirado ultrapassa 5 litros (6-8 g por litro drenado), para prevenir disfunção circulatória pós-paracentese. Aumentar diurético já esgotou o teto (A e B), e o TIPS está contraindicado pela encefalopatia persistente (C). Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Homem de 50 anos é trazido ao hospital após dois episódios de vômitos com sangue e perda da consciência. Chega sono- lento e não colaborativo e tem novo episódio de hematêmese, bem como melena. AP: etilista de mais de 100g de álcool há 30 anos. EF: FC 128 bpm, PA 70/50 mmHg, icterícia, gineco- mastia e ascite tensa. Deve-se

- A. acionar imediatamente a equipe de endoscopia para Endoscopia Digestiva Alta (EDA).
- B. iniciar infusão de cristalóide, pedir EDA urgente e aguardar confirmação de ruptura de varizes esofágicas para iniciar vasoconstritor.
- C. iniciar infusão de cristalóide, fazer dose de ataque de vasoconstritor e começar antibiótico. ✓**
- D. passar balão gastroesofágico imediatamente para controle do choque hemorrágico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva alta varicosa com choque em cirótico. A prioridade é a estabilização: cristalóide e hemotransfusão restritiva (alvo de Hb em torno de 7 g/dL), vasoconstritor esplâncico - terlipressina ou octreotida - iniciado IMEDIATAMENTE, antes e independentemente da endoscopia, e antibiótico profilático (ceftriaxona), que comprovadamente reduz ressangramento e mortalidade. A endoscopia vem em até 12 h, com paciente estável e via aérea protegida (ele está sonolento). O balão e resgate de sangramento refratário (D). Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Homem 32 anos com histórico de tosse e chiado na infância com necessidade de inalações com broncodilatadores. Em consulta ambulatorial refere sintomas de tosse e chiado que ocorrem 1 a 2 vezes no mês, nega despertar noturno por sintoma, nega limitação de atividades do dia a dia, desde a infância não precisa procurar atendimento médico por crise, ultimamente tem feito treinos de corrida quando apresenta chiado e tosse seca leves. De acordo com as recomendações atuais para tratamento de asma, a melhor orientação terapêutica nesse caso é:

- A. Salbutamol spray 2 jatos 30 min antes do exercício e caso tenha sintomas.
- B. Formoterol 6 mcg / budesonida 200 mcg spray 1 jato 30 min antes do exercício e caso tenha sintomas. ✓**
- C. Formoterol 6 mcg / budesonida 200 mcg spray 1 jato de 12 /12h diariamente.
- D. Não necessita tratamento medicamentoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas 1 a 2 vezes por mês, sem despertares noturnos, sem limitação de atividades e sem crises que exijam atendimento: asma leve/intermitente, etapa 1 do GINA - cujo tratamento atual é corticoide inalatório associado a formoterol em dose baixa por DEMANDA, inclusive antes do exercício. O SABA isolado (A) deixou de ser recomendado por aumentar exacerbações e mortalidade. Manutenção diária (C) e excessiva para esse nível de controle, e não tratar (D) deixa o paciente sem corticoide de resgate. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Homem de 61 anos retorna em consulta ambulatorial com queixa de dispneia aos moderados esforços e pouca tosse seca. Relata exacerbação do quadro há 2 meses com necessidade de internação por 1 semana. Atualmente sem suplementação de oxigênio. AP: tabagismo prévio de 30 anos-maço. Em uso regular de formoterol 12 mcg de 12/12h. Espirometria (valores após broncodilatador): VEF1/CVF = 62 e VEF1 = 49%. A melhor conduta é

- A. manter monoterapia com formoterol 12 mcg de 12/12h.
- B. associar budesonida 400 mcg de 12/12h.
- C. associar tiotrópio 2,5 mcg 2 jatos 1 vez ao dia. ✓**
- D. associar salbutamol spray 2 jatos na crise.

COMENTÁRIO OSCELABS

DPOC com VEF1/CVF de 0,62 e VEF1 de 49% (GOLD 3), uma internação por exacerbação há 2 meses e dispneia persistente em monoterapia com LABA: a escalada correta é a DUPLA broncodilatação, associando um LAMA (tiotropio) ao formoterol. O corticoide inalatório (B) entra quando persistem exacerbações apesar de LABA+LAMA e/ou ha eosinófilos $\geq 300/\text{mm}^3$. Salbutamol de resgate (D) e adjuvante e não muda o curso, e manter a monoterapia (A) é insuficiente diante da exacerbação recente. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Mulher de 24 anos apresenta cansaço, fraqueza e taquicardia aos mínimos esforços há 2 dias. EF: FC 110 bpm, FR 18 ipm, PA 100/60mmHg, mucosas descoradas, baço palpável sobre o rebordo costal direito, aftas orais. Exames laboratoriais: Hb 5,7 g/dL, Ht 22%, VCM 108 fL, plaquetas $212.000/\text{mm}^3$, GB $4.800/\text{mm}^3$ com diferenciais normais, reticulócitos 5,6%, BT 4,5 mg/dL, BI 3,8 mg/dL, DHL 4 vezes o valor de normalidade, Cr 0,6 mg/dL. O exame que auxiliará no diagnóstico é a(o)

- A. teste da antiglobulina direta. ✓**
- B. imunofenotipagem de sangue periférico.
- C. dosagem de vitamina B12.

D. eletroforese de hemoglobina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia grave, macrocítica (VCM 108), com reticulócitos ELEVADOS (5,6%), bilirrubina indireta alta, DHL quatro vezes o normal e esplenomegalia: hemólise. Em mulher jovem, o próximo passo é o teste da antiglobulina direta (Coombs direto), que separa anemia hemolítica autoimune das causas não imunes. Deficiência de B12 cursaria com reticulócitos BAIXOS (C); eletroforese investiga hemoglobinopatia, geralmente microcítica e crônica (D); e a imunofenotipagem para HPN só entra se o Coombs for negativo (B). Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Sobre o diagnóstico das queixas cognitivas em idosos, é correto afirmar que

- A. o diagnóstico de demência exige a presença de prejuízo de memória.
- B. pacientes com comprometimento cognitivo leve não possuem prejuízo funcional ou social claro como aqueles com demência. ✓**
- C. o diagnóstico de demência requer um exame de neuroimagem (TC ou RNM).
- D. a pesquisa de sorologia para HIV faz parte dos exames de rotina. 14 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O que separa comprometimento cognitivo leve de demência é a FUNCIONALIDADE: no CCL há declínio objetivo documentado, mas o paciente mantém independência nas atividades instrumentais e sociais. Em A, o DSM-5 não exige prejuízo de memória - a demência pode se iniciar por linguagem, função executiva, comportamento ou visuoespacial (demência frontotemporal, afasia progressiva). Em C, a neuroimagem é recomendada mas não obrigatória. Em D, sorologia para HIV é solicitada de forma seletiva, conforme fatores de risco. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Em relação aos instrumentos utilizados para o diagnóstico da síndrome de fragilidade, assinale a alternativa correta.

- A. O instrumento SOF (Study of Osteoporotic Fractures) tem como um de seus itens a avaliação da velocidade de marcha.
- B. O instrumento FRAIL incorpora a avaliação da força de preensão palmar.
- C. O instrumento FRAIL incorpora a avaliação do índice de massa corporal.
- D. O instrumento SOF incorpora a avaliação da força dos membros inferiores através do teste de levantar da cadeira 5 vezes sem usar os braços para apoio. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O índice SOF avalia três itens: perda de peso $\geq 5\%$, incapacidade de levantar da cadeira 5 vezes sem apoiar os braços (proxy de força de membros inferiores) e redução de energia/vitalidade - não inclui velocidade de marcha (A). O questionário FRAIL é composto por 5 itens AUTORREFERIDOS (fadiga, resistência, deambulação, comorbidades e perda de peso), sem medida objetiva: não usa preensão palmar (B) nem IMC (C). Preensão palmar e velocidade de marcha pertencem ao fenotipo de Fried. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Mulher de 42 anos iniciou disúria há 4 dias, apresenta febre com dor lombar há um dia e hoje prostração intensa, sendo levada ao PS. EF: regular estado geral, sonolenta (Glasgow 11), PA 75/50 mmHg, FC 135 bpm, SatO₂ 93%, FR 26 ipm, tempo de enchimento capilar de 5 segundos. Sobre a abordagem desse caso na emergência, além da ressuscitação volêmica e noradrenalina, assinale a correta.

A. Deve-se iniciar a dobutamina na dose intermediária, visando o efeito alfa e beta-adrenérgico concomitante.

B. Recomenda-se que a administração de antibiótico empírico deve ser idealmente realizada dentro de 1 hora do reconhecimento clínico. ✓

C. O escore q-SOFA (quick Sequential Organ Failure Assessment) é a melhor ferramenta diagnóstica para essa situação devido à sua praticidade e especificidade.

D. Caso disponível, recomenda-se fortemente a dosagem de procalcitonina para decidir quanto ao início de anti-biótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico de foco urinário (pielonefrite): hipotensão, taquicardia, rebaixamento e enchimento capilar de 5 s. Além de volume e noradrenalina, a intervenção que mais impacta mortalidade é o antibiótico empírico de amplo espectro o mais rápido possível - idealmente dentro da primeira hora do reconhecimento. A dobutamina é inotrópico, reservado à disfunção miocárdica após otimização, e não vasopressor (A). O qSOFA é ferramenta de triagem/prognóstico, com baixa sensibilidade diagnóstica (C). E a procalcitonina nunca deve retardar o antibiótico (D). Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Homem de 65 anos é encontrado caído no chão da sua casa. Segundo o filho, o paciente tinha boa funcionalidade prévia e morava só. AP: HAS há 15 anos e DM há 10 anos, sem acompanhamento regular, em uso de clortalidona 25mg/dia, metformina 1500mg/dia e empagliflozina 25mg/dia. EF: torporoso (escala de coma de Glasgow 9), desidratado 3+/4, PA 98/66 mmHg, FC 128 bpm, FR 26 ipm, SatO₂ 95%, tempo de enchimento capilar 3 segundos. Exames laboratoriais: Hb 16 g/dL, Ht 51%, GB 14.000/mm³, Plaquetas 380.000/mm³, Na 153 mEq/L, K 5,0 mEq/L, glicose 660 mg/dL, Cr 2,5 mg/dL (basal 0,7 mg/dL), Ur 245 mg/dL, PCR 1,4 mg/dL. Gasometria arterial: pH: 7,57; pCO₂: 36 mmHg; Bic: 32 mEq/L; cloreto: 96 mEq/L, lactato 1,8 mmol/L. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o tratamento inicial é

A. antibiótico de amplo espectro.

B. terapia renal substitutiva.

C. cristalóide intravenoso. ✓

D. água livre via enteral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de 660 mg/dL, sódio 153, ureia e creatinina muito elevadas, desidratação 3+ e rebaixamento, SEM acidose (pH 7,57, bicarbonato 32) e sem cetose: estado hiperglicêmico hiperosmolar, favorecido pela empagliflozina, pela clortalidona e pela sede não atendida. O tratamento inicial e prioritário é a reposição volêmica com cristalóide intravenoso, que já reduz a glicemia e restaura a perfusão; a insulina vem depois, com potássio garantido. Água enteral é insegura no torporoso (D), e a lesão renal e pre-renal - não indica diálise (B). Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Considerando pacientes elegíveis à profilaxia antimicrobiana contra endocardite infecciosa antes da realização de procedimentos dentários de alto risco, assinale a alternativa que apresenta a droga de escolha.

A. Ciprofloxacino.

- B. Claritromicina.
- C. Metronidazol.
- D. Amoxicilina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia de endocardite infecciosa em procedimentos dentários de alto risco (manipulação gengival, região periapical ou perfuração da mucosa oral) tem como alvo os estreptococos do grupo viridans. A droga de escolha é a amoxicilina 2 g por via oral, 30 a 60 minutos antes do procedimento. Em alérgicos usam-se cefalexina, clindamicina ou macrolídeo - a claritromicina é alternativa, não a escolha (B). Ciprofloxacino e metronidazol não cobrem estreptococo oral (A e C). Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Sobre o tratamento antitrombótico preconizado pela diretriz brasileira de síndrome coronária aguda sem supradesnível - mento de segmento ST, assinale a correta.

- A. Nos raros casos de pacientes com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico, para dupla antiagregação, recomenda-se a combinação de clopidogrel com ticagrelor, ou clopidogrel com prasugrel, todos sem dose de ataque.
- B. O período de tratamento com enoxaparina em dose plena é por 5 dias. Após esse período, caso o paciente permaneça internado, deve ser reduzida para dose profilática de tromboembolismo venoso.
- C. Não há indicação rotineira de se iniciar inibidor do receptor P2Y12 como pré-tratamento em pacientes indicados para estratégia invasiva precoce (< 24h). ✓**
- D. Caso disponível no serviço, deve-se dar preferência ao fondaparinux como anticoagulante de escolha em pacientes de baixo risco hemorrágico e disfunção renal com clearance de creatinina < 20mL/min.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome coronariana aguda sem supra de ST com estratégia invasiva precoce (<24 h), NÃO se recomenda pré-tratamento rotineiro com inibidor de P2Y12 antes de conhecer a anatomia coronária - o benefício não se confirmou e o risco de sangramento (e de atrasar cirurgia de revascularização) aumenta. Em A, clopidogrel não se combina com ticagrelor nem com prasugrel, e a dose de ataque é regra. Em B, não existe regra de reduzir enoxaparina após 5 dias. Em D, o fondaparinux é contraindicado com clearance <20 mL/min. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Considere um paciente com diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) por cardiomiopatia dilatada. O paciente está em uso de medicações modificadoras da doença ICFER (bisoprolol, valsartana e espironolactona), em doses máximas com boa tolerância e atualmente encontra-se sem edema e na classe funcional NYHA 1. Realizou um ecocardiograma recente que demonstrou recuperação da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (prévio 32% e atual 52%), com hipocinesia anterior, sem demais alterações marcantes. Não apresenta diabetes ou hipertensão arterial sistêmica. Para esse caso, assinale a conduta correta.

- A. Mesmo com a recuperação da função sistólica e ausência de sintomas, recomenda-se a manutenção das medicações em uso. ✓**
- B. Devem ser reduzidas progressivamente a valsartana e a espironolactona até a suspensão, mas mantido o betabloqueador.
- C. A valsartana deve ser substituída por sacubitril/valsartana respeitando o intervalo de washout de 36h e mantendo-se as demais drogas.
- D. Como houve recuperação da disfunção sistólica, recomenda-se redução pela metade da valsartana e espironolactona, e introdução de inibidor de SGLT-2. 15 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fracasso de ejeção RECUPERADA não é cura: o estudo TRED-HF mostrou que cerca de 40% dos pacientes voltam a apresentar disfunção quando as medicações modificadoras são retiradas, mesmo assintomáticos e com FE normalizada. Portanto mantém-se betabloqueador, BRA e antagonista mineralocorticoide nas doses otimizadas, com seguimento ecocardiográfico. As alternativas B e D propõem desmame, exatamente o erro demonstrado; e trocar por sacubitril/valsartana (C) não tem indicação em paciente NYHA I já recuperado. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Homem de 60 anos apresenta há dois anos tremor no braço direito e dificuldade para fazer os movimentos devido a rigidez, com piora progressiva. Queixa-se de dor no membro superior direito, perda de olfato e constipação intestinal. Acompanhante relatou que ele se movimenta muito e fala durante o sono. EF: leve bradicinesia, tremor de repouso e rigidez do lado direito (mais evidente no membro superior); hipomímia facial e anosmia; marcha com arrasto da perna direita e diminuição do balanço passivo do braço direito, sem instabilidade postural. É correto afirmar.

- A. Hipomímia facial, alteração da marcha, dor e hipotensão postural são classificados como sintomas não motores da doença.
- B. Os sintomas motores cardinais da doença de Parkinson apresentados pelo paciente são: rigidez unilateral ou assimétrica e bradicinesia.
- C. Esse paciente apresenta alguns sintomas não motores da doença de Parkinson, tais como: hipotensão postural, dor, anosmia, transtorno comportamental do sono REM.

D. A constipação intestinal, o transtorno comportamental do sono REM e a anosmia são classificados como sintomas pré-motores da doença de Parkinson. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Constipação intestinal, transtorno comportamental do sono REM (movimentar-se e falar durante o sono) e anosmia aparecem ANTES do parkinsonismo motor - são os sintomas PRE-motores (prodromicos) da doença de Parkinson, reflexo da progressão ascendente da sinucleinopatia. Em A, hipomímia facial e alteração da marcha são sintomas MOTORES, não não-motores. Em C, o caso não descreve hipotensão postural. E B ignora que este paciente tem também tremor de repouso, que é sinal cardinal. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Homem de 39 anos, motorista de táxi, solteiro, refere dor do tipo queimação há 3 dias no glúteo direito com surgimento local de lesões cutâneas há 1 dia. Nega febre, linfadenopatia ou prostração. EF: múltiplas vesículas de conteúdo hialino e base eritematosa agrupadas apenas na região glútea à direita (imagem). A principal hipótese diagnóstica e o exame para a sua confirmação são, respectivamente:

- A. herpes simples; citodiagnóstico de Tzanck. ✓**
- B. varíola do macaco; pesquisa viral pelo PCR da lesão.
- C. sífilis primária; pesquisa do treponema em campo escuro.
- D. molusco contagioso; exame histopatológico do material curetado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em queimacao precedendo em dias o surgimento de vesiculas AGRUPADAS de conteudo hialino sobre base eritematosa, restritas a uma unica area: infeccao herpetica. A confirmacao simples, rapida e disponivel a beira do leito e o citodiagnostico de Tzanck, que mostra celulas gigantes multinucleadas e degeneracao balonizante. Mpox produz lesoes papulo-pustulosas umbilicadas, disseminadas e com linfadenopatia (B); sífilis primaria e ulcera unica, indolor, de base limpa (C); e molusco e papula umbilicada indolor (D). Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

O gráfico a seguir mostra a história natural da infecção pelo HIV: Infecção Aguda Latência Clínica AIDS Morte
Infecção 1200 - 1100 - 1000 - 900 - 800 - 700 - 600 - 500 - 400 - 300 - 200 - 100 - 0 - 0 3 6 9 12 1 2 3 4 5 6 7 8
9 10 Semanas Anos -10 -10 -10 -10 -10 -10 7 6 5 4 3 2 CV-HIV (cópias/ml) Contagem de LT-CD4+ (cél/mm)
3 CD4 o Carga Viral Adaptado de HIV Book 2015/2016 Fase 1: contágio (infecção); fase 2: infecção aguda;
fase 3: latência clínica; fase 4: aids - doença avançada. O melhor momento para introdução do tratamento
antirretro- viral é na fase

A. 1. ✓

B. 2.

C. 3.

D. 4.

COMENTÁRIO OSCELABS

A politica atual e testar e tratar: antirretroviral para TODA pessoa vivendo com HIV, independentemente da contagem de CD4, e o mais precocemente possivel - conduta consolidada pelos estudos START e TEMPRANO. Quanto mais cedo na historia natural, menor o reservatorio viral estabelecido, melhor a preservacao imune e menor a transmissao; por isso a fase 1, do contagio, e o momento em que a intervencao antirretroviral rende mais. Esperar a latencia clinica (C) ou a aids instalada (D) reproduz justamente o modelo de limiar de CD4 ja abandonado. Resposta A.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Mulher de 45 anos refere surgimento de mancha hipocrômica na bochecha direita com 4 cm de diâmetro, assintomática, há 6 meses. EF: mácula hipocrômica na face e lesão semelhan- te na região lombar, na qual esta apresenta redução de pelos. A forma clínica de hanseníase desse caso é a

A. indeterminada. ✓

B. tuberculoide.

C. lepromatosa.

D. dimorfa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Maculas hipocromicas, assintomaticas, com rarefacao de pelos e alteracao de sensibilidade, SEM infiltracao, sem borda elevada e sem espessamento neural, caracterizam a hanseníase INDETERMINADA - forma inicial, paucibacilar, com baciloscopia negativa e Mitsuda variavel. A forma tuberculoide traz placa eritematosa bem delimitada, borda elevada e anestesia franca (B); a virchowiana e difusa, infiltrada, com madarose e alta carga bacilar (C); e a dimorfa exhibe lesoes foveolares/em alvo (D). Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Homem de 19 anos foi submetido a orquiectomia radical direita por via inguinal devido massa testicular direita. No primeiro retorno ambulatorial queixou-se de parestesia em face medial da coxa e bolsa testicular à direita. O nervo provavelmente lesado durante a cirurgia foi o

- A. genitofemoral.
- B. obturador.
- C. femoral.

D. ilioinguinal. 16 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O nervo ilioinguinal percorre o canal inguinal junto ao funículo espermático e inerva a raiz do penis, a bolsa escrotal anterior e a face medial superior da coxa - exatamente o território da parestesia descrita - sendo o mais comumente lesado em cirurgias inguinais. O genitofemoral tem ramo genital voltado ao cremaster e ramo femoral para a face anterior da coxa (A); o obturador inerva a coxa medial mas não o escroto (B); e o femoral, a face anterior da coxa e a perna medial (C). Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Homem de 65 anos relata piora gradual do jato miccional nos últimos meses, acompanhada de hesitação para iniciar micção e necessidade de prensa abdominal para ajudar no esvaziamento vesical. Apresentou três episódios de retenção urinária aguda nos últimos quatro meses. AP: hiperplasia prostática benigna, em uso de doxazosina 2mg por dia. Exame digital retal da próstata: glândula de aproximadamente 50g, simétrica, fibroelástica, indolor e sem nódulos palpáveis. PSA (colhido há dois meses): 1,2ng/mL. A melhor proposta terapêutica é

- A. aumentar dose do alfabloqueador para 4mg por dia.
- B. ressecção transuretral de próstata.** ✓
- C. associar medicação inibidora da 5-alfa-redutase.
- D. instituir cateterismo intermitente limpo a cada quatro horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retenção urinária aguda de REPETICAO e complicação da hiperplasia prostática benigna e configura indicação absoluta de tratamento cirúrgico - assim como litíase vesical, hematuria refratária, ITU de repetição e insuficiência renal obstrutiva. Para glândula de 50 g, a ressecção transuretral é o padrão. Aumentar o alfabloqueador (A) não resolve complicação já instalada; o inibidor de 5-alfa-redutase (C) leva meses para reduzir volume; e o cateterismo intermitente (D) é paliativo. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Homem de 37 anos colidiu seu automóvel contra um muro em alta velocidade. Durante o atendimento inicial foi diagnosticado um pneumotórax hipertensivo à direita, sendo realizada punção de alívio seguida por drenagem torácica. Dreno de tórax: pequeno débito hemático e grande escape aéreo. Após a drenagem torácica, o paciente evoluiu com enfisema de subcutâneo que foi aumentando progressivamente. Rx de tórax realizado no PS após drenagem torácica: imagem. Dentre as condutas a seguir, a mais adequada nesse momento é a:

- A. colocação de segundo dreno torácico.** ✓
- B. realização de toracotomia exploradora.
- C. realocação do primeiro dreno torácico.
- D. realização de fisioterapia respiratória.

COMENTÁRIO OSCELABS

Grande escape aéreo persistente pelo dreno associado a enfisema de subcutâneo PROGRESSIVO após a drenagem indica que o dreno não está dando vazão ao volume de ar da fistula - pneumotorax não resolvido. A conduta imediata, eficaz e menos invasiva é a colocação de um SEGUNDO dreno torácico. Toracotomia (B) fica reservada à lesão traqueobronquial confirmada ou sangramento maciço; realocar o primeiro dreno (C) não aumenta a capacidade de drenagem; e fisioterapia não trata escape aéreo (D). Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Mulher de 54 anos encontra-se no 4º dia de tratamento de pneumonia comunitária com antibiótico, mantendo febre, leucocitose e PCR elevada. AP: DM tipo II e ICC. Rx de tórax: imagem. Exames séricos: glicose: 120 mg/dL; DHL: 875 UI/L; proteína: 6,7 g/dL. Exames do líquido pleural de toraco-centese diagnóstica: aspecto amarelado; pH: 7,21; glicose: 30 mg/dL; DHL: 1895 UI/L; proteína: 4,2 g/dL e cultura em andamento. A conduta mais adequada é:

- A. aguardar cultura.
- B. broncoscopia flexível para coleta de lavado.
- C. drenagem torácica à esquerda. ✓**
- D. decorticação pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Derrame parapneumônico COMPLICADO: pH pleural 7,21 (<7,20-7,30), glicose 30 mg/dL (<40-60) e DHL altíssima, preenchendo os critérios de Light para exsudato, em paciente que falha no 4º dia de antibiótico. A conduta é drenagem torácica imediata - o antibiótico sozinho não esteriliza a cavidade pleural. Aguardar cultura (A) mantém o foco não drenado; a broncoscopia não avalia o espaço pleural (B); e a decorticação (D) é para empiema organizado com encarceramento pulmonar, fase tardia. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

O achado radiológico mais sugestivo de lesão traumática de aorta é:

- A. derrame extrapleural apical. ✓**
- B. pneumomediastino.
- C. pneumotórax à esquerda.
- D. hemotórax à direita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na lesão traumática de aorta (tipicamente no istmo, por desaceleração brusca) o radiograma reflete o hematoma mediastinal: alargamento do mediastino, apagamento do botão aórtico, desvio da traqueia e o derrame extrapleural apical (apical cap) - o hematoma que se estende sobre o ápice pulmonar. Pneumomediastino sugere lesão traqueobronquial ou esofágica (B); pneumotorax e hemotorax são achados inespecíficos do trauma torácico (C e D). Confirma-se com angiotomografia. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Com relação à anatomia vascular abdominal, é correto afirmar que

- A. a veia cava inferior está localizada à esquerda da aorta.
- B. a artéria cística normalmente é ramo da artéria hepática comum.
- C. os ramos do tronco celíaco são: artéria esplênica, artéria gástrica direita e artéria hepática comum.

D. a veia mesentérica inferior geralmente drena para a veia esplênica. 17 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A veia mesenterica inferior drena classicamente na veia esplenica, que se une a mesenterica superior atras do colo do pancreas para formar a veia porta. Em A, a veia cava inferior fica a DIREITA da aorta. Em B, a arteria cistica e ramo da hepatica DIREITA, identificada no triangulo de Calot - referencia critica na colecistectomia. Em C, os ramos do tronco celiaco sao a gastrica ESQUERDA, a esplenica e a hepatica comum (a gastrica direita nasce da hepatica propria/comum). Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Homem de 76 anos apresenta icterícia progressiva, colúria e acolia fecal há 15 dias, associadas à inapetência e emagrecimento de 6 kg nesse período. Exame físico: ictérico 2+/4+. Hb 13,4 g/dl; Ht 38%; GB 9500/mm³; Plaquetas 220.000/mm³; TGO 121 U/L; TGP 96 U/L; FA 388 U/L; GGT 678 U/L; BT 12 mg/dl (BD = 9 mg/dl). US de abdome: dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, sem evidência de fator obstrutivo. A melhor conduta a ser tomada é:

A. colecistectomia videolaparoscópica com colangio- grafia intraoperatória.

B. tomografia de abdome total com contraste. ✓

C. colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

D. laparoscopia para biópsia hepática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com icterica progressiva INDOLOR, coluria, acolia, emagrecimento de 6 kg e padrao colestatico (BD 9, FA e GGT muito elevadas), com US mostrando dilatacao de vias biliares intra e extra-hepaticas sem fator obstrutivo visivel: suspeita de neoplasia periampular ou de cabeca de pancreas. O proximo exame e a tomografia de abdome com contraste (protocolo pancreas) para diagnostico, estadiamento e ressecabilidade. A CPRE (C) e terapeutica e vem depois; colecistectomia (A) e biopsia hepatica (D) nao respondem a pergunta. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Com relação às patologias herniárias de localização inguino- crural, é correto afirmar que

A. nas mulheres, o tipo mais prevalente são as femorais.

B. as técnicas laparoscópicas necessitam obrigatoriamente do uso de próteses. ✓

C. a técnica de Lichtenstein permite a correção das hér- nias inguinais e crurais, com mínimo dano tecidual e sem tensão.

D. nos casos de encarceramento, a abordagem inicial é pre- ferencialmente por laparotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

As tecnicas laparoscopicas de hernia inguinal (TAPP e TEP) dissecam o espaco pre-peritoneal e exigem, por definicao, a colocacao de protese cobrindo todo o orificio miopectineo - nao existe versao laparoscopica sem tela. Em A, mesmo nas mulheres a hernia mais frequente e a INGUINAL (a femoral e apenas relativamente mais comum nelas). Em C, a tecnica de Lichtenstein e anterior e corrige a inguinal, nao a crural. Em D, o encarceramento e abordado preferencialmente pela via inguinal ou videolaparoscopica. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Mulher de 32 anos queixa-se da presença de sangue vivo no papel higiênico após a evacuação, acompanhada por dor anal há 2 semanas. Exame proctológico: botão hemorroidário em parede lateral esquerda, com origem acima da linha pectínea, prolapsado pelo canal anal, não sendo possível redução manual. O diagnóstico da hemorroida e a melhor conduta são:

- A. externa trombosada; trombectomia.
- B. mista; ligadura elástica.
- C. interna grau IV; hemorroidectomia. ✓**
- D. interna grau III; hemorroidectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mamilo hemorroidário com origem ACIMA da linha pectínea (portanto interno), prolapsado e IRREDUTÍVEL a manobra manual, define grau IV - o grau III reduz com auxílio manual e o grau II reduz espontaneamente. Doença hemorroidária sintomática grau IV tem indicação de hemorroidectomia. A ligadura elástica (B) atende graus I e II e alguns III, e a trombose hemorroidária externa (A) e nódulo azulado, muito doloroso, abaixo da linha pectínea. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito D

Em relação à comunicação interatrial (CIA), é correto afirmar que:

- A. o tipo de maior ocorrência é o seio venoso, geralmente associado à drenagem anômala de veias pulmonares.
- B. o tipo de maior ocorrência é o ostium primum, relacionado com defeito da formação dos coxins endocárdicos.
- C. o tipo ostium secundum leva precocemente à hipertensão arterial pulmonar exigindo correção cirúrgica de urgência.
- D. no tipo ostium secundum, a CIA está localizada na lâmina da fossa oval. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A comunicação interatrial mais frequente (cerca de 70%) é a do tipo ostium secundum, localizada na região da fossa oval, por deficiência do septum primum nessa área. O tipo seio venoso é raro e é justamente o que se associa à drenagem anômala de veias pulmonares (A); o ostium primum decorre de defeito dos coxins endocárdicos e é comum na síndrome de Down (B); e a hipertensão pulmonar na CIA é evento TARDIO, sem caráter de urgência cirúrgica (C). Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

A manifestação ocular observada na imagem é característica de uma enfermidade osteometabólica com graves repercussões ortopédicas. A doença em questão é o(a):

- A. raquitismo hipofosfatêmico.
- B. síndrome de Morquio.
- C. osteogênese imperfeita. ✓**
- D. osteodistrofia renal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A manifestação ocular característica e a esclera azulada: o defeito quantitativo/qualitativo do colágeno tipo I afina a esclera e deixa transparecer a coróide subjacente - marca da osteogênese imperfeita, doença osteometabólica de fraturas de repetição, deformidades, baixa estatura, perda auditiva e dentinogênese imperfeita. Raquitismo hipofosfatemico cursa com genu varo e alargamento metafisário (A); Morquio da opacidade CORNEANA (B); e a osteodistrofia renal, ceratopatia em faixa por depósito de cálcio (D). Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Homem de 70kg, será submetido a anestesia infiltrativa para exérese de pequeno lipoma em abdome. A dose máxima per- mitida de lidocaína que pode ser utilizada durante o procedi- mento é:

A. 17,5 ml de lidocaína 2% sem vasoconstrictor. ✓

B. 30 ml de lidocaína 2% com vasoconstrictor.

C. 21 ml de lidocaína 1% sem vasoconstrictor.

D. 17,5 ml de lidocaína 2% com vasoconstrictor. 18 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dose máxima de lidocaina SEM vasoconstritor é de cerca de 5 mg/kg; com vasoconstritor sobe para cerca de 7 mg/kg. Para 70 kg, são 350 mg sem vaso. Como a solução a 2% tem 20 mg/mL, $350/20 = 17,5$ mL - exatamente a alternativa A. Em B, 30 mL a 2% correspondem a 600 mg, acima do teto de ~490 mg mesmo com vasoconstritor. Em C, 21 mL a 1% são apenas 210 mg, e em D, 17,5 mL a 2% com vaso (350 mg) está abaixo do máximo permitido nessa situação. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Mulher de 70 anos, apresentou quadro súbito de cefaleia, vô- mitos e rebaixamento do nível de consciência há 4 horas. AP: tabagismo e hipertensão arterial descontrolada. Exame físi- co: mau estado geral, Glasgow 7, PA 170x100 mmHg, FC 80 bpm, FR 18 irpm. Realizada tomografia de crânio (a seguir). A conduta é:

A. craniectomia descompressiva.

B. terceiroventriculostomia endoscópica.

C. derivação ventricular externa. ✓

D. manitol em bolus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia súbita com vômitos e rebaixamento profundo (Glasgow 7) em hipertensa descontrolada, com tomografia mostrando sangramento e hidrocefalia aguda: a medida que salva vida é a derivação ventricular externa, que drena liquor, alivia a hipertensão intracraniana e ainda permite monitorizar a PIC. O manitol e medida ponte não resolve hidrocefalia obstrutiva (D); a craniectomia descompressiva atende efeito de massa/edema refratário (A); e a terceiroventriculostomia e procedimento eletivo (B). Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Sobre a apneia obstrutiva do sono, é correto afirmar que:

A. são fatores de risco: sexo feminino, obesidade e idade acima de 40 anos.

B. a prevalência estimada no Brasil é de 8-10 %.

C. é considerada fator de risco independente para HAS, DM e síndrome metabólica. ✓

D. o tratamento com CPAP normaliza HAS noturna.

COMENTÁRIO OSCELABS

A apneia obstrutiva do sono e fator de risco INDEPENDENTE para hipertensão arterial (sobretudo a resistente e a sem descenso noturno), resistência insulínica e DM2, síndrome metabólica, fibrilação atrial, AVC e eventos coronarianos. Em A, o predomínio é do sexo MASCULINO. Em B, a prevalência brasileira é muito maior que 8-10% - o estudo epidemiológico de São Paulo apontou cerca de 32% dos adultos. Em D, o CPAP reduz a PA em poucos mmHg, mas não a normaliza. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Mulher de 74 anos, apresentou síncope após queixar-se de dor abdominal súbita em pontada, com irradiação dorsal. Exame físico: pressão arterial inaudível, perfusão periférica lentificada, massa pulsátil no mesogastro facilmente palpável e abdome doloroso à palpação. A hipótese diagnóstica e a conduta são respectivamente:

A. aneurisma de aorta roto; laparotomia exploradora. ✓

B. aneurisma de aorta com dor; angiotomografia e planejamento de abordagem endovascular.

C. aneurisma de aorta roto; confirmação diagnóstica com angiotomografia e posterior laparotomia.

D. aneurisma de aorta com dor; exames laboratoriais (função hepática, DHL, PCR), Rx abdome, ultrassonografia abdominal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal súbita em pontada com irradiação dorsal, síncope, massa pulsátil em mesogastro e pressão inaudível: aneurisma de aorta abdominal ROTO com choque hemorrágico. O paciente instável vai direto para a sala - laparotomia (ou reparo endovascular de emergência em serviço estruturado) - e a hipotensão permissiva evita agravar o sangramento. Angiotomografia só cabe no paciente ESTÁVEL (B e C), e exames laboratoriais e RX (D) são irrelevantes diante do choque. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Mulher de 34 anos, refere dor e formigamento no membro superior esquerdo há cerca de 2 anos, principalmente ao esforço intenso. Não há limitação a atividades habituais ou surgimento de lesões espontâneas. AP: nega tabagismo e hipertensão. Exame físico: pulsos radial e ulnar palpáveis em membro superior direito, não palpáveis no esquerdo; dor em antebraço esquerdo à elevação dos membros e manobras repetidas de preensão palmar; perfusão lentificada em MSE em relação ao MSD; pulsos femorais, poplíteos, tibiais anteriores e posteriores palpáveis bilateralmente; ausência de edema em extremidades. A provável hipótese e a conduta são, respectivamente:

A. Doença de Kawasaki; iniciar corticóide em altas doses e indicar internação hospitalar para realizar coronariografia.

B. Tromboangite obliterante sem necrose; anticoagulação.

C. Arterite de Takayasu; realizar desobstrução a Fogarty.

D. Arterite de Takayasu; tratamento medicamentoso e acompanhamento periódico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, não tabagista, com claudicação de membro superior ao esforço, pulsos radial e ulnar ausentes à esquerda e perfusão lentificada: arterite de Takayasu, vasculite de grandes vasos conhecida como doença sem pulso. O tratamento é clínico - corticoide, frequentemente com imunossupressor ou imunobiológico - com acompanhamento periódico da atividade inflamatória. Fogarty (C) e para embolia AGUDA, não para estenose inflamatória crônica. Kawasaki é da infância (A) e a tromboangite exige tabagismo (B). Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Mulher de 68 anos, refere edema que se iniciou em membro inferior direito há 2 dias. Exame físico: dor à palpação e empastamento de panturrilha direita, 4cm de diferença na circunferência em relação à esquerda. Assinale a alternativa correta.

- A. O tratamento anticoagulante lisa o trombo e permite evitar síndrome pós-trombótica.
- B. O tratamento antiagregante é preferível à anticoagulação por evitar a progressão do trombo e consequente embolia.
- C. A varfarina é usada como ponte para estabilização do coágulo até o início de ação dos anticoagulantes de ação direta.

D. A heparina é usada como anticoagulante até que a varfarina atinja seu nível terapêutico. 19 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na trombose venosa profunda, a heparina (não fracionada ou de baixo peso) é mantida como ponte até a varfarina atingir INR terapêutico, porque o antagonista da vitamina K leva cerca de 5 dias para agir e, nos primeiros dias, reduz antes a proteína C, criando estado pro-trombotico transitório. A alternativa C inverte exatamente os papéis. Em A, o anticoagulante não lisa o trombo - apenas impede sua propagação. Em B, antiagregante não substitui anticoagulação na TVP. Resposta D.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Menino de 6 anos apresenta dor e edema no pênis há 4 horas, após mãe realizar “massagem para tratamento de fimose” (sic). Exame físico: imagens. Fonte: Clifford et al. (2016) O diagnóstico é:

- A. fimose secundária.
- B. parafimose. ✓**
- C. balanopostite.
- D. hipospádia glandar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prepúcio retraído a força e não recolocado, formando anel constritor que estrangula a glândula e produz dor e edema em poucas horas: parafimose - urgência urológica. Trata-se com analgesia, compressão manual sustentada para reduzir o edema e redução manual; se falhar, incisão dorsal do anel. Fimose e a impossibilidade de retrair o prepúcio, sem edema agudo (A); balanopostite cursa com eritema e secreção (C); e hipospádia e malformação congênita do meato (D). Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Menino de 7 meses apresenta ausência de testículo direito na bolsa escrotal desde o nascimento. Exame físico: testículo esquerdo tóxico, hemiescroto direito vazio e testículo direito palpável na região do canal inguinal direito. A conduta é:

- A. realizar orquidopexia direita em caráter eletivo, o mais breve possível. ✓**
- B. realizar ultrassonografia.
- C. expectante até os 2 anos de idade.
- D. expectante até os 4 anos de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criptorquidia com testículo PALPAVEL no canal inguinal aos 7 meses: a descida espontânea praticamente não ocorre após os 6 meses, e a orquidopexia deve ser feita entre 6 e 18 meses de vida para preservar a espermatogênese e facilitar a vigilância oncológica. A ultrassonografia não muda a conduta no testículo palpável e não localiza confiavelmente o não palpável (B). Esperar até os 2 ou 4 anos (C e D) e conduta ultrapassada e compromete a fertilidade. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Mulher de 43 anos, trabalhadora rural, apresenta lesão na face, que iniciou como uma descamação há cerca de 1 ano, que desde então vem crescendo e não dá sinais de cicatrizar. Relata que a lesão apresenta sangramentos ocasionais. Exame físico: pele, olhos e cabelos claros. Presença de lesão na região zigomática esquerda, de 1,7 cm de diâmetro, com bordas elevadas, ulceração central, coberta com crostas sobre secreção purulenta. A conduta correta é:

- A. antibioticoterapia sistêmica e retorno em 30 dias caso não haja melhora do quadro.
- B. biópsia excisional com margens. ✓**
- C. tratamento tópico com 5-fluorouracil por 3 meses e retorno para reavaliação.
- D. limpeza com água e sabonete 3x ao dia, pomada antibiótica e retorno caso não haja melhora do quadro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhadora rural de fenótipo claro, com lesão em área fotoexposta da face crescendo há 1 ano, bordas elevadas, ulceração central e sangramento: ferida que não cicatriza e câncer de pele até prova em contrário (basocelular ou espinocelular). A conduta que diagnostica e trata ao mesmo tempo é a biópsia EXCISIONAL com margens. Antibiótico e curativos (A e D) apenas adiam o diagnóstico, e o 5-fluorouracil tópico (C) é para ceratose actínica ou CBC superficial - nunca antes de histologia em lesão ulcerada. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

O coeficiente de fecundidade de uma população é calculado pela seguinte fórmula:

- A. Nascidos vivos em determinada área e período X 1000 Mulheres de 15 a 49 anos da mesma área, no meio do período ✓**
- B. Nascidos vivos em determinada área e período X 1000 População da mesma área, no meio período
- C. Total de nascimentos em determinada área e período X 1000 População de mulheres da mesma área, no meio período
- D. Número de mulheres com um ou mais filhos X 100 Mulheres de 12 anos ou mais da mesma área, no meio do período

COMENTÁRIO OSCELABS

A taxa (coeficiente) de fecundidade geral relaciona os nascidos vivos ao contingente de mulheres em idade fértil: nascidos vivos na área e período dividido pelo número de mulheres de 15 a 49 anos da mesma área no meio do período, multiplicado por 1.000. A alternativa B descreve a taxa de NATALIDADE, cujo denominador é a população total. A alternativa C usa total de nascimentos (que inclui natimortos) e denominador sem recorte etário. E D expressa uma razão de paridade. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

A figura abaixo representa a ocorrência de casos de uma determinada doença em uma comunidade. Representação gráfica de casos de doença, durante o mês de maio de 2020, em uma comunidade. 1 o maio 31 Símbolos: Início Duração Término Com base nessas informações, os coeficientes de incidência e prevalência dessa doença, durante o mês de maio de 2020, na referida comunidade, foram, respectivamente, de

- A. 10 e 14.
- B. 11 e 16. ✓**
- C. 11 e 14.
- D. 16 e 10.

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura do gráfico exige separar casos que INICIARAM dentro de maio (incidência) dos que estiveram presentes em algum momento do mês, somando os que já existiam antes e persistiram (prevalência no período). São 11 casos novos e 16 casos existentes ao longo do mês. O erro clássico é contar como incidentes os casos que apenas atravessaram o período, ou inverter os dois indicadores, como faz a alternativa D. Prevalência sempre $\geq$ incidência no período. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Nos termos do Código de Ética Médica, o médico poderá revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão

- A. quando o paciente tenha falecido.
- B. quando o fato seja de conhecimento público.
- C. quando der seu depoimento como testemunha.
- D. por dever legal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Código de Ética Médica veda revelar fato sigiloso obtido no exercício profissional, salvo por motivo justo, DEVER LEGAL ou consentimento por escrito do paciente. Dever legal é a hipótese clássica: notificação compulsória, declaração de óbito, comunicação de crime de ação pública. A morte do paciente NÃO extingue o sigilo (A); o fato ser de conhecimento público não autoriza o médico a confirmá-lo (B); e como testemunha o médico deve comparecer, mas escusar-se de responder o que é sigiloso (C). Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mencionado no Artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), está incluído o seguinte:

- A. financiamento com recursos da seguridade social, complementados pelos estados e municípios, dentro de suas possibilidades orçamentárias.
- B. atenção secundária como núcleo ordenador das redes regionais de serviços de saúde.
- C. centralização normativa (DIR - Diretoria Regional) e descentralização executiva (secretarias municipais) das ações de saúde.
- D. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O artigo 7º da Lei 8.080/1990 elenca, entre os princípios e diretrizes do SUS, a descentralização político-administrativa com direção ÚNICA em cada esfera de governo, ao lado de universalidade, integralidade, igualdade, participação da comunidade e regionalização/hierarquização. O núcleo ordenador das redes e a atenção BÁSICA, não a secundária (B); centralização normativa contraria a diretriz de comando único descentralizado (C); e o financiamento não é objeto desse artigo (A). Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Nos termos da Lei nº 8142, de 28/12/1990, os conselhos de saúde, em caráter permanente e deliberativo, deverão ter suas decisões homologadas pelo

- A. chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. ✓**
- B. dirigente de saúde (ministro, secretário ou diretor, quando for o caso).
- C. poder legislativo em cada esfera de governo.
- D. Ministério Público.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 8.142/1990 estabelece que o Conselho de Saúde tem caráter permanente e DELIBERATIVO, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e que suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo - prefeito, governador ou presidente. Não cabe ao secretário ou ministro homologar (B), nem ao Poder Legislativo (C) ou ao Ministério Público (D), que atuam em outras funções de controle. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Com relação ao texto a seguir, assinale a alternativa que completa corretamente a lacuna. “O Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, estabelece em seu artigo 2º o seguinte: Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a _____ da assistência à saúde”.

- A. equidade
- B. integralidade ✓**
- C. universalidade
- D. regionalização 20 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Decreto 7.508/2011 define Rede de Atenção à Saúde como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a INTEGRALIDADE da assistência à saúde. Universalidade responde a quem tem direito de acesso; equidade orienta a distribuição conforme a necessidade; e regionalização é estratégia de organização territorial - importante, mas não é a finalidade escrita no artigo 2º. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

A organização da Atenção Básica à Saúde (Portaria nº 2436/2017, do Ministério da Saúde) inclui a oferta de cuidado, “reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade”. Esta orientação está associada ao seguinte princípio do SUS:

- A. equidade. ✓**

- B. integralidade.
- C. universalidade.
- D. controle social.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reconhecer diferenças nas condições de vida e de saúde e ofertar cuidado conforme as necessidades de cada pessoa - tratando desigualmente os desiguais e priorizando quem mais precisa - e a definição de EQUIDADE. Integralidade e o cuidado completo, da promoção a reabilitação, articulando os níveis de atenção (B); universalidade e o acesso de todos, sem discriminação (C); e controle social e a participação da população nas decisões, por conselhos e conferências (D). Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Num estudo publicado no Lancet Regional Health Americas demonstrou-se que municípios que apoiaram o atual presidente nas eleições de 2018 foram os que apresentaram as piores taxas de mortalidade por covid-19, principalmente na segunda onda epidêmica de 2021, mesmo quando consideradas as desigualdades estruturais entre as cidades. Nesse estudo, o desfecho foi a taxa de mortalidade por covid-19 padronizada por idade, e o apoio ao candidato presidencial foi representado pelo percentual de eleitores de cada município que votaram nesse candidato. O desenho de estudo dessa pesquisa foi

- A. coorte retrospectiva.
- B. transversal.
- C. ecológico. ✓**
- D. descritivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A unidade de análise é o MUNICÍPIO: tanto a exposição (percentual de eleitores que votaram no candidato) quanto o desfecho (taxa de mortalidade padronizada por idade) são medidas agregadas, não individuais. Esse é o desenho ECOLÓGICO, cuja limitação clássica é a falácia ecológica - não se pode transpor a associação para o indivíduo. Coorte e transversal exigiriam dados de cada pessoa (A e B), e chamar de descritivo (D) ignora que há teste de associação entre exposição e desfecho. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

O objetivo da randomização dos participantes em um ensaio clínico randomizado, duplo cego e placebo controlado é controle do

- A. viés de memória.
- B. efeito placebo.
- C. viés de atrito.

D. confundimento. 21 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A randomização distribui aleatoriamente os fatores prognósticos conhecidos e desconhecidos entre os grupos, tornando-os comparáveis na linha de base - por isso ela é a ferramenta que controla o CONFUNDIMENTO, algo que nenhum ajuste estatístico faz com a mesma segurança. O cegamento (duplo cego e placebo) e que controla o efeito placebo e o viés de aferição (B); viés de memória pertence a estudos retrospectivos (A); e o viés de atrito depende das perdas e da análise por intenção de tratar (C). Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Para saber se o consumo habitual da dieta mediterrânea está associada a um menor risco de acidente vascular cerebral (AVC), um grupo de 23.232 indivíduos foi selecionado. O grau de adesão à referida dieta foi verificado e os indivíduos foram seguidos por 17 anos para identificar casos novos de AVC. Trata-se de

- A. estudo transversal, pois a adesão à dieta mediterrânea é avaliada em um momento específico no tempo (no início do seguimento).
- B. ensaio clínico, porque pode orientar a prevenção na prática clínica.
- C. estudo de coorte, pois segue os sujeitos classificados de acordo com sua exposição para identificar o desenvolvimento de uma determinada doença. ✓**
- D. estudo ecológico, porque segue um grupo de sujeitos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parte-se da EXPOSICAO (grau de adesao a dieta mediterranea), classificam-se os individuos e acompanha-se por 17 anos para contar casos NOVOS de AVC: e o desenho de coorte prospectiva, que permite calcular incidencia e risco relativo. Transversal mediria exposicao e desfecho no mesmo instante, sem seguimento (A); ensaio clinico exigiria alocao/intervencao pelo pesquisador (B); e estudo ecologico trabalha com dados agregados de populacoes, nao de individuos (D). Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Um ensaio clínico de fase IV tem como objetivo

- A. estabelecer segurança, tolerabilidade e farmacocinética do produto.
- B. detectar novas reações adversas e confirmar a frequência das já conhecidas. ✓**
- C. determinar a relação risco/benefício a curto e longo prazo e o valor terapêutico do produto.
- D. estabelecer segurança, dose-resposta e eficácia do produto.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ensaio de fase IV e a farmacovigilância POS-comercialização: com o medicamento já em uso em larga escala, detecta reações adversas novas ou raras, confirma a frequência das já conhecidas e avalia efetividade e segurança no mundo real. Estabelecer segurança, tolerabilidade e farmacocinética e objetivo da fase I (A); dose-resposta e eficácia preliminar, da fase II (D); e a relação risco/benefício e o valor terapêutico do produto são definidos na fase III (C). Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Entre 01 de janeiro e 31 de dezembro de 2020 ocorreram 180 acidentes fatais no trânsito em um determinado município. A medida de frequência de acidentes utilizada foi

- A. letalidade.
- B. prevalência pontual.
- C. prevalência no período.
- D. incidência. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Contar eventos NOVOS (180 acidentes fatais) ocorridos ao longo de um período definido, em uma população delimitada, e medida de INCIDÊNCIA - ela expressa risco e velocidade de ocorrência. Prevalência, pontual ou de período, conta casos EXISTENTES e não se aplica bem a evento agudo e fatal (B e C). Letalidade seria a proporção de óbitos entre os acidentados, ou seja, o numerador contido no denominador de casos - o que exigiria conhecer o total de acidentes (A). Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Os casos de covid-19 que acometeram trabalhadores da saúde de na vigência da pandemia envolvem

- A. aumento de risco associado a longas jornadas de trabalho, privação de sono e problemas no acesso a proteções individuais evoluindo com risco de burnout e covid longa. ✓**
- B. contaminações acontecidas, predominantemente, em interações que não envolviam pacientes justificando que não sejam reconhecidas como relacionadas ao trabalho.
- C. procedimentos geradores de aerossóis em UTI acometendo a equipe de cuidados mesmo em situação de uso de EPI como máscara N95 e equivalentes.
- D. contaminações em contexto de transmissão comunitária em situações similares as dos casos que acometeram outras populações trabalhadoras de atividades emergenciais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A covid-19 em trabalhadores da saúde e doença RELACIONADA AO TRABALHO: o risco aumenta com jornadas prolongadas, privação de sono, sobrecarga assistencial e falhas no acesso e no uso de EPI, com desfechos que incluem burnout, adoecimento mental e covid longa. A alternativa B nega o nexo ocupacional, contrariando a notificação como agravo relacionado ao trabalho; C generaliza que o EPI adequado não protege (protege); e D dilui o caso na transmissão comunitária, apagando o nexo laboral. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Antes da COP26 (26ª Conferência da ONU sobre Mudanças Climáticas), a carta aberta “Prescrição de Clima Saudável” foi assinada por mais de dois terços dos profissionais da saúde em todo o mundo. Sobre os danos à saúde causados pelas mudanças climáticas, assinale a alternativa correta.

- A. Eventos climáticos extremos (ondas de calor, tempestades e inundações) devem ser responsabilidade dos gestores municipais e não dos serviços de saúde.
- B. Transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão não pioraram com as mudanças climáticas, esses foram somente agravados pela pandemia do covid-19.
- C. A poluição do ar está levando a muitas doenças pulmonares e cardíacas, mas ainda não tem sido responsável por mortes prematuras.
- D. Os sistemas alimentares são cada vez mais perturbados pelo clima extremo que está exacerbando a insegurança alimentar, a fome e a desnutrição. 22 FMHO2201 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto**
Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Eventos climáticos extremos - secas, enchentes, ondas de calor - desorganizam a produção e a distribuição de alimentos, agravando insegurança alimentar, fome e desnutrição: e um dos danos à saúde mais bem documentados nos relatórios do Lancet Countdown. A alternativa A retira o setor saúde da resposta a desastres, quando o SUS é parte dela; B nega o impacto climático na saúde mental (ecoansiedade, TEPT pós-desastre); e C é falsa - a poluição do ar responde por milhões de mortes prematuras por ano. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Homem de 58 anos, deu entrada em uma UPA, em estado grave (choque hemorrágico) e história de vômitos sanguinolentos. A família informou que o mesmo tinha “pressão alta, diabetes e era alcoolista”, que teve episódio semelhante há dois meses e na ocasião foi informado que tinha “varizes no estômago e cirrose”. Cerca de 20 minutos depois, o paciente veio a falecer a despeito dos tratamentos instituídos pelo médico plantonista. Assinale a alternativa correta:

- A. O preenchimento correto da Declaração de Óbito deve ser: PARTE I a) Choque hipovolêmico por rotura de varizes gástricas b) Cirrose Hepática c) Hipertensão Arterial d) ----- PARTE II Alcoolismo crônico
- B. O preenchimento correto da Declaração de Óbito deve ser: PARTE I a) Rotura de varizes gástricas b) Cirrose Hepática c) ----- d) ----- PARTE II Alcoolismo crônico Hipertensão Arterial

C. O preenchimento correto da Declaração de Óbito deve ser: PARTE I a) Choque hipovolêmico b) Rotura de varizes gástricas c) Cirrose Hepática d) Alcoolismo Crônico PARTE II Hipertensão Arterial

✓

- D. Como o paciente permaneceu menos de 24 horas na UPA, a Declaração de Óbito deverá ser emitida pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbito).

COMENTÁRIO OSCELABS

A Parte I da Declaração de Óbito segue a cadeia causal da causa imediata até a causa BÁSICA, na última linha preenchida: choque hipovolêmico (a) por rotura de varizes gástricas (b) por cirrose hepática (c) por alcoolismo crônico (d). A hipertensão arterial, que contribuiu mas não integra a cadeia, vai na Parte II. Óbito com assistência médica e causa conhecida e atestado pelo próprio plantonista - o SVO se destina a mortes naturais SEM assistência ou de causa indeterminada (D). Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

A figura a seguir apresenta a evolução (número de casos e óbitos) da covid-19 em dois países, desde o início da pandemia até 12 de janeiro de 2022, na vigência da variante Ômicron. PAÍS 1 PAÍS 2 400 300 200 100 0 600 400 200 0 Óbitos por dia Casos novos por dia Casos novos por dia Óbitos por dia 30 20 10 0 1000 750 500 250 0 DADOS de 12/1/22 FONTES: Worldometers/Coronavirus e Our World in Data/Covid-vaccinations Com relação à vacinação contra a covid-19 nos dois países e baseados nestes perfis de ocorrência de casos e óbitos, é possível inferir que

A. as coberturas vacinais dos países 1 e 2 são, respectivamente, alta e baixa. ✓

B. as coberturas vacinais dos países 1 e 2 são, respectivamente, baixa e alta.

C. nos países 1 e 2 foram aplicadas, respectivamente, vacinas de RNA mensageiro e vacinas de vírus inativado.

D. não há elementos suficientes para se inferir a cobertura vacinal e tipo de vacina utilizada. 23 FMHO2201 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O país 1 mostra muitíssimos casos novos com poucos óbitos - a dissociação entre curva de casos e curva de mortes e a assinatura de ALTA cobertura vacinal na onda Omicron, já que a vacina protege pouco contra infecção mas muito contra doença grave e óbito. O país 2, com menos casos e proporção de mortes bem maior, sugere baixa cobertura. O gráfico não permite inferir a plataforma vacinal utilizada (C), mas permite sim inferir cobertura, o que derruba a alternativa D. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Homem de 50 anos, hipertenso, foi encontrado em óbito em sua residência. Na autópsia foram identificadas lesões brancas no parênquima pulmonar (imagem) e em linfonodo hilar. O processo patológico que é classicamente descrito na doença causadora das lesões pulmonares é a necrose

- A. coagulativa.
- B. liquefativa.
- C. caseosa. ✓**
- D. gangrenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões brancas no parênquima pulmonar associadas a acometimento de linfonodo hilar reproduzem o complexo de Ghon/Ranke da tuberculose, cuja necrose característica é a CASEOSA - forma de necrose granulomatosa, com aspecto macroscópico de queijo, decorrente da resposta imune mediada por células T e macrófagos. A necrose coagulativa é a do infarto isquêmico (A); a liquefativa, dos abscessos e do infarto cerebral (B); e a gangrenosa, da isquemia de extremidades com infecção sobreposta (D). Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Homem de 35 anos, morador de área rural, refere lesão intra-nasal com saída discreta de secreção hemática, pouco dolorosa, há 4 meses. AP: lesão ulcerada na região do queixo de 1,5 cm de diâmetro há três anos, com cicatrização espontânea após alguns meses. Exame físico: ulceração no septo nasal anterior. A principal hipótese diagnóstica é

- A. carcinoma espinocelular.
- B. tuberculose.
- C. cromomicose.
- D. leishmaniose tegumentar americana. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera cutânea previa que cicatrizou espontaneamente após meses e, anos depois, lesão destrutiva do septo nasal com secreção hemática em morador de área rural: é a forma MUCOSA da leishmaniose tegumentar americana, classicamente associada a *Leishmania braziliensis*, que pode reativar tardiamente e mutilar o nariz e a orofaringe. Carcinoma espinocelular não apresenta lesão previa autolimitada nessa idade (A); tuberculose nasal é rara (B); e a cromomicose é cutânea, verrucosa e de membros inferiores (C). Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Sobre as vacinas contra a COVID-19, assinale a alternativa correta.

- A. A vacina da Janssen® em dose única é tão imunogênica e eficaz quanto aquela produzida pela Pfizer® (de duas doses).
- B. A efetividade da vacina AstraZeneca® se mantém estável por nove a doze meses após segunda aplicação.
- C. Esquemas de reforço com vacina diferente da originalmente utilizada são recomendados especialmente para aqueles que receberam Coronavac. ✓**
- D. Entre todas as variantes do SARS-CoV-2, a gama é a mais efetivamente prevenida por vacinas de vírus quiméricos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quem completou esquema com vacina de vírus inativado (CoronaVac) apresenta títulos de anticorpos e efetividade menores, sobretudo em idosos e diante das variantes - por isso a recomendação de reforço HETEROLOGO, com vetor viral ou RNA mensageiro, estratégia comprovadamente mais imunogênica. A dose única da Janssen mostrou eficácia inferior ao esquema de duas doses de mRNA (A); a efetividade da AstraZeneca cai ao longo dos meses, fenômeno de waning (B); e a afirmação sobre a variante gama não tem respaldo (D). Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Com relação aos dispositivos eletrônicos para fumar - DEFs (cigarros eletrônicos) é verdadeiro afirmar que

A. a venda no Brasil é permitida e regulada pela RDC 46/2009 da ANVISA.

B. pessoas que nunca fumaram que usam DEFs tem probabilidade três vezes maior de iniciar o fumo de cigarros convencionais. ✓

C. o aerossol liberado pelos cigarros eletrônicos é constituído apenas por vapor de água e nicotina, são considerados seguros e não causam dependência.

D. a maioria dos usuários dos DEFs no Brasil são fumantes de cigarros convencionais, com idade maior que 40 anos. Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A evidência mais consistente sobre os dispositivos eletrônicos para fumar e o efeito porta de entrada: pessoas que nunca fumaram e passam a usar DEFs têm cerca de três vezes mais chance de iniciar o cigarro convencional. A comercialização no Brasil é PROIBIDA desde a RDC 46/2009, proibição reafirmada em 2024 (A). O aerossol contém nicotina - que gera dependência - além de metais pesados e aldeídos, com quadro de lesão pulmonar (EVALI) descrito (C). E o perfil predominante de usuário no país é de JOVENS (D). Resposta B.