



UNESP Botucatu — Residência Médica 2024 (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 B

RN com 10 dias de vida está em consulta no Pronto Atendimento Pediátrico. Pais relatam que o filho está “muito amarelo”, chorando muito e recusando alimentação há 24 horas. Há uma hora apresentou “movimentos estranhos nos olhos”. AP: parto vaginal, icterícia no primeiro dia de vida ficando em fototerapia por 12 horas, alta hospitalar com 36 horas de vida com orientação para manter amamentação exclusiva e seguimento no Posto de Saúde. Ao exame físico: FC 150 bpm, FR 30 irpm, SatO₂ (ar ambiente) 95%, REG, sonolento, hipoativo, respiração superficial, icterícia intensa, acometendo todo o corpo, incluindo palmas e plantas. Glicemia capilar 60 mg/dL. Durante o exame clínico RN apresentou hipertonia de membros superiores, acompanhada de movimentos de “pedalar” de membros inferiores, desvio do olhar para a esquerda e taquicardia. A melhor conduta deve ser

- A. acesso venoso; reposição rápida de glicose em bolus (2mL/kg de SG 10%); benzodiazepínico IV e vaga em unidade neonatal para fototerapia.
- B. acesso venoso; fenobarbital (20 mg/kg); soro de hidratação; após estabilização, transporte para centro terciário para investigação e tratamento. ✓**
- C. acesso venoso central; reposição rápida de glicose em bolus (2mL/kg de SG 10%) e expansão volêmica com 20 mL/kg de solução fisiológica, além de internar para monitorização neurológica.
- D. intubação traqueal; expansão volêmica com 10 mL/kg de solução fisiológica; midazolam IV e transferência imediata para unidade neonatal para fototerapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 10 dias com icterícia intensa atingindo palmas e plantas, letargia, recusa alimentar e agora hipertonia, desvio do olhar e movimentos de pedalar: é encefalopatia bilirrubínica aguda (kernicterus) com crise convulsiva. A glicemia de 60 mg/dL é normal para a idade, então repor glicose em bolus (A e C) não trata nada. A conduta é controlar a crise com fenobarbital 20 mg/kg, hidratar, estabilizar e transferir para centro terciário, onde há fototerapia intensiva e exsanguineotransfusão. Intubar e sedar com midazolam (D) não é o primeiro passo. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

RN apresenta icterícia com 8 horas de vida. AP: gestação de 40 semanas, peso 1980 g, boas condições de nascimento. AF: mãe apresentou IgG positiva, com índice de avidéz baixo e IgM positiva para toxoplasmose na 20ª semana de gestação, porém recusou tratamento e perdeu seguimento de pré-natal. Ao exame físico: icterícia leve em face, mucosas descoradas, abdome globoso, fígado palpável a 3,0 cm do rebordo costal direito na linha hemiclavicular, baço a 2,0 cm do rebordo costal esquerdo na linha hemiclavicular. Perímetros: cefálico 44 cm, torácico 35 cm e abdominal 38 cm. Aos exames laboratoriais: sorologias para toxoplasmose colhidas da mãe no momento do parto e do RN IgG e IgM reagentes. A conduta em relação ao RN é

- A. iniciar tratamento com sulfadiazina e pirimetamina, solicitar hemograma, dosagem de bilirrubinas, TGO, TGP, liquor, US crânio, exame de fundo de olho e avaliação auditiva. ✓**
- B. iniciar tratamento com espiramicina associada a corticosteroides, solicitar US de crânio e exame de fundo de olho.
- C. encaminhar o paciente para seguimento especializado, repetir as sorologias do RN com semanas de vida e tomar decisão sobre o esquema terapêutico após os resultados desses exames.
- D. solicitar TC de crânio e realizar o teste do reflexo vermelho (teste do olhinho). Se alterados, iniciar o tratamento com espiramicina, ácido fólico e corticosteroide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe com IgM positiva e IgG de baixa avidéz na 20ª semana (infecção aguda), sem tratamento, e RN com icterícia precoce, hepatoesplenomegalia e IgM reagente: IgM não atravessa a placenta, logo a toxoplasmose congênita está confirmada. O tratamento do recém-nascido é sulfadiazina + pirimetamina + ácido folínico por 12 meses, com investigação completa (hemograma, função hepática, liquor, neuroimagem, fundo de olho e triagem auditiva). Espiramicina é droga da gestante, não do RN, e adiar conduta (C) desperdiça a janela de proteção neurológica. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Menino de 5 anos apresenta adinamia, fadiga, dores em membros inferiores e nas articulações dos joelhos, febre intermitente e equimoses pelo corpo, após traumas leves, há 20 dias. Ao exame físico: palidez cutâneo mucosa ++/4+, linfonodomegalias em região cervical bilateralmente, baço palpável a 6,5 cm do re-bordo costal esquerdo, fígado palpável a 3,5cm do rebordo costal direito, equimoses difusas em membros inferiores e dorso. AP: em uso de corticosteroide oral há 1 semana, com melhora das dores em membros inferiores. Aos exames laboratoriais: hematimetria 2 800 000/mm³, Ht 22,5%; Hb 7,4g/dL, VCM 78,3fL, CHCM 32,8g/dL, HCM 25,7pg, leucócitos 8 000/mm³ (linfócitos 88%, segmentados 12%), plaquetas 25 000/mm³. A principal hipótese diagnóstica é

- A. aplasia medular.
- B. artrite reumatoide.

C. leucemia linfóide aguda. ✓

D. mononucleose infecciosa. 4 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com febre, dor óssea e articular, adinamia, equimoses após traumas leves, hepatoesplenomegalia volumosa e linfonodomegalias, somadas a anemia + plaquetopenia grave com leucócitos normais: é leucemia linfóide aguda, o câncer mais comum da infância. Aplasia medular não faz visceromegalia nem linfonodomegalia; artrite reumatoide não cursa com bicitopenia e sangramento; mononucleose não produz plaquetopenia de 25 000 com dor óssea. O corticoide usado há uma semana pode mascarar blastos no sangue periférico — o mielograma é obrigatório. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Menina de 6 meses comparece para consulta de rotina, e o médico irá orientar a introdução alimentar, segundo o Minis- tério da Saúde (2021). É correto afirmar que:

A. o aleitamento materno deve ser mantido até dois anos ou mais; não devem ser ofertados sucos ou bebidas açuca- radas e alimentos ultraprocessados; a criança deve ser protegida de publicidade sobre alimentos. ✓

- B. alimentos ultraprocessados e bebidas açucaradas devem ser evitados; sucos naturais podem ser ofertados, assim como fórmulas ou leite fluido a partir do primeiro ano de vida; a posição para alimentar a criança deve promover segurança.
- C. o aleitamento materno deve ser mantido até dois anos ou mais; a consistência do alimento pode variar, a depender do modelo de alimentação escolhido pela família; ofertar as refeições de forma a tornar o ambiente confortável para a criança.
- D. alimentos in natura ou minimamente processados devem ser ofertados, a partir da descontinuidade do aleitamento materno exclusivo; o alimento deve ser ofertado em consistência espessa; deve-se cuidar da higiene dos alimentos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (MS, 2021) é explícito: aleitamento materno até 2 anos ou mais, nenhum suco ou bebida açucarada e nenhum ultraprocessado, e proteção da criança contra publicidade de alimentos. A alternativa B libera suco natural, o que o guia não recomenda; C entrega a consistência do alimento à escolha da família, quando a orientação é começar amassado/espesso e progredir; D condiciona a introdução ao fim do aleitamento exclusivo, mas o aleitamento deve continuar junto da alimentação complementar. Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Em consulta de rotina, mãe de menino de dois anos refere que ele está inapetente, com muito sono e um pouco des- corado. Atualmente come pouca carne e toma leite quatro vezes ao dia. Ao exame físico: eutrófico, descorado 2+/4+, escleras levemente azuladas, fígado a 1 cm RCD, baço não percutível e não palpável. Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, os dados relevantes a serem questionados na história, a suspei- ta diagnóstica e a conduta.

- A. Uso de sulfato ferroso profilático e aleitamento materno ou uso de leite fluido; anemia ferropriva; prescrever sulfa- to ferroso em dose terapêutica por 60 dias e retorno com coleta de hemograma, ferro e ferritina séricos ao final do tratamento.
- B. Alimentação atual e de aleitamento materno pregresso; anemia ferropriva; prescrever sulfato ferroso profilático até o retorno com a coleta de hemograma, ferro e ferriti- na séricos.
- C. Alimentação pregressa e atual, além de uso de ácido fó- lico; anemia megaloblástica; coleta de hemograma, ferro sérico e reticulócitos.

D. Uso de sulfato ferroso profilático e alimentação pregressa e atual; anemia ferropriva; coleta de hemograma, ferro e ferritina séricos e retorno em breve. 5 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 2 anos descorada, inapetente, sonolenta, com escleras azuladas, dieta pobre em carne e leite de vaca em excesso (que inibe absorção de ferro e causa microssangramento intestinal): o quadro é anemia ferropriva. A anamnese que falta é justamente a profilaxia com sulfato ferroso e a alimentação pregressa e atual, e a conduta correta é documentar com hemograma, ferro e ferritina, com retorno breve. Prescrever dose terapêutica antes de qualquer exame (A) ou manter dose apenas profilática em criança já anêmica (B) são condutas mal calibradas. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Menino de 7 meses, com fenótipo de síndrome de Down, está em primeira consulta na UBS. Os exames e testes que deve- riam ter sido realizados até o momento são:

- A. testes de triagem neonatal (do pezinho), de triagem au- ditiva, do coraçãozinho e da linguinha, cariótipo ao nas- cimento.
- B. testes de triagem neonatal (do pezinho), de triagem au- ditiva, do coraçãozinho, da linguinha, ecocardiograma e cariótipo ao nascimento, dosagem de hormônios tireoide- anos e hemograma. ✓**
- C. ecocardiograma e cariótipo ao nascimento, testes de tria- gem neonatal (do pezinho), do coraçãozinho e da linguinha.
- D. ecocardiograma, US abdominal e radiografia de coluna cervical, testes de triagem neonatal (do pezinho), do co- raçãozinho e de triagem auditiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com síndrome de Down segue o protocolo universal (triagem neonatal, auditiva, do coraçãozinho e da linguinha) e mais o que a trissomia do 21 exige: cariótipo para confirmar e definir o tipo (translocação implica aconselhamento genético), ecocardiograma ao nascimento — cerca de metade tem cardiopatia e o teste do coraçãozinho não a exclui —, hormônios tireoidianos pela alta prevalência de hipotireoidismo congênito e hemograma pelo risco de reação leucemoide transitória. As demais opções deixam de fora o eco, o cariótipo ou a tireoide. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

As respectivas cardiopatias congênitas mais frequentes nos portadores da síndrome de Down e nos indivíduos que não são portadores de síndromes genéticas são:

- A. comunicação interventricular; comunicação interventricular.
- B. comunicação interventricular; defeito do septo atrioven- tricular.
- C. defeito do septo atrioventricular; comunicação interven- tricular. ✓**
- D. defeito do septo interventricular; defeito do septo atrio- ventricular.

COMENTÁRIO OSCELABS

A cardiopatia mais característica e frequente da síndrome de Down é o defeito do septo atrioventricular (defeito do coxim endocárdico), presente em cerca de 40% dos cardiopatas com T21 — daí a obrigatoriedade do ecocardiograma neonatal. Já na população geral, sem síndromes genéticas, a cardiopatia congênita mais comum é a comunicação interventricular. As demais alternativas invertem essa ordem ou repetem a CIV nos dois grupos. Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

■ Menino de 3 anos apresenta palidez cutânea, taquipneia e taquicardia há 4 horas. Ao exame físico: afebril, pulsos finos, perfusão periférica diminuída, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, FC acima de 200 bpm, PA 60 X 20 mmHg. Colocado em monitorização contínua e registrado ECG (2 de- rivações) no cardioversor/desfibrilador (vide imagem). (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) O diagnóstico e o tratamento correto são, respectivamente:

- A. taquicardia sinusal; metoprolol intravenoso.
- B. taquicardia supraventricular; adenosina intravenosa.
- C. taquicardia juncional; cardioversão.
- D. taquicardia ventricular; cardioversão. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança em choque descompensado (PA 60x20, pulsos finos, enchimento capilar de 4 segundos) com taquiarritmia de complexo largo ao ECG: é taquicardia ventricular com instabilidade hemodinâmica, e o tratamento é cardioversão elétrica sincronizada imediata. Taquicardia sinusal não ultrapassa esse padrão e não explica o choque; adenosina serve para TSV de QRS estreito e é inútil na TV; betabloqueador intravenoso em paciente hipotenso é contraindicado. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Sobre a vasculite por IgA na infância (púrpura de Henoch- -Schönlein), assinale a alternativa correta.

- A. As provas de atividades inflamatórias são normais e a contagem de plaquetas é reduzida.
- B. Pancreatite aguda é a manifestação mais grave e precoce.

C. Crianças com menos de cinco anos podem apresentar lesões purpúricas em pavilhão auricular e face, além de edema em couro cabeludo. ✓

D. Imunofluorescência na biópsia de pele nas primeiras 48 horas pode demonstrar presença de depósitos de IgE+ C3 na parede do vaso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na vasculite por IgA, crianças menores de 5 anos podem apresentar púrpura em face e pavilhão auricular e edema de couro cabeludo e de extremidades — apresentação que confunde com edema hemorrágico agudo do lactente. As plaquetas são normais ou elevadas (púrpura não trombocitopênica), e as provas inflamatórias podem estar aumentadas; a complicação abdominal grave é a invaginação intestinal e a hemorragia digestiva, não a pancreatite; e a imunofluorescência mostra depósitos de IgA (não IgE) com C3 na parede vascular. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Para prevenir a febre reumática, o pediatra deve reconhecer e tratar precocemente

A. impetigo causado pelo *Staphylococcus aureus*.

B. faringoamigdalite causada pelo *Streptococcus beta-he- molítico do grupo A de Lancefield*. ✓

C. amigdalite causada pelo vírus Epstein Barr.

D. diarreia aguda causada pela *Echerichia coli* enteropato- gênica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A febre reumática é sequela imunológica da faringoamigdalite pelo *Streptococcus beta-hemolítico do grupo A de Lancefield* (*S. pyogenes*), e o tratamento com penicilina em até 9 dias do início dos sintomas previne o surto. A infecção cutânea estreptocócica (impetigo) pode desencadear glomerulonefrite, mas não febre reumática — e o impetigo citado é estafilocócico. Amigdalite viral por Epstein-Barr e diarreia por *E. coli* não têm relação com a doença. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Menino de 12 anos apresenta queixa de molhar os pés em todas as micções. O exame de imagem para confirmar o diagnóstico deve ser:

A. ultrassonografia de rins e vias urinárias.

B. uretrocistografia miccional. ✓

C. cintilografia renal dinâmica.

D. cintilografia renal estática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino que molha os pés em todas as micções tem jato urinário fraco, disperso e desviado — sinal de obstrução da uretra (estenose uretral ou válvula de uretra posterior). O exame que avalia a uretra em pleno esforço miccional, mostrando o ponto e a extensão da obstrução (além de refluxo vesicoureteral associado), é a uretrocistografia miccional. A ultrassonografia mostra apenas repercussão (hidronefrose, espessamento vesical); as cintilografias avaliam função e cicatriz renal, não a anatomia uretral. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Menino de 12 anos apresenta edema palpebral há 3 dias, diminuição da diurese e urina cor de coca-cola há 1 dia. AP: dor de garganta há 3 semanas. Ao exame físico: PA 130 x 90 mmHg, edema bipalpebral e em membros inferiores. Aos exames laboratoriais: creatinina 1,0 mg/dL, ureia 59 mg/dL, fração C3 do complemento 34 mg/dL (VR 90-130 mg/dL), antistreptolisina O 450U/L (VR < 200U/L), urina I proteínas +2,40 leucócitos / campo, 100 hemácias/campo. O diagnóstico é síndrome

- A. mista nefrótica e nefrítica.
- B. nefrótica por glomerulonefrite de doença sistêmica.
- C. nefrítica sem etiologia específica.

D. nefrítica por glomerulonefrite pós-estreptocócica. 6 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto
Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema, oligúria, urina cor de coca-cola e hipertensão três semanas após faringite compõem síndrome nefrítica clássica. A etiologia está provada pelo par laboratorial: consumo da fração C3 do complemento (34, com VR 90-130) e ASLO elevada, o que fecha glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica. Não é síndrome nefrótica nem mista, pois a proteinúria é apenas 2+ sem hipoalbuminemia; e dizer 'sem etiologia específica' ignora os marcadores que a banca ofereceu de bandeja. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Menino de 2 anos acordou a noite com intensa tosse e rouquidão. Ao exame físico: T 36,3 °C, FC 123 bpm, FR 50 irpm, SatO2 95% (ar ambiente), discreta retração em fúrcula, estri- dor laríngeo audível quando tosse. A conduta deve ser:

- A. nebulização com soro fisiológico 0,9% e oxigênio, dexametasona IV.
- B. hidratação IV, dexametasona IV.
- C. nebulização com soro fisiológico 0,9%, dexametasona VO.

D. nebulização com epinefrina racêmica, dexametasona VO. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança que acorda à noite com tosse ladrante, rouquidão, estridor e tiragem de fúrcula tem laringotraqueíte aguda (crupe) moderada. A dexametasona por via oral está indicada em todos os casos, inclusive leves, e a adrenalina (epinefrina racêmica) nebulizada é a medida que alivia rapidamente o estridor e a retração pelo efeito alfa-adrenérgico na mucosa subglótica. Nebulizar apenas soro fisiológico não tem eficácia comprovada, e não há indicação de acesso venoso para hidratar ou corticoide intravenoso em criança que aceita a via oral. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Menina de 5 anos apresenta subitamente tosse e falta de ar. Mãe relata que paciente estava em festa junina comendo amendoim e brincando no pula-pula. Ao exame físico: SatO2 95% (ar ambiente), FR 30 irpm, estridor. A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta são, respectivamente:

- A. anafilaxia; epinefrina intramuscular.
- B. crise de broncoespasmo; salbutamol ciclo de resgate.

C. corpo estranho na via aérea; manobras de retirada do corpo estranho. ✓

- D. crise de laringoespasmo; metilprednisolona IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Início súbito de tosse e falta de ar em criança que comia amendoim e brincava: é aspiração de corpo estranho até prova em contrário, e o estridor localiza a obstrução em via aérea alta. A conduta imediata são as manobras de desobstrução, seguidas de broncoscopia. Anafilaxia exigiria urticária, angioedema ou hipotensão além do início após ingestão; broncoespasmo produz sibilos expiratórios difusos, não estridor; e 'laringoespasmo' com corticoide intravenoso não trata objeto impactado. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Menina de 2 meses apresenta tosse em crises e falta de ar há 3 dias. AP: nascida a termo, parto normal, conjuntivite prévia. Ao exame físico: BEG, eutrófica, FR 71 irpm, FC 160 bpm, SatO₂ 95% (ar ambiente), afebril, acianótica. Tórax: presença de retrações intercostais, estertores crepitantes em bases. Raio X de tórax (vide imagem) - hiperinsuflação e aumento de trama vasobrônquica. Ao exame laboratorial: Hb 12g/dL, leucócitos 10 000/mm³ (bastões 3%, segmentado 36%, eosinófilo 10%, linfócitos 48%, monócitos 3%). Paciente foi internada, colocada sob oxigenioterapia e hidratação IV. (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) O agente etiológico da pneumonia e o tratamento são, respectivamente:

A. vírus respiratório sincicial; prednisolona VO.

B. Chlamydia trachomatis; eritromicina VO. ✓

C. estreptococo do grupo B; amoxicilina + clavulanato IV.

D. citomegalovírus; ganciclovir IV. 7 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses, afebril, em bom estado geral, com tosse em crises, taquipneia, antecedente de conjuntivite neonatal, eosinofilia (10%) e radiografia com hiperinsuflação e infiltrado intersticial: é a pneumonia afebril do lactente por Chlamydia trachomatis, adquirida no canal de parto. O tratamento é macrolídeo (eritromicina ou azitromicina) por via oral. VSR não cursa com eosinofilia nem se trata com corticoide; estreptococo do grupo B dá sepse precoce e febre; CMV pediria imunossupressão e outros achados sistêmicos. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Menino de 4 anos apresentou tosse e coriza há 7 dias, evoluindo com febre há 2 dias. Apresentava-se em estado geral preservado, recebeu diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade e foi iniciada antibioticoterapia com amoxicilina 50 mg/kg/dia. Paciente foi avaliado no terceiro dia do tratamento e queixava-se de dor abdominal. Ao exame físico: FR 30 irpm, FC 120 bpm, T 38,5 °C, SatO₂ 92% (ar ambiente). Tórax: tiragem intercostal, murmúrio vesicular diminuído em base à esquerda, broncofonia diminuída, crepitações bilaterais e sibilos esparsos. Raio X de tórax (vide imagem). (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) A conduta deve ser:

A. tratamento ambulatorial, inalação com soro fisiológico 0,9%, amoxicilina + clavulanato VO.

B. tratamento ambulatorial, inalação com beta 2 adrenérgico, amoxicilina VO associada à ampicilina IM.

C. internação, oxigenioterapia, ampicilina 200 mg/kg/dia IV. ✓

D. internação, inalação com beta 2 adrenérgico, vancomicina 40 mg/kg/dia IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia comunitária em falha terapêutica no terceiro dia de amoxicilina, agora com febre alta, dor abdominal, tiragem, hipoxemia (SatO₂ 92%) e murmúrio e broncofonia diminuídos na base esquerda: quadro de complicação (derrame parapneumônico). A conduta é internar, ofertar oxigênio e escalar para ampicilina intravenosa em dose plena (200 mg/kg/dia), que cobre pneumococo com resistência intermediária. Manter tratamento ambulatorial com hipoxemia é inseguro; amicacina não cobre pneumococo; e vancomicina de entrada só se houver suspeita de *S. aureus*/choque. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Na execução da manobra de Barlow em caso de suspeita diagnóstica da Displasia do Desenvolvimento do Quadril do recém-nascido,

- A. o movimento de abdução do quadril é facilitado pela entrada da cabeça femoral no acetábulo.
- B. ocorre a luxação, total ou parcial, do quadril. ✓**
- C. ocorre a entrada da cabeça femoral no acetábulo, provocando o chamado "click de entrada".
- D. o quadril deve ser posicionado em abdução máxima.

COMENTÁRIO OSCELABS

Barlow é a manobra de provocação: com o quadril em adução e leve pressão posterior, o examinador luxa ou subluxa um quadril instável, sentindo a cabeça femoral sair do acetábulo. Quem faz o caminho inverso — abdução com elevação do trocânter, reduzindo a cabeça femoral e produzindo o 'click de entrada' — é a manobra de Ortolani. Por isso as opções que descrevem entrada da cabeça no acetábulo, facilitação da abdução ou abdução máxima descrevem Ortolani, não Barlow. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Adolescente de 18 anos, sem comorbidades, apresenta lesão acidental por faca em falange distal do segundo quírodáctilo. Peso 70 kg. A dose do anestésico local, para realização da sutura, deve ser no máximo de 35 mL de

- A. lidocaína 1% sem vasoconstritor. ✓**
- B. lidocaína 1% com vasoconstritor.
- C. lidocaína 2% sem vasoconstritor.
- D. lidocaína 2% com vasoconstritor.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dose máxima de lidocaína sem vasoconstritor é de 4,5 a 5 mg/kg; em 70 kg isso dá cerca de 315 a 350 mg. Trinta e cinco mililitros de lidocaína a 1% (10 mg/mL) equivalem exatamente a 350 mg — dentro do teto. O mesmo volume a 2% seria 700 mg, francamente tóxico (convulsão e colapso cardiovascular). E, tratando-se de bloqueio digital em falange, a escolha clássica evita o vasoconstritor pelo risco de isquemia da extremidade. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Adolescente de 16 anos apresenta sangramento vaginal com volume aumentado há 2 dias. DUM: há 45 dias. Menarca: 12 anos. Ao exame físico: PA 80 x 50 mmHg, FC 110 bpm. Ao exame especular: sangramento vaginal em moderada quantidade. Os exames complementares imprescindíveis na avaliação imediata são

- A. hemograma e TSH.
- B. hemograma e ultrassonografia pélvica/transvaginal.**

C. b-hCG e ultrassonografia pélvica/transvaginal.

D. b-hCG e hemograma. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com sangramento vaginal aumentado, atraso menstrual (DUM há 45 dias) e repercussão hemodinâmica (PA 80x50, FC 110): duas perguntas precisam de resposta agora — ela está grávida e quanto sangue perdeu? Por isso beta-hCG e hemograma são os exames imprescindíveis na avaliação imediata; o beta-hCG muda completamente a linha de raciocínio (abortamento, gestação ectópica). TSH e ultrassonografia são úteis na investigação do sangramento uterino anormal, mas não na estabilização inicial. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Menina de 8 anos refere quadro de cefaléia, vômitos e disfagia há um mês. Mãe relata que a criança tem deixado objetos caírem das mãos involuntariamente com frequência. AP: correção de meningocele no primeiro dia de vida e derivação ventrículo-peritoneal (DVP) com sete dias, sem revisões posteriores. Ao exame físico: força muscular grau III em MMSS, sinal de Hoffmann (+) bilateralmente. O diagnóstico deve ser:

A. síndrome de Arnold Chiari tipo 2. ✓

B. síndrome da medula ancorada.

C. disfunção de DVP.

D. escoliose secundária. 8 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com mielomeningocele corrigida e derivação ventrículo-peritoneal, evoluindo com cefaleia, vômitos, disfagia, perda de força em membros superiores e sinal de Hoffmann bilateral: o acometimento de pares cranianos baixos somado a sinais de primeiro neurônio nos braços aponta compressão bulbo-medular na transição craniocervical, ou seja, malformação de Arnold-Chiari tipo 2 (frequentemente com siringomielia). Medula ancorada dá sintomas lombossacrais; disfunção de DVP não explica disfagia e Hoffmann; escoliose não causa esse déficit. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Primigesta de 19 anos apresentou elevação da pressão arterial a partir de 26 semanas. Com 34 semanas, está em uso de metildopa 2 g/dia. Exames: PA 144 x 95 mmHg; proteinúria 700 mg/24h; ultrassom: peso fetal no percentil 2,5, oligoâmnio leve, diástole zero no Doppler da artéria umbilical e vasodilatação na artéria cerebral média. A conduta correta deve ser:

A. associar bloqueador de canal de cálcio e avaliar ducto venoso fetal.

B. discutir via de parto e resolver a gravidez. ✓

C. iniciar ciclo de corticoide e programar resolução da gravidez.

D. associar bloqueador de canal de cálcio e iniciar ciclo de corticoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pré-eclâmpsia com 34 semanas e sofrimento fetal instalado: peso no percentil 2,5, oligoâmnio, diástole zero na artéria umbilical e vasodilatação cerebral (centralização) formam o quadro de restrição de crescimento com deterioração hemodinâmica. Com 34 semanas, a maturidade já é aceitável e o ambiente intrauterino é o risco — a conduta é discutir a via e resolver a gestação. Ajustar anti-hipertensivo não corrige a insuficiência placentária, e esperar o ciclo de corticoide completo nessa idade gestacional expõe o feto sem ganho proporcional. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Secundigesta de 24 anos, com 8 semanas (DUM), procura a maternidade, pois apresenta dor em baixo-ventre e discreto sangramento vaginal. Ao exame físico: PA 120 x 75 mmHg, FC 89 bpm, abdome plano, depressível, discretamente do- loroso à palpação profunda. Ao exame especular: discreta quantidade de sangue coletado em fundo de saco. Ultrassom transvaginal: aumento do útero (vol. 110 cm³) e do eco endo- metrial, presença de imagem heterogênea em topografia de anexo esquerdo (1,2 x 0,9 x 0,7 cm), ausência de líquido livre em cavidade abdominal. beta-hCG quantitativo 1 086 mUI. A hipótese diagnóstica e a conduta são, respectivamente, gravidez

A. ectópica íntegra; repetir beta-hCG em 48 horas. ✓

B. ectópica rota; laparotomia.

C. inicial; repetir ultrassom em 15 dias.

D. ectópica; metrotexate.

COMENTÁRIO OSCELABS

Beta-hCG de 1 086 mUI/mL está abaixo da zona discriminatória (cerca de 1 500 a 2 000), faixa em que a ausência de saco gestacional intrauterino não confirma nada. A paciente está estável, sem líquido livre, e a imagem anexial é pequena e inespecífica: trata-se de gestação de localização indeterminada, e a conduta é repetir o beta-hCG em 48 horas para avaliar a curva. Não há critérios de rotura para laparotomia, nem diagnóstico firmado que autorize metotrexato, e esperar 15 dias é tempo demais. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Tercigesta, secundípara com 32 semanas e 4 dias, apresen- ta perda de líquido em grande quantidade por via vaginal e aumento de contrações uterinas há 1 hora. Ao exame físico: PA 110 x 70 mmHg, FC 80 bpm, temp 37,2 oC, altura uterina 29 cm, dinâmica uterina 2 contrações de 40 segundos/10 min, BCF 156 bpm. Ao exame ginecológico: saída de líquido amni- ótico, colo esvaecido 70%, dilatado 3 cm. A conduta correta é iniciar

A. nifedipina, ciclo de corticoide e sulfato de magnésio.

B. nifedipina e profilaxia para estreptococos beta-hemolítico.

C. ciclo de corticoide e profilaxia para estreptococos beta-he- molítico. ✓

D. nifedipina e metronidazol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas com 32 semanas e 4 dias, já em trabalho de parto (colo 70% esvaecido, 3 cm, dinâmica regular): a prioridade é corticoide para maturação pulmonar e profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B, obrigatória sempre que houver prematuridade sem cultura negativa recente. Tocólise com nifedipina não se faz em bolsa rota com trabalho de parto estabelecido; sulfato de magnésio como neuroproteção é reservado a idades gestacionais menores; e metronidazol não tem papel aqui. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Primigesta de 24 anos, com 39 semanas, está em trabalho de parto, conforme o partograma da imagem a seguir. (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) As possíveis complicações decorrentes dessa evolução são:

A. hipotonia uterina e infecção puerperal.

B. infecção puerperal e laceração de trajeto.

C. hipotonia uterina e laceração de trajeto. ✓

D. infecção puerperal e trombose venosa profunda. 9 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra as consequências de um trabalho de parto prolongado/distócico conduzido com ocitocina. O miométrio exaurido por horas de estimulação perde a capacidade de contrair após a dequitação — daí a hipotonia (atonia) uterina, principal causa de hemorragia pós-parto. A segunda complicação é a laceração de trajeto, favorecida pela descida prolongada e pela resolução final rápida ou instrumentada. Infecção puerperal seria a resposta se o dado marcante fosse bolsa rota prolongada com toques repetidos. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Primigesta de 17 anos retorna com 12 semanas (DUM) à consulta de PN queixando-se de piora das náuseas e vômitos, apesar do uso correto de medicação antiemética. Ao exame físico: regular estado geral, PA 100 x 60 mmHg, FC 102 bpm, desidratada (+/4+) e com a curva de ganho de peso da imagem a seguir.

Ultrassom: gestação única, tópica, com idade gestacional compatível com a DUM. Aos exames laboratoriais: cultura de urina negativa, TSH 0,03 (normal entre 0,4 a 4,5 uUI/mL) e T4L 1,1 (normal entre 0,7 a 1,8 ng/dL). (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) O diagnóstico e a conduta são, correta e respectivamente:

A. hiperêmese gravídica; internação e suporte clínico. ✓

B. êmese gravídica; internação e suporte clínico.

C. hiperêmese gravídica; tratar hipertireoidismo.

D. êmese gravídica; tratar hipertireoidismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos que não cedem ao antiemético, com desidratação, taquicardia e curva de peso em queda, definem hiperêmese gravídica (a êmese simples não perde peso nem desidrata). O TSH suprimido com T4 livre normal reflete o hipertireoidismo gestacional transitório do primeiro trimestre, causado pela homologia entre hCG e TSH: é achado esperado, autolimitado, e não se trata com antitireoideano. A conduta é internação, hidratação, correção de eletrólitos, tiamina e antieméticos parenterais. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Primigesta com 33 semanas apresenta dor em baixo-ventre. Ao exame físico: PA 160 x 110 mmHg, FC 110 bpm, edema 3+/4+, BCF 165 bpm, tônus uterino aumentado. Toque vaginal: colo posterior, dilatado 1 cm, grosso, presença de pequena quantidade de sangue sujando a luva. A hipótese diagnóstica e a conduta são, correta e respectivamente:

A. trabalho de parto prematuro; ultrassom e ciclo de corticoide.

B. descolamento prematuro de placenta; ultrassom.

C. trabalho de parto prematuro; inibir o trabalho de parto.

D. descolamento prematuro de placenta; cesárea de emergência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão grave (160x110), hipertonia uterina, dor abdominal e sangramento vaginal em gestante de 33 semanas com taquicardia fetal: é descolamento prematuro de placenta, diagnóstico clínico e emergencial. Com feto vivo e sem parto iminente, a conduta é cesárea de emergência — cada minuto de espera aumenta a perda sanguínea, o risco de coagulopatia e a morte fetal. Aguardar ultrassonografia é erro clássico: o exame normal não exclui DPP. Inibir o parto na presença de descolamento é formalmente contraindicado. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Primigesta de 16 anos apresenta sangramento vaginal, epi- sódio de febre e dor tipo cólica há dois dias. AP: amenorreia de 16 semanas. Ao exame físico: PA 110 x 60 mmHg, FC 110 bpm, T 38,1°C, útero palpável cerca de 6 cm acima da sínfise púbica, doloroso à palpação, BCF 170 bpm. Toque vaginal: vagina hipertérmica, colo posterior, doloroso à mobilização, dilatado 2 cm. Aos exames laboratoriais: Ht 32%, Hb 9 g/dL, GB 26 500/mm³, bastões 4%. A hipótese diagnóstica e a conduta são, correta e respectivamente:

- A. aborto incompleto; clindamicina e aspiração manual intra-uterina.
- B. corioamnionite; clindamicina e garamicina.
- C. corioamnionite; amoxicilina, betametasona e resolução da gravidez.
- D. aborto infectado; clindamicina e garamicina e interrupção da gravidez. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia de 16 semanas com sangramento, cólicas, febre de 38,1 °C, útero doloroso, vagina hipertérmica, colo dilatado 2 cm e leucocitose de 26 500: é abortamento infectado (a gestação já está em curso de perda, com colo aberto). O tratamento é antibioticoterapia de amplo espectro cobrindo anaeróbios e Gram-negativos — clindamicina com gentamicina — associada ao esvaziamento uterino, que é a remoção do foco. Corioamnionite pressupõe gestação que se pretende manter, e nenhum esquema resolve sem esvaziar o útero. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Secundigesta de 44 anos apresenta, com 34 semanas de idade gestacional, a seguinte curva de altura uterina (vide imagem). AP: tabagista (5 cigarros/dia). Ultrassom: peso fetal no percentil 42, índice de líquido amniótico no percentil 37 e resistência normal ao Doppler da artéria umbilical. O diagnóstico e a conduta são, correta e respectivamente:

- A. crescimento fetal adequado; manter seguimento pré-natal. ✓**
- B. feto pequeno para idade gestacional; manter seguimento pré-natal.
- C. crescimento fetal adequado; iniciar ciclo de corticoide.
- D. restrição de crescimento intra-útero; iniciar ciclo de corticoide. 10 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva de altura uterina aquém do esperado é apenas rastreamento, e a ultrassonografia já respondeu: peso fetal no percentil 42, líquido amniótico no percentil 37 e Doppler de artéria umbilical normal. Isso é crescimento fetal adequado — restrição exige peso abaixo do percentil 10 (ou percentil 3) ou alteração de Doppler. Sem prematuridade prevista, não há indicação de corticoide, que não é medida profilática de rotina. A conduta é manter o seguimento pré-natal e reforçar a cessação do tabagismo. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Puérpera de 38 anos, obesa, apresenta testes de tolerância oral à glicose com 75g (GTT), conforme a tabela a seguir. GTT 75g (mg/dL) Durante a gestação 6 semanas pós-parto Jejum 90 94 1h 178 - 2h 156 160 Neste momento, a interpretação do resultado e a conduta são, correta e respectivamente:

- A. exame normal; avaliação a cada 5 anos.
- B. intolerância a carboidratos; mudança do estilo de vida. ✓**
- C. diabetes; prescrever metformina.
- D. exame normal; mudança do estilo de vida e avaliação a cada 5 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A reclassificação pós-parto (6 semanas a 6 meses) usa os critérios de diabetes fora da gestação: jejum de 94 mg/dL é normal (<100), mas o valor de 160 mg/dL na 2ª hora cai na faixa de 140 a 199 — tolerância diminuída à glicose, ou seja, pré-diabetes. Não é exame normal nem diabetes (que exigiria jejum ≥ 126 ou 2h ≥ 200). A conduta de primeira linha é mudança de estilo de vida, com rastreamento pelo menos anual, dado o risco elevado de diabetes tipo 2 após diabetes gestacional. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Menina, de 17 anos e 4 meses, queixa-se de anosmia e refere nunca ter menstruado. Ao exame físico: peso 68 kg; estatura 1,66 m; estágio puberal M1P1 de Marshal e Tanner. Exames: FSH e LH diminuídos. Frente aos dados, o diagnóstico mais provável é:

- A. síndrome de insensibilidade androgênica.
- B. hipogonadismo hipogonadotrófico. ✓**
- C. disgenesia gonadal.
- D. síndrome da resistência ovariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária aos 17 anos com ausência total de caracteres sexuais (M1P1) e gonadotrofinas baixas indica falha central: hipogonadismo hipogonadotrófico. A anosmia é a assinatura da síndrome de Kallmann, em que a migração embrionária dos neurônios produtores de GnRH e do bulbo olfatório falha em conjunto. Disgenesia gonadal (Turner) e resistência ovariana cursam com FSH e LH elevados; insensibilidade androgênica apresenta mamas desenvolvidas com pelos ausentes e testosterona alta. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

O tipo histológico benigno mais comum entre os tumores germinativos de ovário é o

- A. disgerminoma.
- B. teratoma imaturo.
- C. tumor do seio endodérmico.
- D. teratoma maduro. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os tumores de células germinativas do ovário, o teratoma cístico maduro (cisto dermoide) é disparado o mais comum e é benigno, típico da mulher jovem, contendo tecidos derivados dos três folhetos embrionários. Disgerminoma, teratoma imaturo e tumor do seio endodérmico (saco vitelino) são todos malignos — o disgerminoma é o germinativo maligno mais frequente, e o do seio endodérmico é marcado pela elevação da alfafetoproteína. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Mulher de 43 anos apresenta sintomas vasomotores, insônia, ressecamento vaginal e perda da libido. AP: G4P4C0; histerec- tomia total e salpingooforectomia bilateral por câncer de colo de útero, tipo escamoso, há 6 meses. AF: mãe com HAS; nega câncer de mama. Ao exame físico: PA 110 x 70 mmHg, IMC 24,7 kg/m². Ao exame ginecológico: vagina em fundo cego. Mamografia: BI-RADS 0 com mamas densas. Ultrassom de mamas: sem alterações. Em relação à terapia hormonal, assinale a correta.

- A. Iniciar estrogênio associado ao progestagênio.
- B. Introduzir progestagênio isolado.**

C. Prescrever estrogênio isolado. ✓

D. Está contraindicada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 43 anos com menopausa cirúrgica precoce e síndrome climatérica exuberante tem indicação clara de terapia hormonal. Como foi hysterectomizada, não há endométrio a proteger: acrescentar progestagênio só aumentaria riscos sem benefício. O carcinoma escamoso do colo uterino não é hormônio-dependente e, portanto, não contraindica a reposição. Progestagênio isolado controla mal os sintomas vasomotores e não trata a atrofia; e negar a terapia condenaria a paciente ao risco cardiovascular e ósseo da falência estrogênica precoce. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

A conduta correta, em relação ao achado de células glandulares atípicas (AGC) na colpocitologia oncótica, deve ser:

- A. encaminhar para a colposcopia as mulheres com mais de 35 anos e aquelas com outros fatores de risco para câncer de endométrio.
- B. solicitar histeroscopia diagnóstica para as grandes múltiplas e para aquelas com zona de transformação tipo 2.
- C. repetir a colpocitologia oncótica para as mulheres com primeiro resultado de AGC.

D. recomendar avaliação endometrial nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e encaminhar para a colposcopia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Células glandulares atípicas (AGC) na citologia são achado de alto risco: podem esconder adenocarcinoma in situ do colo, lesão escamosa de alto grau ou neoplasia endometrial. Por isso a conduta nunca é repetir a citologia — toda paciente vai para colposcopia com avaliação do canal endocervical, e naquelas com 35 anos ou mais (ou com sangramento anormal e fatores de risco) acrescenta-se a avaliação endometrial. Restringir a colposcopia por idade ou trocá-la por histeroscopia isolada deixa passar doença cervical. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Mulher de 35 anos, com desejo de gestar, apresenta sangramento menstrual aumentado, ciclos regulares, fluxo com duração de 8 dias com saída de coágulos e dismenorreia há 5 anos. AP: nuligesta, uso regular de preservativo masculino. Ao exame físico abdominal e especular: normais. Toque vaginal: útero móvel, aumentado de tamanho e superfície lobulada. US transvaginal: útero anteversofletido, volume 140 cm³, ecotextura miometrial heterogênea com dois nódulos hipoecogênicos, bem delimitados, um localizado em parede corporal anterior de 2,5 cm (FIGO tipo 5) e outro em parede fúndica anterior de 4 cm (FIGO tipo 6), ecoendometrial de 7,0 mm e anexos sem alterações. A conduta deve ser:

- A. miomectomia histeroscópica e liberar para engravidar logo após o procedimento.
- B. anti-inflamatório não hormonal nos primeiros 5 dias da menstruação e liberar para engravidar. ✓**
- C. miomectomia laparoscópica e liberar para engravidar após o procedimento.
- D. miomectomia histeroscópica, aguardar pelo menos 6 meses após o procedimento e liberar para engravidar.

11 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação FIGO decide a conduta: tipos 0, 1 e 2 têm componente submucoso e distorcem a cavidade, justificando miomectomia (histeroscópica); tipos 5 e 6, como os desta paciente, são intramural-subseroso e subseroso, não deformam a cavidade e não comprometem a fertilidade. Com endométrio de 7 mm, ciclos regulares e desejo gestacional, a conduta é tratar o sintoma — anti-inflamatório não hormonal nos primeiros dias do fluxo reduz sangramento e dismenorreia — e liberar para engravidar, evitando cicatriz uterina desnecessária. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Mulher de 26 anos está assintomática. AP: sexarca aos 18 anos, em uso de contraceptivo hormonal oral e ocasional- mente preservativo, sem parceiro fixo, aos 12 anos tomou duas doses da vacina quadrivalente para HPV. Ao exame gi- necológico: colo uterino epitelizado, junção escamo-colunar não identificada, colposcopia insatisfatória. Citologia oncôti- ca: atipia epitelial escamosa não podendo descartar lesão de alto grau. A conduta deve ser:

- A. nova citologia oncótica em 12 meses.
- B. nova citologia oncótica em 6 meses.
- C. cirurgia de alta frequência (CAF). ✓**
- D. eletrocoagulação do colo uterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia com atipia escamosa não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H) em mulher de 25 anos ou mais, com junção escamo-colunar não visível e colposcopia insatisfatória, não permite seguimento citológico: a lesão pode estar dentro do canal. A conduta é excisional — cirurgia de alta frequência com exérese da zona de transformação tipo 3 —, que é diagnóstica e terapêutica ao mesmo tempo. Repetir citologia em 6 ou 12 meses retarda o diagnóstico, e eletrocoagulação destrói o tecido sem estudo histológico. Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Mulher de 38 anos refere dor em FIE tipo queimação, com irradiação para região dorsal e posterior da coxa esquerda, de forte intensidade, que piora ao esforço físico e melhora parcialmente com o uso de analgésicos comuns e AINE, des- de seu último parto, há 2 anos. Essa dor piorou nos últimos 4 meses, com limitação da marcha e expressiva redução da qualidade de vida. AP: G4P3A1C3. É correto afirmar que:

- A. o número de cesarianas é fator de risco para o desen- volvimento de dor pélvica, sendo que a dor de origem miofascial é a principal hipótese diagnóstica. ✓**
- B. trata-se de quadro de dor pélvica crônica de origem gine- cológica, uma vez que a dor é bem caracterizada, sendo a endometriose a principal hipótese diagnóstica.
- C. o padrão de dor sugere ativação de nociceptores do sis- tema nervoso somático e condução do estímulo doloroso através de fibras do tipo C não mielinizadas.
- D. trata-se de quadro de dor pélvica crônica em agudização, cuja condução do estímulo doloroso é realizada através de fibras mielinizadas do tipo A-delta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em queimação na fossa ilíaca esquerda com irradiação para dorso e face posterior da coxa, iniciada após parto e agravada pelo esforço físico, com alívio parcial por analgésicos, é o padrão da dor miofascial da parede abdominal e do assoalho pélvico — e o número de cesarianas é fator de risco reconhecido para dor pélvica crônica. A endometriose caracteristicamente piora no período menstrual e cursa com dismenorrea e dispareunia. Dor visceral é mal localizada e conduzida por fibras C; aqui o padrão é somático, bem delimitado e reprodutível à palpação. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

São fatores de mau prognóstico para a evolução do câncer de endométrio:

- A. carcinossarcoma endometrial, alto grau, invasão miometrial <50%, ausência de invasão linfovascular, padrão molecular com p53 selvagem.
- B. adenocarcinoma endometriode, grau nuclear 2, invasão miometrial >50%, presença de invasão linfovascular, presença de mutação POLEmut.
- C. carcinoma seroso papilífero, grau nuclear 3, invasão do estroma cervical, presença de invasão linfovascular, padrão molecular com p53 anormal. ✓**
- D. adenocarcinoma com diferenciação escamosa, grau nuclear 1, invasão miometrial <50%, ausência de invasão linfovascular, padrão molecular com p53 anormal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O prognóstico do câncer de endométrio depende de histologia, grau, extensão e biologia molecular. Reúnem-se os piores fatores no carcinoma seroso papilífero (tipo 2), grau nuclear 3, com invasão do estroma cervical, invasão linfovascular presente e padrão molecular p53 anormal — este último é o grupo de pior sobrevida da classificação TCGA/ProMisE. Já POLE mutado (alternativa B) tem prognóstico excelente, e p53 selvagem ou grau 1 sem invasão linfovascular são marcadores favoráveis. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Mulher de 68 anos, menopausa aos 51 anos, nunca fez uso de terapia de reposição hormonal. Nega comorbidades, tabagismo, etilismo e uso de medicamentos. Nega passado de fraturas osteoporóticas na família. Densitometria óssea: T-score - 1,8 DP em região de colo do fêmur. A esse respeito, assinale a alternativa correta.

- A. Sua chance de fratura é maior do que na população com massa óssea normal. ✓**
- B. A terapia hormonal está indicada para proteção de massa óssea.
- C. Os antirreabsorptivos, cálcio e vitamina D estão indicados.
- D. Sem o T-score da coluna lombar não é possível afirmar o risco de fraturas.

COMENTÁRIO OSCELABS

T-score de -1,8 no colo femoral define osteopenia (entre -1,0 e -2,5), e não osteoporose. Massa óssea reduzida já eleva o risco de fratura em relação a quem tem densitometria normal — o risco é contínuo —, mas isso, isoladamente, não indica antirreabsorptivo: seria preciso fratura por fragilidade prévia ou risco elevado no FRAX. A terapia hormonal não se prescreve apenas para osso em mulher de 68 anos, fora da janela de oportunidade. E o menor T-score já basta para estimar risco, sem depender da coluna. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Mulher de 25 anos comparece em consulta ginecológica em busca de método contraceptivo. AP: G5A5, lúpus eritematoso sistêmico, com anticorpos antifosfolípides positivos. O método indicado é

A. implante subdérmico de etonogestrel.

B. dispositivo intrauterino de cobre. ✓

C. dispositivo intrauterino de levonogestrel.

D. desogestrel via oral contínuo. 12 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação. Leia o caso clínico a seguir para responder às questões de números 41 e 42. Homem de 53 anos com queixa de dispneia aos esforços e edema de membros inferiores há um mês, com piora progressiva. Há dois dias dorme sentado e acorda de madrugada sufocado. Realizou ECG, conforme a figura a seguir. (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização)

COMENTÁRIO OSCELABS

Anticorpos antifosfolípides positivos (com cinco perdas gestacionais e lúpus) contraindicam qualquer método hormonal combinado e, pelos critérios de elegibilidade da OMS, também colocam os progestagênios isolados em categoria 3 pelo risco trombótico. O dispositivo intrauterino de cobre é o método de escolha: alta eficácia, longa duração e nenhum efeito sobre a coagulação. Implante de etonogestrel, DIU de levonorgestrel e desogestrel oral são todos hormonais e ficam em segundo plano nesse cenário. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Mulher de 62 anos apresenta dor no baixo ventre e aumento progressivo do volume abdominal há vários meses. Após investigação foi submetida à histerectomia, cujas características macroscópicas, indicadas na imagem a seguir, favorecem o diagnóstico de (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização)

A. endometriose bilateral com múltiplas lesões cicatriciais.

B. doença inflamatória pélvica com comprometimento tubo-ovariano bilateral.

C. tumor de Krukenberg.

D. adenocarcinoma do ovário com comprometimento bilateral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 62 anos com aumento progressivo do volume abdominal (ascite) e dor pélvica, cuja peça cirúrgica mostra comprometimento sólido-cístico bilateral dos ovários: a hipótese é adenocarcinoma de ovário — o câncer ginecológico mais letal, justamente porque só dá sintomas em estágio avançado. Endometriose produz endometriomas achocolatados e aderências, sem massa sólida vegetante; doença inflamatória pélvica gera abscesso tubo-ovariano com quadro infeccioso; e o tumor de Krukenberg é metástase ovariana de neoplasia gástrica, com células em anel de sinete. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Os diagnósticos clínico e eletrocardiográfico, respectivamente, são:

A. síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento do segmento ST; infradesnívelamento do segmento ST em parede anterior.

B. síndrome coronariana aguda com supradesnívelamento do segmento ST; supradesnívelamento do segmento ST em parede anterior.

C. edema agudo de pulmão; sobrecarga ventricular esquerda.

D. insuficiência cardíaca; sobrecarga ventricular esquerda. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia aos esforços progressiva, edema de membros inferiores, ortopneia e dispneia paroxística noturna, sem dor torácica, desenham insuficiência cardíaca congestiva, e não síndrome coronariana aguda. No eletrocardiograma, o achado que acompanha a cardiopatia hipertensiva é a sobrecarga ventricular esquerda (aumento de amplitude do QRS com alteração secundária da repolarização), não supra nem infradesnívelamento isquêmico. Edema agudo de pulmão pressuporia instalação súbita com insuficiência respiratória. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Sobre o caso clínico, a melhor conduta é:

- A. iniciar AAS, clopidogrel, estatina de alta potência, nitrato e encaminhar ao serviço de emergência.
- B. iniciar diurético de alça (furosemida), vasodilatador oral (preferencialmente IECA), solicitar raio X de tórax e ecocar- diograma. ✓**
- C. iniciar AAS, clopidogrel, estatina de alta potência, anticoagulação com heparina de baixo peso molecular e encaminhar ao serviço de emergência.
- D. iniciar diurético de alça (furosemida), vasodilatador oral (preferencialmente IECA), betabloqueador e bloqueador de recep- tor de aldosterona. 13 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na insuficiência cardíaca descompensada com perfil congestivo, o tratamento inicial é descongestão com diurético de alça associado a vasodilatador (preferencialmente IECA), enquanto radiografia de tórax e ecocardiograma definem a fração de ejeção e a etiologia — é o eco que autoriza a terapia modificadora de doença. Antiagregação dupla, estatina e heparina tratariam síndrome coronariana, que não é o caso. E iniciar betabloqueador e antagonista da aldosterona no paciente ainda congesto e sem eco é passo prematuro. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Homem de 60 anos, admitido na sala de emergência com dor precordial intensa há uma hora. AP: HAS e tabagismo. Realizou eletrocardiograma, conforme a figura a seguir: (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) A conduta mais adequada é administrar AAS e

- A. clopidogrel, enoxaparina e aguardar os marcadores de necrose miocárdica para definir a necessidade de intervenção.
- B. clopidogrel e realizar trombólise com tenecteplase se não houver contraindicação.
- C. ticagrelor e encaminhar imediatamente para angioplastia primária. ✓**
- D. não realizar pré-tratamento com outro antitrombótico ou antiplaquetário e encaminhar para angioplastia primária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial intensa há uma hora com supradesnívelamento do segmento ST configura infarto com supra (IAMCSST): o relógio manda. Com angioplastia primária disponível em tempo hábil, ela é a reperusão de escolha, e o paciente recebe AAS associado a um inibidor de P2Y12 potente (ticagrelor ou prasugrel). Aguardar marcadores de necrose para decidir é erro grave, pois o diagnóstico é eletrocardiográfico; a trombólise fica reservada a serviços sem hemodinâmica ou com transporte prolongado. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Homem de 56 anos, com angina desencadeada por esforços intensos em evolução há 12 meses, sem piora funcional recente. AP: HAS, obesidade, em uso contínuo de atorvastatina 20 mg/dia, ramipril 5 mg/dia, carvedilol 6,25 mg 12/12h e AAS 100 mg/ dia. Ao exame físico: PA 142 x 94 mmHg; FC 82 bpm. Cateterismo cardíaco: obstruções de 80% em terço médio da artéria coronária direita e terço proximal da artéria circunflexa. Ecocardiograma: função sistólica do VE preservada, sem alterações da contratilidade segmentar em repouso. Cintilografia miocárdica: hipoperfusão transitória (isquêmica) no segmento médio apical da parede lateral do VE, com área de miocárdio em risco estimado em 7,5%. A conduta terapêutica mais adequada é

A. cirurgia de revascularização miocárdica.

B. otimizar o tratamento farmacológico. ✓

C. angioplastia de artéria circunflexa (Cx) com stent farmacológico.

D. angioplastia de artérias Cx e coronária direita com stents farmacológicos. 14 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Angina estável há 12 meses, sem piora recente, com função ventricular preservada e isquemia de apenas 7,5% do miocárdio (pequena, abaixo dos 10%): esse é exatamente o cenário do estudo ISCHEMIA, no qual a revascularização não reduz eventos duros em relação ao tratamento clínico otimizado. E o paciente sequer está otimizado — PA de 142x94 e uso de estatina em dose submáxima. Angioplastia ou cirurgia ficam reservadas a lesão de tronco, doença triarterial com disfunção ventricular, isquemia extensa ou sintomas refratários.

Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Homem de 67 anos procura o pronto-socorro por hematêmese, a qual recorre 2 vezes durante atendimento inicial. AP: cirrose por álcool. Ao exame físico: consciente, pálido, um pouco con- fusos e com ascite moderada. PA 80 x 55 mmHg, FC 115 bpm. Exames: Hb 7,6 g/dL, plaquetas 77 000/mm³ e RNI 1,4. Recebe por via intravenosa soro fisiológico, antibiótico e octreotida. Neste momento, deve-se

A. transfundir concentrados de hemácias e solicitar endos- copia imediata.

B. transfundir plasma fresco e solicitar endoscopia imediata.

C. prescrever ácido tranexâmico e transfundir plaquetas.

D. continuar apenas com as medidas já realizadas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva alta varicosa: o paciente já recebeu o pacote correto — volume, antibiótico profilático (reduz mortalidade no cirrótico) e octreotida. A estratégia transfusional é restritiva, com gatilho de hemoglobina em torno de 7 g/dL; transfundir com 7,6 aumenta a pressão portal e o risco de ressangramento. Plasma fresco não corrige a coagulopatia do cirrótico (o RNI não reflete o risco real de sangramento), plaquetas de 77 000 não exigem reposição e o ácido tranexâmico foi abandonado nesse cenário. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Mulher de 40 anos tem diarreia episódica há 8 meses, com aumento do número de evacuações de 1 vez ao dia para 4 a 6 vezes ao dia, fezes pastosas a líquidas, sem produtos patológicos, alternando com períodos sem diarreia. Refere ainda dor abdominal de leve intensidade, que melhora com a evacuação, e estufamento abdominal. Nega perda de peso. O diagnóstico mais provável e o exame indicado para abor- dagem inicial são, respectivamente:

A. câncer colorretal; colonoscopia.

B. doença celíaca; endoscopia com biópsia de segunda porção de duodeno.

C. síndrome do intestino irritável; calprotectina fecal. ✓

D. doença inflamatória intestinal; cápsula endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal que melhora com a evacuação, alteração da frequência das evacuações, distensão e ausência de sinais de alarme (sem perda de peso, sem sangue, sem anemia) preenchem os critérios de Roma IV para síndrome do intestino irritável. Como o diagnóstico é clínico, a abordagem inicial se limita a afastar o principal mimetizador — a doença inflamatória intestinal —, e a calprotectina fecal é justamente o marcador não invasivo de inflamação da mucosa. Colonoscopia, cápsula e biópsia duodenal ficam para quem tem alarme ou sorologia sugestiva. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Mulher de 62 anos, com cansaço e inapetência há 6 meses associado à dor lombar. Há 1 mês, iniciou quadro de edema em membros inferiores. AP: HAS controlada e dislipidemia. Ao exame físico: sinais vitais estáveis, mucosas descoradas e edema 1+/4+ em membros inferiores bilateralmente. Exames complementares: Hb 10,5 g/dL; Ht 34%; VCM 102 fL; HCM 31 pg; plaquetas 310 000/mm³; glóbulos brancos 5 200/mm³ (neutrófilos 3 200/mm³; linfócitos 1 200/mm³; monócitos 800/mm³); Cr 2,1 mg/dL; Ur 88 mg/dL; TGO e TGP normais; proteínas totais 9,8 g/dL; albumina 3,4 g/dL. É correto afirmar que

A. a principal hipótese diagnóstica é anemia secundária à doença renal crônica por nefroesclerose hipertensiva.

B. é necessária a realização de mielograma, que confirma o diagnóstico de mieloma múltiplo caso apresente mais de 10% de plasmócitos clonais. ✓

C. é necessária a coleta de eletroforese de proteínas séricas e urinárias, visto que a presença de pico monoclonal faz parte dos critérios diagnósticos de mieloma múltiplo.

D. não é necessária nenhuma investigação adicional, pois trata-se de anemia de doença crônica, manter apenas acompanhamento clínico. 15 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 62 anos com anemia, dor lombar, insuficiência renal e, sobretudo, hiato entre proteínas totais de 9,8 g/dL e albumina de 3,4 g/dL (gap de globulinas): o quadro grita mieloma múltiplo. Pelos critérios do IMWG, o diagnóstico exige plasmocitose clonal medular igual ou superior a 10% (ou plasmocitoma comprovado) somada a um evento definidor — daí a necessidade do mielograma. O pico monoclonal na eletroforese apoia fortemente, mas não é, por si, critério diagnóstico. E chamar isso de anemia de doença crônica sem investigar é omissão. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Mulher de 58 anos com pancitopenia. AP: febre reumática na infância; hipotireoidismo e vitiligo em tratamento. Ao exame físico: sinais vitais estáveis; glossite; sopro pansistólico; sem linfonodomegalias ou visceromegalias. Exames laboratoriais: GV 1,9 milhões/mm³; Hb 6,0 g/dL; Ht 18%; VCM 107 fL; HCM 35 pg; RDW 22%; plaquetas 56 000/mm³; GB 3 200/mm³ (neutrófilos 1 100/mm³; linfócitos 1 900/mm³; monócitos 200/mm³); reticulócitos 0,4%; DHL 5 300 UI/L; BT 3,0 mg/dL (BI 2,0 mg/dL; BD 1,0 mg/dL); teste de Coombs direto negativo. Trata-se de uma anemia

A. hemolítica; evidenciada pelas provas de hemólise positivas, sendo que o teste de Coombs negativo não descarta nem hemólise intravascular, nem extravascular.

B. hemolítica autoimune; a reticulopenia é consequência da resposta medular à destruição periférica das hemácias mediada por anticorpos.

C. perniciosa; sendo necessária presença de anticorpo anti- fator intrínseco e gastrite atrófica na endoscopia digestiva alta para confirmação diagnóstica. ✓

D. hemolítica autoimune; sendo que o lúpus eritematoso sistêmico deve ser considerado como principal hipótese diagnóstica a ser investigada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancitopenia com VCM de 107, RDW alto, glossite, DHL exuberante (5 300) e bilirrubina indireta elevada, mas com reticulócitos de apenas 0,4% e Coombs direto negativo: a hemólise é intramedular (eritropoese ineficaz), típica da deficiência de vitamina B12. O terreno autoimune (vitiligo e hipotireoidismo) aponta para anemia perniciosa, confirmada por anticorpo antifator intrínseco e gastrite atrófica corpo-fúndica à endoscopia. Hemólise periférica cursaria com reticulocitose, o que exclui as alternativas que a defendem. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Mulher de 56 anos apresenta dor na coluna lombar irradia- da para membro inferior direito, iniciada há várias sema- nas, intensidade 6/10, com piora à mobilização do membro, acompanhada de sensação de choques no pé ipsilateral e às vezes formigamentos nos dedos do pé. AP: carcinoma de mama com metástases ósseas disseminadas, em tratamento com hormonioterapia paliativa e radioterapia prévia em colu- na (L3-L4-L5) há 1 ano. Ao exame físico: discreta alteração de sensibilidade do membro inferior direito, sem déficit motor. O diagnóstico etiológico da dor e a estratégia para o controle dos sintomas são, respectivamente:

A. neuropática secundária à radiculopatia compressiva me- tastática na coluna lombar; iniciar antidepressivo tricíclico ou anticonvulsivante, associado ou não a opioide. ✓

B. óssea relacionada ao comprometimento metastático da coluna lombar; iniciar opioide associado a anti-inflamató- rio não esteroidal.

C. óssea desencadeada pela radioterapia prévia em coluna; iniciar opioide associado a corticoide oral.

D. neuropática devido à compressão do plexo celíaco; ini- ciar opioide associado a analgésico simples.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em membro inferior com sensação de choque, formigamento nos dedos e alteração de sensibilidade, em paciente com metástases ósseas vertebrais, tem componente neuropático por radiculopatia compressiva — não é dor óssea nociceptiva pura. O tratamento de dor neuropática usa adjuvantes: antidepressivo tricíclico (ou dual) ou anticonvulsivante (gabapentinoide), com ou sem opioide associado. Anti-inflamatório e opioide isolados respondem mal a esse mecanismo, e o plexo celíaco é abdominal, sem qualquer relação com dor radicular no pé. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Homem de 50 anos relata cólicas abdominais há 3 meses, com piora progressiva da frequência e intensidade, acompa- nhadas de alternância de hábito intestinal. Nega exteriorização de sangramentos, perda de peso ou outras queixas. AP: taba- gismo. Ao exame físico: altura 1,72 m, peso 110 kg; PA 140 x 80 mmHg, FC 88 bpm. Exames: Hb 10,5 g/dL; VCM 77 fL. A hipótese diagnóstica e a conduta são, correta e respecti- vamente:

A. doença de Crohn; solicitar colonoscopia.

B. câncer colorretal; solicitar colonoscopia. ✓

C. parasitose intestinal; prescrever anti-helmínticos.

D. síndrome do cólon irritável; orientação dietética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 50 anos com alteração do hábito intestinal por três meses, cólicas progressivas e — o dado decisivo — anemia microcítica (Hb 10,5, VCM 77): sangramento oculto crônico. Em paciente na faixa de rastreamento, isso é câncer colorretal até prova em contrário, e a colonoscopia é obrigatória, pois diagnostica e biopsia. Doença de Crohn é possível, mas menos provável nessa idade e sem sintomas inflamatórios; parasitose e síndrome do intestino irritável não explicam anemia ferropriva — a presença de sinal de alarme proíbe o rótulo funcional. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Homem de 26 anos apresenta chiado no peito e tosse seca 1 a 2 vezes ao mês há cerca de 4 meses, relacionado com mudança climática ou exposição a odor muito intensa. Os sintomas duram algumas horas. Há 2 meses iniciou o uso de salbutamol spray 2 puffs durante as crises, com rápido alívio dos sintomas. Refere que usou no máximo 2 vezes ao mês, nega despertar noturno por sintoma de asma ou limitação de atividades. Nega crises e não precisou procurar atendimento de urgência. AP: asma na infância, permanecendo vários anos assintomático. A conduta deve ser:

- A. fazer uso diário e regular de formoterol 12 mcg/budesonida 400 mcg, a cada 12/12h.
- B. manter o uso de salbutamol 2 puffs, se necessário, e verificar se a técnica de uso está correta.
- C. recomendar que não use qualquer medicação inalatória até que faça uma espirometria pré e pós-broncodilatador.
- D. fazer uso de corticoide inalatório associado ao salbutamol spray toda vez que necessitar de medicação de resgate. 16 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas uma a duas vezes ao mês, sem despertar noturno e sem limitação: asma leve. O ponto que a questão cobra é a virada do GINA — o beta-2 de curta ação isolado foi abolido como tratamento de resgate, porque trata o broncoespasmo mas deixa a inflamação correr, com risco de exacerbação grave. Mesmo na etapa 1 o paciente deve receber corticoide inalatório sempre que usar a medicação de alívio. Manter apenas salbutamol é a conduta antiga; dose fixa dupla é excessiva; e suspender toda medicação até espirometria deixa o paciente desprotegido. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Mulher de 26 anos iniciou artralgia no punho direito há 6 meses, com piora em repouso, melhora ao movimento, e rigidez matinal de 2 horas, associado a aumento de volume e rubor local. Há 3 meses, passou a apresentar também sintomas no punho contralateral e, subsequentemente, cotovelos, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais bilaterais. AP: tabagista ativa. Ao exame físico: artrite de mãos, punhos e cotovelos. Exames: FAN não reagente; hemograma normal; PCR 1,8 mg/dL (VR <0,5 mg/dL). O padrão clínico de reconhecimento, a principal hipótese diagnóstica e os exames complementares são, respectivamente:

- A. oligoartrite simétrica crônica aditiva de pequenas e grandes articulações; sarcoidose sistêmica; TC de tórax de alta resolução, cálcio sérico e urinário, enzima conversora de angiotensina.
- B. poliartrite simétrica crônica aditiva de pequenas e grandes articulações; artrite reumatoide; látex (fator reumatoide) e anti-CCP. ✓**
- C. poliartrite assimétrica crônica aditiva de pequenas e grandes articulações; lúpus eritematoso sistêmico; anti-dsDNA, anti-SM, urina I, complementos e proteinúria de 24h.
- D. oligoartrite assimétrica aguda aditiva de pequenas articulações; artrite reativa; sorologia de clamídia e urina I.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite (mais de quatro articulações), simétrica, aditiva, crônica (mais de 6 semanas), acometendo pequenas e grandes articulações, com rigidez matinal de 2 horas e melhora ao movimento: é o padrão inflamatório da artrite reumatoide, reforçado pelo tabagismo (fator de risco maior) e pela PCR elevada com FAN negativo. Os exames que confirmam e dão prognóstico são fator reumatoide e anti-CCP (este mais específico). Lúpus daria padrão assimétrico e FAN reagente; artrite reativa é oligoarticular, assimétrica e de grandes articulações. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Homem de 34 anos, sem comorbidades prévias, está no 6o dia de pós-operatório de apendicectomia, recebendo ampicilina, com melhora do quadro abdominal. Ao exame físico: estável hemodinamicamente, hidratado, diurese de 1 750 mL nas últimas 24 horas. Exames: Cr 1,6 mg/dL (à admissão: Cr 0,8 mg/dL); Ur 42 mg/dL, K 3,3 mEq/L. O diagnóstico é injúria renal aguda

- A. KDIGO 2 de etiologia nefrotóxica (renal). ✓**
- B. KDIGO 2 transitória funcional (pré-renal).
- C. KDIGO 1 de etiologia isquêmica (desidratação e infecção).
- D. KDIGO 1 de etiologia renal (infecciosa).

COMENTÁRIO OSCELABS

Creatinina que sobe de 0,8 para 1,6 mg/dL representa aumento de 2 vezes o basal, o que classifica a lesão renal aguda como KDIGO estágio 2 (2,0 a 2,9 vezes). O paciente está estável, hidratado e com diurese de 1 750 mL — ou seja, não é pré-renal, que cursaria com oligúria e resposta a volume. A causa está na prescrição: ampicilina é aminoglicosídeo, nefrotóxico clássico por necrose tubular aguda, com perda urinária de potássio (K de 3,3) e diurese preservada. Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Mulher de 29 anos apresenta duas crises tônico-clônicas generalizadas consecutivas, encontrando-se em período pós-ictal. AP: epilepsia. Gasometria arterial: pH 7,14, pCO₂ 50 mmHg, K 3,5 mEq/L, Na 141 mEq/L, cloro 98 mEq/L, bicarbonato 14 mEq/L. Os distúrbios acidobásicos apresentados são

- A. acidose metabólica associada à hiperventilação pulmonar.
- B. acidose respiratória associada à acidose tubular renal.
- C. acidose respiratória e acidose metabólica com ânion-gap normal.
- D. acidose respiratória e acidose metabólica com ânion-gap elevado. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Gasometria com pH 7,14 tem dois distúrbios somados. A pCO₂ de 50 mmHg está elevada (deveria estar baixa para compensar) — acidose respiratória, esperada no período pós-ictal por hipoventilação. O bicarbonato de 14 mEq/L indica acidose metabólica, e o ânion-gap calculado (141 - 98 - 14) é de 29 mEq/L, francamente elevado, pela acidose lática gerada pela atividade muscular intensa das crises. Não há hiperventilação, e ânion-gap normal só ocorreria em perdas de bicarbonato ou acidose tubular. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Homem de 60 anos, em consulta ambulatorial, assintomático. AP: HAS, DM2, retinopatia diabética proliferativa em ambos os olhos, neuropatia periférica, DAC. Ao exame físico: IMC 26 kg/m², normotenso. Exames laboratoriais: Cr 2,5 mg/dL (CKD-EPI 29 mL/min/1,73 m²); Ur 100 mg/dL; albuminúria 210 mg/24h; PTH 220 pg/mL; cálcio iônico 1,1 mmol/L; fósforo 4,5 mg/dL; vitamina D 12 ng/mL; Hb 11,5 g/dL; K 5,0 mEq/L; Na 140 mEq/L; bicarbonato 18 mEq/L. O estágio da doença renal crônica, sua etiologia provável e as complicações associadas são, respectivamente:

- A. G3bA2; doença renal do diabetes; hiperparatireoidismo secundário a DRC, anemia da doença crônica e acidose metabólica.
- B. G4A3; nefroesclerose hipertensiva; hiperparatireoidismo primário, anemia por deficiência de eritropoietina e acidose metabólica.
- C. G4A2; doença renal do diabetes; hiperparatireoidismo secundário à deficiência de vitamina D, anemia e acidose metabólica. ✓**
- D. G3bA3; nefroesclerose hipertensiva; hiperparatireoidismo secundário à deficiência de vitamina D, anemia e acidose metabólica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação KDIGO cruza filtração e albuminúria: TFG de 29 mL/min cai na faixa G4 (15 a 29), e albuminúria de 210 mg/24h fica entre 30 e 300, ou seja, A2. A etiologia é a doença renal do diabetes — retinopatia diabética proliferativa é o marcador que torna a nefropatia diabética muito provável. As complicações estão todas documentadas: hiperparatireoidismo secundário (PTH 220 com vitamina D de 12), anemia (Hb 11,5) e acidose metabólica (bicarbonato 18). Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Homem de 45 anos, com cefaleia intermitente há 3 meses, realizou algumas medidas residenciais corretas e aleatórias de pressão arterial com aparelho semiautomático com valores acima de 140 x 90 mmHg. AP: sem comorbidades. Ao exame físico: PA 118 x 78 mmHg; IMC 27 kg/m²; sem outras alterações. Exame complementar: MAPA demonstrando médias de PA em 24h de 138 x 88 mmHg. O diagnóstico é de hipertensão

- A. mascarada. ✓**
- B. resistente.
- C. subclínica.
- D. do avental branco.

COMENTÁRIO OSCELABS

A definição é literal: pressão de consultório normal (118x78) com medidas fora do consultório elevadas — MAPA de 24 horas com média de 138x88, acima do limite de 130x80 — caracteriza hipertensão mascarada, condição de risco cardiovascular comparável ao da hipertensão sustentada e que só é detectada porque alguém pediu a monitorização. O avental branco é o espelho (consultório alto, MAPA normal); resistente exige PA não controlada com três fármacos, incluindo diurético; e 'subclínica' não é categoria diagnóstica de hipertensão. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Paciente de 55 anos refere dor significativa com início há 6 meses acometendo os pés e, há 2 meses, com acometimento das mãos. A dor é em queimação com diminuição concomitante de sensibilidade local, apesar da presença de alodinia. AP: diabetes melito tipo 1 há 45 anos. A conduta medicamentosa inicial é

- A. anti-inflamatórios não esteroides e antidepressivos seletivo para serotonina.

B. gabapentinoides e antidepressivos seletivo para serotonina.

C. anti-inflamatórios não esteroides e canabinoides.

D. gabapentinoides e antidepressivo duais. 17 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em queimação distal, em bota e luva, com hipoestesia associada a alodinia, em diabético de longa data: polineuropatia diabética dolorosa, que é dor neuropática. As drogas de primeira linha são os gabapentinoides (pregabalina, gabapentina) e os antidepressivos duais, inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (duloxetina, venlafaxina) — o componente noradrenérgico é essencial para a analgesia descendente. Inibidores seletivos de serotonina têm eficácia fraca nesse cenário, e anti-inflamatórios simplesmente não tratam dor neuropática. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Homem de 63 anos iniciou quadro de exantema (vide imagem) há 18 dias, edema de face, febre entre 38-39,5 °C, linfadenopatia inguinal e sinal de Nikolsky negativo. AP: etiologia, cirrose hepática alcoólica, varizes esofágicas, epilepsia pós-traumática e peritonite bacteriana espontânea tratada. Medicamentos em uso há 35 dias: fenitoína, norfloxacin, propranolol, ornitina, tiamina, omeprazol, lactulose e ácido fólico. Aos exames laboratoriais: Hb 14,5 g/dL, Ht 44,3%, leucócitos 8 100/mm³, eosinófilos 1 500/mm³, TGO 122 U/L, TGP 48 U/L, PCR 7,10 mg/dL. (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) O diagnóstico e a conduta inicial são, respectivamente:

A. síndrome DRESS; suspender fenitoína e norfloxacin e introduzir corticoterapia sistêmica. ✓

B. quadro cutâneo de origem infecciosa bacteriana; escalar antibioticoterapia sistêmica.

C. necrólise epidérmica tóxica; suspender todas as medicações em uso, exceto da fenitoína.

D. síndrome de Steven-Johnson; alterar antibioticoterapia e prescrever corticoterapia sistêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exantema extenso com edema de face, febre alta, linfadenopatia, eosinofilia de 1 500 e alteração hepática, iniciados cerca de 5 semanas após introdução de fenitoína, compõem a síndrome DRESS (reação a droga com eosinofilia e sintomas sistêmicos) — a latência longa é a assinatura. O Nikolsky negativo e a ausência de descolamento afastam Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica. O tratamento é suspender imediatamente os fármacos suspeitos (anticonvulsivante e antibiótico) e iniciar corticoterapia sistêmica, com desmame lento pelo risco de recidiva. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Homem de 67 anos, internado devido à pneumonia, apresenta há dois dias inquietação, choro fácil, desorientação têmporo-espacial, dificuldade de manter a atenção, falhas de memória e inversão do ciclo sono-vigília. Refere que foi trazido para este lugar sem que sua família soubesse e vão usá-lo como cobaia em um novo tratamento para covid-19. Pede ajuda ao pessoal da limpeza, para fugir ou chamar a polícia. Em alguns momentos, reconhece que está no hospital para tratamento e diz estar triste, sentindo-se sozinho e com saudade da família. É correto afirmar que o diagnóstico é

A. transtorno depressivo maior, com sintomas psicóticos associados.

B. transtorno delirante.

C. delirium. ✓

D. transtorno neurocognitivo com sintomas psicóticos associados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso internado por pneumonia que, em dois dias, desenvolve desatenção, desorientação, flutuação do quadro (em alguns momentos reconhece onde está), inversão do ciclo sono-vigília e delírios não sistematizados: essa combinação de início agudo com curso flutuante e alteração da atenção define delirium, quase sempre desencadeado por causa orgânica — aqui, a infecção. Transtorno delirante tem delírio estruturado sem rebaixamento cognitivo; depressão e demência não se instalam em 48 horas nem flutuam desse modo. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Homem de 48 anos apresenta há 4 semanas edema bilateral vespertino diário nos tornozelos ou após ortostase no trabalho, associado a desconforto nos pés. AP: HAS há 2 meses, em uso de enalapril 10 mg 12/12h e anlodipino 5 mg/dia. Ao exame físico: PA 140 x 85 mmHg bilateralmente; edema indolor 1+/4+ nos tornozelos. Exames: Cr 1,2 mg/dL (prévio 1,0 mg/dL), K 4,5 mEq/L, índice albuminúria/creatinina urinária 18 mg/g. O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica são, respectivamente:

- A. edema relacionado ao anlodipino; substituí-lo por diurético tiazídico. ✓**
- B. insuficiência cardíaca de etiologia hipertensiva; iniciar furosemida e carvedilol.
- C. edema por injúria renal aguda KDIGO 1; trocar o enalapril por losartana.
- D. síndrome nefrótica; aumentar a dose do enalapril e adicionar espironolactona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema bilateral, vespertino, indolor, que piora com ortostase e apareceu depois do início de anlodipino: é o edema clássico dos bloqueadores de canal de cálcio di-hidropiridínicos, causado por vasodilatação arteriolar pré-capilar com aumento da pressão hidrostática — não é retenção de sódio, e por isso diurético em dose alta resolve mal; a solução é reduzir ou trocar o fármaco. Não há congestão pulmonar para insuficiência cardíaca, a creatinina praticamente não variou e a relação albuminúria/creatinina de 18 mg/g exclui síndrome nefrótica. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Homem de 20 anos colidiu sua moto em alta velocidade contra a lateral de um carro, sendo arremessado a 6 metros. Chegou em prancha rígida e colar cervical reclamando de falta de ar e muita dor na região tóraco-abdominal direita. Não se recorda do acidente e pergunta repetidamente onde está. Ao exame físico: SatO₂ 89% (ar ambiente), FC 130 bpm, desvio de traqueia para o lado esquerdo, MV abolido e hipertimpanismo à percussão do hemitórax direito, pulso filiforme e extremidades pálidas e frias. Assinale a alternativa correta.

- A. Sua via aérea está pérvia, não sendo necessária nenhuma conduta neste momento. A prioridade é a abordagem de possíveis lesões torácicas e abdominais.
- B. Paciente apresenta um pneumotórax à direita, se a radiografia de tórax confirmar o diagnóstico, está indicada drenagem torácica no 5o espaço intercostal.
- C. Paciente apresenta sinais de choque, com relação à etiologia, pode-se estar diante de um choque obstrutivo associado a um choque hipovolêmico. ✓**
- D. O escore na Escala de Coma de Glasgow é 15, não sendo necessária avaliação neurológica complementar. 18 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desvio de traqueia contralateral, murmúrio abolido com hipertimpanismo à direita, hipoxemia e hipotensão com pulso filiforme: é pneumotórax hipertensivo, que causa choque obstrutivo por queda do retorno venoso. Somado ao trauma de alta energia com provável hemorragia (extremidades frias, taquicardia), o choque é misto — obstrutivo e hipovolêmico. Esperar radiografia para drenar é erro: o diagnóstico é clínico e a descompressão é imediata. E o paciente não tem Glasgow 15, pois apresenta amnésia e confusão, exigindo avaliação neurológica. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Homem de 81 anos apresenta intensa dor abdominal. AP: fibrilação atrial em uso irregular de anticoagulante oral. Ao exame físico: posição antálgica, dor intensa à palpação superficial e profunda de todo o abdome, sem peritonismo. TC de abdome: obstrução na origem da artéria mesentérica superior e sinais de isquemia de alças, com pneumatose intestinal, sendo indicada laparotomia exploradora. Os prováveis segmentos intestinais acometidos são:

A. jejuno terminal e íleo.

B. jejuno, íleo, ceco, cólon ascendente e porção proximal do cólon transverso. ✓

C. íleo, ceco e cólon ascendente.

D. cólons transverso, descendente e sigmoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

A artéria mesentérica superior irriga do duodeno distal até cerca de dois terços proximais do cólon transverso, o que inclui todo o jejuno e íleo, ceco e cólon ascendente. Oclusão embólica na origem do vaso — cenário típico do idoso com fibrilação atrial mal anticoagulado — compromete, portanto, esse território inteiro. A alternativa que se restringe ao íleo e ao cólon direito subestima a extensão, e o cólon descendente e o sigmoide dependem da mesentérica inferior. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Mulher de 34 anos foi submetida a uma colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (vide imagem). (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) A alternativa que contém a relação correta entre o numeral e a estrutura anatômica correspondente é:

A. I - ducto hepático esquerdo; III - ducto colédoco; IV - vesícula biliar.

B. II - ducto hepático direito; V - ducto cístico; VIII - extravasamento de ar e contraste para o retroperitônio.

C. IV - ducto aberrante; VI - ducto colédoco; VII - ducto de Wirsung.

D. III - ducto hepático comum; VI - ducto colédoco; VIII - duodeno. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na colangiopancreatografia retrógrada endoscópica o contraste desenha a árvore biliar em sequência: os ductos hepáticos direito e esquerdo confluem no ducto hepático comum, que recebe o cístico (que leva à vesícula) e passa a se chamar colédoco até desembocar na papila duodenal, enquanto o ducto de Wirsung sai em trajeto transversal do pâncreas e o duodeno aparece contrastado ao redor do endoscópio. A única correspondência compatível com essa topografia é ducto hepático comum, colédoco e duodeno. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Homem de 22 anos apresenta dor epigástrica com irradiação para fossa ilíaca direita (FID), acompanhada de náuseas e inapetência. Ao exame físico: BEG, abdome globoso, doloroso à palpação de FID com sinais de irritação peritoneal. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, a profilaxia antibiótica deve ser

- A. iniciada 30 a 60 minutos antes da cirurgia. ✓**
- B. contraindicada se procedimento realizado por laparoscopia.
- C. realizada com cefazolina uma grama e mantida por sete dias.
- D. contraindicada, pois deve-se aguardar o achado intraoperatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é apendicite aguda com irritação peritoneal, e a questão cobra o princípio da antibioticoprofilaxia cirúrgica: a dose deve ser administrada de 30 a 60 minutos antes da incisão, para que a concentração tecidual esteja no pico no momento da contaminação. O acesso laparoscópico não dispensa a profilaxia; manter antibiótico por sete dias na apendicite não complicada é uso abusivo, que só seleciona resistência; e adiar a dose até o achado intraoperatório destrói justamente a janela de eficácia. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Um indivíduo será o instrumentador de uma herniorrafia inguinal direita. Considerando que o instrumentador está posicionado como na ilustração, a alternativa que correlaciona, respectivamente, o instrumento e a sua posição correta na mesa cirúrgica é: LADO DIREITO DA MESA A B C D MESA CIRÚRGICA LADO ESQUERDO DA MESA INSTRUMENTADOR I. Bisturi. II. Porta agulha. III. Kelly. IV. Allis.

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A montagem da mesa cirúrgica segue os tempos operatórios, de modo que o instrumentador entregue o material sem desviar o olhar do campo: instrumentos de direse (bisturi), de hemostasia (Kelly), de síntese (porta-agulha) e de preensão e exposição (Allis) ocupam quadrantes fixos e previsíveis, orientados pela posição do instrumentador em relação à mesa. A única sequência que mantém essa correspondência entre os quatro instrumentos e as posições indicadas na ilustração é a apresentada na alternativa. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Durante o fechamento da musculatura uterina, o cirurgião utilizou um fio de Poliglactina 910, calibre 0. Trata-se de um fio:

- A. sintético, inabsorvível e monofilamentar.
- B. orgânico, inabsorvível e multifilamentar.
- C. sintético, absorvível e multifilamentar. ✓**
- D. orgânico, absorvível e monofilamentar. 19 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliglactina 910 é o nome químico do Vicryl: um copolímero de ácido glicólico e láctico, portanto sintético, absorvível por hidrólise (com perda de resistência em cerca de 3 a 4 semanas e absorção completa em torno de 60 a 90 dias) e de estrutura multifilamentar trançada, o que lhe dá boa maleabilidade e segurança de nó. Fio orgânico absorvível seria o catagute; inabsorvível monofilamentar seria o náilon ou o polipropileno. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

O uso do dreno sentinela túbulo-laminar está indicado na

- A. mastectomia radical.
- B. herniorrafia inguinal.
- C. retossigmoidectomia abdominal. ✓**
- D. dermolipectomia abdominal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O dreno tubulo-laminar (tipo sentinela) é colocado para vigiar cavidades com risco de coleção ou de fístula, sinalizando precocemente uma deiscência antes que se instale peritonite — situação típica das anastomoses colorretais baixas, como na retossigmoidectomia abdominal. Na mastectomia radical o dreno indicado é aspirativo a vácuo, assim como na dermolipectomia, para colabar o espaço morto; e herniorrafia inguinal não complicada simplesmente não se drena. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Homem de 54 anos refere dois episódios autolimitados de hematúria macroscópica indolor, no último mês. Nega febre e outros sintomas miccionais. AP: HAS e tabagista. Ao exame físico: corado, PA 160 x 90 mmHg, FC 76 bpm. Ao exame digital retal da próstata: glândula de 30 g, simétrica, fibroelástica, indolor e sem nodulações. Assinale a alternativa correta.

- A. A investigação deve ser realizada com PSA, função renal, urina I, urocultura, TC de abdome e pelve com contraste endovenoso, incluindo fase excretora tardia e uretrocistoscopia. ✓**
- B. Paciente tem hematúria secundária à hiperplasia prostática benigna e deve ser tratado com inibidor da 5-alfa-redutase por via oral para controle dos episódios de hematúria.
- C. Deve-se descartar infecção de trato urinário e confirmar hematúria por exame de urina I antes de proceder a investigação adicional com US de rins, ureteres, bexiga e próstata.
- D. Deve-se informar o paciente de que a hematúria é um quadro benigno que não requer investigação adicional quando autolimitado, devendo-se investigar apenas os casos com retenção urinária por coágulos vesicais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematúria macroscópica indolor, em homem acima de 35 anos, tabagista, é sinônimo de investigação para neoplasia urotelial até que se prove o contrário — mesmo que os episódios sejam autolimitados, e ainda que haja próstata palpável normal. A propedêutica completa exige avaliação do trato superior por tomografia com contraste e fase excretora tardia (uro-TC) e do trato inferior por uretrocistoscopia, além de urina I, urocultura e função renal. Ultrassonografia isolada não exclui tumor plano de bexiga, e tranquilizar o paciente seria negligência. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Mulher de 32 anos queixa-se de dor intensa tipo cólica em flanco e fossa ilíaca esquerda, náuseas e vômitos, há três horas. Ao exame físico: punho percussão de loja renal esquerda dolorosa. Aos exames laboratoriais: hemograma normal, Cr 1,1 mg/dL e urina com hematúria microscópica. TC de abdome e pelve (sem contraste iodado endovenoso): agenesia renal direita, rim esquerdo com uretero-hidronefrose moderada até cálculo de 5 mm em ureter proximal. Após analgesia inicial, a paciente apresentou remissão completa da cólica. A conduta mais adequada deve ser:

A. desobstrução urinária de urgência com implante de cateter duplo J. ✓

B. litotripsia extracorpórea por ondas de choque.

C. terapia expulsiva com alfabloqueador e anti-inflamatório não-esteroidal.

D. terapia expulsiva com anti-inflamatório não-esteroidal, apenas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que muda tudo é a agenesia renal direita: a paciente tem rim único, e o cálculo de 5 mm no ureter proximal está obstruindo com uretero-hidronefrose moderada. Obstrução em rim único é urgência urológica, pois equivale a anúria funcional iminente e lesão renal — o alívio da dor após analgesia não significa desobstrução. A conduta é derivação imediata com cateter duplo J (ou nefrostomia). Terapia expulsiva medicamentosa e litotripsia pressupõem rim contralateral funcional e paciente sem risco. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito D

Homem de 62 anos refere há seis meses dificuldade progressiva para urinar, jato urinário fraco, episódios de esvaziamento vesical incompleto, hesitação inicial, esforço miccional esporádico e noctúria. Nega hematúria, retenção urinária, disúria e episódios de infecção do trato urinário. AP: HAS. Ao exame digital retal da próstata: glândula de 60 g, simétrica, fibroelástica, indolor e sem nódulações. Aos exames laboratoriais: urina normal, Cr 0,9 mg/dL, PSA 1,8 ng/mL. Diante da hipótese diagnóstica mais provável, a conduta é:

A. orientar somente mudança de hábitos, tais como diminuir ingestão de líquidos no período noturno, consumo de cafeína, estimulantes e álcool.

B. indicar tratamento cirúrgico endoscópico para desobstrução prostática, como, por exemplo, a ressecção transuretral da próstata.

C. realizar uretrocistoscopia e estudo urodinâmico para melhor caracterização da obstrução infravesical e da função detrusora.

D. orientar mudança de hábitos e prescrever alfabloqueador e inibidor de 5-alfa-redutase. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas do trato urinário inferior de padrão obstrutivo, próstata de 60 g ao toque, sem nódulos, com PSA de 1,8 ng/mL, urina normal e função renal preservada: hiperplasia prostática benigna sintomática, sem complicações. O tratamento combina medidas comportamentais com alfabloqueador (alívio rápido do componente dinâmico) e inibidor de 5-alfa-redutase, indicado justamente porque a próstata ultrapassa 40 g — reduz volume e o risco de retenção e cirurgia. Cirurgia é para refratários ou complicados; urodinâmica não é exame de rotina. Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Na valvulopatia mitral,

A. o aumento do átrio esquerdo na estenose pura é observado pela presença de trombos neste átrio ao raio X de tórax.

B. a história de febre reumática, endocardite e coronariopatia estão entre as causas frequentes de insuficiência pura. ✓

- C. geralmente observa-se bradicardia sinusal na estenose pura, sendo bem menos frequentes arritmias ventriculares e fibrilação atrial.
- D. o implante de prótese valvar biológica é reservado aos casos de insuficiência pura, já nos casos de estenose pura está indicada a plastia valvar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A insuficiência mitral tem etiologias variadas, e febre reumática, endocardite infecciosa (destruição valvar) e coronariopatia (disfunção ou rotura de músculo papilar) estão entre as mais frequentes. Na estenose mitral, o átrio esquerdo dilata e a arritmia esperada é a fibrilação atrial, não bradicardia sinusal — e trombo atrial não é visível em radiografia de tórax, mas em ecocardiograma transesofágico. Por fim, a plastia valvar é a preferência na insuficiência, ao passo que a estenose reumática costuma exigir valvoplastia por balão ou troca. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Menino de 3 anos apresenta queda do estado geral, febre e vários episódios de diarreia líquida e fétida, há um dia. Ao exame físico: desidratado 3+/4, descorado 3+/4, FC 140 bpm, abdome distendido, RHA aumentados e sem sinais de reatividade peritoneal. AP: doença de Hirschsprung, abaixamento de cólon com seis meses de idade. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. intussuscepção intestinal.
- B. apendicite aguda.
- C. suboclusão intestinal por bridas.

D. enterocolite associada à Doença de Hirschsprung. 20 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança operada de doença de Hirschsprung que abre quadro agudo de febre, diarreia líquida fétida e explosiva, distensão abdominal, desidratação grave e toxemia: é enterocolite associada à doença de Hirschsprung, a complicação mais temida (inclusive no pós-operatório tardio) e potencialmente fatal, tratada com descompressão retal, hidratação e antibiótico com cobertura anaeróbia. Intussuscepção e brida cursam com obstrução e parada de eliminação, não com diarreia profusa; apendicite não produz esse padrão diarreico. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Mulher de 40 anos apresenta nódulo em região central do pescoço, pouco acima da fúrcula esternal, há seis meses. Nega dor, disfagia, dispneia e rouquidão. AP: nega tabagismo, etilismo, história de câncer na família; rabdomiossarcoma em face na infância, com metástase linfonodal em região cervical, tratado com quimioterapia e radioterapia. Ao exame físico: nódulo de 2 cm, paratraqueal à direita, móvel à deglutição e indolor à palpação. Diante da hipótese de neoplasia maligna da tireoide, o subtipo mais provável e a melhor conduta são, respectivamente:

- A. medular; solicitar punção aspirativa por agulha fina (PAAF) guiada por US e, de acordo com o resultado, avaliar a indicação de tireoidectomia.
- B. medular; solicitar TSH e se nível abaixo do normal, solicitar US e, de acordo com as características do nódulo, avaliar a necessidade de PAAF.
- C. papilífero; solicitar TSH e se nível abaixo do normal, solicitar cintilografia da tireoide e, na presença de um nódulo quente, realizar PAAF guiada por US.

D. papilífero; solicitar TSH e se nível normal ou acima, solicitar US e, de acordo com as características do nódulo, avaliar a necessidade de PAAF. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O antecedente decisivo é a radioterapia cervical na infância, principal fator de risco ambiental para carcinoma papilífero da tireoide — o subtipo mais comum e o esperado nesse contexto. A investigação de nódulo tireoidiano começa sempre pelo TSH: se estiver normal ou elevado, segue-se ultrassonografia e, conforme as características de risco do nódulo, indica-se a punção aspirativa. Só quando o TSH está suprimido é que se faz cintilografia, e nódulo quente não se punciona por ser praticamente sempre benigno. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

A “queda de braço” é uma atividade esportiva que pode causar fratura do úmero por sua torção excessiva. O nervo que tem elevado risco de lesão devido à sua localização extremamente próxima ao úmero é o (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização)

- A. mediano.
- B. ulnar.
- C. radial. ✓**
- D. axilar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A queda de braço produz fratura espiralada do terço médio-distal da diáfise umeral pela torção, e o nervo que percorre o sulco espiral, colado ao osso nessa exata topografia, é o radial. A lesão gera a mão caída, com perda da extensão do punho e dos dedos e hipoestesia no dorso da mão. O nervo axilar se lesa nas fraturas do colo umeral e nas luxações do ombro; o ulnar, no epicôndilo medial; e o mediano, sobretudo em lesões supracondilíneas e no punho. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Homem de 75 anos apresenta febre e tosse com expectoração há cinco dias. Refere que nos últimos cinco meses tratou três pneumonias sempre na mesma localização, com uso de diversos antibióticos, e perdeu 7 Kg nesse período. AP: HAS e tabagista 80 anos-maço. TC de tórax: vide imagens. (Arquivo pessoal, imagens usadas com autorização) A melhor conduta deve ser:

- A. biópsia transtorácica. ✓**
- B. toracocentese diagnóstica.
- C. drenagem torácica.
- D. segmentectomia pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonias de repetição sempre na mesma localização, em tabagista de 80 anos-maço com perda de 7 kg, significam obstrução brônquica por neoplasia até prova em contrário — o pulmão que não drena infecta sempre no mesmo lugar. O que falta é diagnóstico histológico, e a biópsia transtorácica guiada por imagem é o método adequado para lesão periférica. Toracocentese e drenagem servem a derrame, que não é o achado descrito, e ressecção cirúrgica sem diagnóstico e sem estadiamento inverte a ordem da investigação. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Homem de 62 anos refere tosse, dor torácica à direita e disp- néia há 25 dias. AP: tabagista (20 anos-maço). Raio X de tó- rax: derrame pleural moderado à direita. Toracocentese diag- nóstica: líquido amarelo citrino, proteína 4,8 g/dL, DHL 950 UI/L, ADA 12 U/L, 25% de neutrófilos, 65% de linfócitos, 10% monócitos, citopatológico negativo. Aos exames laboratoriais séricos: proteína 4,6 g/dL, DHL 540 UI/L. A conduta correta deve ser:

A. pleurodese.

B. biópsia de pleura. ✓

C. drenagem pleural fechada.

D. ressonância nuclear magnética. 21 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aplicando os critérios de Light, o líquido é exsudato (relação de proteína 4,8/4,6 e de DHL 950/540, ambas bem acima dos cortes). Trata-se de exsudato linfocítico com ADA baixa (12 U/L), o que torna tuberculose improvável, e citologia negativa — lembrando que a citologia isolada tem sensibilidade em torno de 60% para neoplasia. Em tabagista com derrame exsudativo e citologia negativa, o próximo passo é obter tecido: biópsia pleural (por agulha ou, idealmente, toracoscopia). Pleurodese trata sintoma sem diagnóstico. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Mulher de 36 anos apresenta edema assimétrico em perna esquerda, acompanhado de dor em panturrilha. AP: neopla- sia cerebral em quimioterapia há dois meses. US vascular com Doppler de membro inferior esquerdo: TVP em veias poplítea, tíbiais posteriores e fibulares. Aos exames laborato- riais: plaquetas 32 000/mm³, Cr 2,3mg/dL e taxa de filtração glomerular estimada 27mL/min/1,73m². A conduta deve ser:

A. heparina não fracionada endovenosa.

B. filtro de veia cava inferior. ✓

C. rivaroxabana via oral.

D. enoxaparina subcutânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trombose venosa profunda em paciente oncológica, mas com dois impeditivos maiores à anticoagulação plena: plaquetas de 32 000/mm³ e clearance de 27 mL/min. Rivaroxabana e enoxaparina em dose plena são inseguras nessa combinação de plaquetopenia grave com insuficiência renal, e mesmo a heparina não fracionada carrega risco hemorrágico alto, ainda mais em portadora de neoplasia cerebral. Nessa situação de contraindicação à anticoagulação, o filtro de veia cava inferior é a medida indicada para prevenir embolia pulmonar. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Homem de 82 anos refere dor intensa em membro inferior direito (MID) de início há seis horas, associada à cianose, sem fatores de melhora. Nega claudicação prévia. AP: desco- nhece comorbidades. Ao exame físico: fácies de dor, ansioso, PA 160 x 100 mmHg, FC 120 bpm irregular, membro inferior esquerdo com boa perfusão e todos os pulsos palpáveis; MID pálido, gradiente térmico desde região proximal da perna, cianose não fixa de pododáctilos, diminuição da sensibili- de, motricidade prejudicada, pulso femoral palpável, demais não palpáveis, enchimento venoso lentificado. Aos exames laboratoriais: CPK 3 500 UI/L, Cr 1,2 mg/dL. ECG: ritmo de fibrilação atrial, sem isquemia aguda. O diagnóstico e a conduta são, correta e respectivamente:

A. oclusão arterial aguda; iniciar anticoagulação e observar se há melhora dos sintomas e queda nos níveis de CPK.

B. oclusão arterial aguda; reversão da fibrilação atrial, seguida de anticoagulação.

C. oclusão arterial aguda; tromboembolectomia a Fogarty de urgência. ✓

D. trombose venosa profunda; fibrinólise intra-trombo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor súbita, palidez, gradiente térmico, ausência de pulsos distais e — o que define a gravidade — perda de sensibilidade e de motricidade, em paciente com fibrilação atrial: é oclusão arterial aguda de origem embólica, classificada como Rutherford IIb (ameaça imediata). A CPK de 3 500 já sinaliza rabdomiólise por isquemia muscular. Nesse estágio a revascularização é imediata, com tromboembolectomia por cateter de Fogarty. Apenas anticoagular e observar leva à perda do membro; reverter a arritmia não desobstrui a artéria. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Homem de 35 anos, vítima de politrauma, é encaminhado ao centro cirúrgico para realização de procedimento sob anestesia geral. Não há informação sobre o jejum prévio do paciente. É correto afirmar que a intubação orotraqueal deve ser:

A. sequência rápida com manobra de Sellick. ✓

B. sequência rápida com manobra de BURP.

C. pós-indução anestésica e oxigenação sob máscara com pressão positiva.

D. pós-sedação leve e oxigenação sob máscara com pressão positiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de politrauma com jejum desconhecido é considerado estômago cheio, e o risco maior da indução é a broncoaspiração. A técnica indicada é a intubação em sequência rápida, com pré-oxigenação, hipnótico e bloqueador neuromuscular em sequência imediata, sem ventilação sob máscara com pressão positiva (que insufla o estômago), classicamente acompanhada da manobra de Sellick (pressão cricoide). A manobra de BURP é manipulação laríngea externa para melhorar a visualização das cordas, não profilaxia de aspiração. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Mulher de 65 anos apresenta hemiparesia e afasia progressivas há duas semanas. Há três dias evoluiu com cefaleia de forte intensidade, vômitos e alteração do nível de consciência. Ao exame físico: sonolenta, Escala de coma de Glasgow 13, afásica, hemiparesia incompleta desproporcionada de predomínio braquial à direita. TC de crânio: vide imagem a seguir. (Arquivo pessoal, imagem usada com autorização) Para melhora sintomática, deve-se prescrever:

A. manitol.

B. fenitoína.

C. acetazolamida.

D. bexametasona. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Déficit neurológico focal progressivo por semanas, seguido de cefaleia intensa, vômitos e rebaixamento da consciência, com lesão expansiva à tomografia: os sintomas vêm do edema vasogênico peritumoral e da hipertensão intracraniana. O corticoide (dexametasona ou equivalente) é a droga que estabiliza a barreira hematoencefálica e produz melhora sintomática em horas. Manitol é medida de resgate para herniação iminente, com efeito rebote; fenitoína só se houver crise; e acetazolamida se destina à hipertensão intracraniana idiopática. Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Um estudo com 10.149 participantes, realizado no Canadá, identificou que a apneia obstrutiva do sono é um fator de risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. A mediana do tempo de seguimento foi de 67 meses, as fontes de dados foram os prontuários dos participantes e o banco de dados de diabetes de Ontário. Grupos do estudo: 1. sem apneia obstrutiva do sono; 2. apneia obstrutiva do sono leve; 3. apneia obstrutiva do sono moderada; 4. apneia obstrutiva do sono grave. Os indivíduos que já apresentavam o desfecho em questão foram excluídos da pesquisa. O desenho do estudo foi

A. coorte. ✓

B. descritivo.

C. ecológico.

D. transversal. 22 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O desenho é definido por três marcas presentes no enunciado: os participantes foram agrupados pela exposição (graus de apneia obstrutiva do sono), foram acompanhados ao longo do tempo (mediana de 67 meses) e quem já tinha o desfecho foi excluído na linha de base — exatamente para garantir que a exposição precede o evento. Isso é estudo de coorte, o único observacional que permite calcular incidência e risco relativo. Transversal não tem seguimento, ecológico usa dados agregados e descritivo não testa associação. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito C

Assinale a alternativa correta quanto à ação de vigilância em saúde pública que pode ser considerada como uma estratégia de vigilância passiva.

A. Busca de casos do evento sujeito à vigilância em amostra preconcebida de um grupo populacional.

B. Contenção do evento sujeito à vigilância na população, incluindo barreiras e vacinação massiva.

C. Notificação obrigatória e periódica de casos do evento sujeito à vigilância por cada nível de saúde. ✓

D. Busca intencional de casos do evento sujeito à vigilância por parte da equipe de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vigilância passiva é aquela em que o sistema aguarda a informação chegar: os serviços de saúde notificam de forma obrigatória e periódica os casos dos agravos sob vigilância, alimentando o sistema a partir da rotina assistencial. Já a busca intencional de casos pela equipe (busca ativa) e a procura em amostras populacionais preconcebidas caracterizam vigilância ativa, mais sensível e mais cara. Contenção com barreiras e vacinação em massa não é vigilância, e sim medida de controle. Resposta C.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Um estudo teve como objetivo examinar o impacto da pandemia de covid-19 na prescrição de antibióticos. Foram utilizados dados nacionais de distribuição de antibióticos entre 2014 e 2020, estratificados por idade, sexo e especialidade do médico prescritor. Os resultados do estudo apontam que, ajustando para o efeito da sazonalidade, a taxa de distribuição de antibióticos no país em estudo diminuiu 26,5% durante os primeiros 8 meses da pandemia de covid-19 no país, em comparação com o período anterior à pandemia. O desenho de estudo foi

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A unidade de análise não é o indivíduo, e sim a população: o estudo usa dados nacionais agregados de distribuição de antibióticos, comparando taxas antes e durante a pandemia. Quando exposição e desfecho são medidos em grupos, e não em pessoas, o desenho é ecológico (aqui, na variante de série temporal) — com a limitação clássica da falácia ecológica, que impede inferência individual. Coorte exigiria seguimento de indivíduos, e transversal, medida individual em um momento único. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Ao comparar pacientes diagnosticados com paralisia de Bell com outros pacientes sem esse diagnóstico, entre 23 de fevereiro e 3 de maio de 2021, atendidos no mesmo hospital durante o mesmo período, observou-se a existência de uma associação positiva entre a vacinação com CoronaVac contra covid-19 e a ocorrência da paralisia de Bell. A medida de associação entre exposição e desfecho é

- A. risco relativo.
- B. razão de chances. ✓**
- C. razão de prevalências.
- D. risco atribuível.

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve seleção pelo desfecho: partiu-se de pacientes com paralisia de Bell e de controles atendidos no mesmo hospital e período, investigando retrospectivamente a exposição (vacinação). Esse é o desenho caso-controle, no qual não se conhece a população de origem e, portanto, não é possível calcular incidência ou prevalência — a medida de associação possível é a razão de chances (odds ratio). Risco relativo é medida de coorte, razão de prevalências de estudo transversal, e risco atribuível exige incidências. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

É correto afirmar que o coeficiente de natalidade de uma população é calculado pela fórmula:

- A. Nascidos vivos em determinada área e período X 1 000 População da mesma área, no meio período ✓**
- B. Total de nascimentos em determinada área e período X 1 000 População de mulheres da mesma área, no meio período
- C. Nascidos vivos em determinada área e período X 1 000 Mulheres de 15 a 49 anos da mesma área, no meio período
- D. Número de mulheres gestantes em determinada área e período X 1 000 População de mulheres da mesma área, no meio período

COMENTÁRIO OSCELABS

O coeficiente (ou taxa bruta) de natalidade mede quantos nascidos vivos ocorrem para cada mil habitantes: no numerador, nascidos vivos da área e do período; no denominador, a população total da mesma área estimada no meio do período, multiplicando-se por 1 000. A alternativa que usa mulheres de 15 a 49 anos no denominador descreve a taxa de fecundidade geral, e as demais criam indicadores inexistentes, ao misturar nascimentos totais ou número de gestantes com população feminina. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

A taxa ou coeficiente de mortalidade materna de uma localidade e período definidos é expressa por uma razão matemática em que o denominador é

A. o número de nascidos vivos. ✓

B. a população feminina de 10 a 49 anos de idade.

C. o número de nascimentos (nascidos vivos + perdas fetais).

D. a população feminina total. 23 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A razão de mortalidade materna usa no numerador os óbitos maternos (durante a gestação, o parto ou até 42 dias do puerpério, por causas ligadas ou agravadas pela gestação) e, no denominador, o número de nascidos vivos, geralmente por 100 000 nascidos vivos. Chama-se razão, e não taxa verdadeira, justamente porque o denominador é aproximação da população exposta. População feminina total ou de 10 a 49 anos e nascimentos totais incluindo perdas fetais não compõem esse indicador. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

A Curva de Nelson de Moraes representa graficamente a mortalidade proporcional por idade e expressa o nível de saúde de uma população. Assinale a alternativa que apresenta a correlação correta de cada curva ao nível de saúde: muito baixo, baixo, regular e elevado, conforme as figuras.

A. D, C, A e B.

B. D, B, A e C.

C. A, D, B e C. ✓

D. C, B, D e A.

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva de Nelson de Moraes correlaciona o perfil de mortalidade proporcional por idade ao nível de saúde: o tipo I, em forma de N invertido, com enorme peso de óbitos em menores de 1 ano, indica nível de saúde muito baixo; o tipo II, em forma de L, nível baixo; o tipo III, em forma de U, nível regular; e o tipo IV, em forma de J, com concentração dos óbitos nos idosos, nível elevado. A única sequência que respeita essa progressão do pior para o melhor nível é a apresentada. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

A Declaração de Óbito deve ser emitida na seguinte situação:

A. quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo. ✓

B. no óbito fetal, se a gestação teve duração igual ou superior a 16 semanas, ou o feto com peso igual ou superior a 400 gramas, ou estatura igual ou superior a 20 centímetros.

- C. quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, desde que a gestação tenha tido a duração de 20 semanas ou mais.
- D. quando o nascimento resultar de parto normal, independentemente da vitalidade do recém-nascido, desde que a gestação tenha tido a duração de 28 semanas ou mais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra é objetiva: todo nascido vivo que morre, ainda que sobreviva poucos minutos, gera duas declarações — a de nascido vivo e a de óbito —, independentemente da idade gestacional, do peso ou do tempo de vida. Já no óbito fetal, a declaração é obrigatória quando a gestação teve 20 semanas ou mais, ou o feto pesou 500 g ou mais, ou mediu 25 cm ou mais. As demais alternativas impõem limites de idade gestacional ao nascido vivo ou trocam os pontos de corte do natimorto. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Mulher de 38 anos, com 14 semanas de gestação, deu entrada em Pronto-Socorro. Acompanhantes relatam que ela estava no local de trabalho desossando uma peça de carne com uma faca pontiaguda quando o objeto ‘escapou’, penetrando a parede abdominal com violência. AP: HAS em tratamento. EF: estado grave, sinais de choque e ferimento perfurante sangrante, pouco abaixo da cicatriz umbilical. Foi submetida à laparotomia e constatada laceração na artéria mesentérica superior com abundante sangramento, vindo a óbito minutos depois. A alternativa com preenchimento correto da Declaração de Óbito é

- A. PARTE I a) Acidente de trabalho b) Ferimento perfurante de abdome c) Laceração da Artéria Mesentérica Superior d) ----- PARTE II Hipertensão Arterial

B. PARTE I a) Choque hemorrágico b) Laceração da Artéria Mesentérica Superior c) Ferimento perfurante por faca no abdome d) ----- PARTE II Gestação de 14 semanas Hipertensão Arterial ✓

- C. PARTE I a) Choque hemorrágico b) Laceração da Artéria Mesentérica Superior c) ----- d) ----- PARTE II Acidente de trabalho com faca

D. Como a paciente foi vítima de causa externa (acidente de trabalho com faca), a Declaração de Óbito deverá ser substituída por documento específico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML). 24 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Parte I da declaração de óbito é preenchida em cadeia, da causa terminal para a causa básica, de cima para baixo: choque hemorrágico (a), consequência da laceração da artéria mesentérica superior (b), consequência do ferimento perfurante por faca no abdome (c) — a causa básica é sempre a última linha preenchida, e nas mortes por causa externa é a própria lesão traumática. A Parte II reúne o que contribuiu sem entrar na cadeia: a gestação de 14 semanas e a hipertensão. A declaração de óbito é do médico, ainda que o caso seja de competência do IML. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Nos termos do “Capítulo III - Responsabilidade Profissional”, do Código de Ética Médica vigente, é vedado ao médico

A. deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. ✓

B. deixar de assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, exceto se solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal.

C. atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, mesmo que isso possa ser devidamente comprovado.

D. deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, exceto se respalda- do por decisão majoritária da categoria.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Código de Ética Médica veda ao médico deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente — a responsabilidade é pessoal e não se dilui na equipe. As demais alternativas deturpam o texto ao criar exceções que a norma não admite: não há consentimento que exima o médico de assumir seu ato, atribuir insucessos a terceiros é justamente o que se proíbe, e o dever de atendimento em urgência e emergência não cede a deliberação de categoria. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento e a internação domiciliares (Lei no 10.424, de 2002) deverão observar a seguinte diretriz:

- A. na modalidade “atendimentos domiciliares,” incluem-se exclusivamente os procedimentos de enfermagem e as- sistência social.
- B. só poderão ser realizados por indicação médica, com ex- pressa concordância do paciente e de sua família. ✓**
- C. serão realizados por equipes multidisciplinares que atua- rão exclusivamente nos níveis da medicina preventiva e reabilitadora.
- D. as internações domiciliares só poderão ser realizadas sob a supervisão técnica da Rede de Atenção às Urgên- cias e Emergências de referência.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei nº 10.424/2002, que inseriu o atendimento e a internação domiciliares no SUS, condiciona essa modalidade a dois requisitos: indicação médica e concordância expressa do paciente e de sua família — autonomia e corresponsabilidade do cuidado no domicílio. A norma abrange procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, não apenas enfermagem e serviço social, e as equipes multiprofissionais atuam também em caráter curativo e paliativo, sem subordinação à rede de urgência. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

A política nacional de Atenção Básica (AB) à Saúde, Portaria no 2.436/2017 do Ministério da Saúde, estabelece, dentre ou- tras, que a AB no âmbito do SUS

- A. será ofertada a todas as pessoas independentemente da diversidade de necessidades e demandas dos territórios.
- B. poderá excluir de suas ações segmentos sociais defini- dos por condicionantes, com base em restrições orça- mentárias e epidemiológicas.
- C. será a principal coadjuvante dos serviços de Pronto Aten- dimento que são a porta de entrada preferencial da RAS.
- D. será a ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/2017) define a atenção básica como porta de entrada preferencial e ordenadora das ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde, coordenando o cuidado e organizando os fluxos do usuário no sistema. É universal e deve reconhecer — e não ignorar — a diversidade de necessidades dos territórios, sendo vedada a exclusão de segmentos populacionais por restrição orçamentária. E ela não é coadjuvante do pronto atendimento; a lógica é exatamente a inversa. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Observe a figura a seguir: (Alves FTA, Prates EJS, Carneiro LHP, Sá ACMGN, Pena ED, Malta DC.

Mortalidade proporcional nos povos indígenas no Brasil nos anos 2000, 2010 e 2018. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 45, N. 130, P. 691-706, 07-09.2021) Sobre a figura, é correto afirmar que:

- A. o coeficiente de mortalidade por idade entre indígenas na faixa etária de 20 a 49 anos foi de 22,5% (2000), 18,6% (2010) e 19,6% (2018); e no restante da população brasileira de 21,1% (2000), 18,6% (2010) e 15,3% (2018), respectivamente.
- B. nos três anos analisados, a taxa de mortalidade infantil foi mais elevada entre povos indígenas, sendo 15,3% (2000), 17,7% (2010) e 16,2% (2018); enquanto a taxa de mortalidade infantil para o restante da população brasileira apresenta valores em queda com o passar dos anos, correspondendo a 7,2% (2000), 3,5% (2010) e 2,7% (2018), respectivamente.
- C. nos três anos estudados, na população indígena há piores indicadores de saúde em relação ao restante da população brasileira, tanto no que se refere à elevada proporção de mortalidade nos primeiros anos de vida quanto à expressiva proporção de mortes prematuras em adultos jovens, sendo que apenas a metade dos indígenas sobrevive aos 50 anos ou mais. ✓**
- D. a ausência de melhora na avaliação dos indicadores das condições de vida da população indígena no período analisado indica a persistência de problemas inadmissíveis e evitáveis, como elevada mortalidade em menores de 1 ano, mortes prematuras em adultos jovens e baixa proporção de óbitos em idosos. 25 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A figura mostra mortalidade proporcional (percentual de óbitos por faixa etária), e não coeficientes ou taxas — por isso as alternativas que chamam os valores de coeficiente de mortalidade por idade ou de taxa de mortalidade infantil erram na própria natureza do indicador. A leitura correta é que a população indígena manteve, nos três anos, perfil pior que o restante do país, com alta proporção de óbitos nos primeiros anos de vida e mortes prematuras em adultos jovens, sobrevivendo aos 50 anos ou mais apenas cerca de metade dos indígenas. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Sobre a taxa de mortalidade infantil, é correto afirmar:

- A. ela estima a probabilidade (risco) de morte de uma criança que nasceu viva não atingir seu primeiro ano de vida. ✓**
- B. para sua composição e cálculo, é necessário obter os dados da natimortalidade que fazem parte de seu numerador e seu denominador.
- C. um dos efeitos da queda da taxa de mortalidade infantil é a queda da expectativa de vida da população.
- D. ela compõe as três dimensões do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), agregando-se aos indicadores de educação e renda per capita.

COMENTÁRIO OSCELABS

A taxa de mortalidade infantil estima o risco de um nascido vivo morrer antes de completar 1 ano de vida: óbitos de menores de 1 ano sobre nascidos vivos, por mil. Natimortos não entram nem no numerador nem no denominador — eles compõem a mortalidade fetal e a perinatal. A queda da mortalidade infantil aumenta, e não reduz, a expectativa de vida da população. E o Índice de Desenvolvimento Humano se apoia em longevidade (expectativa de vida ao nascer), educação e renda, não na mortalidade infantil. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), é correto afirmar que

- A. o diabetes mellitus não é uma condição sensível à atenção primária, uma vez que a complexidade do cuidado dessa condição geralmente requer uma atenção médico-hospitalar.
- B. a Estratégia de Saúde da Família tem dado pouca contribuição para a redução das ICSAP no Brasil.
- C. as ICSAP não são um bom indicador epidemiológico para avaliar a qualidade da atenção prestada na atenção primária à saúde.

D. o maior acesso aos medicamentos e ao diagnóstico das condições crônicas na atenção primária à saúde pode reduzir as ICSAP. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As internações por condições sensíveis à atenção primária são justamente aquelas que uma atenção primária resolutive evitaria, e por isso funcionam como indicador indireto da qualidade e do acesso na APS. Diabetes mellitus e suas complicações estão na lista brasileira de ICSAP; a expansão da Estratégia Saúde da Família se associou a queda consistente dessas internações no país. Garantir acesso a medicamentos e a diagnóstico oportuno das condições crônicas é exatamente o mecanismo pelo qual as ICSAP diminuem. Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

A Vigilância Epidemiológica é o conjunto de ações que

- A. é capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
 - B. proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. ✓**
 - C. visa promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora e devem ser realizadas de forma contínua e sistemática.
 - D. proporciona o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. 26 FMHO2301 | 001-ÁreasBásicasAcessoDireto
- Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei nº 8.080/1990 define vigilância epidemiológica como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle. A alternativa que fala em eliminar riscos decorrentes do meio ambiente, da produção de bens e da prestação de serviços define vigilância sanitária; as outras descrevem vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Mulher de 38 anos apresenta tosse persistente há 2 meses. Raio X de tórax: sugestivo de processo infeccioso. AP: infecção pelo HIV há 3 anos. Biópsia da lesão pulmonar: processo inflamatório granulomatoso; método de Ziehl Neelsen: bacilos álcool-ácido resistentes. Os diagnósticos mais prováveis são

- A. sarcoidose e tuberculose.
- B. micobacteriose atípica e sarcoidose.
- C. tuberculose e micobacteriose atípica. ✓**
- D. aspergilose e tuberculose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Granuloma com bacilos álcool-ácido resistentes ao Ziehl-Neelsen prova a presença de micobactéria, mas não diz qual: a coloração não diferencia espécies. Em pessoa vivendo com HIV, tosse por 2 meses e imagem sugestiva, a hipótese principal é tuberculose, e o diferencial obrigatório é micobacteriose atípica (complexo *M. avium*, *M. kansasii*), que só a cultura com identificação ou o teste molecular resolve. Sarcoidose forma granuloma sem necrose e sem BAAR; aspergilose exigiria hifas, não bacilos. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Homem de 42 anos apresenta lesão no lábio superior há seis meses, conforme a imagem. AP: morador de zona rural, agricultor, tabagista de 8 cigarros de palha por dia e etilista de meia garrafa de aguardente diária. (Arquivo Disciplina de Dermatologia - FMB/UNESP) Sobre a hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

- A. no exame direto para a confirmação diagnóstica, visualiza-se estruturas arredondadas, de parede birrefringente e gemulação simples.
- B. a principal porta de entrada é traumática, sendo o tabagismo de cigarros de palha uma das formas mais comuns.
- C. é comum, na forma clínica, o comprometimento linfodistal, com aumento de volume local, calor, rubor e fistulização com secreção purulenta.
- D. é imperativa a realização de raio-X de tórax para avaliação de comprometimento pulmonar. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Agricultor, tabagista de cigarro de palha e etilista, com lesão crônica em lábio: o quadro sugere paracoccidioidomicose em sua forma tegumentar (estomatite moriforme), doença em que o acometimento pulmonar é a regra e frequentemente silencioso — por isso a radiografia de tórax é imperativa em todo caso confirmado, para estadiar e definir duração do tratamento. O exame direto do fungo mostra gemulação múltipla (aspecto de roda de leme), não simples; porta de entrada traumática com linfangite nodular supurativa descreve esporotricose. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Homem de 35 anos chega ao Pronto-Socorro 3 horas após picada de serpente não identificada. Apresenta ptose bilateral, dor muscular intensa e urina com coloração avermelhada. Há 2 orifícios puntiformes em sua perna esquerda e não há sinais inflamatórios ou dor local. O tipo de acidente ofídico mais provável é

- A. botrópico.
- B. elapídico.
- C. crotálico. ✓**
- D. laquético.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ptose palpebral bilateral (fácies miastênica), mialgia intensa e urina avermelhada por mioglobínúria, com ferida sem reação inflamatória local, formam a tríade neurotóxica, miotóxica e coagulante do acidente crotálico (cascavel), cuja principal complicação é a insuficiência renal aguda por rhabdomiólise — daí a hidratação vigorosa junto ao soro anticrotálico. O acidente botrópico cursa com dor, edema e equimose locais intensos; o elapídico dá bloqueio neuromuscular sem rhabdomiólise; e o laquético soma manifestações vagas à dor local. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Homem de 32 anos está agitado, falando sozinho e em voz alta, muito irritado e com medo de vizinhos, que estariam planejando um atentado contra ele em associação com mafiosos estrangeiros. AP: uso de cocaína desde os 17 anos intensificado há 1 ano (cerca de 12 g/dia). Há 3 dias, em função do medo intenso, interrompeu o uso da substância, ficando confinado ao domicílio até a vinda ao serviço de saúde. Ao exame físico: taquicardia, sudorese, PA 130 x 90 mmHg. Exames laboratoriais e ECG sem alterações. A hipótese diagnóstica e o cenário para tratamento longitudinal mais adequados são, respectivamente,

- A. transtorno por uso de cocaína, intoxicação aguda; internação em hospital geral.
- B. transtorno por uso de cocaína, dependência; comunidade terapêutica.
- C. esquizofrenia; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

D. transtorno por uso de cocaína, psicose induzida por cocaína; Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD). 27 FMHO2301 | 001-Áreas Básicas Acesso Direto Confidencial até o momento da aplicação. Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Usuário crônico e pesado de cocaína que, ao suspender a droga, mantém delírio persecutório estruturado, irritabilidade e agitação, com nível de consciência preservado e exames normais: é psicose induzida por cocaína, no contexto do transtorno por uso da substância. O cuidado longitudinal se faz em serviço de base comunitária especializado em álcool e outras drogas, o CAPS-AD. Esquizofrenia exigiria sintomas independentes do uso e prodromo próprio, e internação hospitalar ou comunidade terapêutica não são o cenário de acompanhamento continuado indicado. Resposta D.