



UNESP Botucatu — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

RN de 35 semanas recebeu reanimação neonatal em sala de parto com dois ciclos de ventilação pulmonar com pressão positiva. AP: pré-eclâmpsia materna, parto cesáreo. Exame físico aos 12 minutos de vida: desconforto respiratório com batimento de aleta nasal moderada, tiragem intercostal e subdiafragmática, murmúrio vesicular presente bilateralmente e gemência expiratória, SatO₂: 94%, FC: 140 bpm, FR: 60 irpm, Tax: 36,6 °C. A conduta inicial envolve

- A. oferta de oxigênio inalatório para obter Sato, acima de 95%.
- B. cateter nasal de oxigênio 1-2 L/min e início de antibióticos na primeira hora de vida.
- C. suporte respiratório com CPAP, com concentração de oxigênio a 21%. ✓**
- D. CPAP nasal com concentração de oxigênio a 30% e aumento da temperatura do berço de reanimação.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN pre-termo tardio com desconforto respiratório precoce (gemência, tiragem, batimento de aleta) e SatO₂ de 94% em ar ambiente: o suporte inicial e o CPAP nasal, que recruta e mantém a capacidade residual funcional e reduz a necessidade de ventilação mecânica e de surfactante. Como a saturação já está adequada para a transição, não se acrescenta oxigênio (FiO₂ 21%). Ofertar O₂ para saturar acima de 95% (A) expõe a hiperóxia; antibiótico na primeira hora (B) não se justifica sem fator de risco infeccioso; e a temperatura de 36,6 °C é normal, dispensando aquecimento adicional (D). Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

RN, com 10 dias de vida, apresenta pele e olhos amarelados. Recebe leite materno em livre demanda, e mãe relata que o RN mama pouca quantidade, acorda muitas vezes e parece estar sempre com fome. Ela diz que apresenta dor no mamilo ao amamentar. AP: nascido de 36 semanas, peso de 2800 g, tipagem sanguínea: mãe: A+ e RN: O+, 2 dias em alojamento conjunto. Exame físico: BEG, icterícia (++) até região umbilical. P: 2600 g. O diagnóstico e a conduta devem ser, respectivamente:

- A. icterícia do leite materno; manter o aleitamento materno e realizar banhos de sol 2x/dia em horários com baixa radiação ultravioleta.
- B. hiperbilirrubinemia relacionada à baixa ingestão; orientar a mãe quanto à técnica de amamentação e reavaliar o RN em retorno próximo. ✓**
- C. provável crise de hemólise por incompatibilidade sanguínea A-O; realizar fototerapia e acompanhar o nível da bilirrubina.
- D. icterícia do leite materno; suspender o aleitamento materno por 12 a 24 horas e reavaliar o paciente após esse período.

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia até a zona 2 no 10º dia, em RN que mama pouco, perdeu peso (2800 para 2600 g) e cuja mãe tem dor mamilar (pega inadequada): trata-se de hiperbilirrubinemia por baixa ingestão, em que a redução do aporte aumenta o ciclo entero-hepático da bilirrubina. A conduta é corrigir a técnica de amamentação e reavaliar precocemente. A icterícia do leite materno (A e D) é tardia, com bom ganho ponderal, e não se suspende a mamada; banho de sol não é tratamento. Incompatibilidade ABO exigiria mãe O (C). Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

RN de 33 semanas com peso de 1400 g, que nasceu assistido em maternidade de nível secundário, evolui com desconforto respiratório. Exame físico com 6 horas de vida: estável em CPAP nasal com 50% de oxigênio, SatO₂: 90%, T: 36 °C, HGT: 25 mg/dL. Em relação ao transporte desse RN, é correto afirmar:

- A. não há necessidade de transferência, pois o RN está estável.
- B. deve-se intubar o RN e transferi-lo para que receba surfactante em serviço terciário.**

C. deve-se calcular o risco de morte pelo escore Ca-TRIPS para decidir a necessidade de transferência.

D. deve-se transferir o RN após solicitação de vaga, consentimento materno e estabilização dele. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 33 semanas e 1400 g, em CPAP com 50% de oxigênio e hipoglicemia (HGT 25 mg/dL), nascido em serviço secundário: precisa de UTI neonatal terciária. O transporte só se faz após vaga garantida, comunicação e consentimento maternos e estabilização (glicemia, temperatura, via aérea e oxigenação) - transportar instável aumenta mortalidade. Ele não está estável (A); intubar apenas para transferir não é regra, o CPAP pode ser mantido (B); e o Ca-TRIPS e escore prognóstico do transporte, não critério de indicação (C). Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

RN de 39 semanas, com peso de nascimento de 3450 g, foi amamentado na primeira hora de vida. A prescrição de vitamina K injetável é indicada para prevenção da

A. forma clássica da doença hemorrágica do recém-nascido. ✓

B. plaquetopenia aloimune.

C. forma precoce da doença hemorrágica do recém-nascido.

D. forma tardia da doença hemorrágica do recém-nascido.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vitamina K intramuscular ao nascimento previne sobretudo a forma clássica da doença hemorrágica do recém-nascido, que ocorre entre o 2º e o 7º dia por baixa reserva hepática de fatores dependentes de vitamina K e pequeno aporte pelo leite materno. A forma precoce (nas primeiras 24 h) decorre do uso materno de anticonvulsivantes, rifampicina ou warfarina e exige profilaxia ainda na gestação (C); a forma tardia associa-se a colestase e má absorção (D). Plaquetopenia aloimune tem mecanismo imune, sem relação com vitamina K (B). Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Lactente de 6 meses está em aleitamento materno exclusivo (AME) e iniciará introdução da alimentação complementar. AP: pré-natal e parto sem intercorrências, nascido a termo com peso de 3020 g. Peso atual: 8900 g. A recomendação de suplementação de ferro é

A. desnecessária por não haver fatores de risco e pelo RN ter recebido AME.

B. de 1 mg/kg/dia de ferro elementar, via oral, longe da mamada, de agora até o 24º mês de idade. ✓

C. de 2 mg/kg/dia de sulfato ferroso, via oral, a qualquer horário do dia, de agora até o 24º mês de idade.

D. de 1 mg/kg/dia de ferro elementar, via oral, se o aleitamento materno for suspenso, até o 24º mês de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente a termo, com peso adequado e em aleitamento materno exclusivo: a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria é ferro profilático de 1 mg/kg/dia de ferro elementar a partir dos 6 meses (ou do início da alimentação complementar) até os 24 meses, por via oral e longe das mamadas, pois leite e cálcio competem com a absorção. O aleitamento exclusivo não dispensa a profilaxia (A), já que as reservas se esgotam por volta do 6º mês; 2 mg/kg/dia é dose de prematuros e baixo peso (C); e a profilaxia independe da manutenção da amamentação (D). Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Lactente de 20 dias de vida reside no Brasil e apresenta, no resultado do teste do pezinho, TSH de 15 mUI/L. AP: nascido a termo com peso de 3050 g, sem intercorrências, em aleitamento materno exclusivo. Sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e a conduta correta para o caso, é correto afirmar:

- A. o teste do pezinho, o da orelhinha, da linguinha e do coraçãozinho devem ser realizados por todas as crianças e estão disponíveis pelo SUS no Brasil; deve-se iniciar o tratamento com levotiroxina e coletar TSH e T4L de sangue periférico em 15 dias.
- B. o teste do pezinho disponível no SUS analisa, na maioria das cidades do Brasil, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e fibrose cística; deve-se investigar histórico do paciente, fazer exame físico e coletar TSH e T4L de sangue periférico. ✓**
- C. o teste do pezinho está sendo realizado pelo SUS, na maioria das cidades do país, assim como todos os exames, até a 5ª etapa (atrofia muscular espinhal); deve-se realizar exame físico e coletar exames complementares, incluindo a tireoglobulina.
- D. atualmente, o teste do pezinho realizado no Brasil, pelo SUS, na maioria das cidades do país, inclui o teste de triagem neonatal genética para doenças com tratamentos disponíveis; deve-se investigar histórico do paciente, fazer exame físico e coletar TSH e T4L de sangue periférico.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH discretamente elevado na triagem (15 mUI/L) não fecha diagnóstico: a conduta é investigar histórico, examinar a criança e confirmar com TSH e T4 livre em sangue periférico, iniciando levotiroxina apenas depois de confirmado o hipotireoidismo congênito - tratar antes (A) e medicar sem diagnóstico. O painel do teste do pezinho ofertado na maioria dos municípios cobre fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase e fibrose cística; a ampliação por etapas ainda não está implantada de forma universal (C e D). Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Menina de 1 ano e 3 meses e irmão de 4 anos estão com febre baixa (37,8 °C a 38,0 °C), que cede com dipirona, e sem apetite há dois dias. AP: crianças hípidas, sem internação prévia. AF: pai teve dengue há 15 dias. Teste rápido para dengue para ambas as crianças: positivo. Exame físico: prova do laço negativo em ambas, hidratadas, eupneicas, PA normal. A classificação e o tratamento da dengue, além do uso de dipirona ou paracetamol se houver febre e a não utilização de anti-inflamatórios, são:

- A. menina e irmão: grupo A; TRO em casa, orientar sinais de alerta para retorno em serviço de saúde se necessário, coletar hemograma e sorologia no sexto dia de doença, com reavaliação a seguir.
- B. menina: grupo B, irmão: grupo A; menina: coletar e verificar hematócrito, iniciar TRO supervisionada; se não estiver hemoconcentrado, orientar TRO; reavaliação em 24 h; irmão: realizar TRO em casa e orientar sinais de alerta para retorno, coletar hemograma e sorologia no sexto dia de doença; reavaliação em 72 h. ✓**
- C. menina: grupo B, irmão: grupo A; para ambos: coletar e verificar hematócrito; se estiver alterado, iniciar TRO no serviço com orientação para uso em casa se houver boa aceitação; retorno no sexto dia para coleta de sorologia.
- D. menina e irmão: grupo B; para ambos: coletar hemograma e orientar TRO em casa; reavaliação em 24/48h para verificação do exame; se hematócrito estiver alterado, realizar hidratação IV com soro fisiológico 0,9% e coletar novo hemograma; retorno no sexto dia da doença com coleta de sorologia e verificação do hematócrito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança menor de 2 anos e, por si so, grupo de risco na dengue: mesmo sem sinais de alarme, a menina de 1 ano e 3 meses e grupo B e exige hemograma com hematócrito e hidratação oral supervisionada, liberando-se para casa quando não há hemoconcentração, com reavaliação em 24 horas. O irmão de 4 anos, hígido, sem sinais de alarme e com prova do laço negativa, e grupo A: hidratação oral domiciliar, orientação dos sinais de alarme e sorologia a partir do 6º dia de doença. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Menino de 8 anos em retorno para verificar exames. AP: síndrome de West, em uso de valproato de sódio (dose adequada para o peso); encefalopatia crônica não progressiva de grau 3; anemia megaloblástica pregressa. Exame físico: eutrófico. A relação correta entre os resultados dos exames, o diagnóstico e a conduta correta é:

- A. Hb: 12,2 g/dL, ferro sérico: 93 mcg/dL, ferritina: 33 ng/mL, 25-OH vitamina D: 20 ng/mL; deficiência de vitamina D; suplementação de vitamina D: 1000 UI por dia por 3 meses. ✓**
- B. Hb: 11,5 g/dL, ferro sérico: 93 mcg/dL, ferritina: 30 ng/mL, 25-OH vitamina D: 20 ng/mL; anemia ferropriva; suplementação de ferro elementar: 5 mg/kg/dia por 3 meses.
- C. Hb: 12,2 g/dL, ferro sérico: 93 mcg/dL, ferritina: 15 ng/mL, 25-OH vitamina D: 33 ng/mL; deficiência de vitamina D e anemia ferropriva; suplementação de vitamina D: 1000 UI por dia por 3 meses e de ferro elementar: 5 mg/kg/dia por 3 meses.
- D. Hb: 11,5 g/dL, ferro sérico: 93 mcg/dL, ferritina: 30 ng/mL, 25-OH vitamina D: 33 ng/mL; anemia ferropriva; suplementação de ferro elementar: 5 mg/kg/dia por 3 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escolar em uso crônico de valproato e com encefalopatia crônica não progressiva (menor mobilidade e menor exposição solar) tem risco alto de hipovitaminose D. Na alternativa A, Hb de 12,2 g/dL e ferritina de 33 ng/mL são normais para a idade - não há anemia ferropriva -, enquanto 25-OH vitamina D de 20 ng/mL caracteriza insuficiência/deficiência, corrigida com 1000 UI/dia. Nas demais opções, ou se rotula de ferropenia um perfil de ferro normal, ou se trata como deficiente uma vitamina D de 33 ng/mL, valor considerado suficiente. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Menino de 8 anos apresenta febre alta, dor de garganta, vômitos e cefaleia há 24 h. Está em uso de amoxicilina há 24 h. Exame físico: hipotativo, faringe hiperemiada com placas esbranquiçadas sobre as amígdalas, língua saburrosa com papilas evidentes e adenomegalia cervical, exantema micropapular avermelhado em todo o tegumento, que poupa região perioral e some à digitopressão, acentuado nas pregas poplíteas e na região cubital. O diagnóstico e a conduta corretos são, respectivamente:

- A. mononucleose infecciosa; uso de sintomáticos.
- B. farmacodermia; suspensão do antibiótico e uso de corticoide.
- C. sarampo; vitamina A.
- D. escarlatina; penicilina benzatina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, faringoamigdalite com exsudato, língua em framboesa, adenomegalia cervical e exantema micropapular aspero que poupa o triângulo perioral (sinal de Filatov) e se acentua nas dobras (sinal de Pastia): escarlatina, por *Streptococcus pyogenes* produtor de toxina eritrogênica. O tratamento é penicilina benzatina (ou amoxicilina por 10 dias), que erradica o estreptococo e previne febre reumática. Mononucleose cursa com esplenomegalia e sem língua em framboesa (A); o sarampo tem catarro oculonasal e manchas de Koplik (C). Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

RN com 48 horas de vida é submetido ao teste do coraçãozinho com os seguintes resultados: MSD SatO₂ : 96%, MIE SatO₂ : 91%. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022), deve-se considerar o resultado

- A. normal e dar alta hospitalar para o RN.
- B. alterado e dar alta hospitalar para o RN com encaminhamento para especialista.
- C. alterado e fazer um ecocardiograma imediatamente.
- D. alterado, e deve-se repetir o exame em uma hora. Se ainda alterado, realizar um ecocardiograma. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste do coraçãozinho é considerado alterado quando há SatO₂ menor que 95% em qualquer dos membros aferidos ou diferença igual ou maior que 3% entre membro superior direito e membro inferior - aqui, 96% contra 91%, diferença de 5%. A recomendação é repetir a aferição em 1 hora e, persistindo a alteração, realizar ecocardiograma, pela suspeita de cardiopatia congênita crítica canal-dependente. Dar alta (A e B) é inaceitável, e o ecocardiograma imediato (C) só entra após a reafirmação. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Menina de 20 dias de vida comparece a uma consulta de rotina, e é solicitada a medida da PA por aparelho oscilométrico. AP: nasceu de cesárea, gestação de 39 semanas sem intercorrências, grande para a idade gestacional. Com relação à indicação para aferir a PA e a escolha pelo aparelho utilizado, respectivamente, é correto afirmar:

- A. a indicação é necessária; a escolha é adequada.
- B. a indicação é necessária; a escolha é inadequada.
- C. a indicação não é necessária; a escolha é adequada. ✓**
- D. a indicação não é necessária; a escolha é inadequada.

COMENTÁRIO OSCELABS

A aferição rotineira da pressão arterial não está indicada em lactente assintomático: a medida sistemática começa aos 3 anos e, antes disso, apenas diante de fatores de risco (prematuridade, internação em UTI neonatal, cateterismo umbilical, cardiopatia, nefropatia ou uso de nefrotóxicos). Ser grande para a idade gestacional não é indicação. Quando a medida é necessária em recém-nascidos e lactentes, o método oscilométrico é o adequado, dada a dificuldade da ausculta e a necessidade de manguito proporcional. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Menina de 10 anos apresenta inapetência, palidez, sonolência, baixo rendimento escolar há 6 meses, diminuição da diurese há 5 dias. AP: infecções urinárias febris dos 4 aos 8 meses de idade; POT: correção de refluxo vesico-ureteral com 1 ano. Exame físico: peso e estatura no percentil 25, PA: 112 x 80 mmHg (PAS entre percentil 90 e 95 e PAD entre percentil 95 e 95+12 mmHg), REG, descorada +2/+4, sem edemas, sopro cardíaco +1/+6. Exames laboratoriais: GV: $2,34 \times 10^6$ /mm³, Hb: 7,5 g/dL, Ht: 24%, plaquetas: 136000/mm³, Cr: 1,5 mg/dL, Ur: 50 mg/dL, urina: densidade de 1001, pH: 6,5, nitrito e leucoesterase negativos, proteína +2, leucócitos: 10/campo, hemácias: 8/campo. US de rins e vias urinárias: tamanhos diminuídos, não apresenta diferenciação córtico-medular. O diagnóstico e a causa básica são, correta e respectivamente:

- A. injúria aguda do rim; glomerulonefrite rapidamente progressiva.
- B. injúria aguda do rim; síndrome hemolítica urêmica atípica.
- C. doença renal crônica; hipertensão arterial sistêmica.

D. doença renal crônica; anomalias congênitas do trato urinário. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia, sonolência, queda de rendimento escolar e oligúria em menina com infecções urinárias febris no primeiro ano e correção de refluxo vesicoureteral, agora com creatinina de 1,5 mg/dL, urina hipostenúrica (densidade 1001), proteinúria e rins pequenos sem diferenciação córtico-medular a ultrassonografia: e doença renal crônica avançada. A causa básica mais frequente de DRC na infância são as anomalias congênitas do rim e do trato urinário (CAKUT), aqui a nefropatia de refluxo. Rins atroficos e anemia afastam injúria aguda (A e B), e a hipertensão e consequência, não causa (C). Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Criança apresenta lesões elevadas, com edema central de tamanho variável, algumas circundadas por eritema, com retorno da pele ao seu aspecto normal em 12 horas. O diagnóstico e a etiologia são, correta e respectivamente:

A. urticária aguda; infecciosa. ✓

- B. angioedema agudo; alergia ao leite de vaca.
- C. urticária aguda; dermatografismo.
- D. angioedema agudo; picada de inseto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões elevadas com edema central (urticárias), de tamanhos variados, circundadas por halo eritematoso e que regredem sem sequelas em menos de 24 horas definem urticária aguda - no angioedema o acometimento é de derme profunda, subcutâneo e mucosas, sem as urticárias fugazes (B e D). Na criança, a etiologia mais comum da urticária aguda é infecciosa, sobretudo víricas de vias aéreas, superando alimentos e medicamentos. Dermatografismo é uma urticária física induzida por fricção, e não a etiologia do quadro descrito (C). Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

A conduta correta em relação ao aumento de casos de coqueluche no Brasil consiste em

A. administrar a pentavalente, esquema vacinal composto por três doses (aos 2, 4 e 6 meses de vida), seguidas de reforços com a vacina DTPw aos 15 meses e aos 4 anos de idade, além da vacinação de gestantes, puérperas e de profissionais da área da saúde, com a dTpa. ✓

- B. manter a vigilância sobre os casos suspeitos como a principal medida para prevenir o aumento da doença em todas as faixas etárias, visto que, em 2023, as vacinas apresentaram aumento da cobertura, em comparação com o ano de 2022.

- C. realizar ações de alerta aos profissionais de saúde da área assistencial, investigar contatos de casos confirmados, ofertar tratamento oportuno em casos suspeitos.
- D. manter a administração da pentavalente, esquema vacinal composto por três doses (aos 2, 4 e 6 meses de vida), seguidas de reforços com a vacina DTPw aos 15 meses e aos 4 anos de idade, a fim de prevenir óbitos em lactentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante do aumento de casos de coqueluche, a resposta principal e vacinal: manter a pentavalente aos 2, 4 e 6 meses, com reforços de DTP aos 15 meses e aos 4 anos, e sobretudo vacinar gestantes (a cada gestação, a partir da 20ª semana), puerperas e profissionais de saúde com dTpa. A transferência de anticorpos maternos e a estratégia cocoon protegem justamente o lactente ainda não vacinado, que concentra os óbitos. Vigilância e tratamento de contatos (B e C) são medidas complementares, e o esquema infantil isolado (D) não cobre o menor de 2 meses. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Lactente de 5 meses, internada por quadro de dispnéia e sibilância, sem febre, inapetência ou perda de peso. Fez uso de antibiótico, por sete dias, para tratar possível pneumonia. Após duas semanas da alta hospitalar, manteve os sintomas e apresentou febre ao entardecer e taquidispnéia, então foi reinternada. Exame físico: desconforto respiratório com tiragem subcostal; à ausculta, MV reduzido em base esquerda e crepitações, principalmente em hemitórax esquerdo. Necessitou de oxigenoterapia com cateter nasal e de prescrição de antibióticos. Exames complementares: raio X (figura a seguir). AP: hígida, peso no percentil 50 e comprimento no percentil 50-10. Para elucidação diagnóstica, as próximas condutas devem ser:

- A. solicitar TC de tórax e escarro com baciloscopia para BAAR, realizar IGRA (Interferon- Gamma Release Assay) e, se o resultado for positivo, suspender a antibioticoterapia e iniciar RIP (rifampicina, isoniazida e pirazinamida) nas doses adequadas para a idade; realizar a vacinação BCG; solicitar raio X de tórax e escarro materno.
- B. solicitar TC de tórax, hemocultura e cultura de secreções, solicitar painel viral e avaliar o uso de novo antibiótico em conformidade com o antibiograma, se houver cultura positiva. Conferir teste de triagem neonatal e realizar dosagem de sódio e cloro no suor, realizar triagem para vírus da imunodeficiência humana (HIV) e investigar óbitos fetais pregressos ou outros filhos com doenças na família.
- C. solicitar TC de tórax, coletar lavados gástricos consecutivos com baciloscopia para BAAR, realizar teste rápido molecular (TRM-TB) e, se o resultado for positivo, suspender a antibioticoterapia e iniciar esquema com RIP, nas doses adequadas para a idade; conferir vacinação BCG, realizar triagem para HIV, solicitar raio X de tórax e escarro materno e investigar vínculos epidemiológicos. ✓**
- D. solicitar TC de tórax, coletar lavados gástricos consecutivos com baciloscopia para BAAR, realizar IGRA e, se resultado positivo, suspender a antibioticoterapia e iniciar esquema com rifampicina, isoniazida e etambutol, nas doses adequadas para a idade; coletar líquido e iniciar corticoide se necessário; investigar vínculos epidemiológicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com pneumonia arrastada, sem resposta ao antibiótico, febre vespertina e imagem persistente: deve-se pensar em tuberculose. Como a criança não escarra, coletam-se lavados gástricos seriados para baciloscopia e teste rápido molecular (TRM-TB), além de tomografia, checagem de BCG, triagem para HIV e busca ativa do caso-índice (radiografia e escarro maternos, vínculo epidemiológico). O esquema pediátrico abaixo de 10 anos e RIP, sem etambutol, o que afasta D; o IGRA indica infecção, não doença, e não substitui a pesquisa do bacilo (A). Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Adolescente de 13 anos apresenta lesões na região anterior e posterior do dorso (figura A) há um ano, assintomáticas. Exame direto: figura B. FIGURA A FIGURA B Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- A. O tratamento de escolha é terbinafina oral.
- B. Trata-se de micose superficial causada por fungos dermatófitos.
- C. O sinal de Nikolsky é positivo nessa dermatose.
- D. Ao exame micológico direto, evidenciam-se pseudo-hifas e esporos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Maculas assintomáticas no dorso há um ano cujo micológico direto revela aglomerados de esporos e hifas curtas (aspecto de macarrao com almondegas): pitíriase versicolor, causada por leveduras lipofílicas do gênero *Malassezia*, que não são dermatófitos (B). O tratamento de escolha é tópico (cetoconazol, sulfeto de selenio), reservando-se antifúngico oral aos casos extensos ou recidivantes - terbinafina oral é ineficaz contra *Malassezia* (A). O sinal de Nikolsky pertence às dermatoses bolhosas e à síndrome estafilocócica da pele escaldada (C). Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Menino de 15 anos de idade apresenta surdez genética neurosensorial em altas frequências acompanhada de nefrite progressiva. A síndrome genética que deve ser considerada é a de

- A. Pendred.
- B. Alport. ✓**
- C. Usher.
- D. Waardenburg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Surdez neurosensorial de altas frequências associada a nefrite progressiva com hematuria caracteriza a síndrome de Alport, doença do colágeno tipo IV (mutações de COL4A3, COL4A4 e COL4A5, mais comumente ligada ao X), que pode ainda cursar com lenticone anterior e evoluir para doença renal crônica terminal. Pendred associa surdez a bócio por disormonogênese (A); Usher, surdez com retinose pigmentar (C); e Waardenburg, surdez com heterocromia de íris, mecha branca e distopia cantal (D). Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Menino de 8 anos apresenta quadro progressivo de cefaleia, vômitos e dificuldade de marcha há duas semanas. Exame físico: BEG, escala de coma de Glasgow: 14, marcha atáxica, dismetria e decomposição de movimentos bilateralmente, reflexos patelares em pêndulo. Ressonância magnética de encéfalo conforme a imagem a seguir. A hipótese diagnóstica correta é

- A. glioblastoma.
- B. neuroblastoma.
- C. astrocitoma pilocítico. ✓**
- D. meningioma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome de hipertensão intracraniana (cefaleia progressiva e vômitos) somada à síndrome cerebelar (marcha atáxica, dismetria, decomposição do movimento e reflexos pendulares) em escolar aponta tumor de fossa posterior. O astrocitoma pilocítico e o tumor cerebelar mais frequente da infância, tipicamente cístico com nódulo mural captante, de baixo grau e com bom prognóstico após ressecção. Glioblastoma e meningioma são tumores típicos do adulto (A e D), e o neuroblastoma e extracraniano, originado da crista neural simpática (B). Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Adolescente de 18 anos queixa-se de sentir, há uma semana, obstrução nasal à direita, secreção purulenta por essa fossa nasal e cefaleia. Exame físico: febre alta, edema palpebral importante, perda visual, diminuição na motilidade ocular e sinais meníngeos. A suspeita diagnóstica correta é de

- A. trombose de seio cavernoso. ✓**
- B. celulite periorbital.
- C. abscesso subperiosteal.
- D. abscesso orbital.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rinossinusite com complicação orbitária que evolui com febre alta, edema palpebral importante, oftalmoplegia, perda visual e sinais meníngeos ultrapassa os limites da órbita e sugere trombose séptica do seio cavernoso, que exige antibiótico venoso, imagem com contraste (angio-RM ou angio-TC) e avaliação neurocirúrgica. A celulite periorbital e pré-septal, sem oftalmoplegia ou perda visual (B), e os abscessos subperiosteal e orbitário, embora causem proptose e restrição ocular, não produzem sinais meníngeos (C e D). Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Lactente de 7 meses apresenta lacrimejamento excessivo em olho esquerdo (OE). AP: nascida com 35 semanas de IG, parto cesáreo. Exame ocular: cílios grudados, filme lacrimal aumentado em OE, sem lesões de superfície ocular, presença de secreção à expressão do canto medial do OI. O diagnóstico correto é

- A. glaucoma congênito.
- B. conjuntivite química.
- C. dacriostenose congênita. ✓**
- D. oftalmia neonatal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lacrimejamento crônico com filme lacrimal aumentado, cílios grudados e refluxo de secreção à expressão do saco lacrimal, sem hiperemia importante nem lesão de superfície ocular: obstrução congênita do ducto nasolacrimal (dacriostenose), presente em até 20% dos lactentes, com resolução espontânea na maioria até os 12 meses e tratamento inicial por massagem de Crigler. O glaucoma congênito cursa com fotofobia, blefaroespasmo, epífora e buphalmia (A), e a oftalmia neonatal ocorre no primeiro mês, com secreção purulenta e hiperemia intensa (D). Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Primigesta comparece à segunda consulta de pré-natal em 12.03.24. Ultrassom: idade gestacional compatível com a data da última menstruação (DUM: 26.01.24). A idade gestacional e a data provável do parto (DPP) são, respectivamente,

- A. 6 semanas e 4 dias; 01.11.24. ✓**
- B. 7 semanas e 2 dias; 30.10.24.
- C. 6 semanas e 5 dias; 26.10.24.
- D. 7 semanas; 26.10.24.

COMENTÁRIO OSCELABS

Da DUM (26.01.24) até a consulta (12.03.24) somam-se 5 dias de janeiro, 29 de fevereiro (2024 é bissexto) e 12 de março, totalizando 46 dias, ou seja, 6 semanas e 4 dias - e o ultrassom confirma a datação pela DUM. A data provável do parto corresponde a 280 dias após a DUM: contando os meses com o fevereiro de 29 dias, o 280º dia cai em 01.11.24. A regra de Naegele (somar 7 dias e subtrair 3 meses) dá resultado aproximado, e a contagem exata dos dias resolve o desempate entre as alternativas. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Primigesta de 18 anos está, em 20.06.24, com 12 semanas de gestação. Ela apresenta a carteira de vacinação a seguir. A recomendação sobre a imunização nessa gravidez é:

- A. terceira dose da dT; influenza; covid-19; a partir da 20ª semana, dTpa.
- B. influenza; covid-19 (5ª dose); terceira dose da hepatite B.
- C. terceiras doses da dT e da hepatite B; influenza; covid-19 (5ª dose).
- D. influenza e covid-19; 3ª dose da hepatite B; a partir da 20ª semana, a dTpa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O raciocínio segue o calendário da gestante: influenza e covid-19 são indicadas em qualquer idade gestacional, a hepatite B tem esquema de três doses que deve ser completado quando incompleto, e a dTpa é aplicada a cada gestação a partir da 20ª semana, para transferência de anticorpos e proteção do lactente contra coqueluche. Quando o esquema básico contra tétano está em dia, a dTpa cumpre o papel do reforço, dispensando dose adicional de dT (A e C). Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Mulher de 38 anos teve o diagnóstico de diabetes gestacional com 25 semanas. Retorna 40 dias pós-parto para verificação do teste de tolerância oral à glicose (75g), cujos valores são: glicemia de jejum de 99 mg/dL e glicemia de 2 horas de 155 mg/dL. O resultado do exame é compatível com

- A. o normal.
- B. diabetes.
- C. intolerância à glicose. ✓**
- D. glicemia de jejum alterada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Teste de tolerância oral a glicose com 75 g, feito cerca de 6 semanas após o parto para reclassificar o diabetes gestacional: glicemia de jejum de 99 mg/dL e normal (abaixo de 100) e a glicemia de 2 horas de 155 mg/dL situa-se entre 140 e 199, faixa que define tolerância diminuída a glicose. Diabetes exigiria jejum igual ou maior que 126 ou 2 horas igual ou maior que 200 (B); glicemia de jejum alterada seria jejum entre 100 e 125 (D). A paciente segue com risco elevado de DM2 e precisa de rastreamento periódico e mudança de estilo de vida. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Tercigesta secundípara de 36 anos, com 11 semanas de gravidez, apresenta glicemia de jejum de 94 mg/dL. AP: macros-somia em gestação anterior. A conduta correta consiste em

- A. realizar imediatamente um teste de tolerância oral à glicose (75 g).
- B. orientar mudança de estilo de vida e fazer controle da glicemia. ✓**
- C. realizar teste de tolerância oral à glicose com 24 semanas.
- D. solicitar hemoglobina glicada e prescrever metformina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 94 mg/dL antes das 20 semanas já diagnostica diabetes mellitus gestacional (faixa de 92 a 125 mg/dL); valores iguais ou acima de 126 indicariam diabetes prévio. Feito o diagnóstico, não há razão para antecipar ou repetir o TOTG (A e C): inicia-se terapia nutricional, atividade física e automonitorização glicêmica, reservando insulina se as metas não forem atingidas em 1 a 2 semanas. Hemoglobina glicada não diagnostica DMG e metformina não é a primeira escolha nesse contexto (D). Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Primigesta de 22 anos procura o pronto atendimento da maternidade com 33 semanas e 2 dias relatando sentir cólicas em baixo-ventre. AP: parto a termo em gestação anterior. Exame físico: altura uterina de 31 cm, feto único, situação longitudinal, dorso à esquerda e apresentação cefálica. Dinâmica uterina: uma contração de 25 segundos em 10 minutos. Toque vaginal: colo uterino posterior, grosso, pêrvio: 1,5 cm. A conduta correta é:

- A. corticoterapia, apenas.
- B. inibição do trabalho de parto, apenas.
- C. liberação com orientações. ✓**
- D. inibição do trabalho de parto, corticoterapia e neuroproteção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 33 semanas com uma contração de 25 segundos em 10 minutos e colo posterior, grosso e com apenas 1,5 cm não preenche critérios de trabalho de parto prematuro, que exige contrações regulares acompanhadas de modificação cervical progressiva. Sem trabalho de parto instalado, não se indicam tocolise, corticoterapia nem sulfato de magnésio para neuroproteção (A, B e D), expondo mãe e feto a riscos sem benefício. A conduta é observação, hidratação e liberação com orientação sobre sinais de alarme e retorno. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Puérpera apresenta temperatura axilar de 37,9 °C. AP: sexto dia pós-parto cesariano (gestação de 39 semanas e parada secundária da descida com 12 horas de bolsa rota). Exame físico: BEG, temperatura sublingual: 37,2 °C, FC: 72 bpm, mamas túrgidas, flácidas e sem sinais flogísticos, abdome semigloboso, depressível, indolor à palpação profunda, útero palpável 2 a 3 cm acima do bordo superior da sínfise púbica, ferida operatória sem sinais flogísticos, loquiação sem odor fétido. Toque vaginal: útero móvel, indolor à mobilização, colo pérvio: 1,5 cm. Hemograma: Ht: 33%, Hb: 11,2 g/dL, leucócitos: 12400/mm³, neutrófilos: 6800/mm³, bastões: 0/mm³. A conduta correta é:

- A. internação e antibioticoterapia.
- B. internação para rastreio infeccioso.
- C. antibioticoterapia oral e reavaliação em 3 dias.
- D. orientar curva térmica sublingual e retorno se necessário. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre puerperal exige temperatura igual ou maior que 38 °C, confirmada em duas medidas. Aqui, a axilar de 37,9 °C não se confirma na sublingual (37,2 °C) e o exame é tranquilizador: útero involuído e indolor, loquios sem odor, ferida operatória sem sinais flogísticos, mamas normais e leucograma sem desvio a esquerda. Sem febre confirmada e sem foco, não se interna nem se prescreve antibiótico (A, B e C): orienta-se curva térmica sublingual e retorno se febre, dor, loquios fétidos ou alteração da ferida. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Primigesta de 19 anos, na 32ª semana de gestação, procura atendimento em unidade de pronto atendimento com queixa de cefaleia persistente há dois dias acompanhada de visão de pontos brilhantes e dor na região do estômago. Exame físico: REG, edema de membros inferiores e mãos (++)/4+, PA: 140 x 90 mmHg. Considerando o diagnóstico e a necessidade de transferência da gestante para outro serviço, a conduta clínica correta é a administração de

- A. sulfato de magnésio, 4 g IV, apenas.
- B. sulfato de magnésio, 4 g IV + 10 g IM. ✓**
- C. hidralazina, 5 mg IV.
- D. benzodiazepínico, 10 mg IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia persistente, escotomas cintilantes e epigastralgia na 32ª semana caracterizam pre-eclampsia com sinais de iminência de eclampsia, independentemente de a PA estar em 140x90 mmHg. Antes da transferência, a prioridade é a profilaxia da convulsão com sulfato de magnésio; no esquema de Pritchard, o ataque é de 4 g IV somados a 10 g IM, dose que mantém magneemia terapêutica durante todo o transporte. Apenas 4 g IV (A) exigiria bomba de infusão para manutenção; hidralazina trata crise hipertensiva e benzodiazepínico não faz profilaxia (C e D). Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Primigesta de 22 anos, com 14 semanas de gestação de risco habitual, assintomática, apresenta cultura de urina positiva, com mais de 100000 UFC/mL, cujo agente identificado foi *Escherichia coli*, ESBL positivo (antibiograma a seguir). O tratamento correto é

- A. intra-hospitalar, com carbapenêmicos. ✓**
- B. intra-hospitalar, com amoxicilina/ácido clavulânico.
- C. ambulatorial, com carbapenêmicos.

D. ambulatorial, com amoxicilina/ácido clavulânico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriúria assintomática na gestação sempre se trata, e aqui o agente é *Escherichia coli* produtora de betalactamase de espectro estendido (ESBL), resistente a penicilinas, cefalosporinas e a associação amoxicilina/clavulanato (B e D). A opção segura é o carbapenêmico, de administração parenteral, o que implica tratamento intra-hospitalar - inviável no ambulatorio (C). Após o término, faz-se urocultura de controle e vigilância mensal, pelo risco de pielonefrite e prematuridade. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Secundigesta de 29 anos, com 20 semanas de gestação, está assintomática. AP: máculas e pápulas eritematosas em várias partes do corpo, incluindo as regiões palmo-plantares há 8 meses, que desapareceram sem tratamento. Exame físico sem lesões de pele. Sorologia para sífilis: teste treponêmico reagente, VDRL: 1/128. O diagnóstico e o tratamento corretos são, respectivamente:

A. sífilis latente com duração ignorada; penicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões UI, IM. ✓

B. sífilis latente com duração ignorada; penicilina benzatina na dose total de 4,8 milhões UI, IM.

C. sífilis secundária recente; penicilina benzatina na dose total de 7,2 milhões UI, IM.

D. sífilis secundária recente; penicilina benzatina na dose total de 4,8 milhões UI, IM.

COMENTÁRIO OSCELABS

Maculas e papulas incluindo regiões palmoplantares há 8 meses, que envolveram espontaneamente, colocam a infecção fora do período recente e, sem data segura do contágio, classifica-se como sífilis latente de duração ignorada - tratada como tardia, com penicilina benzatina 2,4 milhões UI por semana durante 3 semanas, total de 7,2 milhões UI. A ausência de lesões atuais afasta secundarismo (C e D), cujo esquema seria dose única. Na gestante, o intervalo semanal deve ser respeitado, sob pena de tratamento considerado inadequado para o feto. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Mulher de 51 anos relata fogachos moderados, principalmente noturnos, acompanhados de insônia, irritabilidade e cefaleia. AP: trombose em membro inferior direito, última menstruação há 18 meses. IMC: 30,6 kg/m². Densitometria óssea em coluna lombar com T-score de -2,6 desvios-padrão e colo de fêmur com T-score de -1,68 desvios-padrão, mamografia BI-RADS I. Em relação à terapia hormonal, é correto afirmar que ela está

A. indicada para o alívio dos sintomas climatéricos.

B. indicada para tratamento da osteoporose.

C. contraindicada devido ao tromboembolismo. ✓

D. contraindicada devido à obesidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de trombose venosa profunda e contraindicação absoluta a terapia hormonal sistêmica da menopausa, pelo risco de recorrência tromboembólica: o alívio dos fogachos e o ganho de massa óssea não superam esse risco (A e B). A obesidade isoladamente não contraindica (D), embora reforce a preferência por vias não orais quando a terapia é possível. Para os sintomas restam alternativas não hormonais, e a osteoporose de coluna (T-score -2,6) deve ser tratada com terapia específica, como bisfosfonato. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Mulher de 36 anos realizou rastreio de câncer de colo uterino com pesquisa de DNA HPV por PCR, cujo resultado foi positivo para o genótipo 16. A conduta correta é realizar

- A. citologia oncológica.
- B. colposcopia. ✓**
- C. novo teste de DNA HPV em 1 ano.
- D. exérese da zona de transformação.

COMENTÁRIO OSCELABS

No rastreamento primário com teste de DNA-HPV, a positividade para os genótipos 16 ou 18 é considerada de risco elevado e encaminha diretamente a colposcopia, sem triagem citológica prévia (A) e sem esperar novo teste em 1 ano (C), estratégias reservadas aos demais tipos oncogênicos com citologia normal. A exérese da zona de transformação (D) só se justifica com lesão de alto grau documentada; adotar o 've e trata' apenas com teste molecular positivo geraria sobretratamento em mulher jovem. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

A Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

- A. acomete, em média, 30% das pacientes com DIP (doença inflamatória pélvica) e está muito associada ao *Mycoplasma hominis*.
- B. apresenta envolvimento leve do parênquima hepático, mas, em casos graves, pode evoluir para insuficiência do órgão.
- C. traduz-se clinicamente por quadro de dor aguda em hipocôndrio direito, o que leva à confusão diagnóstica com colecistite aguda. ✓**
- D. apresenta provas de função hepática alteradas essenciais para o diagnóstico e que costumam predizer a gravidade do quadro.

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é a peri-hepatite que complica a doença inflamatória pélvica, associada principalmente a *Chlamydia trachomatis* e ao gonococo, com aderências em cordas de violino entre a capsula hepática e a parede abdominal. Manifesta-se por dor aguda em hipocôndrio direito, o que gera confusão com colecistite aguda. O parênquima hepático é poupado, sem evolução para insuficiência (B), e as provas de função hepática são normais ou pouco alteradas, não sendo essenciais ao diagnóstico nem preditoras de gravidade (D). Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

As características típicas do câncer de mama luminal A são:

- A. alta expressão de human epidermal growth factor receptor-type 2 (HER2) e baixo índice de proliferação celular.
- B. baixa expressão de receptores hormonais de estrogênio e progesterona e alta taxa de proliferação celular (Ki-67).
- C. ausência de receptores hormonais de estrogênio e progesterona e alta expressão de HER2.
- D. alta expressão de receptores hormonais de estrogênio e progesterona e baixa taxa de proliferação celular (Ki-67). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O subtipo luminal A é definido por forte expressão de receptores de estrogênio e progesterona, HER2 negativo e baixo índice de proliferação (Ki-67 baixo) - conjunto que explica o melhor prognóstico, a boa resposta à hormonioterapia e o menor benefício da quimioterapia. Alta expressão de HER2 caracteriza os subtipos HER2-enriquecido e luminal B HER2-positivo (A e C); receptores hormonais ausentes ou fracos com alto Ki-67 apontam triplo-negativo ou luminal B (B e C). Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Para que ocorra o ciclo menstrual com descamação cíclica e ordenada do endométrio, são necessárias as seguintes condições:

- A. ausência de disfunções das glândulas adrenais, tireoidianas e paratireoidianas e ausência de anormalidades canaliculares.
- B. integridade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, ausência de disfunções tireoidianas e adrenais e ausência de anormalidades canaliculares. ✓**
- C. ausência de disfunções das glândulas adrenais e tireoidianas e ausência de anormalidades canaliculares.
- D. integridade do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e ausência de disfunções das glândulas adrenais, tireoidianas e paratireoidianas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A descamação cíclica e ordenada do endométrio depende de três condições: eixo hipotálamo-hipofise-ovariano íntegro (pulsos de GnRH, secreção de FSH e LH e esteroidogênese ovariana), ausência de disfunções tireoidianas e adrenais, que alteram a pulsatilidade e o metabolismo dos esteróides, e ausência de anormalidades canaliculares (sinequias, agenesias, hímen imperfurado) que impeçam a saída do fluxo. As paratireóides regulam o metabolismo do cálcio e não participam do ciclo, o que elimina as alternativas que as incluem. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Mulher de 34 anos com desejo reprodutivo queixa-se de sangramento uterino aumentado. AP: G0P0. EF: IMC: 38,7 kg/m². Histeroscopia ambulatorial: lesão circunscrita bem delimitada de aspecto polipóide, em parede uterina fúndica anterior, intensamente friável e hipervascularizada, com sinais de atipias vasculares. Biópsia excisional da lesão e amostragem do endométrio adjacente: adenocarcinoma endometrial do tipo endometrióide, bem diferenciado, confinado ao pólipo, margens cirúrgicas livres. Estudo bimolecular: mutação do gene POLE. Considerando os achados e o desejo da paciente, é correto indicar

- A. braquiterapia e radioterapia.
- B. histerectomia total com salpingooforectomia, apenas.
- C. histerectomia total com salpingooforectomia bilateral e pesquisa de linfonodo sentinela.
- D. tratamento conservador com progestágenos contínuos por 6 meses e mudanças do estilo de vida. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma endometrióide bem diferenciado, confinado ao pólipo, com margens livres e mutação de POLE - o subgrupo molecular de melhor prognóstico, com recorrência muito baixa. Em mulher de 34 anos com desejo reprodutivo, cabe preservação uterina com progestagênio contínuo (sistema intrauterino de levonorgestrel ou oral) por cerca de 6 meses, controle histeroscópico seriado e mudança de estilo de vida, já que a obesidade sustenta o hiperestrogenismo. Histerectomia e radioterapia (A, B e C) abolem a fertilidade sem ganho oncológico nesse cenário. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Em relação à investigação da paciente com suspeita clínica de endometriose, é correto afirmar que

- A. o exame físico normal descarta o diagnóstico.
- B. a laparoscopia é o exame padrão-ouro para o diagnóstico.
- C. o tratamento clínico deve ser sempre instituído para controle da queixa algica. ✓**
- D. US transvaginal com preparo intestinal ou RM são indispensáveis para corroborar suspeita clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometriose e diagnóstico clínico: exame físico normal não exclui a doença (A), e a imagem negativa tampouco - ultrassonografia com preparo intestinal e ressonância identificam endometrioma e doença profunda, mas não lesões peritoneais superficiais, de modo que não são indispensáveis (D). A laparoscopia deixou de ser exigida como padrão-ouro obrigatório justamente porque a conduta atual é iniciar tratamento clínico (analgesia e bloqueio hormonal) diante da suspeita, sem postergar o alívio da dor (B). Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Adolescente de 13 anos e 3 meses relata nunca ter menstruado e não apresentar desenvolvimento de mamas e pelos pubianos. A conduta correta consiste em

- A. iniciar a investigação, pois provavelmente se trata de alterações no eixo hipotálamo- hipófise-ovário. ✓**
- B. aguardar até os 16 anos, sem necessidade de investigação.
- C. iniciar a investigação, pois provavelmente se trata de malformação útero-vaginal.
- D. aguardar, pois provavelmente se trata de retardo constitucional do desenvolvimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ausência de telarca aos 13 anos define puberdade atrasada e obriga investigação - o broto mamário e o primeiro marco puberal feminino, e a amenorreia primária aqui é consequência da falta de estrogenização. Dosam-se FSH e LH para separar hipogonadismo hipergonadotrófico (disgenesia gonadal, como Turner) de hipogonadotrófico (atraso constitucional, tumores e doenças crônicas), somando cariótipo e imagem conforme o resultado. Malformação útero-vaginal cursaria com caracteres sexuais secundários normais (C), e apenas aguardar (B e D) atrasa o diagnóstico. Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Paciente de 30 anos, portadora de síndrome dos ovários policísticos (SOP), deseja engravidar. Está em uso de anticoncepcional combinado (ACO) e espironolactona. Quanto às recomendações pré-gestacionais apropriadas a essa paciente, assinale a alternativa correta.

- A. A paciente não deve engravidar, pois tem alto risco de complicações gestacionais.
- B. Deve-se suspender o ACO, manter a espironolactona e iniciar ácido fólico, apenas.
- C. Deve-se suspender o ACO, manter a espironolactona, iniciar ácido fólico e realizar GTT.
- D. Deve-se suspender o ACO e a espironolactona, iniciar ácido fólico e realizar GTT. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No aconselhamento pré-concepcional da síndrome dos ovários policísticos, suspende-se o anticoncepcional combinado e também a espironolactona, antiandrogênio com potencial de feminilização de feto masculino (B e C). Inicia-se ácido fólico e rastreia-se disglucemia com teste de tolerância à glicose antes da gestação, dada a alta prevalência de resistência insulínica e o risco de diabetes gestacional. A SOP não contraindica engravidar (A), mas exige pré-natal atento a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e prematuridade. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Adolescente de 15 anos relata aumento da duração e do volume da menstruação. AP: menarca aos 12 anos e 6 meses, DUM há 2 meses. Os exames laboratoriais imprescindíveis na avaliação inicial são

- A. FSH, TSH e PRL.
- B. hemograma e BhCG. ✓**
- C. hemograma e coagulograma.
- D. nenhum; trata-se de imaturidade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antes de qualquer investigação hormonal ou de coagulação, adolescente com sangramento uterino aumentado e atraso menstrual de 2 meses precisa de teste de gravidez (BhCG) - complicações gestacionais são a primeira hipótese a excluir - e de hemograma, que quantifica a repercussão (anemia e plaquetas). O coagulograma e a investigação de doença de von Willebrand (C) entram na sequência quando o sangramento é intenso desde a menarca ou há história familiar; FSH, TSH e prolactina são de segunda linha (A); e atribuir tudo a imaturidade do eixo sem afastar gravidez é erro grave (D). Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Com base na relação entre dispositivo intrauterino (DIU) e doença inflamatória pélvica, assinale a alternativa correta.

- A. O DIU não precisa ser removido de rotina, mas a retirada deve ser considerada na ausência de melhora clínica após 48-72 h de antibioticoterapia. ✓**
- B. O DIU deve ser removido imediatamente para diminuir o risco de disseminação bacteriana, especialmente em pacientes que desejam retirá-lo.
- C. Há indicação de tratamento hospitalar para evitar abscesso tubo-ovariano e outras complicações dessa associação.
- D. Estudos atuais mostram maior tempo de internação e maior taxa de abscesso tubo-ovariano em pacientes com DIU, especialmente DIU de cobre.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na doença inflamatória pélvica em usuária de DIU, o dispositivo não precisa ser removido de rotina: inicia-se antibioticoterapia e reavalia-se em 48 a 72 horas, retirando-o apenas se não houver melhora clínica ou se a paciente desejar. Os estudos atuais não mostram maior tempo de internação nem mais abscesso tubo-ovariano nas usuárias de DIU (D), e a retirada imediata (B) deixa a mulher desprotegida sem benefício comprovado. A internação segue os critérios habituais de gravidade, e não o simples uso do dispositivo (C). Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Mulher de 45 anos apresenta melena e está hemodinamicamente estável, em tratamento com vasoconstritor. AP: cirrose por hepatite autoimune. EDA: 4 cordões varicosos de grosso calibre e gastropatia hipertensiva portal intensa. Além de fazer ligadura elástica das varizes esofágicas, deve-se

- A. prescrever antibiótico profilático, se a paciente tiver ascite, e dar alta hospitalar.
- B. trocar vasoconstritor por betabloqueador não seletivo e dar alta hospitalar.
- C. prescrever betabloqueador não seletivo e antibiótico profilático, se a paciente tiver ascite.
- D. manter vasoconstritor por 3 a 5 dias e antibiótico profilático e, a seguir, trocar por betabloqueador não seletivo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva varicosa tem pacote terapêutico definido: vasoconstritor esplanchnico (terlipressina, octreotida ou somatostatina) mantido por 3 a 5 dias, antibioticoprofilaxia com ceftriaxona para todo cirrótico com sangramento - e não apenas para os com ascite - e ligadura elástica. So depois, na profilaxia secundária, o vasoconstritor é substituído por betabloqueador não seletivo associado ao programa de ligaduras. Suspender o vasoconstritor precocemente ou dar alta logo após a endoscopia (A, B e C) ignora o risco de ressangramento dos primeiros dias. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Homem de 73 anos apresenta dispnéia e edema de membros inferiores há 2 meses, sendo diagnosticado com insuficiência cardíaca e derrame pleural moderado. Após tratamento com diurético, apresenta melhora do edema, mas persiste com dispnéia e derrame pleural. É indicada toracocentese diagnóstica. AP: HAS e DM2. Deve-se realizar o cálculo do gradiente de albumina do líquido pleural para diferenciação entre transudato e exsudato devido

A. à idade avançada.

B. ao uso de diurético. ✓

C. ao diagnóstico de diabetes.

D. à suspeita de neoplasia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diurético concentra proteínas e DHL no líquido pleural e pode transformar um transudato cardiogênico em falso exsudato pelos critérios de Light. Nessa situação, calcula-se o gradiente de albumina soro-líquido pleural (maior que 1,2 g/dL) ou o gradiente de proteínas (maior que 3,1 g/dL) para reclassificar corretamente o derrame como transudato e evitar investigação desnecessária. Idade, diabetes e suspeita de neoplasia (A, C e D) não interferem nos critérios bioquímicos - a neoplasia se investiga por citologia oncológica e biópsia. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Mulher de 52 anos apresenta febre de 38,5 °C há 2 dias. AP: linfoma difuso de grandes células B, com 1º ciclo de quimioterapia há 8 dias. Exame físico: FC: 112 bpm, FR: 22 irpm, PA: 120 x 80 mmHg e desidratada +/4+. Deve-se

A. monitorizar clinicamente, já que a paciente está estável; não é necessário coletar exames e pode-se dar alta com antibioticoterapia empírica.

B. coletar hemograma devido à possibilidade de neutropenia febril e, se confirmar o diagnóstico, introduzir antibiótico.

C. iniciar antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para Pseudomonas na admissão. ✓

D. monitorizar clinicamente, já que a paciente está estável; não é necessário coletar exames e pode-se dar alta com uso de antitérmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre no nadir da quimioterapia (8º dia do primeiro ciclo) e neutropenia febril até prova em contrário, emergência oncológica cuja mortalidade cresce a cada hora de atraso do antibiótico. A regra é coletar culturas e iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro com cobertura antipseudomonas (cefepima, piperacilina-tazobactam ou meropenem) já na admissão, sem esperar o resultado do hemograma para tratar (B). Dar alta a uma paciente taquicárdica, desidratada e febril (A e D) e conduta inaceitável. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Homem de 78 anos teve infecções respiratórias recorrentes no último ano, com duas pneumonias bacterianas nos últimos 6 meses. AP: HAS e DM2. Exames complementares: anemia normocítica e normocrômica e eletroforese de proteínas séricas com hipogamaglobulinemia, dosagem de cadeias leves livres com aumento de cadeia leve lambda e redução de cadeia leve kappa, com relação kappa/lambda alterada. O diagnóstico provável é

- A. imunodeficiência comum variável.
- B. gamopatia monoclonal. ✓**
- C. lúpus eritematoso sistêmico.
- D. imunodeficiência primária com defeito de anticorpos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecções bacterianas de repetição em idoso, com anemia normocítica, hipogamaglobulinemia e eletroforese e relação kappa/lambda alterada às custas de excesso de cadeia leve lambda, indicam produção monoclonal: gamopatia monoclonal, que deve ser estratificada entre GMSI, mieloma (inclusive o de cadeias leves) e amiloidose, pesquisando-se lesão de órgão-alvo (cálcio, creatinina, anemia e lesões ósseas). As imunodeficiências primárias e a comum variável (A e D) manifestam-se em idades mais precoces e não cursam com relação de cadeias leves alterada. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Familiar de mulher de 86 anos informa que, há 4 dias, a paciente acordou à noite confusa e agitada, não reconhecendo a própria casa e alegando que o quarto estava cheio de cachorros barulhentos. Desde então, passou a necessitar de ajuda para fazer sua higiene pessoal, a não compreender as orientações e a perseverar na ideia de que precisava cuidar dos cachorros. Há 1 dia, está desatenta, apática, sonolenta, com dificuldade para deambular e com incontinência para fezes e urina. AP: ausência de distúrbios mentais prévios. Segundo o Confusion Assessment Method (CAM), para o diagnóstico do quadro descrito, são obrigatórios

- A. pensamento desorganizado e dificuldade para focar a atenção.
- B. modificação aguda do estado mental e apatia.
- C. dificuldade para focar a atenção e dependência funcional.
- D. modificação aguda do estado mental e dificuldade para focar a atenção. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Confusion Assessment Method exige obrigatoriamente dois critérios - início agudo com curso flutuante e desatenção - aos quais se soma pensamento desorganizado ou alteração do nível de consciência. O caso é clássico de delírio: instalação em dias, alucinações visuais, flutuação com sonolência e declínio funcional agudo em idosa sem transtorno mental prévio. Apatia e dependência funcional (B e C) são consequências, não critérios, e o pensamento desorganizado (A) e critério acessório, nunca obrigatório isoladamente. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

A seguir, são apresentados os valores de creatinina sérica de quatro pacientes com episódio de insulto renal agudo isquêmico tratado com medidas adequadas. Considerando IRA (injúria renal aguda), NTA (necrose tubular aguda), DRC (doença renal crônica) e DRA (doença renal aguda), a associação correta entre os pacientes (A, B, C e D) e seu diagnóstico nefrológico é:

- A. A: IRA hemodinâmica; B: IRA intrínseca por NTA; C: DRC com IRA sobreposta; D: DRC.
- B. A: DRC; B: IRA funcional; C: DRC com IRA sobreposta; D: DRA.
- C. A: DRA; B: IRA hemodinâmica; C: DRC com IRA sobreposta; D: DRC com DRA sobreposta. ✓**

D. A: DRA; B: DRC com IRA sobreposta; C: IRA intrínseca por NTA; D: DRC com DRA sobreposta.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação depende de dois eixos: o tempo de evolução e a existência de disfunção renal prévia. A lesão renal aguda e a elevação da creatinina dentro de 7 dias; quando a alteração persiste entre 7 e 90 dias, fala-se em doença renal aguda; acima de 90 dias, doença renal crônica. Quem parte de creatinina basal já elevada e sofre novo insulto configura DRC com IRA ou DRA sobreposta, enquanto quem parte de função normal e recupera de forma arrastada após isquemia configura DRA. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Mulher de 36 anos apresenta dispnéia aos esforços há 2 meses com piora progressiva e, há 2 dias, relata cefaleia occipital ao acordar. EF: ortopneia, cianose discreta de extremidades, confusão mental leve, FC: 120 bpm, FR: 27 irpm, PA: 268 x 134 mmHg em MSE e 272 x 138 mmHg em MSD, ictus desviado para a esquerda, presença de quarta bulha, sopro sistólico 2+/4+ em foco mitral, crepitações finas em ambas as bases pulmonares, fundo de olho com borramento de papila, exsudatos e hemorragias. Em relação ao diagnóstico imediato e à conduta correta, trata-se de hipertensão

A. acelerada/maligna e manejo hospitalar com medicações orais.

B. acelerada/maligna e manejo hospitalar com vasodilatador intravenoso. ✓

C. resistente e manejo ambulatorial com medicações orais.

D. resistente e manejo hospitalar com vasodilatador intravenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão de 268x134 mmHg com encefalopatia (cefaleia occipital ao acordar, confusão), congestão pulmonar e retinopatia grau IV (papiledema, exsudatos e hemorragias) define hipertensão acelerada/maligna: emergência hipertensiva com lesão aguda de órgão-alvo. O manejo é hospitalar, com anti-hipertensivo intravenoso titulável (nitroprussiato de sódio ou nitroglicerina), reduzindo cerca de 20 a 25% da pressão média na primeira hora. Medicação oral ou seguimento ambulatorial (A e C) não interrompem a lesão em curso, e hipertensão resistente e conceito ambulatorial. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Mulher de 68 anos relata tosse produtiva e febre há 3 dias. Exame físico: desorientação em tempo e espaço, FC: 75 bpm, FR: 24 irpm, SatO₂: 93% em ar ambiente, PA: 130 x 70 mmHg, T: 38,1 °C, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente e crepitações em base esquerda. Exames laboratoriais: Hb: 13,5 g/dL, plaquetas: 205 mil/mm³, leucócitos: 13800/mm³, PCR: 18 mg/dL, creatinina: 1,1 mg/dL, ureia: 56 mg/dL, sódio: 136 mEq/L. Gasometria arterial (ar ambiente): pH: 7,34, pO₂: 65 mmHg, pCO₂: 35 mmHg, bicarbonato: 18 mEq/L. A conduta correta consiste em iniciar antibioticoterapia com

A. azitromicina e em internação hospitalar.

B. azitromicina e em tratamento ambulatorial.

C. amoxicilina com clavulanato e azitromicina e em internação hospitalar. ✓

D. amoxicilina com clavulanato e azitromicina e em tratamento ambulatorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O CURB-65 pontua confusão mental, ureia acima de 50 mg/dL e idade igual ou maior que 65 anos: escore 3, com indicação de internação hospitalar - o que afasta as alternativas de tratamento ambulatorial (B e D). Para pneumonia adquirida na comunidade internada em enfermaria, recomenda-se betalactâmico (amoxicilina-clavulanato ou ceftriaxona) associado a macrolídeo, cobrindo pneumococo e germes atípicos; monoterapia com azitromicina (A) é insuficiente nesse cenário de gravidade. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Homem de 42 anos apresenta lesões cutâneas (conforme figura a seguir) que se iniciaram há dois dias, com muita dor na região torácica à esquerda. AP: transplantado renal há 6 anos em uso de drogas imunossupressoras. A conduta correta envolve

- A. o uso de aciclovir endovenoso, na dose de 10 mg/kg a cada 8 horas, até melhora clínica. ✓**
- B. apenas aguardar evolução do quadro, uma vez que se trata de doença autolimitada.
- C. o uso de aciclovir tópico por 14 dias.
- D. o uso de aciclovir oral na dose 200 mg cinco vezes ao dia por sete dias e analgesia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vesículas dolorosas agrupadas sobre base eritematosa, limitadas a um dermatomo torácico, em transplantado renal sob imunossupressão: herpes-zoster no imunodeprimido, com risco de disseminação cutânea e visceral. A recomendação é aciclovir intravenoso 10 mg/kg a cada 8 horas, com hidratação e ajuste para a função renal, até a melhora clínica. Conduta expectante (B) e temerária nesse perfil, aciclovir tópico não tem eficácia sistêmica (C) e a dose de 200 mg cinco vezes ao dia (D) e esquema de herpes simples, insuficiente para o zoster. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Mulher de 55 anos relata dor torácica intensa e dispneia súbita há 1 hora. Evolui com parada cardiorrespiratória em ritmo apresentado em ECG (conforme a imagem a seguir). Após chamar ajuda, a sequência de medidas no atendimento deve ser a seguinte:

- A. compressões torácicas, administração de epinefrina, compressões torácicas e administração de epinefrina.
- B. desfibrilação, compressões torácicas, desfibrilação e administração de epinefrina. ✓**
- C. intubação orotraqueal, compressões torácicas, administração de epinefrina e compressões torácicas.
- D. desfibrilação, administração de amiodarona, compressões torácicas e administração de epinefrina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parada cardiorrespiratória em ritmo chocável (fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso) após dor torácica: a desfibrilação imediata e a intervenção que reverte o ritmo, e sua precocidade é o principal determinante de sobrevida. Após o choque, retomam-se compressões por 2 minutos, checka-se o ritmo e aplica-se novo choque; a adrenalina entra depois do segundo choque e a amiodarona apenas após o terceiro (D). Adiar o choque para comprimir ou intubar (A e C) reduz a chance de reversão. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Mulher de 70 anos refere dor intensa em joelho direito há 2 dias, sem história de trauma prévio, acompanhada de edema e eritema no local. AP: artrite reumatoide soropositiva em remissão há 1 ano. Medicamentos em uso: leflunomida 20 mg/dia. Exame físico: joelho direito com sinal da tecla presente, amplitude de movimento reduzida e calor local. A principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial devem ser:

- A. artrite reumatoide em atividade; prednisona e metotrexato.
- B. osteoartrite; analgésico e condroprotetor.
- C. artrite gótica; punção articular diagnóstica, análise do líquido sinovial, alopurinol e anti-inflamatório.
- D. artrite séptica; punção articular diagnóstica, análise do líquido sinovial e antibioticoterapia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda de joelho, sem trauma, com dor intensa, calor, derrame (sinal da tecla) e limitação, em paciente imunossuprimida por leflunomida: artrite séptica até prova em contrário - e a hipótese que precisa ser excluída primeiro, pela destruição da cartilagem em poucos dias. A conduta é artrocentese imediata com contagem celular, Gram e cultura, seguida de antibioticoterapia empírica e drenagem/lavagem articular. Atribuir a artrite reumatoide em remissão (A) ou tratar como gota ou artrose sem punção (B e C) atrasa o diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Homem de 23 anos refere dispnéia iniciada há 30 minutos durante atividade física. Nega histórico de trauma. Nega procedimentos torácicos prévios. Exame físico: murmúrio vesicular presente em todo hemitórax direito e ausente no hemitórax esquerdo, percussão com som claro pulmonar no hemitórax direito e timpanismo no hemitórax esquerdo. Realizada ultrassonografia torácica a beira-leito, cujos achados esperados à direita e à esquerda são, respectivamente:

A. deslizamento pleural, linhas A e pulso pulmonar; deslizamento pleural, linhas B e pulso pulmonar.

B. deslizamento pleural, linhas A; deslizamento pleural ausente e ponto pulmonar. ✓

C. deslizamento pleural ausente e linhas B; deslizamento pleural, linhas A e sinal da água-viva.

D. deslizamento pleural ausente, linhas A e ponto pulmonar; deslizamento pleural e linhas A.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumotorax espontâneo primário à esquerda (timpanismo e murmúrio ausente) em jovem longilíneo. A ultrassonografia, o hemitórax normal (direito) mostra deslizamento pleural presente e linhas A, padrão do pulmão aerado; o lado com pneumotorax perde o deslizamento e o pulso pulmonar, e o achado específico é o ponto pulmonar (lung point), onde o pulmão volta a tocar a pleura parietal. Linhas B indicam síndrome intersticial e excluem pneumotorax naquele ponto, o que elimina as opções que as atribuem ao lado acometido (A e C). Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Homem de 50 anos com neoplasia de esôfago refere que está com dificuldade de deglutição há 2 meses e, por isso, opta por alimentos pastosos, sendo metade do que costumava comer anteriormente. Seu peso habitual era de 120 kg (IMC = 39 kg/m²) e, atualmente, é de 90 kg (IMC = 29,4 kg/m²). Segundo os critérios do Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM), o paciente apresenta

A. sobrepeso.

B. risco nutricional.

C. desnutrição grave. ✓

D. obesidade controlada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios GLIM, o diagnóstico exige um critério fenotípico e um etiológico. Aqui há perda de 30 kg (25% do peso) em 2 meses - critério fenotípico - e redução da ingestão à metade por disfagia obstrutiva, com doença neoplásica - critério etiológico. Perda maior que 10% em até 6 meses classifica a desnutrição como grave (estágio 2), independentemente de o IMC atual ainda estar na faixa de sobrepeso. O IMC isolado mascara o diagnóstico (A e D): obesidade não protege contra desnutrição. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Homem de 52 anos refere dispneia aos esforços. AP: HAS, DM2 e obesidade. Exame físico: estase jugular 2+/4+, crepitações pulmonares em bases bilateralmente e edema de membros inferiores sem sinais inflamatórios. Radiografia de tórax: congestão pulmonar grave. Ecocardiograma: aumento de átrio esquerdo, aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo e fração de ejeção de 55%. Com o objetivo de aumentar a sobrevida, a melhor conduta para esse paciente é

- A. introduzir inibidor da enzima conversora da angiotensina.
- B. introduzir espironolactona.
- C. introduzir inibidor da SGLT2.

D. tratar as comorbidades. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (55%), hipertrofia ventricular e aumento atrial em hipertenso, diabético e obeso. Diuréticos aliviam a congestão e os inibidores de SGLT2 reduzem hospitalizações, mas nenhuma droga isolada demonstrou ganho consistente de sobrevida na ICfEp; o que modifica o desfecho e o tratamento agressivo das comorbidades - controle pressórico, do diabetes, perda de peso, apneia do sono e fibrilação atrial. IECA e espironolactona (A e B) tem benefício de mortalidade estabelecido na fração reduzida, e não neste fenotipo. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Mulher de 63 anos refere ganho de peso e constipação. Não possui doenças prévias nem faz uso de medicamentos. Exames laboratoriais: TSH: 10,7 mU/L, T4 livre: 1,1 ng/dL (valores de referência: 0,7 - 1,4 ng/dL), anti-TPO: 23 UI/mL (valores normais abaixo de 35 UI/mL). Nesse caso, a conduta deve ser:

- A. iniciar tratamento com levotiroxina para normalizar os níveis de TSH e aliviar os sintomas.
- B. solicitar ultrassonografia de tireoide e indicar tratamento apenas em caso de alterações ecográficas difusas.

C. calcular o risco cardiovascular e iniciar tratamento com levotiroxina apenas em caso de a paciente apresentar alto risco. ✓

- D. monitorizar os níveis de TSH e T4 livre a cada 6-12 meses e iniciar tratamento apenas se houver progressão.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH elevado com T4 livre normal e anti-TPO negativo caracteriza hipotireoidismo subclínico. Antes de medicar, confirma-se a alteração em nova coleta, pois o TSH oscila e pode normalizar espontaneamente, e a decisão é individualizada: a banca adotou a estratificação pelo risco cardiovascular, que somada a idade, aos sintomas e ao valor do TSH orienta o início da levotiroxina, evitando iatrogenia (fibrilação atrial e perda de massa óssea) em quem não se beneficia. Ultrassonografia de tireoide não define conduta em disfunção funcional (B). Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Mulher de 62 anos refere dor epigástrica em queimação de forte intensidade com irradiação para região retroesternal e membros superiores, com duração, até o momento, de 50 minutos. Exame físico normal. ECG: infradesnívelamento de segmento ST maior que 1 mm em derivações inferiores. Considerando as diretrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia para síndrome coronariana aguda, pode-se afirmar, corretamente, que

- A. é possível inferir a artéria culpada pelo evento coronariano agudo a partir da alteração eletrocardiográfica descrita.

- B. na evolução natural da isquemia miocárdica, a alteração eletrocardiográfica descrita é precedida de inversão simétrica de onda T.

C. a apresentação clínica e eletrocardiográfica desta paciente é compatível com suboclusão coronariana, não sendo possível a oclusão total.

D. a alteração eletrocardiográfica mencionada é compatível com lesão miocárdica do tipo isquemia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O infradesnívelamento de ST maior que 1 mm traduz lesão subendocárdica, ou seja, o padrão eletrocardiográfico da isquemia miocárdica, configurando síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento. Esse padrão não permite inferir a artéria culpada, porque o vetor de lesão subendocárdica e difuso (A); na evolução natural, a inversão simétrica da onda T sucede e não precede as alterações do segmento ST (B); e a ausência de supra não exclui oclusão total, como nas lesões de circunflexa e nos infartos de parede posterior (C). Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Assinale a alternativa correta sobre as medidas não farmacológicas para controle da hipertensão arterial sistêmica.

A. Em pacientes em uso de dieta rica em sódio, substituir cloreto de sódio por cloreto de potássio é recomendado para reduzir a pressão arterial e o risco cardiovascular. ✓

B. A restrição de sal (cloreto de sódio) na dieta é recomendada para redução da pressão arterial, com restrição de menos de 4 gramas de cloreto de sódio, que corresponde a cerca de 1 grama de sódio.

C. É recomendado o consumo moderado de álcool para proteção cardiovascular.

D. Há evidência dos efeitos de exercício aeróbico na redução da hipertensão arterial e melhora do perfil cardiovascular, porém não para exercício resistido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Substituir o cloreto de sódio por sais enriquecidos com cloreto de potássio reduz a pressão arterial e, em ensaio de larga escala, reduziu AVC, eventos cardiovasculares e mortalidade, sendo recomendada a quem consome dieta rica em sódio - com cautela em nefropatas e usuários de poupadores de potássio. A alternativa B erra na conversão: cerca de 5 g de sal correspondem a 2 g de sódio. Alcool não confere proteção cardiovascular (C), e o exercício resistido também tem efeito anti-hipertensivo comprovado (D). Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Homem de 55 anos, agricultor, apresentou úlcera única, de bordas infiltradas, emolduradas e fundo granuloso na região pré-tibial esquerda, com crescimento há 45 dias. AP: DM2, doença de Chagas, bloqueio atrioventricular grau II, bloqueio de ramo esquerdo e doença renal crônica pré-dialítica. Exame citológico da base da úlcera: estruturas parasitárias diminutas. A estratégia terapêutica mais segura e eficaz é

A. miltefosina oral.

B. antimoniato de N-metil glucamina intramuscular.

C. anfotericina B (lipossomal) endovenosa. ✓

D. pentamidina intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera única de bordas elevadas e emolduradas com fundo granuloso em agricultor, com citologia mostrando formas parasitárias diminutas (amastigotas): leishmaniose tegumentar. O antimonial pentavalente está contraindicado porque prolonga o intervalo QT e agrava distúrbios de condução - o paciente tem cardiopatia chagásica com bloqueio atrioventricular e bloqueio de ramo - e por nefrotoxicidade na doença renal crônica (B). A pentamidina também é cardiotoxica e diabetogênica (D). A escolha mais segura e eficaz nesse perfil é a anfotericina B lipossomal. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Homem de 33 anos refere febre alta, cefaleia, mialgia, artralgia há 4 dias. Há um dia, houve aparecimento de manchas vermelhas pelo corpo, muito pruriginosas e epistaxe em mínima quantidade, com resolução espontânea. AP: DM1 controlado. Exame físico: BEG, PA: 130 x 80 mmHg (aferida em duas posições), FC: 89 bpm, TEC < 3 segundos, sem sinais de hipoperfusão, prova do laço negativa. HGT 149 mg/dL. Com suspeita de dengue, a classificação clínica e a conduta são, correta e respectivamente,

- A. grupo B; é necessário iniciar hidratação e avaliar o hemograma em até 4 horas. Caso não apresente hemoconcentração e/ou plaquetopenia grave, o manejo pode ser ambulatorial, com reavaliações clínicas diárias e hemogramas seriados, até resolução completa do quadro. ✓**
- B. grupo C; é necessário iniciar hidratação e avaliar o hemograma em até 2 horas. A depender do hemograma, o paciente deverá ficar internado ou ser manejado ambulatorialmente, com reavaliações clínicas diárias e hemogramas seriados, até resolução completa do quadro.
- C. grupo A; não é necessário avaliar o hemograma, e o manejo pode ser ambulatorial, com reavaliação clínica no dia da cessação da febre ou no sétimo dia de sintoma, caso a febre persista.
- D. grupo D; é necessário iniciar hidratação endovenosa e avaliar o hemograma em até 2 horas. O paciente deverá ficar internado por, pelo menos, 48 horas em unidade de terapia intensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Epistaxe, ainda que discreta, e sangramento espontâneo de mucosa e classifica o paciente com dengue no grupo B, mesmo com prova do laço negativa e sem sinais de alarme ou de choque. A conduta e hidratação oral iniciada de imediato e hemograma com resultado em até 4 horas: sem hemoconcentração e sem plaquetopenia importante, o seguimento é ambulatorial, com reavaliações diárias até 48 horas após a defervescência. O grupo A dispensaria hemograma (C), e os grupos C e D exigiriam sinais de alarme ou instabilidade hemodinâmica (B e D). Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Mulher de 57 anos, queixa-se de pirose e epigastralgia há 2 anos, nega disfagia e perda ponderal. Refere uso de omeprazol por mais de 6 meses sem melhora do quadro. AP: HAS e DM2 em tratamento. Exame físico: IMC de 29 kg/m². EDA (3 exames): gastrite enantematosa leve de antro gástrico. A hipótese e próximo exame para complementação diagnóstica são, respectivamente,

- A. acalasia; manometria esofágica convencional.
- B. doença do refluxo gastroesofágico; manometria esofágica de alta resolução.
- C. doença do refluxo gastroesofágico; pHmetria esofágica. ✓**
- D. esofagite eosinofílica; nova endoscopia com biópsias esofágicas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pirose e epigastralgia por 2 anos, refratárias a mais de 6 meses de inibidor de bomba de prótons, com três endoscopias praticamente normais: é o cenário da doença do refluxo não erosiva refratária. O exame que documenta (ou afasta) exposição ácida anormal e correlaciona sintomas com episódios de refluxo é a pHmetria esofágica, idealmente com impedanciometria. A manometria (B) avalia motilidade e serve para localizar o esfíncter e posicionar o cateter, mas não diagnostica refluxo; a esofagite eosinofílica cursa com disfagia e impactação alimentar, ausentes aqui (D). Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Mulher de 62 anos queixa-se de disfagia progressiva nos últimos 4 anos associada à perda ponderal de 7 kg. AP: HAS e cirurgia colorretal prévia por obstrução intestinal, porém não se recorda o motivo. Refere aceitar dieta pastosa atualmente. EDA: candidíase esofágica, sem evidência de lesões sugestivas de neoplasia. A hipótese diagnóstica e o próximo exame para confirmá-lo são, correta e respectivamente,

- A. esclerodermia; manometria esofágica convencional.
- B. motilidade esofágica ineficaz; manometria esofágica de alta resolução.
- C. acalasia; pHimpedanciometria.

D. acalasia; manometria esofágica de alta resolução. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia progressiva por 4 anos, perda ponderal, candidíase esofágica por estase e antecedente de cirurgia colorretal por obstrução (provável megacolon) compoem quadro de acalasia, muito provavelmente chagásica. A confirmação e a classificação - tipos I, II e III de Chicago, que orientam a escolha terapêutica - dependem da manometria esofágica de alta resolução, superior a convencional. A pHimpedanciometria avalia refluxo (C), e a esclerodermia cursa com aperistalse associada a hipotonia do esfíncter inferior e refluxo grave (A). Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Motociclista de 25 anos sofreu colisão em alta velocidade contra um automóvel. Estava de capacete fechado (com proteção frontal) e foi arremessado a 10 metros. Deu entrada com capacete e sem colar cervical. Exame físico: arresponsivo mesmo ao estímulo vigoroso, respiração ruidosa, com incursões respiratórias rápidas e superficiais e uso de musculatura acessória. FC: 134 bpm, PA: 80 x 40 mmHg, SatO₂: 72% (ar ambiente). De acordo com o protocolo ATLS a conduta deve ser:

- A. inspecionar e aspirar a via aérea, e suplementar oxigênio com máscara a 10 L/min.
- B. retirar o capacete evitando a movimentação da coluna cervical, com auxílio de um segundo socorrista, para abordagem da via aérea. ✓**
- C. puncionar dois acessos venosos calibrosos de grosso calibre nas fossas antecubitais e iniciar reposição volêmica.
- D. realizar cricotireoidostomia por punção.

COMENTÁRIO OSCELABS

No ATLS, o A e via aérea com proteção da coluna cervical, e este paciente está arresponsivo, com respiração ruidosa e saturação de 72% - precisa de via aérea definitiva. O capacete fechado impede o acesso a face e deve ser retirado por dois socorristas: um estabiliza a coluna cervical em linha enquanto o outro remove o capacete, seguindo-se colar cervical e abordagem da via aérea. Aspirar e ofertar oxigênio (A) é insuficiente com esse nível de consciência; circulação vem depois (C); e a cricotireoidostomia só entra se a via aérea não puder ser obtida de outro modo (D). Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Homem de 19 anos dá entrada em Unidade de Pronto Atendimento com história de mergulho em lago. Exame físico: sonolento, confuso, fala empastada, hálito etílico, paresia dos membros inferiores e ferimento cortocotuso na cabeça, FC: 68 bpm, FR: 18 irpm, SatO₂: 98% (ar ambiente); PA: 80 x 50 mmHg. Pode-se afirmar, corretamente, que

- A. não há necessidade de suporte de oxigênio, uma vez que o paciente apresenta boa saturação em ar ambiente.
- B. o déficit neurológico dos membros inferiores é secundário a uma lesão cranioencefálica.

C. se trata de choque hipovolêmico e deve-se iniciar o tratamento com reposição volêmica com 2000 mL de cristalóide intravenoso em bolus.

D. a causa do choque e do déficit neurológico é uma provável lesão ou compressão de medula ou raízes nervosas ao nível da coluna cervical baixa/torácica alta. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotensão (80x50 mmHg) sem taquicardia compensatória (FC 68 bpm) associada a paresia de membros inferiores após mergulho em água rasa aponta choque neurogênico por lesão medular cervical baixa ou torácica alta, com perda do tônus simpático - daí a vasoplegia com bradicardia relativa. Lesão encefálica não explica paraparesia simétrica (B); saturação normal não dispensa oxigênio e monitorização (A); e tratar como hipovolemia com 2000 mL em bolus (C) pode congestionar, quando o correto é cristalóide criterioso somado a vasopressor e imobilização da coluna. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Mulher de 47 anos refere dor intensa no epigástrico e hipocôndrio direito há 1 dia. Apresentou episódios semelhantes anteriormente, porém, dessa vez, a dor está mais intensa e acompanhada de náuseas e vômitos. Exame físico: obesa, dor à palpação do epigástrico e do hipocôndrio direito. Exames: Ht: 42%; Hb: 13,5 g/dL; GB: 10500 mm³; Ur: 39 mg/dL; Cr: 1 mg/dL; TGO: 40 U/L; TGP: 43 U/L; GGT: 60 U/L; FA: 140 U/L; BT: 1,1 mg/dL; BD: 0,6 mg/dL; BI: 0,5 mg/dL; amilase: 130 U/L; lipase: 495 U/L. Pode-se afirmar, corretamente, que

A. a principal hipótese diagnóstica é pancreatite aguda, e o primeiro exame de imagem a ser solicitado é TC de abdome.

B. o tratamento inicial deve incluir jejum, hidratação, analgesia, antiemético e antibióticos.

C. ao palpar o hipocôndrio direito, se a paciente sentir dor ao inspirar, estará caracterizado o sinal de Murphy positivo.

D. o US de abdome é o exame de escolha, menos invasivo, mais barato e com maior sensibilidade quando comparado à TC. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor recorrente em hipocondrio direito e epigastrio, agora com lipase acima de três vezes o limite: pancreatite aguda de provável origem biliar. O exame de imagem de escolha é a ultrassonografia de abdome - mais sensível que a tomografia para cálculos e dilatação de vias biliares, além de barata, disponível e sem radiação. A TC precoce (A) não muda conduta e subestima necrose nas primeiras 72 horas. Antibiótico não entra na pancreatite sem infecção documentada (B), e o sinal de Murphy exige interrupção da inspiração à palpação, não apenas dor (C). Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Homem de 75 anos queixa-se de dois episódios de hematocúezia em grande quantidade há 1 dia, associada à síncope. Exame físico: REG, afebril, acianótico, anictérico, descorado 2+/4+, FC: 120 bpm, PA: 100 x 60 mmHg; abdome plano, flácido e indolor à palpação. Toque retal: ausência de lesões e fezes na ampola, grande quantidade de coágulos. AP: HAS, DM e antiagregante plaquetário devido a procedimento endovascular recente. EDA (há 3 dias): sem alterações. A etiologia mais provável e o tratamento inicial são:

A. angiodisplasia; arteriografia.

B. doença hemorroidária; cirurgia de urgência.

C. doença diverticular do cólon; monitorização e estabilização clínica. ✓

D. neoplasia de cólon; colonoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematoquezia volumosa com repercussão hemodinâmica e síncope em idoso antiagregado, com endoscopia digestiva alta recente normal: a causa mais frequente de sangramento baixo maciço e a doença diverticular do colon, que cessa espontaneamente em cerca de 80% dos casos. A prioridade inicial é monitorização, acessos calibrosos, reposição volêmica e hemotransfusão conforme necessidade; só com o paciente estável se faz colonoscopia e, se o sangramento persistir, angiotomografia com arteriografia e embolização. Cirurgia de urgência não é conduta inicial (B). Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Menina de 6 anos apresenta, há 2 dias, dor abdominal, inicialmente difusa e, agora, está mais localizada em fossa ilíaca direita. Está com apetite diminuído, com náuseas e vômitos. Há 1 dia, apresenta dor para urinar e um episódio de febre (37,8°C). Possui hábito intestinal regular, diário, sem esforço, mas está há 1 dia sem evacuar. Exame físico: prostrada, FC: 102 bpm, discretamente desidratada. Abdome: doloroso à palpação profunda difusamente, com sinal de Blumberg positivo. Em face do exposto, a conduta a ser adotada é realizar

- A. observação clínica por 48 horas.
- B. drenagem de cavidade abdominal guiada por US.
- C. TC de abdome.

D. apendicectomia de urgência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal que migra para a fossa ilíaca direita, anorexia, náuseas, vômitos, febre baixa e sinal de Blumberg positivo compõem o quadro típico de apendicite aguda em escolar - a disúria decorre da irritação vesical por apêndice de posição pélvica. Com clínica característica e irritação peritoneal, a conduta é apendicectomia de urgência, sem postergar por imagem (C) nem observar por 48 horas (A), o que aumenta o risco de perfuração. Drenagem guiada por ultrassonografia (B) é reservada a abscessos já formados. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Homem de 67 anos queixa-se de dificuldade miccional, jato urinário fraco e sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, há 6 meses. Nega hematúria, infecções urinárias recorrentes e sintomas de disfunção erétil. AP: HAS controlada. Toque retal: próstata aumentada e consistência elástica. A primeira linha de tratamento farmacológico deve ser:

- A. inibidor da 5-alfa-redutase.
- B. alfabloqueador. ✓**
- C. anti-inflamatório não esteroide.
- D. inibidor da fosfodiesterase tipo 5.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas de esvaziamento do trato urinário inferior (jato fraco, sensação de esvaziamento incompleto) com próstata aumentada e de consistência fibroelástica ao toque configuram hiperplasia prostática benigna. A primeira linha farmacológica é o alfabloqueador (tansulosina, doxazosina), que relaxa a musculatura lisa do colo vesical e da próstata e alivia os sintomas em poucos dias. O inibidor da 5-alfa-redutase reduz o volume prostático, mas leva de 3 a 6 meses e se reserva a próstatas volumosas, em geral em associação (A). Resposta B.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Homem de 45 anos apresenta dor lombar intensa do lado direito, em cólica, que irradia para a região inguinal, acompanhada de náuseas e vômitos. Nega febre. Exame físico: afebril, dor à palpação da região lombar direita e sinal de Giordano positivo. O exame de imagem para confirmar o diagnóstico deve ser:

- A. US abdominal. ✓**
- B. radiografia simples de abdome.
- C. urografia excretora.
- D. TC de abdome total sem contraste.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor lombar em colica com irradiação para a região inguinal, náuseas, vômitos e Giordano positivo, sem febre: colica nefretica por litíase. Como exame de imagem inicial, a ultrassonografia é a escolha - identifica hidronefrose e calculos, é barata, disponível e não irradia, o que importa em pacientes jovens, gestantes e em quadros recorrentes. A tomografia sem contraste tem acurácia superior e é o exame de referência, mas fica reservada a dúvida diagnóstica ou quando o resultado muda a conduta (D); radiografia e urografia excretora foram superadas (B e C). Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Homem de 28 anos apresenta úlcera genital dolorosa há 5 dias. Relata febre e mal-estar geral antes do aparecimento da lesão. Exame físico: imagem. AP: múltiplas parcerias sexuais nos últimos meses sem uso de preservativos. Em face do exposto, a hipótese diagnóstica é:

- A. sífilis.
- B. herpes genital. ✓**
- C. cancroide.
- D. linfogranuloma venéreo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital dolorosa precedida de prodromo de febre e mal-estar, em paciente com múltiplas parcerias, e herpes genital: a primoinfecção cursa com vesículas agrupadas que se ulceram, adenopatia dolorosa e sintomas sistêmicos. O cancro duro da sífilis é único, indolor e de bordas endurecidas (A); o cancroide produz úlceras dolorosas de fundo sujo com adenite supurativa, sem prodromo sistêmico (C); e o linfogranuloma venéreo tem lesão inicial fugaz e indolor, seguida de linfadenopatia volumosa com sinal do sulco (D). Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Homem de 65 anos foi submetido a implante de prótese valvar mecânica mitral e está em uso de anticoagulante oral. Evoluiu no 5º dia de pós-operatório com estase jugular, hipotensão arterial e hipofonese de bulhas cardíacas.

- A. realizar ecocardiograma, suspender anticoagulante oral e otimizar medicação para controle da insuficiência cardíaca.
- B. substituir o anticoagulante oral por heparina regular e fazer acompanhamento do tempo de tromboplastina parcialmente ativada a cada 8 horas.
- C. realizar drenagem do derrame pericárdico. ✓**
- D. reoperar imediatamente, drenando o derrame pericárdico, e trocar a prótese mecânica por biológica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Estase jugular, hipotensão e hipofonese de bulhas formam a triade de Beck: tamponamento cardíaco, aqui por derrame pericárdico hemorrágico no pós-operatório de troca valvar em paciente anticoagulado. O tratamento e a decompressão do saco pericárdico (pericardiocentese ou janela/drenagem cirúrgica) - nenhuma medida clínica resolve a restrição ao enchimento diastólico, e otimizar drogas ou trocar anticoagulante (A e B) apenas retarda a conduta salvadora. A prótese mecânica não tem relação com o quadro e não precisa ser substituída (D). Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Mulher de 35 anos refere aparecimento de um nódulo em região cervical anterior. Exame físico: nódulo de 2,0 cm em topografia de lobo direito da tireoide. Exames: TSH e T4 livre dentro dos limites de normalidade. US de tireoide: nódulo altamente suspeito de malignidade segundo os critérios do ACR TI-RADS (American College of Radiology). Em face do exposto, é correto afirmar que se trata de nódulo

- A. sólido, hiperecoico, mais largo do que alto, margem regular e com presença de macrocalcificações.
- B. sólido-cístico, com conteúdo sólido isoecoico, mais alto do que largo, com margens regulares e sem focos ecogênicos no seu interior.
- C. sólido, hipoecoico, mais alto do que largo, com margens irregulares e presença de focos ecogênicos puntiformes no seu interior. ✓**
- D. sólido, hiperecoico, mais largo do que alto, com margens irregulares e sem focos ecogênicos no seu interior.

COMENTÁRIO OSCELABS

No ACR TI-RADS somam-se pontos por composição, ecogenicidade, forma, margem e focos ecogênicos. O padrão de alta suspeição reúne nódulo sólido, hipoecoico, mais alto do que largo, com margens irregulares ou lobuladas e focos ecogênicos puntiformes (microcalcificações) - achados típicos do carcinoma papilífero, que indicam punção aspirativa por agulha fina a partir de 1 cm. Hiperecogenicidade, formato mais largo que alto, margens regulares e macrocalcificações traduzem baixo risco (A, B e D). Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Homem de 38 anos, vítima de acidente automobilístico, dá entrada no Pronto-Socorro referindo dor torácica importante. Exame físico: sudoreico, taquipneico, FC: 125 bpm, PA: 80 x 50 mmHg, turgência jugular, escoriação e crepitação à palpação do 4º e 5º arcos costais à esquerda, ausência de murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo e bulhas rítmicas normofonéticas a dois tempos. Nesse caso, a conduta a ser adotada deve ser:

- A. intubação orotraqueal.
- B. pericardiocentese.
- C. toracostomia com drenagem pleural fechada.
- D. toracocentese de alívio. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma torácico com hipotensão, taquicardia, turgência jugular, fraturas de arcos costais e ausência de murmúrio vesicular unilateral configura pneumotorax hipertensivo - diagnóstico clínico, que não espera radiografia. A conduta imediata é a decompressão do hemitórax acometido por punção/toracocentese de alívio (5º espaço intercostal na linha axilar média ou 2º espaço na linha hemiclavicular), seguida obrigatoriamente de drenagem em selo d'água (C, que é o passo seguinte, não o primeiro). Intubar antes de descomprimir (A) agrava a hipertensão intratorácica. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Menino de 1 ano e oito meses estava passeando com sua avó e tentou se soltar fazendo força para se jogar no chão (imagem). A avó segurou firmemente, enquanto a criança puxava sua mão com força. De repente, o menino deu um grito agudo, começou a chorar e parou de mexer o cotovelo esquerdo, dando entrada com essa situação clínica no Pronto-Socorro. O diagnóstico provável é de

- A. fratura por estresse do úmero distal.
- B. pronação dolorosa. ✓**
- C. epifisiólise da ulna.
- D. ruptura da cápsula articular do cotovelo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tracao longitudinal do braco estendido e pronado em crianca pequena, que subitamente para de mexer o cotovelo e mantem o membro pendente em pronacao, sem deformidade, edema ou equimose: pronacao dolorosa, ou subluxacao da cabeca do radio (cotovelo de baba), tipica entre 1 e 4 anos pela frouxidão do ligamento anular. O diagnostico e clinico e a reducao se faz por supinacao com flexao do cotovelo ou por hiperpronacao, dispensando radiografia. O mecanismo descrito nao produz fratura por estresse nem epifisiólise (A e C). Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Homem de 62 anos dá entrada no Pronto-Socorro com queixa de dor súbita e edema no MIE. AP: câncer de pulmão metastático em tratamento quimioterápico, evoluindo com pancitopenia. Exame físico: aumento de volume e calor localizado no MIE. US Doppler: trombose venosa profunda envolvendo as veias femoral e ilíaca comum esquerdas. A conduta nesse caso deve ser:

- A. implantar filtro de veia cava inferior. ✓**
- B. anticoagulação com ajuste de dose de acordo com o peso do paciente.
- C. compressão pneumática intermitente como tratamento inicial.
- D. monitorização da evolução com US Doppler seriada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trombose venosa profunda proximal extensa em paciente com neoplasia avancada e pancitopenia: a anticoagulacao plena esta contraindicada pelo risco hemorragico da plaquetopenia (B). Nessa situacao especifica - trombose proximal aguda com contraindicacao absoluta a anticoagulacao - indica-se o filtro de veia cava inferior para prevenir embolia pulmonar, reavaliando-se a anticoagulacao (e a retirada do filtro) quando as plaquetas se recuperarem. Compressao pneumatica e medida profilatica, nao tratamento (C), e apenas observar (D) expoe ao tromboembolismo fatal. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Homem de 65 anos queixa-se de claudicação intermitente há 6 meses, com piora da dor em membro inferior direito há 25 dias, ao caminhar cerca de 30 metros e aliviada com repouso. AP: ex-tabagista há 10 anos, DM2 em uso de metformina. Exame físico: pulsos femorais presentes bilateralmente, ausência de pulsos poplíteos, tibiais posteriores e tibiais anteriores bilateralmente. Em face do exposto, a conduta deve ser:

- A. angioplastia com colocação de stent na artéria ilíaca Ilmum direita.
- B. cilostazol e encaminhamento para reabilitação cardiovascular.
- C. angiografia do MID e programação de revascularização cirúrgica. ✓**
- D. analgésicos para controle da dor durante caminhadas supervisionadas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Claudicação limitante e em piora (30 metros, com agravamento nas últimas semanas) somada à ausência de todos os pulsos abaixo do femoral indica doença arterial obstrutiva multissegmentar avançada, com incapacidade funcional importante. Nesse cenário, define-se a anatomia por angiografia (ou angiotomografia) e programa-se a revascularização, mantendo em paralelo o tratamento clínico: cessação do tabagismo, estatina, antiagregante, controle do diabetes e exercício supervisionado. Analgésico para caminhar (D) apenas mascara a isquemia. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Homem de 72 anos apresenta-se ao serviço de emergência com dor abdominal súbita e intensa. AP: HAS controlada. Exame físico: massa pulsátil palpável na região abdominal e hipotensão arterial. TC abdominal: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 5,5 cm (4,0 cm há sete meses). Nesse caso, a conduta deve ser:

A. US abdominal seriado a cada 3 meses.

B. reparo cirúrgico imediato do aneurisma. ✓

C. bloqueador de canal de cálcio e avaliação cardiológica.

D. betabloqueador e acompanhamento clínico regular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal súbita, hipotensão e massa pulsátil em idoso com aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 5,5 cm que cresceu 1,5 cm em sete meses: aneurisma roto ou sintomático, emergência cirúrgica. A conduta é o reparo imediato, aberto ou endovascular, com hipotensão permissiva até o controle proximal - sem intervenção, a mortalidade é praticamente total. Vigilância por ultrassonografia (A) e controle pressórico ambulatorial com betabloqueador ou bloqueador de canal de cálcio (C e D) valem apenas para aneurismas assintomáticos abaixo do limiar de intervenção. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Homem de 37 anos, com diagnóstico recente de tuberculose (TB) pulmonar em tratamento. A equipe de saúde identifica que sua esposa de 35 anos e seu filho de 15 anos têm diagnóstico de TB ativa. Segundo o Ministério da Saúde, o tratamento encurtado com 2 meses de rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol, seguido por 2 meses de rifampicina + isoniazida,

A. é recomendado para o filho, caso o raio-X de tórax seja compatível com TB pulmonar confinada em um lobo, sem cavidades e sem padrão miliar; tenha teste rápido molecular para TB não detectado e apresente sintomas leves que não precisem de internação. ✓

B. é recomendado para a esposa, caso o raio-X de tórax seja compatível com TB pulmonar confinada em um lobo, sem cavidades e sem padrão miliar; tenha teste rápido molecular para TB não detectado e apresente sintomas leves que não precisem de internação.

C. é recomendado para o filho, caso o raio-X de tórax mostre derrame pleural não complicado; tenha baciloscopia de escarro positiva para BAAR ou teste rápido molecular para TB positivo e esteja com estado nutricional semelhante ao que tinha antes de desenvolver TB, após 4 meses de tratamento.

D. não foi incorporado no Brasil, apesar das recomendações da Organização Mundial de Saúde, baseadas nos resultados consistentes do estudo SHINE, no qual foi demonstrada a não inferioridade do esquema terapêutico de 4 meses em comparação ao de 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

O esquema encurtado de 4 meses (2 meses de RHZE seguidos de 2 meses de RH), baseado no estudo SHINE e já incorporado pelo Ministério da Saúde, destina-se a crianças e adolescentes com tuberculose não grave: doença confinada a um lobo, sem cavitação e sem padrão miliar, com baixa carga bacilar (baciloscopia ou teste rápido molecular não detectável) e sintomas leves que dispensam internação. Aplica-se, portanto, ao filho de 15 anos, e não a esposa adulta (B), para quem o esquema permanece de 6 meses. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Por atribuição conferida pela Constituição Federal, o Ministério da Saúde institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT), periodicamente. As finalidades da LDRT são, além de orientar o uso clínico epidemiológico, de forma a permitir a qualificação da atenção integral à Saúde do Trabalhador, facilitar o estudo da relação entre o adoecimento e o trabalho;

- A. adotar procedimentos de diagnóstico; elaborar projetos terapêuticos mais acurados; orientar as ações de responsabilização dos trabalhadores adoecidos.
- B. adotar procedimentos medicamentosos; elaborar projetos terapêuticos mais acurados; orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo.
- C. adotar procedimentos de diagnóstico; elaborar projetos terapêuticos que preservem o empregador; orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo.

D. adotar procedimentos de diagnóstico; elaborar projetos terapêuticos mais acurados; orientar as ações de vigilância e promoção da saúde em nível individual e coletivo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho tem finalidade clínica e de vigilância: orientar a adoção de procedimentos de diagnóstico, subsidiar projetos terapêuticos mais acurados e orientar ações de vigilância e promoção da saúde nos planos individual e coletivo, além de sustentar notificação, nexos técnico e direitos previdenciários. Responsabilizar o trabalhador adoecido (A) inverte a lógica da Saúde do Trabalhador, e elaborar projetos que preservem o empregador (C) não é finalidade sanitária. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Homem de 50 anos, casado, técnico em telecomunicações, funcionário de empresa de telefonia há 20 anos, começa a apresentar alguns problemas de saúde após sucessivas mudanças administrativas em seu emprego, com ameaças de demissão, desmoralização dos funcionários e exigências cada vez maiores de rendimento. Foi transferido de unidade duas vezes e assumiu posto de gerência, aumentando suas atribuições, enquanto reduzia-se o efetivo de pessoal. Começou a sentir-se muito cansado fisicamente, ansioso, tenso e insone. Passou a apresentar também tristeza profunda, falta de prazer nas atividades, dificuldade em tomar decisões, perda de apetite e de peso, lapsos de memória, desesperança, sentimento de desvalorização pessoal e profissional. Foi afastado do trabalho por transtorno mental relacionado ao trabalho. Os diagnósticos mais prováveis, nesse caso, são síndrome

- A. de estresse pós-traumático e transtorno depressivo.
- B. da fadiga crônica e transtorno depressivo.
- C. do esgotamento profissional e síndrome da fadiga crônica.
- D. do esgotamento profissional e transtorno depressivo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Exposição prolongada a reestruturações, ameaça de demissão, sobrecarga e desmoralização, evoluindo com exaustão física e emocional, configura síndrome do esgotamento profissional (burnout), reconhecida entre os transtornos mentais relacionados ao trabalho. A ela se somam tristeza profunda, anedonia, alterações de apetite, sono e memória, desesperança e sentimento de desvalia - critérios de episódio depressivo. Não há evento traumático agudo que sustente estresse pós-traumático (A) nem quadro de fadiga crônica pós-infecciosa (B e C). Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Assinale a alternativa correta quanto à associação entre o uso abusivo de álcool e de outras drogas, provocando dependência química e psicológica, e as condições e situações de trabalho.

- A. Há intensificação do uso dessas substâncias para justificar as faltas ou para compensar a insatisfação no trabalho ou a impossibilidade de realizá-lo.
- B. Há início ou intensificação do uso dessas substâncias como recurso para enfrentar situações desagradáveis/difíceis, para compensar a insatisfação, para viabilizar o trabalho ou como forma de inclusão no grupo. ✓**
- C. Há início ou intensificação do uso dessas substâncias em trabalhadores expostos a produtos químicos, visando manter a performance propiciada pela inalação do produto utilizado no trabalho.
- D. O uso abusivo dessas substâncias está fortemente relacionado a fatores genéticos e de personalidade, não sendo possível associá-lo ao trabalho.

COMENTÁRIO OSCELABS

O uso de álcool e outras drogas relacionado ao trabalho costuma iniciar-se ou intensificar-se como estratégia de enfrentamento: suportar situações desagradáveis, penosas ou perigosas, compensar a insatisfação, sustentar ritmo e jornada (viabilizar o trabalho) ou garantir inserção no grupo. Reduzir o fenômeno a justificativa de faltas (A) ou apenas a exposição a produtos químicos (C) é visão parcial, e negar o nexo laboral atribuindo tudo a genética e personalidade (D) contraria o reconhecimento do uso de substâncias como agravamento relacionado ao trabalho. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

A fim de avaliar a associação entre câncer bucal e a presença e gravidade da periodontite, um estudo incluiu 200 participantes, 100 diagnosticados com câncer bucal e 100 sem câncer bucal. Um questionário foi utilizado para obter informações sobre fatores de risco socioeconômicos e de estilo de vida que podem influenciar o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas oral e a gravidade da periodontite, determinada de acordo com a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri implantares. O desenho de estudo utilizado nessa pesquisa foi:

- A. ensaio clínico randomizado.
- B. estudo de coorte prospectivo.
- C. estudo de caso-controle. ✓**
- D. estudo transversal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo parte do desfecho - 100 pessoas com cancer bucal e 100 sem - e busca retrospectivamente as exposicoes (periodontite, fatores socioeconomicos e de estilo de vida) por questionario. Esse e o desenho caso-controle, cuja medida de efeito e a razao de chances (odds ratio) e cuja principal limitacao e o vies de memoria. A coorte parte da exposicao e acompanha no tempo (B); no transversal, exposicao e desfecho sao aferidos simultaneamente, sem selecao pelo desfecho (D); e nao houve intervencao nem randomizacao (A). Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Um estudo foi conduzido para avaliar a relação entre o consumo de frutas e vegetais em diferentes países e a prevalência de doenças cardiovasculares (DCV). Os resultados mostraram que países com maior consumo médio de frutas e vegetais apresentaram menor incidência de DCV. Com base nesses resultados, concluiu-se que indivíduos que consomem mais frutas têm menor risco de desenvolver DCV. Essa conclusão pode estar incorreta devido ao seguinte tipo de erro:

- A. viés de seleção.
- B. falácia ecológica. ✓**
- C. confusão residual.
- D. de aferição.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os dados sao agregados por pais (consumo medio e incidencia populacional), mas a conclusao e feita sobre individuos - extrapolacao que caracteriza a falacia ecologica: a associacao observada no nivel do grupo pode nao se reproduzir no nivel individual, pois quem consome mais frutas nao e necessariamente quem adoeca menos. Vies de selecao e de afericao dependem de como se recrutou e mediu os participantes (A e D), e confusao residual seria ajuste incompleto de variaveis, e nao erro de nivel de inferencia. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Um estudo de coorte foi conduzido para avaliar a relação entre o uso de um novo medicamento e a ocorrência de dor epigástrica. Os pesquisadores acompanharam, durante 2 anos, 200 pacientes que usaram o medicamento e 200 que não o usaram. A análise estatística revelou um risco relativo de 1,5 com um intervalo de confiança de 95% variando de 0,95 a 2,10. Com base nesses resultados, assinale a alternativa que apresenta a interpretação correta.

- A. Foi encontrada uma redução no risco de dor epigástrica devido ao uso do medicamento, e esta foi significativa.
- B. Foi encontrada uma redução no risco de dor epigástrica devido ao uso do medicamento, mas esta não foi significativa.
- C. Foi encontrado um aumento no risco de dor epigástrica devido ao uso do medicamento, e este foi significativo.
- D. Foi encontrado um aumento no risco de dor epigástrica devido ao uso do medicamento, mas este não foi significativo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O risco relativo de 1,5 aponta aumento de 50% no risco de dor epigástrica entre os expostos, mas o intervalo de confiança de 95% vai de 0,95 a 2,10 e inclui o valor nulo (RR igual a 1) - logo, o achado não é estatisticamente significativo, sendo compatível tanto com discreta proteção quanto com risco duplicado. RR maior que 1 indica aumento, e não redução do risco (A e B); e a significância se lê pelo intervalo de confiança, nunca pelo valor pontual isolado (C). Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

A Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 199 e parágrafos, trata da assistência à saúde pela iniciativa privada. Assinale a alternativa que expressa corretamente a condição a ser observada nessa prestação de serviços. Assinale a alternativa que expressa corretamente a condição a ser observada nessa prestação de serviços.

A. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos. ✓

B. As instituições privadas poderão participar do Sistema Único de Saúde de forma complementar, observada a equidade entre as entidades filantrópicas e as com fins lucrativos.

C. É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, exceto nos casos previstos em lei.

D. São permitidos a coleta, o processamento e a transfusão de sangue e seus derivados, com fins comerciais, exceto nos casos previstos em lei.

COMENTÁRIO OSCELABS

O artigo 199 da Constituição permite a participação complementar da iniciativa privada no SUS, com preferência para entidades filantrópicas e sem fins lucrativos - não há, portanto, equidade entre elas e as com fins lucrativos (B). O texto veda expressamente a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, veda a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde salvo nos casos previstos em lei (C) e proíbe a comercialização de sangue e derivados (D). Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Segundo o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/1990), no Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado

A. pela APS (Atenção Primária à Saúde). ✓

B. pela CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde).

C. pelo DRS (Departamento Regional de Saúde).

D. pela RAS (Rede de Atenção à Saúde Especializada).

COMENTÁRIO OSCELABS

O Decreto 7.508/2011 estabelece que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é ordenado pela atenção primária, porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde - ao lado das portas de urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto. Centrais de regulação, departamentos regionais e a rede especializada (B, C e D) organizam a oferta e o fluxo assistencial, mas não ordenam o acesso ao sistema. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

As normas legais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) condicionam o acesso à assistência farmacêutica à observância de requisitos, dentre eles:

- A. ter o medicamento sido prescrito por quaisquer profissionais de saúde, desde que registrados nos respectivos Conselhos Profissionais.
- B. estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde públicos ou privados.
- C. estarem incluídos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) ✓**
- D. estar a prescrição em conformidade com a RENAME, excluídas as relações complementares estaduais ou municipais.

COMENTÁRIO OSCELABS

O acesso a assistência farmacêutica no SUS depende de requisitos cumulativos: estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS (e não por serviços privados, o que elimina B), ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS (A e ampla demais), estar a prescrição em conformidade com a RENAME e com as relações complementares estaduais, distritais e municipais - que não são excluídas (D) - e ocorrer a dispensação em unidade do SUS. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

O “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças” (Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 588/2018) corresponde ao conceito de

- A. Integralidade.
- B. Vigilância em Saúde. ✓**
- C. Vigilância Epidemiológica.
- D. Universalidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A definição transcrita - processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos de saúde, com regulação e intervenção sobre determinantes, riscos, agravos e doenças - corresponde à Vigilância em Saúde, conceito ampliado consagrado na Resolução CNS 588/2018. A vigilância epidemiológica é apenas um de seus componentes, ao lado das vigilâncias sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador (C); integralidade e universalidade são princípios doutrinários do SUS (A e D). Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Mulher de 32 anos, faxineira, estava limpando a parte externa de uma janela, em um prédio, quando caiu de altura de 12 metros, chocando o abdome sobre um muro. No PS teve diagnóstico de laceração de fígado com hemorragia intra-abdominal, choque hemorrágico e óbito. A família informou que ela tinha anemia falciforme. Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- A. O preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO) deve ser: PARTE I a) Choque hemorrágico b) Laceração hepática c) Traumatismo abdominal d) Queda de edifício PARTE II Anemia falciforme ✓**
- B. O preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO) deve ser: PARTE I a) Queda de edifício b) Traumatismo abdominal c) Laceração de fígado d) Choque hemorrágico PARTE II
- C. O preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO) deve ser: PARTE I a) Choque hemorrágico b) Laceração hepática c) Anemia falciforme d) Queda de edifício PARTE II

D. O preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO) deve ser: PARTE I a) Choque hemorrágico b) Traumatismo de fígado c) Anemia falciforme d) Queda de edifício PARTE II

COMENTÁRIO OSCELABS

Na Parte I da Declaração de Óbito as causas se encadeiam da imediata para a básica: choque hemorrágico, laceração hepática, traumatismo abdominal e, por fim, queda de edifício - o evento que iniciou a cadeia e, portanto, a causa básica, aquela que será tabulada nas estatísticas de mortalidade. A Parte II reserva-se as condições que contribuíram sem integrar a sequência causal, no caso a anemia falciforme. Inverter a ordem (B) ou inserir a anemia falciforme dentro da cadeia (C e D) descaracteriza a causa básica. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

A figura a seguir representa graficamente a ocorrência de casos novos de dengue em dois municípios do estado de São Paulo, no ano de 2024. Os dados apresentados por semanas epidemiológicas expressam

A. coeficientes de prevalência.

B. a variação sazonal.

C. coeficientes de incidência. ✓

D. o diagrama de controle.

COMENTÁRIO OSCELABS

Casos novos registrados por semana epidemiológica em uma população definida expressam incidência - o coeficiente de incidência mede o risco de adoecer em determinado período e é o indicador adequado para acompanhar epidemias. A prevalência somaria casos novos e antigos existentes em um momento (A). Afirmar variação sazonal exigiria séries de vários anos (B), e o diagrama de controle compara a curva atual com limites construídos a partir da mediana histórica, o que um gráfico de casos novos, isoladamente, não representa (D). Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

A população do estado de São Paulo em 2022 era de 44 411 238 habitantes (IBGE). O quadro a seguir expressa informações sobre a ocorrência de casos e óbitos (acumulados) de Covid-19 no estado, nos anos de 2021 e 2022. Com base nessas informações, assinale a alternativa que expressa percentualmente o coeficiente de letalidade da Covid-19, no estado de São Paulo, durante o ano de 2022.

A. 1,2 ✓

B. 2,8

C. 3,5

D. 349,5

COMENTÁRIO OSCELABS

Letalidade não se calcula sobre a população, e sim sobre os doentes: é o número de óbitos pela doença dividido pelo número de casos da mesma doença no período, multiplicado por 100. Como os dados do quadro estão acumulados, o cálculo referente a 2022 exige subtrair casos e óbitos de 2021 dos totais antes da divisão. O valor de 349,5 (D) resulta de usar a população do estado como denominador, e os demais resultam de aplicar os acumulados sem descontar o ano anterior. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Assinale a alternativa que expressa corretamente o denominador do coeficiente de mortalidade materna.

A. População feminina de 15 a 49 anos de idade.

- B. População feminina total.
- C. Número total de óbitos femininos.
- D. Número de nascidos vivos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O coeficiente de mortalidade materna relaciona os óbitos maternos - ocorridos durante a gestação, o parto ou até 42 dias após o término da gravidez, por causas ligadas ou agravadas pela gestação, excluídas as acidentais e incidentais - ao número de nascidos vivos no mesmo local e período, expresso por 100 mil nascidos vivos. O nascido vivo é usado como aproximação do total de gestações, informação indisponível nos sistemas. População feminina total ou em idade fértil (A e B) são denominadores de coeficientes de fecundidade. Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

São consideradas ações e atividades de programas da atenção primária a serem executadas pela ESF:

- A. Na atenção à saúde da mulher: pré-natal de baixo, médio e de alto risco gestacional: diagnóstico de gravidez; cadastramento das gestantes com e sem riscos gestacionais, na primeira consulta; vacinação antitetânica, avaliação no puerpério e atividade educativa de promoção à saúde; planejamento familiar com fornecimento de medicamento e orientação quanto a métodos anticoncepcionais.
- B. No controle de tuberculose: busca ativa de casos e identificação de sintomáticos respiratórios; diagnóstico clínico dos comunicantes, vacinação com BCG e quimioprofilaxia quando necessário; notificação e investigação dos casos; tratamento supervisionado dos casos positivos e busca de faltosos; fornecimento de medicamentos; ações educativas. ✓**
- C. No controle de hipertensão arterial e diabetes: diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores; busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose; diagnóstico precoce de complicações; encaminhamento de todos os pacientes para acompanhamento na atenção especializada; ações educativas.
- D. Na eliminação da hanseníase: busca ativa de casos e identificação dos sintomáticos dermatológicos e de seus comunicantes; notificação e investigação dos casos; diagnóstico clínico dos casos com exames dos sintomáticos; tratamento supervisionado dos casos com avaliação dermato-neurológica e encaminhamento para a farmácia de alto custo para fornecimento de medicamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre as ações programáticas da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose estão a busca ativa de sintomáticos respiratórios, o exame de comunicantes, a vacinação com BCG e a quimioprofilaxia quando indicada, a notificação e investigação dos casos, o tratamento diretamente observado com busca de faltosos, o fornecimento de medicamentos e as ações educativas. As demais alternativas atribuem a atenção primária o pré-natal de alto risco (A), encaminham todo hipertenso e diabético a atenção especializada (C) ou remetem a hanseníase a farmácia de alto custo (D). Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Assinale a alternativa que descreve corretamente como marcadores de consumo alimentar do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) podem ser utilizados na prática clínica na APS.

- A. São utilizados exclusivamente para a prescrição de medicamentos nutricionais aos pacientes com deficiências específicas.
- B. São usados para auxiliar o monitoramento do consumo de alimentos, permitindo a implementação de orientações dietéticas individualizadas. ✓**
- C. São utilizados apenas para registrar a altura e o peso dos pacientes, sem considerar aspectos relacionados à dieta e ao consumo alimentar.

D. São usados para a avaliação exclusiva de aspectos socioeconômicos dos pacientes, sem relação direta com a dieta e o consumo alimentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os marcadores de consumo alimentar do SISVAN são formulários simples, aplicados na rotina da atenção primária, que registram o consumo do dia anterior (aleitamento e alimentação infantil, ultraprocessados, frutas e hortaliças, hábito de comer assistindo a telas). Servem para monitorar o padrão alimentar do indivíduo e do território, embasando orientação dietética individualizada e ações coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável. Não são instrumento de prescrição, nem de antropometria isolada, nem de avaliação socioeconômica (A, C e D). Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Mulher de 68 anos comparece à UBS para saber resultados de exames bioquímicos, que estão alterados. Refere que se mudou recentemente para o bairro e sempre cuidou de sua alimentação, consumindo verduras e legumes de 1 a 2 vezes por dia. Atualmente, tem dificuldade para comprar verduras e legumes, pois nesse bairro não há horta, sacolão ou feira livre, passando dias sem consumir esses alimentos. Dessa forma, o território em questão caracteriza-se como um ambiente alimentar denominado

- A. pântano alimentar.
- B. oásis alimentar.
- C. deserto alimentar. ✓**
- D. ilhas de abundância.

COMENTÁRIO OSCELABS

Território sem feira, sacolão ou horta, no qual o acesso a frutas, verduras e legumes in natura é escasso ou inviável, caracteriza um deserto alimentar. Quando o problema é o oposto - grande oferta de ultraprocessados e fast-food -, fala-se em pantano alimentar (A). Reconhecer o ambiente alimentar é essencial na atenção primária: orientação dietética que ignore a disponibilidade e o preço dos alimentos no território não se sustenta e acaba culpabilizando o usuário por uma barreira estrutural. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

A principal estratégia do PNHPN (Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) é fazer com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido (RN) seja com qualidade e humanizada. Para tanto, é necessário

- A. realizar atividades educativas e, no mínimo, 12 consultas médicas de pré-natal, nos 9 meses de gestação.
- B. contraindicar a aplicação de vacina antitetânica em gestantes ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.
- C. realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação e a classificação de risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes. ✓**
- D. reduzir a taxa de mortalidade infantil, composta por óbitos perinatal, neonatal e pós-neonatal por ser um coeficiente sensível à adequação da assistência obstétrica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O PNHPN organiza o pré-natal em torno de acesso, cobertura e qualidade: primeira consulta até o 4º mês de gestação (idealmente no primeiro trimestre), mínimo de seis consultas, exames laboratoriais preconizados, atividades educativas e classificação de risco gestacional na primeira consulta e reavaliada nas subsequentes, com encaminhamento oportuno ao alto risco. Doze consultas não são exigência do programa (A); a vacinação antitetânica é recomendada, e não contraindicada, na gestante (B); e a redução da mortalidade infantil é resultado esperado, não a estratégia (D). Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Homem de 32 anos refere contato sexual desprotegido na noite anterior e procurou a unidade de saúde. Foi realizado teste rápido para sífilis (imunocromatografia) que resultou positivo. Não apresenta lesão cutânea e nega ter tido sífilis anteriormente. Em face do exposto, assinale a alternativa correta.

- A. Apresenta sífilis primária, visto que a sorologia torna-se positiva antes do aparecimento da lesão cutânea.
- B. O teste, provavelmente, é falso-positivo e outras doenças devem ser pesquisadas, tais como lúpus eritematoso sistêmico e síndrome do anticorpo antifosfolípide.
- C. Deve-se realizar punção líquórica para afastar neurosífilis tardia (oligossintomática).

D. Pode representar sífilis latente ou tratada de forma inadequada, a ser confirmada com exame laboratorial convencional (VDRL e FTA-Abs). para a residência médica 100% focado nas instituições de São Paulo. Preparamos nosso material com didática padrão-ouro vinda de nossos professores especialistas que já foram residentes onde você quer passar. Nosso maior objetivo é ajudar nossos alunos a conquistarem a residência dos sonhos. E para isso, nos certilcamos de estarmos juntos até o Inal. juntos até o Inal! Você em 1º lugar na residência dos seus sonhos! A sua aprovação pode ser a próxima a aparecer aqui! Seu nome na lista de aprovados Henrique Bosso 2º lugar na Unifesp em Oftalmologia Beatriz Aveiro 1º lugar no HIAE em Medicina Intensiva Raphaela Bastos 3º lugar na USP-RP em Dermatologia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato sexual na vespera nao daria tempo de soroconversao: a janela do teste treponemico e de cerca de 10 a 30 dias e o cancro duro surge por volta de 3 semanas apos a exposicao. Um teste rapido reagente hoje reflete, portanto, infeccao anterior - sífilis latente, nao tratada ou tratada de forma inadequada, lembrando que o teste treponemico costuma permanecer reagente por toda a vida. A confirmacao se faz com teste nao treponemico quantitativo (VDRL) e revisao da historia de tratamento. Puncao liquorica exige manifestacao neurologica (C). Resposta D.