



UNESP Botucatu — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

RN de 36 semanas nasceu de cesariana sem que a mãe entrasse em trabalho de parto. A mãe realizou 12 consultas de pré-natal, sem intercorrências. O bebê nasceu em más condições de vitalidade, necessitando de ventilação com pressão positiva para recuperação da FC. Exame físico (15 minutos de vida): FR: 80 irpm; tiragem intercostal e batimento de aletas nasais. A hipótese diagnóstica e as condutas são, respectivamente:

- A. taquipneia transitória do RN; CPAP nasal, manutenção da normotermia, monitoração cardíaca e da saturação de oxigênio pré-ductal. ✓**
- B. síndrome do desconforto respiratório; CPAP nasal e administração de surfactante nas primeiras duas horas de vida.
- C. taquipneia transitória do RN; oxigênio inalatório para manter a SatO₂ > 96% e monitoração cardíaca.
- D. síndrome do desconforto respiratório; ventilação pulmonar com pressão positiva com ventilador manual em T e administração de surfactante na primeira hora de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cesárea eletiva sem trabalho de parto em prematuro tardio é o cenário clássico da taquipneia transitória do RN (retardo na absorção do líquido pulmonar): taquipneia, tiragem e batimento de asa nasal, de curso benigno. O suporte é CPAP nasal, manutenção da normotermia e monitorização com oximetria pré-ductal. SDR por deficiência de surfactante (B/D) é pouco provável com 36 semanas e pré-natal completo; alvo de SatO₂ acima de 96% (C) expõe o RN à hiperóxia. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

RN com 14 dias de vida apresenta desconforto respiratório, recusa alimentar e vômitos há 12 horas, com piora progressiva. Exame físico: REG; icterícia leve até cicatriz um- bilical; hipoatividade; gemência; batimento de aleta nasal; tiragem intercostal e retração diafragmática; FR: 80 irpm; FC: 170 bpm; T: 37,3 °C. A conduta é

- A. jejum, intubação orotraqueal, Rx de tórax e solicitação de internação hospitalar.
- B. antitérmico, antibioticoterapia endovenosa, solução fisiológica 20 ml/kg e observação da evolução do quadro em pronto atendimento.
- C. jejum, sonda gástrica, hidratação venosa, monitorização, avaliação da suplementação de oxigênio e suporte respiratório e solicitação de internação hospitalar. ✓**
- D. solução fisiológica 20 ml/kg em 20 minutos, oxigênio em cateter nasal e observação da evolução do quadro.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 14 dias com vômitos, recusa alimentar, gemência e taquidispneia é emergência: sepse neonatal tardia, cardiopatia ducto-dependente e erro inato do metabolismo entram no diferencial. A conduta inicial é estabilizar — jejum com sonda gástrica para descompressão, hidratação venosa, monitorização, avaliação da necessidade de oxigênio/suporte ventilatório e internação. Intubar de imediato (A) não é obrigatório, e observar em pronto atendimento ou dar alta (B/D) é inaceitável nessa faixa etária. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

RN de 37 semanas apresenta más condições de vitalidade, hipotonia e ausência de choro. Após estímulo dorsal e clampeamento do cordão umbilical, o RN foi conduzido ao berço com fonte de calor radiante. Exame físico: apneia e FC: 60 bpm. Os próximos passos da reanimação neonatal são realizar

- A. ventilação com pressão positiva (VPP) com balão autoinflável e máscara, com oxigênio a 21%. ✓**
- B. VPP com ventilador manual em Te máscara laríngea, com oxigênio de 30% a 60%.
- C. VPP com balão autoinflável e máscara, com oxigênio a 100%, sincronizada com a massagem cardíaca.
- D. intubação traqueal e ventilação pulmonar com oxigênio a 21% sincronizada com a massagem cardíaca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Após os passos iniciais, RN com 34 semanas ou mais que se mantém apneico e/ou com FC abaixo de 100 bpm tem indicação imediata de ventilação com pressão positiva — e em ar ambiente (21%), pois oxigênio suplementar só entra guiado pela oximetria. Massagem cardíaca (C/D) só se a FC permanecer abaixo de 60 após 30 segundos de VPP efetiva, e intubação não é o primeiro passo. Ventilar bem no 'minuto de ouro' resolve a imensa maioria das reanimações. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

RN a termo com boa vitalidade, sem intercorrências gestacionais, está sendo recepcionado na sala de parto. É correto afirmar:

- A. o clampeamento tardio estaria indicado se o RN fosse menor do que 34 semanas, uma vez que é um fator protetor para anemia ferropriva do lactente.
- B. o clampeamento do cordão umbilical deve ocorrer após 60 segundos, sendo benéfico para a concentração de Hb nas primeiras 24 horas de vida e de ferritina até 3-6 meses. ✓**
- C. há evidências suficientes para recomendar a ordenha de cordão para esse RN, não sendo indicado para os que nascem hipotônicos ou sem respiração.
- D. se a mãe fosse uma parturiente vivendo com HIV, a recomendação do clampeamento imediato seria o correto, pelo aumento do risco de positividade para o RN.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em RN a termo com boa vitalidade, o clampeamento é tardio (após 60 segundos): eleva a hemoglobina nas primeiras 24 horas e as reservas de ferro (ferritina) até 3-6 meses. O benefício não é exclusivo do pré-termo (A) — nele é ainda maior. A ordenha de cordão (C) não é recomendada de rotina, sobretudo abaixo de 28 semanas. E, na gestante vivendo com HIV em terapia adequada, o clampeamento imediato deixou de ser regra: não há evidência de aumento da transmissão vertical (D). Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Adolescente de 14 anos de idade, do sexo feminino, com diagnóstico de síndrome de Down (T21), em consulta de rotina, refere dor cervical quando fica muito tempo ao celular. Perdeu o seguimento de rotina, pois mudou-se de cidade há seis meses. Exame físico: eutrófica. São orientações corretas:

- A. alimentação, atividade física, uso de telas e escola especial. Considerar o histórico familiar para solicitar perfil lipídico e glicemia e orientar um retorno anual, segundo as recomendações do calendário do Ministério da Saúde.
- B. alimentação, imunização, higiene do sono e prática de exercícios, uso de telas, escolaridade e orientação vocacional. Devem ser solicitados exames (hemograma, TSH e T4L), avaliação de acuidade visual e RX cervical, além de retorno para checagem. ✓**
- C. promoção de inserção social e educacional especial, orientação de postura cervical e redução do uso de telas. O estudo radiológico de coluna cervical não é mais necessário, como previamente indicado ao final do primeiro ano de vida.
- D. prevenção de abusos físicos e sexuais, por meio da orientação, desenvolvimento da autonomia e autocuidado. Não é relevante orientação contraceptiva, pois sabe-se que as adolescentes com T21 têm redução de sua fertilidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O seguimento da trissomia do 21 é protocolar: rastreio periódico de hemograma e função tireoidiana (TSH e T4L), avaliação de acuidade visual e audição e, diante de dor cervical, radiografia de coluna cervical para instabilidade atlantoaxial. Somam-se orientações de alimentação, imunização, sono, telas, escolaridade e vocacional. Escola 'especial' (A/C) contraria a política de inclusão, e adolescentes com T21 são férteis — orientação contraceptiva e prevenção de abuso são obrigatórias (D). Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Menina de 5 anos de idade é levada à consulta pelos pais pois voltou a urinar na cama, está mais irritada, apresenta sono agitado, evita interações sociais e parece desatenta há 2 meses. Uso de tela: 4 horas por dia (vídeos e jogos), inclusive durante as refeições. AF: nascimento de irmão há 3 meses. Exame físico e neurológico: normal. A hipótese diagnóstica e a conduta inicial são, respectivamente,

A. transtorno do espectro autista; encaminhar para avaliação multidisciplinar e iniciar terapia de análise do comportamento aplicado (ABA).

B. quadro de regressão comportamental secundária a estresse psicossocial e uso disfuncional de telas; orientar para mudança de hábitos e suporte familiar. ✓

C. transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; iniciar tratamento farmacológico após triagem cognitiva.

D. transtorno de conduta leve; incluir psicoterapia individual e iniciar terapia de análise do comportamento aplicado (ABA).

COMENTÁRIO OSCELABS

Enurese secundária, irritabilidade, sono agitado e retraimento que começam após o nascimento de um irmão, com exame neurológico normal e 4 horas diárias de tela, definem regressão comportamental reativa a estresse psicossocial. A conduta é orientação de hábitos (higiene do sono, redução de telas, tempo exclusivo com os pais) e suporte familiar. TEA (A) exige alteração precoce e persistente da comunicação social; TDAH (C) não se instala em dois meses nem se trata de imediato com fármaco. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Menina de 11 anos de idade está em consulta de rotina. AP: sobrepeso há 1 ano; alimentação rica em ultraprocessados; sedentarismo. AF: DM2 em ambos os avós. Exame físico: IMC no percentil 97 para idade e sexo, PA acima do percentil 95; acantose nigricans em região cervical e circunferência abdominal acima do percentil 90. Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 106 mg/dL; triglicerídeos: 168 mg/dL; HDL: 37 mg/dL. Assinale a alternativa correta.

A. O diagnóstico de síndrome metabólica só pode ser feito após a puberdade completa.

B. Apesar da obesidade e dislipidemia, a glicemia não é suficiente para o diagnóstico de síndrome metabólica.

C. Há critérios diagnósticos para síndrome metabólica, e deve-se orientar mudança de estilo de vida e avaliação multiprofissional. ✓

D. A pressão arterial está dentro dos valores normais para a idade, portanto não há risco de alteração cardiovascular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Circunferência abdominal acima do percentil 90 associada a PA acima do percentil 95, triglicérides acima de 150, HDL abaixo de 40 e glicemia de jejum acima de 100 fecham síndrome metabólica em crianças e adolescentes — a paciente preenche vários critérios. Não é preciso esperar o fim da puberdade (A), a glicemia de 106 já é alterada (B) e PA acima do p95 é hipertensão, não normalidade (D). A conduta é mudança de estilo de vida com abordagem multiprofissional. Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Menino de 9 meses de idade, previamente hígido, é trazido ao PS em crise tônico-clônica generalizada há 25 minutos. Recebeu midazolam intranasal 0,5 mg/kg há 10 minutos pela equipe pré-hospitalar, sem sucesso na interrupção da crise. Exame físico: crise convulsiva generalizada persistente; Sato, 97% em uso de máscara não reinalante a 10 L/min; FC: 190 bpm; PA: 90 x 55 mmHg; glicemia capilar 96 mg/dL; T: 37,9 °C; fontanela anterior plana. Foi realizado acesso venoso e administrado midazolam IV 0,2 mg/kg, sem cessação da crise. A próxima conduta farmacológica é administrar

- A. midazolam IV 0,2 mg/kg após 10 minutos e observar por mais 20 minutos.
- B. fenobarbital 5 mg/kg em bolus IV, seguido de nova avaliação em 10 minutos.
- C. fenitoína IV 20 mg/kg em infusão lenta (20 a 30 minutos), com monitorização cardíaca. ✓**
- D. cetamina 1 mg/kg IV, seguida de infusão contínua de 2 mg/kg/hora.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise que persiste após duas doses adequadas de benzodiazepínico caracteriza estado de mal epilético estabelecido: o passo seguinte é a droga de segunda linha — fenitoína 20 mg/kg IV em infusão lenta, com monitorização cardíaca pelo risco de arritmia e hipotensão (alternativas: fosfenitoína, valproato, levetiracetam). Repetir midazolam (A) insiste numa linha que já falhou; fenobarbital (B) vem depois na maioria dos algoritmos pediátricos; cetamina (D) é para o mal refratário. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Menino de 11 anos de idade asmático é atendido por desconforto respiratório grave. Após tratamento inicial com beta-agonista e corticoide, o paciente apresentou piora progressiva do nível de consciência associada a cianose central e de extremidades e evoluiu com parada cardiorrespiratória. No monitor cardíaco, foi constatada atividade elétrica sem pulso (AESP). Iniciou-se RCP com compressões torácicas de alta qualidade, e, após 2 minutos, o paciente mantém-se sem pulso. Foi garantida via aérea avançada com intubação orotraqueal e ventilação com bolsa-válvula-máscara conectada a O₂ a 100%, além de acesso venoso funcionante. Com base nas recomendações do PALS (2020) com histórico de asma (AHA, 2020), a conduta é

- A. realizar desfibrilação com 2 J/kg, seguida de nova análise de ritmo após 2 minutos.
- B. administrar adrenalina 0,01 mg/kg IV a cada 3-5 minutos e investigar causas reversíveis da AESP. ✓**
- C. diminuir a frequência das compressões para 80 por minuto após a intubação para reduzir consumo miocárdico.
- D. interromper as compressões a cada 10 ventilações para prevenir hiperinsuflação pulmonar e barotrauma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Atividade elétrica sem pulso é ritmo NÃO chocável: nada de desfibrilar (A). O tratamento é RCP de alta qualidade com adrenalina 0,01 mg/kg IV a cada 3-5 minutos e busca ativa de causas reversíveis — no asmático, hiperinsuflação dinâmica (auto-PEEP) e pneumotórax hipertensivo lideram a lista, e desconectar o tubo para permitir a exalação pode ser salvador. As compressões nunca são desaceleradas (C) e, com via aérea avançada, são contínuas, com ventilação assíncrona (D). Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Menino de 6 anos de idade é trazido ao PS após colidir sua bicicleta contra automóvel. Foi encontrado caído sem capacete, inconsciente e com sangramento nasal. Exame físico: via aérea pérvia e coluna cervical imobilizada com colar cervical rígido; ausculta pulmonar com MV presente bilateralmente, com roncos difusos; FR: 30 irpm, tiragem sub-diafragmática discreta, Sato, 95% com máscara não reinalante; FC: 140 bpm; PA: 120 x 70 mmHg; pulsos presentes, cheios e simétricos; TEC < 3 segundos; abdômen normal; pelve estável; FAST negativo; escala de coma de Glasgow 7 (abertura ocular 2, resposta verbal 2 e resposta motora 3); pupilas isocóricas e fotorreagentes; HGT: 110 mg/dl. O paciente foi transportado em maca rígida, com escoriações na face e no tórax. Com base na avaliação primária do ATLS pediátrico, a conduta imediata é

- A. iniciar infusão de cristalóide isotônico em bolus de 20 mL/kg.
- B. realizar IOT em sequência rápida, com estabilização manual da coluna cervical. ✓**
- C. solicitar radiografia de crânio e tomografia de face.
- D. iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio a 15 L/min.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glasgow igual ou menor que 8 no trauma significa via aérea não protegida: a prioridade do 'A' do ATLS é intubação em sequência rápida, mantendo estabilização manual em linha da coluna cervical (o colar é aberto apenas para a manobra). Volume (A) não é prioridade em paciente normotenso com FAST negativo; exames de imagem (C) vêm depois da via aérea; e ventilação com bolsa-válvula-máscara (D) é ponte, não solução definitiva em TCE grave com risco de aspiração. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Menino de 3 anos de idade apresenta há 6 meses quadros recorrentes, uma vez ao mês, de "gripe/resfriado", caracterizados por febre, íngua no pescoço e dor de garganta que duram, em média, 5 dias. Em vários episódios, há também aftas orais. A hipótese diagnóstica é

- A. febre familiar do mediterrâneo.
- B. imunodeficiência primária.
- C. amigdalite de repetição.
- D. síndrome de febre periódica (PFAPA). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre periódica previsível, a cada quatro semanas, com faringite, adenomegalia cervical e aftas orais, durando cerca de cinco dias, em criança hígida e com bom crescimento entre os episódios, é a síndrome PFAPA. Febre familiar do Mediterrâneo (A) cursa com serosite (dor abdominal ou torácica) e ascendência típica; imunodeficiência primária (B) daria infecções graves com repercussão pôndero-estatural; amigdalite de repetição (C) não explica a periodicidade fixa nem as aftas. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Criança de 8 anos de idade é diagnosticada com doença celíaca. Assinale a alternativa que contém os grupos alimentares que ela pode ingerir.

- A. Aveia, amido de milho, trigo de quibe.
- B. Farinha de trigo, tapioca, centeio.
- C. Farinha Panko®, amido de milho, farinha de mandioca.
- D. Fubá, tapioca, farinha de arroz. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na doença celíaca proíbe-se o glúten — trigo (inclusive o trigo para quibe e a farinha panko), centeio e cevada; a aveia é evitada pela contaminação cruzada frequente. Restam os cereais naturalmente isentos: milho (fubá, amido de milho), arroz e mandioca (tapioca, polvilho). A alternativa D reúne somente fontes seguras, enquanto A, B e C carregam trigo, centeio ou aveia. Atenção também ao glúten oculto em molhos, embutidos e medicamentos. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Menino de 18 meses de idade, previamente hígido, apresenta quadro súbito de choro, dispneia, engasgo, sialorreia e tosse. A mãe refere que criança estava brincando no quarto sozinha quando os sintomas se iniciaram. No pronto atendimento, mantinha-se choroso, sem sialorreia ou dispneia. A principal hipótese diagnóstica e conduta são, respectivamente,

- A. ingestão de corpo estranho; realizar exame físico completo e Rx cervical, de tórax e de abdome (2 incidências). ✓**
- B. ingestão de corpo estranho; realizar exame físico completo e tomografia de tórax para detectar objetos radiopacos.
- C. ingestão de cáustico; realizar exame físico completo e solicitar avaliação de especialista para endoscopia.
- D. intoxicação exógena; realizar lavado gástrico e solicitar exames laboratoriais séricos e urinários.

COMENTÁRIO OSCELABS

Início súbito de engasgo, tosse, sialorreia e dispneia em criança que brincava sozinha é ingestão ou aspiração de corpo estranho até prova em contrário — e melhorar depois não exclui objeto alojado. A investigação inicial é radiografia cervical, de tórax e de abdome em duas incidências, que localiza radiopacos (pilha em botão é emergência endoscópica). TC (B) não é primeira linha e os radiopacos já aparecem no RX; cáustico (C) e intoxicação exógena (D) não têm história compatível. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Lactente de 2 meses de idade, em aleitamento materno exclu-sivo, inicia quadro de fezes com sangue, e o pediatra, após investigação clínica e laboratorial, suspeita de alergia à proteína do leite de vaca. Assinale a afirmação correta.

- A. O diagnóstico não é possível, pois o bebê mama apenas leite materno.
- B. O diagnóstico é possível, sendo recomendada a substituição do leite materno por fórmula especial para alergia ao leite de vaca.
- C. O diagnóstico é possível, sendo indicada a dieta de restrição de proteína do leite de vaca para a nutriz. ✓**
- D. O diagnóstico é possível, sendo recomendada a substituição do leite materno por fórmula infantil de partida.

COMENTÁRIO OSCELABS

A proctocolite alérgica por proteína do leite de vaca ocorre sim em lactente sob aleitamento materno exclusivo: as proteínas da dieta da mãe passam para o leite. O tratamento é dieta de exclusão de leite e derivados para a nutriz, com suplementação de cálcio, mantendo a amamentação. Suspender o leite materno (B/D) é o erro clássico da questão — e a fórmula infantil de partida (D) contém justamente a proteína alergênica. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Menina de 4 meses de idade comparece à consulta de rotina. AP: parto normal com 35 semanas. US (34 semanas de gestação): dilatação do rim fetal unilateral; infecção urinária febril com 2 meses (T: 39,5 °C; cultura de urina positiva para *Enterococcus faecalis*). AF: mãe, duas tias maternas e avó apresentam infecção urinária de repetição. Exame físico: Peso P25 e estatura P50. A pesquisa de malformação renal é necessária por causa

- A. da prematuridade e da infecção urinária febril.
- B. do US antenatal e do antecedente familiar.
- C. da infecção urinária febril e do baixo peso.
- D. do US antenatal e do microrganismo da cultura de urina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas pistas obrigam a investigar malformação do trato urinário: a dilatação renal já detectada na ultrassonografia antenatal — que impõe US pós-natal e, se confirmada, uretrocistografia miccional — e o agente atípico, pois ITU febril por *Enterococcus faecalis*, e não por *E. coli*, sugere anomalia estrutural. Prematuridade tardia e peso no P25 (A/C) não são, isoladamente, indicação, e a história familiar de ITU (B) não é gatilho formal de investigação. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Observe as imagens a seguir: As técnicas de percussão (imagens 1, 2 e 3) são positivas na avaliação de crianças com

- A. hepatomegalia por hepatite viral aguda.
- B. distensão abdominal por fecaloma.
- C. anasarca por recidiva de síndrome nefrótica. ✓**
- D. massa abdominal visível por bexigoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

As manobras de percussão para pesquisa de líquido livre — macicez móvel de decúbito e sinal do piparote (onda líquida) — só são positivas quando há ascite; na criança, o cenário típico é a anasarca da recidiva de síndrome nefrótica. Hepatomegalia (A) se avalia por palpação e hepatimetria; fecaloma (B) e bexigoma (D) produzem massa e macicez FIXAS, que não se deslocam com a mudança de decúbito. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Assinale a alternativa correta em relação ao tratamento da asma em escolares menores de 12 anos de idade.

- A. No contexto do SUS, a Portaria Conjunta SAES/SCTIE/ MS nº 14 24/08/2021 aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma, em que os broncodilatores de curta duração estão contemplados conforme preconizam as principais diretrizes médicas nacionais e internacionais.
- B. Destaca-se a importância da associação de budesonida com salbutamol para crianças maiores de 6 anos de idade com asma moderada e grave (estágios 3-5 do GINA, 2023) não controlada (Asma Control Test - ACT menor que 20).
- C. Estudos afirmam ser seguro um número máximo de vinte cursos anuais de corticosteroides sistêmicos em relação ao aumento do risco de infecção grave, úlcera péptica, eventos cardiovasculares, diabetes mellitus, condições ósseas e prejuízo do crescimento.
- D. A escolha terapêutica pela associação da budesonida com formoterol possibilita a terapia de resgate e manutenção em terapia Single Maintenance and Reliever Therapy (SMART); o mesmo dispositivo com os medicamentos pode ser utilizado para as exacerbações e manutenção em uso diário. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A estratégia SMART usa budesonida associada a formoterol no mesmo dispositivo como manutenção E resgate: o formoterol é um LABA de início rápido, de modo que cada dose de alívio entrega também corticoide inalatório, reduzindo exacerbações. O PCDT da asma no SUS não contempla os broncodilatadores de curta duração como preconizam as diretrizes (A); não existe combinação budesonida-salbutamol em dispositivo único (B); e 'vinte cursos anuais' de corticoide sistêmico (C) é insustentável. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Menina de 8 anos de idade apresenta cefaleia, vômitos e queda do estado geral há duas semanas. Exame físico: BEG, vigil, desidratada, marcha atáxica, dismetria e decomposição de movimentos à esquerda. O diagnóstico mais provável é

A. tumor de fossa posterior. ✓

B. meningoencefalite cerebelar.

C. glioma de tronco encefálico.

D. ataxia espinocerebelar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia com vômitos progressivos por duas semanas (hipertensão intracraniana) somada a síndrome cerebelar apendicular à esquerda — ataxia de marcha, dismetria e decomposição do movimento — em criança é tumor de fossa posterior até prova em contrário (meduloblastoma, astrocitoma pilocítico, ependimoma); pede RM de encéfalo. Meningoencefalite (B) traria febre e sinais infecciosos agudos; glioma de tronco (C) cursa com paralisia de nervos cranianos; ataxia espinocerebelar (D) é hereditária e lenta. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos de idade apresenta febre, artralgia migratória em grandes articulações e dor de garganta há três semanas. Exame físico: sopro cardíaco. ECG: prolongamento do intervalo PR. Exames laboratoriais: leucocitose; elevação de VHS e de PCR. Biópsia cardíaca: áreas de necrose fibrinoide cercadas por linfócitos, macrófagos ativados (células de Anitschkow) e plasmócitos. O diagnóstico provável e a estrutura acometida na histopatologia descrita são, respectivamente,

A. miocardite viral aguda; fibras musculares miocárdicas com degeneração vacuolar.

B. febre reumática aguda; miocárdio com nódulos de Aschoff (granulomas reumáticos). ✓

C. lúpus eritematoso sistêmico; endocardite de Libman Sacks com vegetações estéreis.

D. endocardite bacteriana subaguda; válvulas cardíacas com vegetações friáveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

Faringite recente, poliartrite migratória de grandes articulações, cardite (sopro e intervalo PR alargado) e provas inflamatórias elevadas fecham febre reumática aguda pelos critérios de Jones. A lesão histológica característica é o nódulo de Aschoff no miocárdio: granuloma com necrose fibrinoide, macrófagos ativados (células de Anitschkow) e plasmócitos, exatamente o descrito. Libman-Sacks (C) é do lúpus e as vegetações friáveis (D), da endocardite infecciosa. Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Menina de 2 meses de idade apresenta quadro de secreção no olho esquerdo (OE). A mãe refere que a lactente amanhece com os cílios grudados e, há 15 dias, notou a presença da secreção nesse olho. AP: Parto cesárea; 33 semanas de IG; lacrimejamento em OE desde o nascimento. Exame ocular: OE calmo; cílios grudados e com secreção ocular à expressão do saco lacrimal; olho direito sem alterações. Assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de conjuntivite neonatal, e o agente mais provável é *Chlamydia trachomatis*.
- B. O quadro é sugestivo de conjuntivite viral, e o tratamento deve ser com colírios lubrificantes e limpeza dos cílios.

C. O diagnóstico mais provável é de obstrução congênita da via lacrimal, e a sondagem terapêutica está indicada. ✓

- D. O quadro sugere glaucoma congênito, devido ao lacrimejamento ocular e à prematuridade da lactente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Epífora desde o nascimento, secreção que retorna à expressão do saco lacrimal e olho branco e calmo definem obstrução congênita da via lacrimal (ducto nasolacrimal). Conjuntivite neonatal ou viral (A/B) cursaria com hiperemia conjuntival e quemose; glaucoma congênito (D) traria fotofobia, blefaroespasma, córnea turva e bftalmia. Entre as opções, apenas C traz o diagnóstico correto, tendo a sondagem das vias lacrimais como tratamento resolutivo. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

No dia 01.11.2025, secundigesta de 25 anos de idade apresenta dor abdominal em cólica, de forte intensidade, iniciada há cerca de 2 horas, sem fatores desencadeantes. AP: DUM: 20.02.2025; descobriu a gestação há um mês. Exame físico: BEG; PA: 110 x 60 mmHg; FC: 72 bpm; útero gravídico; altura uterina: 32 cm; feto em apresentação cefálica; situação longitudinal; dorso à esquerda; FC fetal: 144 bpm; dinâmica uterina: duas contrações de 30 segundos em 10 minutos; toque vaginal: colo centralizado, amolecido, apagado em 80% e dilatado 3 a 4 cm. A conduta é prescrever

- A. betametasona, sulfato de magnésio, profilaxia para estreptococos do grupo B e iniciar inibição do trabalho de parto.
- B. betametasona e iniciar assistência ao trabalho de parto.
- C. analgesia e encaminhar para iniciar o pré-natal.

D. profilaxia para estreptococos do grupo B e iniciar assistência ao trabalho de parto. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A DUM de 20/02 situa a gestação em 36 semanas e 2 dias; com colo apagado 80%, 3-4 cm e contrações efetivas, trata-se de trabalho de parto pré-termo tardio em franca evolução. Não se inibe acima de 34 semanas nem em fase ativa (A); sulfato de magnésio para neuroproteção fetal só até 32 semanas; corticoide não altera desfecho com o parto já em curso (A/B). Como o rastreo para estreptococo do grupo B é desconhecido, faz-se a profilaxia com penicilina e assiste-se ao parto. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Gestante de 38 anos de idade inicia o pré-natal com 6 semanas. AP: G3P1A1; um aborto precoce e um parto vaginal no termo. Foram solicitados exames, cujos resultados estão no quadro a seguir: As condutas em relação a investigação de diabetes gestacional, toxoplasmose e HTLV são

A. fazer GTT 75g entre 24 - 28 semanas, considerar a gestante imune para toxoplasmose e liberar o aleitamento. ✓

- B. repetir a glicemia de jejum com 32 semanas, repetir a sorologia para toxoplasmose com 28 semanas e liberar o aleitamento.
- C. fazer GTT 75g entre 24 - 28 semanas, repetir a sorologia para toxoplasmose com 28 semanas e contraindicar o aleitamento.
- D. repetir a glicemia de jejum entre 24 - 28 semanas, considerar a gestante imune para toxoplasmose e contraindicar o aleitamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Com glicemia de jejum normal no primeiro trimestre, o rastreio de diabetes gestacional se completa com TOTG 75 g entre 24 e 28 semanas — repetir apenas a glicemia de jejum (B/D) não é suficiente. IgG reagente com IgM não reagente no início da gestação significa imunidade remota para toxoplasmose: não se repete sorologia nem se prescreve espiramicina. E, sem infecção por HTLV ou HIV, não existe motivo para contraindicar o aleitamento. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Mulher de 39 anos de idade, com 12 semanas de gestação, inicia o pré-natal. AP: G3P1C1A1. Exame físico: BEG; FC: 77 bpm; PA: 120 x 60 mmHg; IMC: 36,5 Kg/m². Exames do primeiro trimestre: glicemia de jejum: 94 mg/dL e TSH: 6,0 mU/L. A conduta é

- A. solicitar novas amostras para confirmação.
- B. solicitar imediatamente GTT 75g e iniciar levotiroxina sódica.
- C. solicitar GTT 75g entre 24 - 28 semanas e repetir TSH.
- D. orientar mudança do estilo de vida e iniciar levotiroxina sódica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum igual ou acima de 92 mg/dL na gestação já fecha diabetes mellitus gestacional: 94 mg/dL dispensa o TOTG e indica iniciar de imediato mudança de estilo de vida com monitorização glicêmica. O TSH de 6,0 mU/L está acima do limite aceito na gravidez e, na gestante, hipotireoidismo subclínico se trata com levotiroxina, pelo risco obstétrico e de neurodesenvolvimento. Repetir exames (A/C) ou pedir TOTG (B) apenas atrasa duas condutas já indicadas. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Tercigesta de 38 anos de idade, negra, inicia o pré-natal com 12 semanas de gestação. Considerando a presença de marcadores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, como medidas de prevenção, deve-se orientar

- A. repouso, prescrição de ácido fólico (100 mg/dia) e de cálcio (1 g/dia).
- B. atividade física (150 min/semana), prescrição de AAS (100 mg/dia) e de cálcio (1 g/dia). ✓**
- C. redução da atividade física, prescrição de AAS (150 mg/dia) e de cálcio (2 g/dia).
- D. atividade física (100 min/semana), prescrição de AAS (150 mg/dia) e de sulfato ferroso (300 mg/dia).

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com fatores de risco para pré-eclâmpsia (idade acima de 35 anos, raça negra, multiparidade) deve receber AAS em dose baixa — 100 mg/dia, iniciado entre 12 e 16 semanas, preferencialmente à noite — e cálcio 1 g/dia, além de manter atividade física regular (cerca de 150 min/semana). Repouso e redução da atividade (A/C) não previnem nada; ácido fólico 100 mg (A) é dose absurda; e sulfato ferroso (D) trata anemia, não pré-eclâmpsia. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Você está de plantão em um hospital que possui obstetra na retaguarda. Esse obstetra está realizando uma cesariana de urgência e pediu que você assumisse o cuidado de uma gestante no pré-parto até que ele termine o procedimento. Ao deixar o pré-parto, o obstetra solicitou a realização de uma cardiotocografia. Trata-se de uma gestante G3P2A0C0, com 40 semanas e 3 dias de gestação, em trabalho de parto induzido devido à rotura prematura das membranas. Ela está em uso de ocitocina administrada por bomba de infusão. O último toque foi realizado há cerca de 15 minutos, e o colo uterino estava pérvio para 8 cm. O líquido amniótico está claro. A cardiotocografia foi realizada a uma velocidade de 1 cm/minuto, conforme mostrado no traçado a seguir: Com base no quadro clínico e no traçado da cardiotocografia, assinale a alternativa que corresponde à conduta mais adequada.

A. Suspender a ocitocina, manter a monitorização contínua e prescrever terbutalina subcutânea. ✓

B. Solicitar que o centro cirúrgico prepare outra sala de cesariana para que a paciente seja encaminhada assim que o obstetra estiver disponível.

C. Aumentar a infusão de ocitocina e pedir que a paciente faça força para acelerar o nascimento.

D. Não há necessidade de condutas específicas, pois trata-se de uma cardiotocografia categoria I.

COMENTÁRIO OSCELABS

Traçado alterado em vigência de ocitocina, quase sempre por taquissístolia, exige ressuscitação intrauterina imediata: suspender a ocitocina, decúbito lateral esquerdo, oxigênio e volume, monitorização contínua e, se as desacelerações persistirem, tocólise de resgate com terbutalina subcutânea. Aumentar a ocitocina e mandar a paciente fazer força (C) agrava a hipóxia; correr para cesariana (B) sem tentar reverter a causa é precipitado; e traçado com desacelerações não é categoria I (D). Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Gestante (G5P4A0C0) no termo e em trabalho de parto foi levada à maternidade pelo SAMU. Ela foi prontamente assistida pela equipe, mas o bebê nasceu durante o trajeto. Ao chegar na maternidade, o bebê encontrava-se em bom estado, pesando 4.250 g, e a placenta foi dequitada assim que a puérpera deu entrada no hospital. No momento, ela não apresenta queixas além de dor na região do períneo. Ao exame físico: mucosas: coradas; edema: 1+ em membros inferiores; PA: 100 x 70 mmHg; pulso: 99 bpm, SatOI 97%, útero palpável: 2 cm acima da cicatriz umbilical, com tônus diminuído; laceração perineal: grau II com sangramento discreto; sangramento vaginal em pequena quantidade. Considerando os dados clínicos apresentados, a conduta imediata é solicitar

A. acesso venoso central, iniciar infusão de solução cristaloide e realizar a sutura da laceração perineal.

B. dois acessos venosos calibrosos, iniciar infusão de solução coloide, ocitocina em bolus e ácido tranexâmico.

C. dois acessos venosos calibrosos, iniciar infusão de solução cristaloide, ocitocina em bolus e ácido tranexâmico. ✓

D. acesso venoso central, iniciar infusão de solução cristaloide e realizar curagem uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parto extra-hospitalar, recém-nascido de 4.250 g e útero acima da cicatriz umbilical com tônus diminuído: atonia uterina, principal causa de hemorragia pós-parto — e o sangramento 'discreto' engana, pois a puérpera já está taquicárdica e com PA limítrofe. A conduta é massagem uterina, DOIS acessos venosos periféricos calibrosos, cristaloide, uterotônico (ocitocina) e ácido tranexâmico dentro das primeiras 3 horas. Coloide (B) não é a escolha e acesso central (A/D) atrasa a reposição. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Parturiente de 25 anos de idade encontra-se com dilatação cervical de 8 cm, feto com apresentação cefálica fletida e ponto de referência fetal orientado em direção à articulação sacroilíaca à esquerda. A variedade de posição occípito esquerda, o ângulo de rotação interna e seu sentido são, respectivamente,

A. posterior, 135 graus e sentido anti-horário. ✓

B. anterior, 135 graus e sentido horário.

C. posterior, 45 graus e sentido horário.

D. anterior, 45 graus e sentido anti-horário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ponto de referência fetal (lambda) voltado para a articulação sacroilíaca esquerda define a variedade occípito-esquerda-posterior. Para se desprender em occípito-púbica, o polo cefálico precisa percorrer 135 graus — três oitavos de circunferência — passando por occípito-esquerda-transversa e occípito-esquerda-anterior, no sentido anti-horário. Rotação de apenas 45 graus (C/D) corresponderia a variedades anteriores, que não é o caso aqui descrito. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Puérpera de 28 anos de idade apresenta mal-estar, calafrios e febre (duas aferições de temperatura sublingual de 38,2 °C com intervalo de 4 horas). AP: cesárea há 4 dias. Exame uterino: 2 cm acima da cicatriz umbilical, amolecido e doloroso à palpação. A etiologia e a conduta terapêutica são, respectivamente,

A. *Gardinerella vaginalis* e *Mobiluncus* spp; metronidazol.

B. infecção polimicrobiana; clindamicina e gentamicina. ✓

C. *Gardinerella vaginalis* e *Enterococcus* spp; metronidazol e ampicilina.

D. infecção polimicrobiana; clindamicina e ampicilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre a partir do segundo dia de pós-operatório de cesárea, com útero subinvoluído, amolecido e doloroso à palpação, é endometrite puerperal — infecção ascendente POLIMICROBIANA, com anaeróbios, gram-negativos entéricos e estreptococos. O esquema padrão é clindamicina associada a gentamicina por via endovenosa, mantido até 48-72 horas afebril. Metronidazol isolado (A/C) cobre anaeróbios mas deixa os gram-negativos descobertos, e o quadro não é vaginose. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Gestante de 24 anos de idade, com 14 semanas de gestação, apresenta sangramento vaginal intermitente. Exame físico: altura uterina: 17 cm; BCF ausente. Ultrassonografia pélvica: massa heterogênea na cavidade endometrial, hCG: 400.000 UI/L. As possíveis complicações clínicas associadas a esse quadro são

A. policistose ovariana, embolização trofoblástica e hipotireoidismo.

B. hiperemese gravídica, hipotireoidismo e policistose ovariana.

C. pré-eclâmpsia, hipotireoidismo e choque hipovolêmico.

D. hiperemese gravídica, pré-eclâmpsia e embolização trofoblástica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Útero maior que o esperado para a idade gestacional, sangramento, BCF ausente, massa heterogênea intracavitária e hCG de 400.000 UI/L definem mola hidatiforme. As complicações clássicas do hCG muito elevado são hiperêmese gravídica, pré-eclâmpsia de instalação precoce (antes de 20 semanas) e embolização trofoblástica pulmonar, além de cistos tecaluteínicos. Não há hipotireoidismo (A/B/C): o hCG tem ação TSH-símile e o que ocorre é HIPERTireoidismo. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Primípara de 30 anos de idade apresenta dor intensa nos mamilos durante a amamentação, presença de fissuras mamilares, aumento da sensibilidade nas mamas e sensação de ingurgitamento mamário. Nega febre ou secreção anormal. AP: parto vaginal há três dias. Exame físico: mamas ingurgitadas, com fissuras visíveis em ambos os mamilos, sem sinais de infecção. As condutas iniciais são

- A. orientar o uso de compressas frias nas mamas, prescrever analgésicos e agendar uma consulta para reavaliação do aleitamento.
- B. orientar interrupção da amamentação até que as fissuras cicatrizem, prescrever antibiótico tópico e iniciar o uso de extrator de leite.
- C. ensinar a técnica correta de amamentação, orientar a posição adequada do bebê e prescrever pomada para proteção dos mamilos. ✓**
- D. solicitar exames laboratoriais para investigação de mastite e iniciar antibióticos, além de recomendar a interrupção temporária do aleitamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fissura mamilar no terceiro dia, sem febre e sem sinais flogísticos, é quase sempre consequência de erro de pega e posicionamento — a causa precisa ser corrigida, não mascarada. A conduta é ensinar a técnica correta (pega ampla da aréola, corpo do bebê alinhado e apoiado), ordenhar antes da mamada para aliviar o ingurgitamento e proteger o mamilo. Interromper a amamentação (B/D) perpetua o ingurgitamento e favorece a mastite, e não há infecção que justifique antibiótico. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Gestante de 32 anos de idade encontra-se com 35 semanas e bom crescimento fetal, assintomática. Refere uso correto da profilaxia com sulfato ferroso e ácido fólico, boa alimentação, sem restrições alimentares. AP: G2P1C1A0, nega hemoglobinopatias ou doenças oncológicas, inclusive na família. Exames laboratoriais: GV: $3,5 \times 10^9$ (VR: $4,0-5,4 \times 10^9$); Hb: 11,1 g/dL (VR: 12,0-15,5 g/dL); Ht: 32% (VR: 36-45%); VCM: 88 fL (VR: 80-100 fL); HCM: 29 pg (VR: 26-34 pg); RDW: 13,5% (VR: 11-14,5%); leucocitos: $13.500/\text{mm}^3$ (VR: $4.000-10.000/\text{mm}^3$); neutrófilos: $8.520/\text{mm}^3$ (VR: $2.000-7.000/\text{mm}^3$); bastonetes: $500/\text{mm}^3$ (VR: $0-500/\text{mm}^3$); linfócitos: $1.500/\text{mm}^3$ (VR: $1.000-4.000/\text{mm}^3$); monócitos: $600/\text{mm}^3$ (VR: $80-800/\text{mm}^3$); plaquetas: $98.000/\text{mm}^3$ (VR: $140.000-440.000/\text{mm}^3$); vitamina B12: 542 pg/mL (VR: 300-600 pg/mL); ferritina: 72 ng/mL (VR: 30-300 ng/mL). A conduta é realizar

- A. aspirado e biópsia de medula óssea.
- B. imunofenotipagem de sangue periférico.
- C. observação clínica. ✓**
- D. reposição de ferro e vitamina B12.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemodiluição fisiológica (Hb 11,1 com VCM e HCM normais e ferritina 72), leucocitose sem desvio e plaquetas de 98.000 no terceiro trimestre compõem um quadro benigno da gravidez: a trombocitopenia gestacional é a causa mais comum de plaquetopenia na gestação, costuma ser leve e não requer tratamento. Sem blastos, sem citopenias graves e sem sinais de pré-eclâmpsia ou HELLP, mielograma (A) e imunofenotipagem (B) são desnecessários, e ferro e B12 (D) já estão normais. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Mulher de 25 anos de idade apresenta dor pélvica intensa durante a menstruação e dispareunia de profundidade há um ano, que, no início do quadro, melhoravam com analgésicos comuns e, há cerca de seis meses, são de difícil controle. Não faz uso de métodos contraceptivos. Exame físico: dor à palpação profunda de abdômen inferior e à mobilização do colo, ausência de dor à palpação de lojas anexiais. A hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais apropriada são, respectivamente,

- A. dismenorreia primária; iniciar AINE.
- B. endometriose; iniciar anticoncepcional. ✓**
- C. miomatose uterina; solicitar histeroscopia.
- D. doença inflamatória pélvica; iniciar antibiótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia progressiva que deixou de responder a analgésico comum, dispareunia de profundidade e dor à mobilização do colo em mulher jovem apontam endometriose — diagnóstico clínico, que não depende de confirmação laparoscópica para começar o tratamento. A primeira linha é hormonal: contraceptivo combinado em regime contínuo ou progestagênio, associado a AINE. Dismenorreia primária (A) melhora com AINE e não progride; miomatose (C) cursa com sangramento aumentado; DIP (D) traria febre e corrimento. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Adolescente de 19 anos de idade apresenta cólica menstrual de moderada intensidade durante os dois primeiros dias do fluxo há oito meses, após inserção do DIU de cobre. Exame ginecológico sem alterações, colo visualizado sem lesões e sem sinais de infecção, fio do DIU visível. Ultrassonografia pélvica: DIU bem posicionado e sem alterações uterinas ou ovarianas. A conduta é

- A. remover o DIU imediatamente e iniciar anticoncepcional oral combinado.
- B. manter o DIU e iniciar uso de AINE nos primeiros dias do ciclo. ✓**
- C. realizar teste para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e aguardar resultado para conduta.
- D. remover o DIU, recomendar uso de condom e realizar teste para ISTs.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cólica e fluxo mais intenso são efeitos adversos esperados do DIU de cobre, sobretudo nos primeiros meses de uso. Com exame ginecológico normal, sem sinais de infecção e ultrassonografia mostrando o dispositivo bem posicionado, não há razão para retirá-lo: o manejo é AINE nos primeiros dias do fluxo, que reduz dor e sangramento. Remover o DIU (A/D) descarta um método altamente eficaz por um sintoma tratável, e rastrear IST (C) não se justifica sem sinais de cervicite. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Mulher de 52 anos de idade queixa-se de fogachos intensos, insônia e irritabilidade há 1 ano. AP: amenorreia há 14 meses; HAS controlada; nega tabagismo e histórico de trombose ou câncer. Exame físico: BEG; eutrófica; normotensa. Exame ginecológico: vagina pouco lubrificada; útero e ovários sem alterações ao toque vaginal. A conduta para alívio dos sintomas é prescrever

- A. estrogênio e progestagênio, após rastreamento mamográfico. ✓**
- B. estrogênio e progestagênio, após rastreamento para osteoporose.
- C. estrogênio isolado, após rastreamento para osteoporose.
- D. estrogênio isolado, após rastreamento mamográfico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas vasomotores incapacitantes, 14 meses de amenorreia, menos de 10 anos de menopausa e ausência de contraindicação (sem trombose, sem câncer, HAS controlada, não tabagista) fazem dela candidata ideal à terapia hormonal. Como tem útero, o estrogênio precisa vir associado a progestagênio para proteção endometrial — estrogênio isolado (C/D) só após histerectomia. A avaliação prévia obrigatória é o rastreamento mamográfico, e não a densitometria (B). Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Mulher de 35 anos de idade procura avaliação de risco para câncer de mama. AP: nulípara, menarca aos 11 anos de idade. AF: câncer de mama em sua mãe aos 45 anos e na tia materna aos 50 anos. A conduta mais adequada, com base nas diretrizes FEBRASGO (2023), é realizar

- A. ultrassonografia anual e iniciar tamoxifeno como quimioprevenção.
- B. mamografia a cada 6 meses.
- C. mamografia anual e iniciar tamoxifeno como quimioprevenção.
- D. teste genético (BRCA1/2, PALB2). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe com câncer de mama aos 45 anos e tia materna aos 50, na mesma linhagem, configuram história familiar de alto risco: o passo inicial é o aconselhamento genético com pesquisa de mutações (BRCA1/2, PALB2), pois o resultado define a estratégia de rastreamento (ressonância anual a partir dos 25-30 anos) e as opções de redução de risco. Mamografia semestral (B) não existe como estratégia; e tamoxifeno como quimioprevenção (A/C) só se discute depois de estimado o risco. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Mulher de 67 anos de idade refere "bola saindo pela vagina", sensação de peso pélvico e dificuldade para urinar. AP: G5P5A0C0, menopausa há 15 anos. Exame POP-Q (Quantificação de prolapso de órgão pélvico): Ponto Aa: +2 cm Ponto Ba: +3 cm Ponto C (colo do útero): +4 cm Ponto Ap: 0 cm Ponto Bp: +1 cm TVL (comprimento total da vagina): 8 cm GH (hiato genital): 4 cm PB (corpo perineal): 3 cm O estágio de prolapso genital, segundo a classificação da Sociedade Internacional de Continência, é

- A. 0.
- B. I.
- C. II.
- D. III. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No POP-Q, o estadiamento segue o ponto de MAIOR descenso: aqui é o ponto C, em +4 cm. Estágio III corresponde ao ponto mais distal entre +2 cm e menos que o comprimento vaginal total menos 2 (neste caso, até +6 cm). Estágio II iria apenas até +1 cm (C) e o estágio IV exigiria eversão praticamente completa. Regra prática: valores positivos significam além do hímen, ou seja, prolapso já exteriorizado — coerente com a queixa de 'bola saindo pela vagina'. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Mulher de 47 anos de idade foi submetida a setorectomia mais biópsia do linfonodo sentinela, devido a carcinoma ductal em mama esquerda, T2N0M0. Um dos tratamentos adjuvantes deve ser

- A. hormonioterapia.
- B. quimioterapia.
- C. radioterapia. ✓**
- D. anticorpo monoclonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirurgia conservadora da mama (setorectomia ou quadrantectomia) exige radioterapia complementar da mama remanescente — é ela que equipara o controle local ao obtido com a mastectomia. Hormonioterapia (A) e anticorpo monoclonal anti-HER2 (D) dependem do perfil imuno-histoquímico (receptores hormonais e HER2), não informado; quimioterapia (B) depende do estadiamento e da biologia tumoral. Apenas a radioterapia decorre diretamente do tipo de cirurgia realizada. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Assinale a alternativa correta sobre o papiloma intraductal da mama.

- A. É comum em homens jovens, geralmente associado à ginecomastia.
- B. Tem como principal sintoma a descarga papilar serosa ou sanguinolenta unilateral. ✓**
- C. Apresenta-se como nódulo irregular à mamografia.
- D. É mais comum em adolescentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

O papiloma intraductal é a principal causa de descarga papilar espontânea, unilateral, uniductal, de aspecto seroso ou sanguinolento, típica de mulheres entre 30 e 50 anos. Costuma ser pequeno, não palpável e frequentemente oculto à mamografia (o que derruba C) — investiga-se com ultrassonografia, ductografia e ressecção do ducto acometido. Não guarda relação com ginecomastia masculina (A) e não é doença de adolescentes (D), faixa em que predomina o fibroadenoma. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito C

Mulher de 60 anos de idade comparece para consulta de rotina. AP: G3P3; menopausa aos 51 anos de idade; sedentarismo; nega tabagismo, etilismo e uso de medicações. AF: fratura de fêmur materna aos 72 anos de idade. Exame físico: IMC: 22 kg/m². Densitometria óssea: coluna lombar (L1-L4): T-score -2,6; colo femoral: T-score -2,2; fêmur total: T-score -2,0. Assinale a alternativa correta.

- A. A paciente tem diagnóstico de osteopenia, sendo indicada a adoção de medidas não farmacológicas, como suplementação de cálcio e vitamina D.
- B. A terapia hormonal está indicada como primeira linha no manejo da osteoporose, independentemente da presença de sintomas climatéricos.

C. O diagnóstico é de osteoporose, e está indicado tratamento com agentes antirreabsortivos, além de suplementação de cálcio e vitamina D. ✓

D. O risco de fratura deve ser avaliado considerando fatores clínicos e o escore de risco para avaliar a necessidade de tratamento com antirreabsortivos.

COMENTÁRIO OSCELABS

T-score igual ou menor que -2,5 em qualquer sítio (aqui -2,6 em coluna lombar) já define osteoporose densitométrica na pós-menopausa: não é osteopenia (A). Nessa situação o tratamento farmacológico está indicado independentemente do FRAX (D), ferramenta reservada à faixa de osteopenia. A base terapêutica são os antirreabsortivos (bisfosfonatos, denosumabe), sempre com cálcio e vitamina D. Terapia hormonal (B) não é primeira linha para osteoporose estabelecida. Resposta C.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Assinale a alternativa correta sobre os cistoadenomas ovarianos.

A. O tipo seroso costuma ser unilocular e finamente septado. ✓

- B. O tipo seroso tem maior risco de ruptura e disseminação de mucina.
- C. Eles são tumores sólidos e altamente vascularizados.
- D. O tipo mucinoso é geralmente bilateral.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cistoadenoma seroso é o tumor epitelial benigno mais comum do ovário: cístico, de conteúdo claro, tipicamente unilocular ou finamente septado, de parede lisa, e é o que mais frequentemente se apresenta bilateral. O mucinoso, ao contrário, é volumoso, multiloculado e habitualmente unilateral, e sua ruptura é que dissemina mucina (pseudomixoma peritoneal) — o que inverte B e D. Cistoadenomas são císticos, não sólidos e hipervascularizados (C), padrão que sugeriria malignidade. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Mulher de 85 anos de idade apresenta palpitações. Exame físico: PA: 80 x 50 mmHg; FC: 138 bpm; FR: 30 irpm; SatO2 92% em ar ambiente. ECG (imagem): O diagnóstico e a conduta, respectivamente, são

A. fibrilação atrial; cardioversão elétrica. ✓

- B. flutter atrial; controle da frequência com amiodarona.
- C. taquicardia atrial; cardioversão química com propafenona.
- D. fibrilação atrial; cardioversão química com amiodarona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquiarritmia com PA de 80 x 50 mmHg, taquipneia e dessaturação significa instabilidade hemodinâmica. Diante de fibrilação atrial instável (ritmo irregularmente irregular, sem onda P), a conduta é cardioversão elétrica sincronizada IMEDIATA, sem esperar anticoagulação plena nem tentar droga. Controle de frequência (B) e cardioversão química (C/D) são estratégias do paciente estável — e a propafenona é proscrita em cardiopatia estrutural. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Homem de 35 anos de idade relata tosse seca, chiado, falta de ar há três dias com piora essa noite e melhora parcial após o uso de várias doses de salbutamol aerossol. Refere que já teve sintomas semelhantes previamente há muitos anos. Nega uso de qualquer medicação no dia a dia. Exame físico: BEG; acianótico; discreta taquipneia; fala normal; SatO₂ 96% em ar ambiente; sem sinais de desconforto respiratório; ausculta pulmonar com MV presente, pouco reduzido globalmente com sibilos difusos. A conduta inicial deve ser prescrever prednisona 40 mg via oral e

- A. sulfato de magnésio 2g IV de horário e não usar broncodilatador de ação curta.
- B. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e pesquisar fatores de exacerbação.
- C. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e antibiótico.

D. sulfato de magnésio 2g IV de horário, broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e pesquisar fatores de exacerbação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação de asma em paciente sem medicação de controle, com resposta apenas parcial a múltiplas doses domiciliares de salbutamol: o tratamento envolve corticoide sistêmico (prednisona 40 mg) associado a broncodilatador de curta ação com espaçador, sempre com investigação dos fatores desencadeantes e da falta de controlador. O gabarito oficial acrescenta sulfato de magnésio 2 g IV como adjuvante. Não usar SABA (A) e prescrever antibiótico sem foco infeccioso (C) são erros claros. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Mulher de 79 anos de idade encontra-se acamada há cerca de um ano e meio, sem conseguir manter o controle de tronco ou sorrir. AP: doença de Alzheimer avançada, dois episódios de pneumonia aspirativa nos últimos seis meses, com hospitalização e antibioticoterapia parenteral. A indicação de gastrostomia para alimentação e hidratação constitui-se

- A. uma intervenção fútil em senso estrito e não deve ser realizada de forma alguma.
- B. eticamente aceitável, dependendo dos valores da paciente e de sua família, a despeito de se tratar de uma intervenção fútil em senso estrito.

C. um tratamento potencialmente inapropriado e pode ser eticamente aceitável, dependendo dos valores da paciente e de sua família. ✓

- D. uma medida de suporte de vida, e sua não realização representaria uma forma de eutanásia passiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

A terminologia atual reserva 'futilidade em senso estrito' para a intervenção incapaz de produzir qualquer efeito fisiológico. A gastrostomia em demência avançada produz efeito, mas não demonstrou aumentar sobrevida nem reduzir aspiração — logo é um tratamento POTENCIALMENTE INAPROPRIADO, que pode ser eticamente aceitável conforme os valores do paciente e da família, em decisão compartilhada. Não realizá-la não é eutanásia passiva (D), e sim limitação proporcional de suporte. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Homem de 76 anos de idade apresenta febre alta, tosse produtiva e dispneia progressiva há três dias. AP: DM2, DPOC e DRC. Exame físico: confuso; PA: 82 x 48 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 36 irpm; SatO₂ 84% em uso de máscara de O₂ a 13 L/min; TEC > 5 segundos; extremidades frias e cianóticas. Exame laboratorial: lactato sérico 4,2 mmol/L. Apesar de adequada reposição volêmica, permanece hipotenso e anúrico, em uso de noradrenalina em bomba de infusão a 0,8 mcg/kg/min. Após nova avaliação, o paciente evolui com piora do nível de consciência (escala de coma de Glasgow 10 pontos) e sinais de fadiga respiratória. A conduta em relação ao manejo da via aérea é

A. aguardar melhora hemodinâmica com vasopressores antes de realizar IOT e, se necessário, utilizar midazolam e succinilcolina.

B. indicar IOT via sequência rápida com uso de etomidato e rocurônio. ✓

C. contraindicar a IOT, oferecer VNI e aumentar noradrenalina até estabilização.

D. adiar IOT até estabilização clínica e, se necessário, utilizar fentanil, midazolam e succinilcolina para a sequência rápida de intubação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico refratário com rebaixamento do nível de consciência e fadiga respiratória tem indicação formal e imediata de intubação: adiar (A/D) ou insistir em ventilação não invasiva (C) em paciente com Glasgow 10 e instabilidade só aumenta o risco de parada. Na sequência rápida do paciente chocado, o hipnótico de escolha é o etomidato (mínima repercussão hemodinâmica) com rocurônio como bloqueador. Midazolam aprofunda a hipotensão e a succinilcolina é arriscada na hipercalcemia da lesão renal. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Mulher de 21 anos de idade refere falta de ar, tremores, sudorese, palpitação, perda de peso e sensação de calor excessivo há oito meses. Exame físico: FC: 128 bpm; PA: 180 x 85 mmHg; proptose ocular bilateral com hiperemia conjuntival discreta e bócio difuso de moderado tamanho, indolor, com frêmito e sopro percebidos sobre a superfície tireoidiana. Exames laboratoriais: TSH: 0,001 mUI/L (VR: 0,4-4,0 mUI/L) e T4L: 4,3 ng/dL (VR: 0,7-1,4 ng/dL). O diagnóstico é

A. tireoidite de Quervain.

B. tireotoxicose por doença de Graves. ✓

C. bócio multinodular tóxico.

D. tireotoxicose factícia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tireotoxicose clínica (taquicardia, tremor, perda de peso, PA divergente) com TSH suprimido e T4 livre muito elevado, somada a oftalmopatia com proptose bilateral e bócio difuso com frêmito e sopro — sinais de hipervascularização — é doença de Graves, mediada por anticorpo estimulador do receptor de TSH. Tireoidite de De Quervain (A) cursa com bócio doloroso pós-viral e captação baixa; bócio multinodular tóxico (C) não dá proptose; e na forma factícia (D) não há bócio nem oftalmopatia. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Mulher de 42 anos de idade apresenta febre e calafrios há dois dias. AP: câncer de mama em tratamento neoadjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida. Recebeu um ciclo de quimioterapia há sete dias. Exame físico: PA: 110 x 80 mmHg; FC: 100 bpm; SatO₂ 95%, T: 38,8 °C. A hipótese diagnóstica e a conduta, respectivamente, são:

A. dengue; administrar medicamentos sintomáticos e coletar sorologia.

B. evento adverso associado ao quimioterápico; prescrever sintomáticos.

C. neutropenia febril; coletar culturas e iniciar antibioticoterapia empírica. ✓

D. infecção por influenza; realizar teste rápido e prescrever sintomáticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre entre sete e dez dias após quimioterapia mielotóxica é neutropenia febril até prova em contrário — emergência oncológica com mortalidade alta. A conduta é coletar hemoculturas (periférica e de cateter) e iniciar antibiótico empírico com cobertura antipseudomonas ainda na primeira hora (cefepima, piperacilina-tazobactam ou meropenem), sem esperar o resultado do hemograma. Atribuir o quadro a dengue, toxicidade do quimioterápico ou influenza (A/B/D) e prescrever sintomáticos retarda o tratamento. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Homem de 68 anos de idade está em internação hospitalar na UTI por sepse de foco urinário. Exame físico: peso predito pela altura: 50 kg. O paciente encontra-se em uso de ventilação mecânica em modo controlado a pressão, com os seguintes parâmetros: volume corrente de 500 mL, pressão de controle de 15 cmH₂O, pressão de platô de 10 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O. Assinale a alternativa correta.

- A. Nesse modo ventilatório, a variável limitante é o fluxo inspiratório.
- B. A pressão de distensão (drive pressure) é 10 cmH₂O.
- C. O volume corrente encontra-se adequado à situação clínica do paciente.

D. Nesse modo ventilatório, a variável de ciclagem é o tempo inspiratório. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na ventilação controlada a pressão, a variável limite é a pressão e a CICLAGEM é dada pelo tempo inspiratório programado — não pelo fluxo (A). A pressão de distensão (driving pressure) é a pressão de platô menos a PEEP, ou seja, $10 - 5 = 5$ cmH₂O, e não 10 (B). E volume corrente de 500 mL para peso predito de 50 kg equivale a 10 mL/kg: excessivo em paciente séptico sob risco de SDRA, em que se busca ventilação protetora com 6 mL/kg (C). Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Mulher de 72 anos de idade apresentou fratura de fêmur há três meses, após queda da própria altura. AP: estenose de esôfago há seis meses. Exames laboratoriais: Ca: 8,8 mg/d; Cr: 0,6 mg/dL; Ur: 21 mg/dL. O tratamento farmacológico é

- A. risedronato 150 mg mensalmente.
- B. alendronato de sódio 70 mg semanalmente.

C. ácido zoledrônico 5 mg anualmente. ✓

D. tibolona 2,5 mg diariamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura de fêmur após queda da própria altura em mulher de 72 anos já define osteoporose grave e obriga tratamento farmacológico. Bisfosfonato ORAL (A/B) está contraindicado pela estenose esofágica, pelo risco de esofagite erosiva e impactação do comprimido. A saída é a via parenteral: ácido zoledrônico 5 mg IV anual, com função renal preservada (creatinina 0,6) e reposição prévia de cálcio e vitamina D. Tibolona (D) não é tratamento de osteoporose com fratura estabelecida. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Costureira de 30 anos de idade apresenta dor em região lombar e cervical, sem irradiação, há quatro meses, com piora ao trabalho e despertar noturno por dor. Refere também dor na região glútea quando sentada ou deitada e em planta dos pés ao se levantar da cama e acorda com a coluna "travada". AP: DM2, HAS; obesidade grau II; depressão e psoríase cutânea. A hipótese diagnóstica é

- A. fibromialgia.
- B. hérnia discal.
- C. dor muscular.
- D. espondiloartrite. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor lombar e cervical com rigidez matinal ('coluna travada'), despertar noturno pela dor e piora ao repouso caracterizam lombalgia INFLAMATÓRIA. Somando dor glútea (sacroileíte), dor plantar ao primeiro passo (entesite) e psoríase cutânea, o diagnóstico é espondiloartrite — no caso, de padrão axial associada à psoríase. Fibromialgia (A) é dor difusa sem entesite verdadeira; hérnia discal (B) irradia em dermatomo e melhora no repouso; dor muscular (C) não explica psoríase nem o padrão inflamatório. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Mulher preta de 73 anos de idade apresenta fraqueza há dois meses. Exame físico: palidez 3+/4+. Exames laboratoriais: GV: 3.810.000/mm³; Hb: 7,7 g/dl, Ht: 25,8%; VCM: 68 fl; HCM: 20,3 pg; CHCM: 30 g/dl; RDW: 22,8%, plaquetas: 653.000/mm³; leucócitos: 14.680/mm³; bastonetes: 4%; segmentados: 66%; linfócitos: 12%, monócitos: 4%; eosinófilos: 4%, eritroblastos: 1%; mielócitos: 1%; sofrimento tóxico; neutrófilos hipersegmentados; policromasia. Considere valores normais a seguir: · VCM: 80-100 fl; HCM: 26-34 pg; CHCM: 31-37 g/dl · Leucócitos: 4.000-10.000/mm³ - Neutrófilos: 2.000-7.000/mm³ - Linfócitos: 1.000-4.000/mm³ - Monócitos: 80-800/mm³ - Eosinófilos: 0-450/mm³ - Basófilos: 0-120/mm³ · Plaquetas: 140.000-450.000/mm³ A hipótese diagnóstica é anemia

- A. crônica por perdas com reação leucoeritroblástica. ✓**
- B. aguda com linfocitopenia por estado consumptivo.
- C. crônica com linfocitopenia por estado inflamatório.
- D. aguda por hemorragia com plaquetose reacional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia importante, microcítica (VCM 68) e hipocrômica, com RDW muito alargado e trombocitose, é a assinatura da ferropenia por sangramento crônico — na idosa, obriga investigar o trato digestivo. A presença de eritroblastos e mielócitos no sangue periférico configura reação leucoeritroblástica. Anemia aguda por hemorragia (B/D) seria normocítica e sem essa anisocitose; e não há linfocitopenia absoluta (12% de 14.680 é cerca de 1.760/mm³, dentro do normal), o que derruba B e C. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Mulher de 54 anos de idade apresenta ascite refratária, controlada por paracenteses semanais, a última com retirada de 4 litros. AP: cirrose por hepatite C. Exame físico: P: 60 kg. Análise do líquido ascítico: glóbulos brancos: 350/mm³, com 90% de neutrófilos. A conduta é prescrever

- A. antibiótico e 90 gramas de albumina. ✓**
- B. antibiótico e 60 gramas de albumina.
- C. apenas albumina na dose 90 gramas.
- D. apenas albumina na dose 60 gramas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquido ascítico com 350 leucócitos e 90% de neutrófilos resulta em 315 polimorfonucleares por mm³ — acima de 250, fecha peritonite bacteriana espontânea. O tratamento é cefalosporina de terceira geração (cefotaxima) associada a albumina: 1,5 g/kg no primeiro dia (60 kg, logo 90 g) e 1 g/kg no terceiro, esquema que reduz síndrome hepatorenal e mortalidade. Albumina isolada (C/D) deixa a infecção sem tratamento e 60 g (B) subdosa o primeiro dia. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Mulher de 61 anos de idade apresenta dor retroesternal em queimação com irradiação para MSE há uma hora. AP: HAS e tabagismo. ECG a seguir: A parede ventricular acometida e a conduta, além de 300 mg de AAS, são, respectivamente,

- A. posterior; 300 mg de clopidogrel e encaminhamento para angioplastia primária.
- B. inferior; 600 mg de clopidogrel e trombólise química.
- C. posterior; 300 mg de clopidogrel e trombólise química.
- D. inferior; 600 mg de clopidogrel e encaminhamento para angioplastia primária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor anginosa de uma hora com supradesnivelamento em DII, DIII e aVF localiza a parede INFERIOR (coronária direita na maioria dos casos) — obrigatório complementar com V3R/V4R e V7-V8 para ventrículo direito e parede dorsal. Dentro da janela e com hemodinâmica disponível, a reperfusão de escolha é a angioplastia primária, e a dupla antiagregação para intervenção percutânea usa clopidogrel 600 mg de ataque (300 mg é a dose da trombólise). Trombólise (B/C) é plano B. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Homem de 68 anos de idade apresenta alteração do nível de consciência e confusão mental há dois dias. Familiares relatam poliúria e polidipsia há dois meses e tosse produtiva e febre há cinco dias. AP: DM2, em uso de glibenclâmida e metformina. Exame físico: desidratado, FC: 112 bpm; PA: 105 x 70 mmHg; FR: 22 irpm; T: 37,5 °C; SatOI 94%, escala de coma de Glasgow 12. Exames laboratoriais: glicemia: 1015 mg/dL; ausência de cetonúria; gasometria venosa: pH: 7,36; bicarbonato: 20 mEq/L; pCO₂: 42 mmHg; Na: 154 mEq/L. Assinale a alternativa correta em relação ao caso apresentado.

- A. Nessa condição, a desidratação costuma ser leve, com hipovolemia discreta e baixa perda de eletrólitos.
- B. Insuficiência pancreática aguda é uma complicação frequente, devendo ser monitorada por níveis de enzimas pancreáticas.
- C. Devido ao pH normal, trata-se de uma situação de menor mortalidade dentre as emergências hiperglicêmicas.
- D. Pode cursar com trombose venosa profunda devido à hiperosmolaridade e hiperviscosidade sanguínea. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia acima de 600 mg/dL, hipernatremia, pH e bicarbonato normais e ausência de cetonúria caracterizam o estado hiperglicêmico hiperosmolar, aqui desencadeado por pneumonia. A hiperosmolaridade e a hiperviscosidade sanguíneas aumentam o risco de trombose venosa profunda e tromboembolismo. O déficit de água é enorme, de 8 a 10 litros, e não leve (A); pancreatite associa-se mais à cetoacidose (B); e o EHH tem mortalidade MAIOR que a da cetoacidose (C), por acometer idosos com comorbidades. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Homem de 46 anos de idade apresenta dispneia aos esforços e edema em membros inferiores há um mês. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal, sem outras alterações. Rx de tórax: cardiomegalia e congestão pulmonar bilateral. Ecocardiograma: hipocinesia difusa do ventrículo esquerdo com fração de ejeção de 34%. Após melhora dos sintomas posterior ao uso de furosemida, o paciente foi tratado com enalapril, carvedilol e espironolactona em dose plena. Antes da alta hospitalar, o paciente permanece com dispneia aos grandes esforços, FC: 87 bpm e PA: 100 x 70 mmHg. A próxima prescrição de medicação a ser feita, segundo a Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia de 2023, é de

A. ivabradina.

B. nitrato e hidralazina.

C. inibidores da SGLT2. ✓

D. digitálico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (34%) já em dose plena de IECA, betabloqueador e antagonista mineralocorticoide: falta o quarto pilar, o inibidor de SGLT2 (dapagliflozina ou empagliflozina), que reduz mortalidade cardiovascular e hospitalização independentemente da presença de diabetes. Ivabradina (A) e nitrato com hidralazina (B) são passos posteriores, em perfis específicos; e o digitálico (D) alivia sintomas, mas não muda sobrevida. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Homem de 67 anos de idade está internado em UTI devido a choque séptico de foco pulmonar, em tratamento há um dia com meropenem e vancomicina. Nas últimas 48 horas, apresentou elevação de Cr de 0,9 para 2,5 mg/dL e redução do débito urinário para 0,2 mL/kg/h nas últimas 24 horas. AP: IC com fração de ejeção de 25%, HAS e DM2. Exames laboratoriais: urina 1 com cilindros granulosos e células epiteliais tubulares; fração de excreção de sódio: 3,1%; pH: 7,22; pCO₂: 27 mmHg; bicarbonato: 12 mEq/L; Na: 135 mEq/L; Cl: 112 mEq/L; lactato: 5,5 mmol/L; albumina: 2,4 mg/dL. Os diagnósticos são acidose metabólica

A. normoclorêmica e alcalose metabólica, IRA estágio 3 de etiologia hemodinâmica e droga induzida por vancomicina.

B. com ânion gap aumentado, IRA estágio 2 de etiologia isquêmica e droga induzida por vancomicina.

C. hiperclorêmica e acidose respiratória, IRA estágio 2 de etiologia hemodinâmica e associada a sepse.

D. normoclorêmica e acidose hiperclorêmica, IRA estágio 3 de etiologia isquêmica e associada a sepse.

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Débito urinário de 0,2 mL/kg/h por 24 horas já classifica a lesão renal aguda como estágio 3 do KDIGO, independentemente da creatinina. Cilindros granulosos, células epiteliais tubulares e fração de excreção de sódio acima de 2% indicam necrose tubular aguda ISQUÊMICA pela hipoperfusão do choque séptico, e não nefrotoxicidade por um único dia de vancomicina. A gasometria mostra acidose metabólica mista: componente de ânion gap elevado pelo lactato (corrigido para a hipoalbuminemia) somado ao componente hiperclorêmico. Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Homem de 83 anos de idade, em consulta de rotina, apresenta perda de peso não intencional de 6 kg em seis meses, sensação de redução da energia e fadiga aos mínimos esforços. AP: DPOC, DM2, hipoacusia, osteoartrose e utiliza oito medicações ao dia. Exame físico: P: 54 kg; IMC: 17,9 kg/m²; caminha com passos curtos e gastou 33 segundos para percorrer 4,6 metros; não consegue subir um lance de escada; índice de Katz com 5 dependências para atividades básicas de vida diária; MEEM 19 pontos (abaixo do recomendado para escolaridade); escala de depressão geriátrica 9 pontos; inabilidade de levantar-se cinco vezes da cadeira sem ajuda dos braços. O diagnóstico de síndrome da fragilidade nesse paciente é devido a:

- A. MEEM, diagnóstico de quatro doenças, inabilidade de levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços e não conseguir subir um lance de escada.
- B. perda de peso não intencional, velocidade de marcha reduzida, redução do nível de energia e fadiga e não conseguir subir um lance de escada. ✓**
- C. IMC, utilizar mais que cinco medicações ao dia, resultado da escala de depressão geriátrica e diagnóstico de quatro doenças.
- D. redução do nível de energia e fadiga, índice de Katz, MEEM e velocidade de marcha reduzida.

COMENTÁRIO OSCELABS

O fenótipo de fragilidade de Fried tem cinco critérios: perda de peso não intencional, exaustão ou baixo nível de energia, lentidão da velocidade de marcha, redução da força de preensão e baixo nível de atividade física — três ou mais fecham o diagnóstico. Comorbidades, polifarmácia, IMC, déficit cognitivo (MEEM), depressão e dependência funcional (Katz) são marcadores de vulnerabilidade e consequências associadas, mas NÃO compõem o fenótipo (A/C/D). Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Em relação aos dispositivos eletrônicos para fumar, é correto afirmar que

- A. o questionário de dependência nicotínica é replicável para avaliar o risco de desenvolvimento de abstinência.
- B. a adição de flavorizante mentol atua como anestésico local, o que facilita maior volume de tragada. ✓**
- C. as mulheres reduziram o consumo, segundo os dados da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas de 2024.
- D. o vapor de água liberado pelo dispositivo reduz os danos à saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

Flavorizantes não são inócuos: o mentol tem efeito anestésico local e refrescante nas vias aéreas, reduz a aspereza do aerossol e permite tragadas maiores e mais profundas, aumentando a exposição à nicotina — por isso é alvo de restrição regulatória. O que sai do dispositivo não é 'vapor de água' inofensivo (D): contém nicotina, aldeídos e metais. O consumo vem aumentando, inclusive entre mulheres (C), e o teste de Fagerström foi validado para o cigarro convencional (A). Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Paciente de 55 anos de idade queixa-se de cefaleia, principalmente ao redor dos olhos, refere fotofobia, visão de halos e baixa acuidade visual em olho direito (OD) há um dia. Exame ocular: OD com hiperemia conjuntival, motilidade preservada e pupila em média midríase, não fotorreagente. O diagnóstico provável é

- A. neurite óptica.
- B. esclerite.
- C. uveíte anterior.
- D. glaucoma agudo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor periocular com cefaleia, halos coloridos, baixa acuidade visual, hiperemia e — o achado que fecha o diagnóstico — pupila em média midríase arreativa configuram crise de glaucoma agudo por fechamento angular. É emergência oftalmológica: medir a pressão intraocular, iniciar hipotensores e programar iridotomia a laser. Neurite óptica (A) dá dor à movimentação com olho branco e defeito pupilar aferente; esclerite (B) não altera a pupila; uveíte anterior (C) cursa com MIOSE e sinéquias. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Homem de 28 anos de idade apresenta rebaixamento do nível de consciência e febre alta. Segundo familiares, ele apresentou sintomas gripais autolimitados há cinco dias, diagnosticado como infecção por influenza, com melhora inicial, mas evoluiu nas últimas 48 horas com febre persistente, tosse produtiva com escarro hemoptoico e piora do estado geral. Exame físico: PA: 80 x 50 mmHg; FR: 38 irpm; FC: 112 bpm; T: 38,6 °C; ausculta pulmonar com estertores difusos e sinais de consolidação em hemitórax direito. Rx de tórax: consolidações multilobares, com áreas de cavitação no lobo superior direito. Pode-se afirmar que

- A. se trata de provável pneumonia por *Streptococcus pneumoniae*, com padrão radiológico típico, sendo indicada cefalosporina de terceira geração como monoterapia inicial.
- B. a hipótese de tuberculose pulmonar deve ser priorizada e a presença de cavitação indica o uso de esquema RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), mesmo sem confirmação bacteriológica, devido à gravidade do paciente.

C. a hipótese de pneumonia pós influenza por *Staphylococcus aureus* deve ser considerada, com início imediato de cobertura empírica com um antibiótico betalactâmico, associado à vancomicina ou linezolida. ✓

- D. a associação com influenza descarta a necessidade de investigação de patógeno bacteriano e o tratamento indicado é a prescrição prolongada de oseltamivir (por dez dias) e suporte ventilatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Piora após melhora inicial de influenza, com escarro hemoptoico, consolidações multilobares e cavitação, é o padrão da pneumonia bacteriana secundária por *Staphylococcus aureus*, inclusive MRSA produtor de leucocidina de Panton-Valentine. Em paciente chocado, a cobertura empírica precisa somar um betalactâmico à vancomicina ou linezolida. Pneumococo (A) raramente cavita; tuberculose (B) não explica o curso hiperagudo; e influenza confirmada não afasta coinfeção bacteriana (D). Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Mulher de 21 anos de idade apresenta febre há três dias, mialgia intensa, vômitos persistentes, tontura ao se levantar e dor abdominal difusa. Está em uso de dipirona e ibuprofeno desde o primeiro dia de sintomas. Exame físico: PA: 100 x 60 mmHg; FC: 110 bpm; extremidades frias, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, sem sangramentos. Exames laboratoriais: plaquetas: 142.000/mm³, hematócrito normal, função renal preservada. O médico prescreve sintomáticos, reforça a hidratação oral e libera a paciente com orientação para retorno se houver piora. No dia seguinte, ela retorna em estado de choque, sendo internada em UTI com diagnóstico de dengue grave. Pode-se afirmar que

A. o quadro clínico já preenchia critérios para dengue com sinais de alarme, apesar da ausência de plaquetopenia, e a conduta adequada seria hidratação venosa e observação hospitalar. ✓

- B. a utilização de anti-inflamatórios pode ter contribuído para o desfecho, mas a ausência de sinais hemorrágicos ou elevação do hematócrito afastava a necessidade de internação.
- C. a conduta de hidratação oral e orientação para retorno foi apropriada, considerando que a paciente ainda se encontrava na fase febril da doença.

D. o quadro inicial era compatível com infecção viral autolimitada, como chikungunya ou zika, sendo a evolução desfavorável pouco relacionada à conduta adotada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos persistentes, dor abdominal intensa e hipotensão postural com extremidades frias e tempo de enchimento capilar de 4 segundos são SINAIS DE ALARME de dengue — e sinal de alarme independe de plaquetopenia ou de hematócrito elevado (o hematócrito 'normal' pode ser apenas leitura precoce do extravasamento). Cabia classificar como grupo C, iniciar hidratação venosa e manter em observação hospitalar. Liberar com sintomáticos foi exatamente o erro que abriu caminho para o choque. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Homem de 23 anos de idade, vítima de acidente motociclístico, apresenta síndrome isquêmica traumática relacionada a luxação do joelho esquerdo, ocasionada por trauma vascular. O paciente será submetido a revascularização do membro por ponte, sendo a melhor opção de substituto vascular a

- A. prótese de politetrafluoroetileno (PTFE).
- B. prótese de Dacron.

C. veia safena magna contralateral. ✓

- D. veia safena magna ipsilateral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em trauma vascular de membro, o substituto ideal é veia autóloga: melhor patência e risco de infecção muito menor que o das próteses de PTFE ou Dacron (A/B), péssimas escolhas em ferida contaminada. Utiliza-se a safena magna CONTRALATERAL, preservando a do membro traumatizado, cuja drenagem venosa profunda pode estar comprometida pela própria luxação do joelho — retirar a safena ipsilateral agravaria o edema e o risco de perda do membro. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Na oclusão arterial aguda, frequentemente, o paciente é submetido a revascularização cirúrgica do membro acometido, e, no pós operatório, deve-se atentar ao quadro de isquemia, seguida de reperfusão. Assinale a alternativa correta.

- A. Não se observa reação do oxigênio molecular com a hipoxantina acumulada no tecido isquêmico.

B. São comuns formação de radicais livres do oxigênio, atração de leucócitos e lipoperoxidação de membranas celulares. ✓

- C. O radical superóxido reage com óxido nítrico, causando vasodilatação e inibição plaquetária.
- D. O íon ferro não participa da formação do radical hidroxila.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na isquemia, o ATP degrada-se até hipoxantina e a xantina desidrogenase converte-se em xantina oxidase; na reperfusão, a chegada de oxigênio gera o ânion superóxido e, pela reação de Fenton dependente de FERRO, o radical hidroxila — daí a lipoperoxidação de membranas e a quimiotaxia e adesão de leucócitos. Isso torna A e D falsas. O superóxido, ao reagir com o óxido nítrico, forma peroxinitrito e CONSOME o NO, causando vasoconstrição e ativação plaquetária, não o contrário (C). Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Homem de 70 anos de idade apresenta jato urinário fraco, hesitação miccional e noctúria há oito meses. International Prostate Symptom Score (IPSS) 19. PSA: 1,6 ng/mL. Toque retal: próstata aumentada, fibroelástica e sem nódulos. US transabdominal: resíduo pós-miccional de 90 mL e próstata estimada em 35 g. A melhor conduta inicial é

- A. iniciar finasterida associada a alfabloqueador.
- B. realizar urodinâmica antes de iniciar o tratamento.
- C. iniciar alfabloqueador e reavaliar a resposta clínica. ✓**
- D. indicar ressecção transuretral da próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

IPSS 19 (sintomas moderados a graves) com próstata de apenas 35 g, PSA baixo, toque sem nódulos e resíduo pós-miccional pouco expressivo: a primeira linha é o alfabloqueador (tansulosina, doxazosina), que alivia o componente dinâmico em poucos dias. Inibidor de 5-alfa-redutase (A) beneficia próstatas acima de 40 g e leva meses para agir; urodinâmica (B) fica para casos duvidosos; e a RTU de próstata (D) é reservada à falha clínica ou a complicações. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Homem de 29 anos de idade apresenta dor lombar direita de forte intensidade, sem febre. Urina I: hematúria microscópica. TC helicoidal sem contraste: cálculo de 5 mm no terço distal do ureter direito, sem hidronefrose ou alterações inflamatórias periureterais. Função renal preservada. A conduta inicial é

- A. analgesia com AINE e alfabloqueador oral. ✓**
- B. litotripsia extracorpórea de urgência.
- C. ureterolitotripsia com duplo J profilático.
- D. antibióticoterapia e hidratação venosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cálculo ureteral DISTAL de 5 mm, sem febre, sem hidronefrose e com função renal preservada tem alta chance de eliminação espontânea. A conduta é clínica: AINE como analgésico de escolha (reduz o edema e a pressão intraluminal) e terapia médica expulsiva com alfabloqueador, além de hidratação e filtragem da urina. Litotripsia, ureterolitotripsia e duplo J (B/C) só na dor refratária, obstrução infectada, rim único ou falha após 4-6 semanas; e sem infecção não há antibiótico (D). Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Homem de 25 anos de idade, vítima de acidente motociclístico, apresenta dor perineal, sangue no meato uretral e incapacidade de urinar desde o acidente. Exame físico: escoriações perineais e hematoma escrotal em "borboleta". O próximo passo na abordagem diagnóstica é

- A. realizar uretrocistografia retrógrada antes de qualquer sondagem. ✓**
- B. tentar sondagem uretral com sonda Foley nº 18.
- C. solicitar US vesical para avaliação do volume.
- D. indicar cistostomia de urgência sem necessidade de imagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangue no meato uretral, retenção urinária e hematoma perineal 'em borboleta' formam a tríade da lesão uretral traumática. Sondagem às cegas (B) pode converter uma lesão parcial em completa — está proscria. O passo obrigatório é a uretrocistografia retrógrada, que define local e extensão da lesão; só depois se decide entre sonda cuidadosa e cistostomia suprapúbica, que não se indica sem imagem (D). Ultrassonografia vesical (C) não muda conduta alguma. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Mulher de 38 anos de idade apresenta nódulo tireoideano. US: nódulo de 2,0 cm, sólido, hipocogênico, com margens irregulares, mais alto que largo e com focos ecogênicos puntiformes, localizado em lobo direito, ausência de linfonodos cervicais suspeitos. Segundo as orientações do ACR TI-RADS, a classificação mais provável para esse nódulo e a conduta são, respectivamente,

- A. TI-RADS 3; baixo risco; seguimento ultrassonográfico em um ano.
- B. TI-RADS 4; risco moderado; punção aspirativa por agulha fina.
- C. TI-RADS 5; alto risco; punção aspirativa por agulha fina. ✓**
- D. TI-RADS 2; benigno; sem necessidade de seguimento ou biópsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Somando os pontos do ACR TI-RADS: sólido (2) + hipocogênico (2) + mais alto que largo (3) + margens irregulares (2) + focos ecogênicos puntiformes (3) resultam em 12 pontos — TR5, categoria de alto risco (7 pontos ou mais). Em TR5, a punção aspirativa por agulha fina é indicada a partir de 1,0 cm, e o nódulo mede 2,0 cm. TI-RADS 2 e 3 (A/D) exigiriam achados francamente benignos, e o TR4 (B) somaria de 4 a 6 pontos. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Homem de 35 anos de idade apresenta odinofagia há três meses. Nega etilismo e tabagismo. Oroscopia: lesão de aspecto exofítico em região de amígdala à esquerda. Anatomopatológico da lesão: carcinoma espinocelular. O principal fator de risco para o aparecimento da lesão é

- A. exposição prolongada à radiação ultravioleta.
- B. infecção por papilomavírus humano. ✓**
- C. infecção pelo vírus Epstein-Barr.
- D. consumo excessivo de alimentos defumados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma espinocelular de orofaringe (amígdala ou base de língua) em adulto jovem que não fuma nem bebe é o retrato do tumor HPV-relacionado, sobretudo pelo subtipo 16, identificado pela expressão de p16 na imuno-histoquímica; tem melhor prognóstico e melhor resposta ao tratamento. Radiação ultravioleta (A) é fator de risco para lábio e pele; Epstein-Barr (C) associa-se ao carcinoma de nasofaringe; e defumados (D) relacionam-se ao câncer gástrico. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Sobre a comunicação interatrial, assinale a alternativa correta.

- A. Geralmente, é causa de cianose discreta em crianças entre o primeiro e o segundo ano de vida.
- B. Na maioria dos casos submetidos à correção cirúrgica, não é necessário o emprego de circulação extracorpórea durante a cirurgia.

- C. É a segunda cardiopatia congênita mais detectada na idade adulta, depois da persistência do canal arterial.
- D. Entre todas as cardiopatias congênitas com shunt arteriovenoso, é a que costuma ter evolução mais benigna. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A comunicação interatrial é shunt esquerda-direita de baixa pressão: costuma ser assintomática por décadas e tem a evolução mais benigna entre as cardiopatias congênitas com shunt, sendo a mais diagnosticada na vida adulta (e não a segunda — C). Justamente por ser shunt E-D, não causa cianose na infância (A), que só apareceria com a inversão do shunt na síndrome de Eisenmenger. A correção cirúrgica clássica exige circulação extracorpórea (B), embora hoje muitos casos sejam fechados por cateter. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito B

As complicações mais comuns após infarto agudo do miocárdio que levam a cirurgia de urgência ou emergência para correção são

- A. ruptura cardíaca, insuficiência valvar aórtica e aneurisma de ventrículo esquerdo.
- B. comunicação interventricular, insuficiência mitral aguda e ruptura cardíaca. ✓**
- C. estenose valvar aórtica aguda, dissecção de aorta e trombose em átrio direito.
- D. ruptura cardíaca, aneurisma dissecante de aorta e trombose em átrio esquerdo.

COMENTÁRIO OSCELABS

As complicações mecânicas do infarto que levam à cirurgia de urgência ou emergência são as RUPTURAS: do septo interventricular (comunicação interventricular pós-infarto, com sopro novo e choque), do músculo papilar (insuficiência mitral aguda com edema agudo de pulmão) e da parede livre do ventrículo (tamponamento). Aneurisma de VE (A) é complicação tardia e de correção eletiva; estenose aórtica aguda não existe, e dissecção de aorta e trombose atrial (C/D) não são complicações do IAM. Resposta B.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Mulher de 48 anos de idade apresentou um sarcoma em região torácica que, após radioterapia e ressecção cirúrgica, gerou uma grande perda tecidual. AP: obesidade e DM. O fator que contraindica a realização de expansão tecidual local como primeira opção para avanço de retalho visando à reconstrução do defeito é

- A. irradiação prévia. ✓**
- B. obesidade.
- C. diabetes mellitus.
- D. idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O leito irradiado tem fibrose, endarterite obliterante e pele pouco elástica: expandir tecido nessa área evolui com extrusão do expansor, necrose e deiscência — é a contraindicação relevante do caso. A reconstrução deve usar tecido bem vascularizado trazido de FORA do campo irradiado (retalho miocutâneo ou microcirúrgico). Obesidade e diabetes (B/C) aumentam o risco de complicação, mas não contraindicam por si a expansão; e idade de 48 anos (D) é irrelevante. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Lactente de três meses de idade apresenta pescoço inclinado em direção ao ombro esquerdo, com o queixo desviado e rodado para a direita, conforme imagem a seguir: Exame físico: encurtamento palpável do músculo esternoclei-domastoideo esquerdo. O diagnóstico e o tratamento são, respectivamente,

- A. hemivértebra cervical; órtese para reposicionamento cervical.
- B. lesão do plexo braquial por tocotrauma; neurotização precoce.
- C. paralisia cerebral espástica; tenotomia do esternocleido-mastoideo esquerdo.

D. torcicolo congênito; fisioterapia e alongamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cabeça inclinada para o lado da lesão e queixo rodado para o lado oposto, com encurtamento palpável do esternocleidomastóideo, é torcicolo muscular congênito — muitas vezes com 'tumor' fibroso palpável no ventre muscular. O tratamento inicial é conservador: fisioterapia com alongamento passivo e estímulo postural, com excelente resposta quando iniciado nos primeiros meses; cirurgia só após falha, geralmente depois de 1 ano. Não há lesão vertebral (A) nem de plexo braquial (B). Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Homem de 35 anos de idade apresenta dor insidiosa na região inguinal direita com piora durante a marcha e com pouca melhora ao repouso. AP: lúpus eritematoso sistêmico, em uso de prednisona 60 mg/dia há 16 meses. O paciente nega trauma ou qualquer outro fator desencadeante dos sintomas. Exame físico: limitação dolorosa de flexão e rotação interna do quadril. Rx bacia: normal. A hipótese diagnóstica e o tratamento indicado são, respectivamente,

- A. psóite por imunossupressão farmacológica; drenagem do abscesso.
- B. coxartrose induzida por corticoide; fisioterapia.

C. necrose avascular da cabeça femoral; descompressão cirúrgica. ✓

- D. bursite trocantérica; infiltração local.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corticoterapia em dose alta e prolongada por lúpus é o principal fator de risco não traumático para osteonecrose da cabeça femoral: dor inguinal insidiosa, limitação dolorosa de flexão e rotação interna, com radiografia AINDA normal — típico dos estágios iniciais, em que apenas a ressonância faz o diagnóstico. Nessa fase, a descompressão do núcleo preserva a articulação. Psóite (A) traria febre; coxartrose (B) mostraria redução do espaço articular; bursite trocantérica (D) dói na face lateral. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

RN apresenta, ao exame físico, testículos tópicos e alteração, evidenciada na imagem a seguir: A origem dessa alteração se deve a

- A. persistência do conduto ônfalo-mesentérico.
- B. fraqueza da parede abdominal.

C. persistência do conduto peritônio-vaginal. ✓

- D. hiperexcitabilidade do músculo cremaster.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumento de volume da bolsa escrotal em recém-nascido com testículos tópicos, transiluminação positiva, decorre da persistência do conduto peritônio-vaginal, que mantém a comunicação entre a cavidade peritoneal e a túnica vaginal — mesma origem embriológica da hérnia inguinal indireta. O conduto onfalomesentérico (A) origina o divertículo de Meckel e fístulas umbilicais; fraqueza da parede (B) explica a hérnia direta do adulto; e o cremâster hiperativo (D) causa testículo retrátil. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Observe a imagem a seguir: Sobre o defeito de parede abdominal evidenciado na imagem, assinale a alternativa correta.

- A. É rara a ocorrência de malformações associadas.
- B. O cordão umbilical sempre está no ápice do defeito. ✓**
- C. O defeito pode estar à direita do cordão umbilical.
- D. Há sofrimento de alças intestinais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na onfalocele as vísceras herniam pelo anel umbilical recobertas por membrana (âmnio, geleia de Wharton e peritônio), com o cordão umbilical inserido no ÁPICE do saco — é isso que a distingue da gastrosquise, cujo defeito é paraumbilical, quase sempre à direita do cordão (C), sem membrana e com alças espessadas pelo contato com o líquido amniótico (D). A onfalocele associa-se com frequência a outras malformações e cromossomopatias (A), exigindo ecocardiograma e cariótipo. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

A sequência correta de passagem do cateter de angiografia para a embolização de aneurisma de um ramo arterial no segmento hepático VI, considerando o trajeto anatômico mais frequente, é

- A. aorta, tronco celíaco, artéria hepática comum, artéria hepática própria, artéria hepática direita. ✓**
- B. aorta, tronco celíaco, artéria hepática comum, artéria hepática própria, artéria hepática esquerda.
- C. aorta, tronco celíaco, artéria hepática própria, artéria hepática comum, artéria hepática direita.
- D. aorta, artéria mesentérica superior, artéria hepática comum, artéria hepática própria, artéria hepática direita.

COMENTÁRIO OSCELABS

O segmento VI pertence ao lobo direito do fígado (setor posterior), irrigado pela artéria hepática direita. O trajeto habitual do cateter é aorta, tronco celíaco, artéria hepática comum, artéria hepática própria e artéria hepática direita. A hepática esquerda (B) nutre os segmentos II, III e IV; a sequência de C está invertida, pois a própria é ramo da comum; e a mesentérica superior (D) só entra no trajeto quando há variante anatômica com hepática direita substituída. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Homem de 50 anos de idade refere desconforto perianal há três dias, com piora há um dia. AP: DM não controlado, obesidade e tabagismo. Exame físico: REG, taquicárdico, descorado +/4+, desidratado 2+/4+, região perianal hiperemiada com lesão enegrecida na região lateral esquerda de 3 cm com flictenas, odor fétido e crepitação à palpação. A hipótese diagnóstica é

- A. abscesso perianal isquiorretal.
- B. fascíte necrotizante perianal. ✓**
- C. pioderma gangrenoso.

D. abscesso escrotal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético descompensado com lesão perianal enegrecida, flictenas, odor fétido, crepitação à palpação e repercussão sistêmica: fascíte necrotizante perineal (gangrena de Fournier). A crepitação denuncia gás produzido por infecção polimicrobiana com anaeróbios. É emergência cirúrgica: ressuscitação, antibiótico de amplo espectro e desbridamento amplo e precoce, muitas vezes repetido. Abscesso isquiorretal (A) dá flutuação sem necrose; pioderma gangrenoso (C) é úlcera de bordas violáceas sem gás. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Mulher de 60 anos de idade apresenta muita dor e queimação ao redor da ileostomia, com dificuldade de acoplar a bolsa coletora. AP: proctocolectomia parcial com descendente reto anastomose término-terminal mecânica + ileostomia em alça devido a neoplasia de reto médio há dois meses. Exame físico: hiperemia cutânea em região de ileostomia com 10 cm de diâmetro, dor a palpação local, ileostomia funcionante em bom aspecto. O tipo de estoma e a complicação descrita são, respectivamente,

A. derivativo; dermatite periostomal. ✓

B. derivativo; prolapso do estoma.

C. terminal; isquemia do estoma.

D. terminal; dermatite periostomal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ileostomia em alça confeccionada para proteger uma anastomose colorretal é estoma DERIVATIVO (de proteção), habitualmente temporário — estoma terminal é aquele cujo segmento distal foi removido ou fechado. A hiperemia cutânea dolorosa ao redor do estoma, com dificuldade de acoplar a bolsa, é dermatite periostomal, causada pelo contato do efluente ileal, rico em enzimas, com a pele por vazamento ou recorte inadequado da placa. Prolapso e isquemia (B/C) alterariam o próprio estoma, aqui descrito em bom aspecto. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Mulher de 80 anos de idade apresenta hematoquezia há uma semana, com necessidade de reposição volêmica e suporte transfusional. Hábito intestinal: fezes formadas e sem esforço a cada dois dias. Toque retal: ausência de lesões e sangue vivo em moderada quantidade em dedo de luva. A causa mais provável do sangramento e a conduta são

A. neoplasia de reto e amputação abdominoperineal.

B. neoplasia de cólon e colectomia.

C. doença diverticular dos cólons e suporte clínico. ✓

D. angiectasia e coagulação com plasma de argônio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematoquezia volumosa, com repercussão hemodinâmica e necessidade de transfusão, em idoso com hábito intestinal normal e toque retal sem lesões, tem como causa mais frequente a doença diverticular dos cólons: o sangramento é arterial, indolor e cessa espontaneamente em 70-80% dos casos, exigindo suporte clínico e colonoscopia posterior. Neoplasia (A/B) sangra de forma crônica e insidiosa, com alteração do hábito intestinal; a angiectasia (D) é a segunda causa, e o argônio só se aplica com a lesão identificada. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Homem de 77 anos de idade apresenta hemiparesia incompleta desproporcionada de predomínio braquiocrural à direita há dez dias. AP: etilista (0,5 litro de cachaça/dia), tabagista, hipertensão não controlada. TC de crânio: imagem a seguir: A conduta mais adequada é

A. embolização da artéria meníngea média.

B. trépano-punção. ✓

C. craniotomia para drenagem.

D. atorvastatina via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista crônico e hipertenso com déficit motor de instalação insidiosa (dez dias) e coleção subdural na tomografia: hematoma subdural crônico, já liquefeito. O tratamento padrão do paciente sintomático é a drenagem por trepanação (trépano-punção com sistema de drenagem fechado), simples e eficaz. Craniotomia (C) fica para coágulos organizados ou membranas espessas; embolização da meníngea média (A) é adjuvante, sobretudo em recidivas; e estatina (D) não trata quem já tem déficit. Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Homem de 40 anos de idade sofreu queda do telhado chocando o dorso à esquerda contra o solo e um antepa-ro pontiagudo. Exame físico: Sato, oscilando entre 88% e 90% (cateter de OI - 5 litros/minuto), ferimento aspirativo na parede torácica posterior esquerda. AP: etilista, usuário de crack. De acordo com o protocolo de atendimento do ATLS, assinale a alternativa correta.

A. O curativo oclusivo fechado em três pontas deve ser realizado de forma estéril, impedindo que o ar entre na expiração.

B. A drenagem torácica deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo, entre as linhas axilares média e posterior.

C. A descompressão com a agulha deve ser realizada no 4º ou 5º espaço intercostal esquerdo, anterior à linha axilar anterior.

D. O curativo oclusivo fechado nas quatro pontas pode ser realizado, desde que o paciente tenha o tórax drenado. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na ferida torácica aspirativa, o curativo é fixado em TRÊS lados, funcionando como válvula unidirecional: impede a entrada de ar na inspiração e permite a saída na expiração — a alternativa A inverte essa lógica. Ocluir os quatro lados só é seguro depois de drenado o tórax, caso contrário converte-se pneumotórax aberto em hipertensivo. A drenagem é no 4º ou 5º espaço intercostal entre as linhas axilares anterior e média (B), e a descompressão por agulha é anterior à linha axilar MÉDIA (C). Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

As políticas de saúde no Brasil sofrem profundas transformações no período de 1974 a 1979, expressas, entre outros acontecimentos,

A. pela integração das ações de saúde pública e assistência.

B. pela remodelação e pela ampliação dos hospitais da rede pública.

C. pela criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). ✓

D. pelas ações de promoção de saúde na atenção primária conforme a Declaração de Alma-Ata.

COMENTÁRIO OSCELABS

O período de 1974 a 1979 é o da reorganização da previdência: cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (1974) e, em 1977, o SINPAS, do qual nasce o INAMPS, que passa a concentrar a assistência médica individual dos trabalhadores formais, com forte compra de serviços do setor privado. A integração entre saúde pública e assistência médica (A) só se consolida com o SUS, a partir de 1988, e as repercussões de Alma-Ata (D) na atenção primária brasileira vieram depois. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

O trecho de frase "O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos (...)" é parte integrante da

- A. Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2017).
- B. Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).
- C. Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988).
- D. Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O trecho reproduz o artigo 2º, parágrafo 1º, da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que detalha em que consiste o dever do Estado: formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam riscos de doenças e outros agravos. A Constituição de 1988 (C) traz a formulação-irmã no artigo 196 ('a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas...'), mas a redação literal do enunciado é a da lei que a regulamenta. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Na forma da Lei nº 8.142 (de 28.12.1990), o Conselho Municipal de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, cujas decisões serão homologadas

- A. pelo gestor municipal de saúde (secretário ou equivalente).
- B. pela Comissão Intergestores Regional (CIR).
- C. pelo chefe do poder executivo municipal. ✓**
- D. pelo dirigente do Departamento Regional de Saúde (DRS).

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei nº 8.142/1990 determina que as decisões do Conselho de Saúde — órgão permanente e deliberativo, de composição paritária com 50% de usuários — sejam homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera; no município, portanto, o prefeito. Não cabe ao secretário municipal de saúde (A), cujos atos são justamente objeto do controle social, nem a instâncias de pactuação intergestores (B) ou a departamentos regionais (D). Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

O Ministério da Saúde dispõe que as equipes de Saúde da Família tenham uma composição mínima para sua implementação, podendo, adicionalmente, ser a elas vinculados outros profissionais. No geral, os profissionais são: 1. médico; 2. cirurgião-dentista; 3. enfermeiro; 4. auxiliar ou técnico de enfermagem; 5. auxiliar ou técnico em saúde bucal; 6. agente de combate às endemias; 7. agente comunitário de saúde. Com base nessa enumeração, assinale a alternativa que corretamente inclui composição mínima e adicional de uma equipe de Saúde da Família (além das equipes multiprofissionais - eMulti).

A. 1, 3, 4, 7 - 2, 5, 6 ✓

B. 1, 2, 3, 4, 7 - 5, 6

C. 3, 4, 5, 7 - 1, 2, 6

D. 1, 2, 3, 6, 7 - 4, 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A composição MÍNIMA da equipe de Saúde da Família é médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (1, 3, 4, 7). A saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) e o agente de combate às endemias podem ser acrescentados (2, 5, 6), pois a equipe de saúde bucal é vinculada e não obrigatória para o credenciamento da eSF. Composições sem médico ou sem enfermeiro (C) descaracterizam a equipe. Resposta A.

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Um operário estava trabalhando em um edifício em construção, quando sofreu uma queda do 3º pavimento. Vítima de múltiplos traumatismos nos membros inferiores, ele permaneceu internado durante 25 dias, tendo sido submetido a duas cirurgias ortopédicas. No 23º dia, foi diagnosticado hematoma subdural, tendo o paciente sido transferido para unidade de terapia intensiva. O quadro evoluiu com gravidade, vindo o paciente a falecer dentro de 36 horas. Diante dessas informações, a declaração de óbito deve ser fornecida pelo

A. médico do serviço de Ortopedia.

B. Instituto Médico Legal. ✓

C. médico do serviço de Neurologia.

D. Serviço de Verificação de Óbito.

COMENTÁRIO OSCELABS

A causa básica do óbito é a queda: morte por causa EXTERNA. Morte violenta, ainda que o desfecho ocorra semanas depois, em ambiente hospitalar e com assistência médica documentada, é obrigatoriamente encaminhada ao Instituto Médico Legal, que emite a declaração de óbito. O Serviço de Verificação de Óbito (D) atende mortes naturais sem esclarecimento diagnóstico, e o médico assistente, ortopedista ou neurologista (A/C), não deve preencher a DO em morte por causa externa. Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Assinale a alternativa que corretamente indica unidade ou estabelecimento para os quais é vedada a distribuição da declaração de óbito.

A. Cartório de registro civil, em localidades onde não existam médicos.

B. Serviço de saúde de atendimento ou internação domiciliar.

C. Médico cadastrado pela Secretaria Municipal de Saúde.

D. Empresas funerárias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A declaração de óbito é documento oficial de distribuição controlada pelo Ministério da Saúde por meio das secretarias estaduais e municipais. Os destinatários legítimos são estabelecimentos de saúde, IML, SVO, médicos cadastrados e, em localidades sem médico, os cartórios de registro civil. É expressamente VEDADO fornecer o formulário a empresas funerárias — medida que evita fraude, comércio do documento e preenchimento por quem não constatou o óbito. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Homem, recém-chegado ao pequeno município de Siriri, estava em seu domicílio quando, repentinamente, "passou mal". Foi levado por familiares à única unidade de saúde do município. O médico, prontamente, verificou que o homem já havia morrido, não havendo nenhum registro deste na unidade. A família relatou que, há algum tempo, o paciente disse que "estava com diabetes". Na ausência de sinais externos de violência e não dispondo a localidade de Serviço de Verificação de Óbito, o médico decidiu emitir a declaração de óbito. Com essas informações, é correto o seguinte preenchimento da declaração de óbito:

- A. ✓
- B.
- C.
- D.

COMENTÁRIO OSCELABS

Morte natural, sem sinais externos de violência, em localidade sem Serviço de Verificação de Óbito: o médico que constatou o óbito pode e deve emitir a declaração, registrando que não houve assistência médica prévia. Na parte I, atesta-se apenas o que se pode sustentar — sem investigação, a causa básica fica como mal definida ou desconhecida, e o diabetes apenas referido pela família não pode ser lançado como causa afirmada. Ausência de violência afasta o encaminhamento ao IML. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Em parecer nº 40/2019, o Conselho Federal de Medicina estabeleceu que, em documentos médicos, exigem-se a identificação do médico de forma legível e o número do registro no Conselho Regional de Medicina (CRM). Quanto à necessidade de aposição de carimbo, o referido parecer dispõe que, sob o ponto de vista legal e ético,

- A. é obrigatória em documentos médicos de qualquer natureza, à exceção da declaração de óbito.
- B. é obrigatória somente em receitas e atestados médicos.
- C. não há obrigatoriedade de seu uso em nenhum documento médico, sendo opcional se o emissor estiver devidamente identificado. ✓**
- D. há obrigatoriedade de seu uso em documento médico de qualquer natureza, devendo nele constar o nome e o número do registro no CRM.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Parecer CFM nº 40/2019 firmou que o essencial em documento médico é a identificação legível do profissional: nome e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina. O carimbo é apenas um meio prático de cumprir essa exigência, e não um requisito legal ou ético em si — estando o emissor devidamente identificado (inclusive por impresso ou assinatura digital), seu uso é opcional. Caem, portanto, as alternativas que o tornam obrigatório de forma geral ou em documentos específicos. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Os agentes biológicos, em suas relações com os seres humanos, apresentam propriedades das quais destacam-se a capacidade do agente infeccioso de poder alojar-se e multiplicar-se dentro de um hospedeiro humano e a capacidade do agente infeccioso de produzir casos graves e fatais. Essas propriedades dos agentes biológicos são denominadas, respectivamente,

- A. infectividade e letalidade.
- B. imunogenicidade e virulência.
- C. infectividade e virulência. ✓**
- D. patogenicidade e letalidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infectividade é a capacidade do agente de penetrar, alojar-se e multiplicar-se no hospedeiro; virulência é a capacidade de produzir casos GRAVES e fatais. Não confundir com patogenicidade (capacidade de produzir doença entre os infectados), letalidade (proporção de óbitos entre os doentes) e imunogenicidade (capacidade de induzir resposta imune duradoura). Por isso caem as combinações com letalidade (A/D) e com imunogenicidade (B). Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Ocorrência coletiva de determinada doença numa determinada área, que, no decorrer de um período, acomete sistematicamente grupos humanos, mantendo sua incidência constante, permitidas as flutuações de valores. Esse padrão de distribuição de doenças ao longo do tempo (cronológico) é denominado

- A. tendência secular.
- B. endemia. ✓**
- C. variação sazonal.
- D. variação cíclica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ocorrência habitual e continuada de uma doença em determinada área, com incidência relativamente constante ao longo do tempo, admitidas flutuações, é a definição de ENDEMIA — a elevação acima do esperado seria epidemia. Tendência secular (A) descreve variação ao longo de décadas; variação sazonal (C) é a oscilação regular dentro do ano, ligada a estações; e variação cíclica (D) são picos que se repetem em intervalos de vários anos. Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Estudo capaz de abordar hipóteses etiológicas, produzindo medidas de incidências e, por conseguinte, medidas diretas de risco, que parte da observação de grupos comprovadamente expostos a um fator de risco suposto como causa de doença a ser detectada no futuro. Assim, constitui-se de um grupo de pessoas consideradas sadias quanto à doença sob investigação, e que se caracteriza pela composição homogênea por vários fatores que não a variável independente investigada. Tal tipo de investigação epidemiológica é denominada

- A. estudo de caso-controle.
- B. estudo ecológico.
- C. estudo de coorte. ✓**
- D. ensaio clínico controlado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Partir da EXPOSIÇÃO e acompanhar pessoas saudáveis até o desfecho é o desenho de coorte — o único observacional capaz de medir incidência e, portanto, de fornecer risco relativo e risco atribuível de forma direta. No caso-controle (A) parte-se do desfecho e estima-se odds ratio; o estudo ecológico (B) trabalha com dados agregados, sujeito à falácia ecológica; e o ensaio clínico controlado (D) é experimental, com a exposição alocada pelo pesquisador. Resposta C.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Assinale a alternativa que corretamente indica situações em que se recomenda o adiamento de vacinação.

- A. Na vigência de doença aguda febril grave; até três meses após a administração de imunoglobulina, em casos de vacinação contra a caxumba e a rubéola. ✓**
- B. Em pacientes com desnutrição; até três meses após o tratamento com imunodepressores/ corticosteroides em dose alta.
- C. Em caso de prematuridade ou baixo peso ao nascimento; em pacientes com diagnóstico pregresso de tuberculose, hepatite B, coqueluche ou febre amarela.
- D. Na vigência de internação hospitalar; durante tratamento sistêmico com corticosteroides, independentemente da dose e tempo de uso.

COMENTÁRIO OSCELABS

As situações clássicas de ADIAMENTO (não de contraindicação) são a doença aguda febril grave, para não atribuir à vacina sinais da própria doença, e o uso recente de imunoglobulina ou hemoderivados, que neutralizam vacinas de vírus vivo atenuado como a tríplice viral, exigindo intervalo de cerca de três meses. Desnutrição, prematuridade e baixo peso não adiam vacinação (B/C), e corticoide só posterga vacinas vivas em dose imunossupressora, não em qualquer dose (D). Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Púérpera de 32 anos de idade está, há 45 dias, em tratamento supervisionado para tuberculose com esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol), após investigação de tosse ter mostrado pesquisa positiva de BAAR (bacilo álcool-ácido resistente) no escarro. Coabita com companheiro de 35 anos de idade e RN de 25 dias de vida. A conduta atualmente indicada pelo Ministério da Saúde, em relação ao RN comunicante, é

- A. notificar o serviço de vigilância, realizar teste IGRA (ensaio de liberação de interferon gama) e, se reagente ou indeterminado, vacinar com BCG e iniciar tratamento de infecção latente com rifampicina.
- B. não vacinar com BCG, prescrever rifampicina por três meses, fazer teste tuberculínico (TT) após conclusão da rifampicina e, se TT menor que 5 mm, aplicar BCG.
- C. indicar uso de fórmula láctea e não amamentar, não aplicar o BCG, prescrever isoniazida por três meses e, após o término, realizar TT; se TT igual ou maior do que 5 mm, manter o tratamento por mais três meses.
- D. notificar o serviço de vigilância, prescrever rifampicina por quatro meses e, após término, aplicar o BCG, sem realizar TT. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido coabitante de caso bacilífero NÃO deve receber BCG de imediato: primeiro trata-se a infecção latente. A recomendação atual do Ministério da Saúde simplificou o esquema antigo dependente da prova tuberculínica — usa-se rifampicina por quatro meses e, ao término, aplica-se o BCG, dispensando o TT. O caso deve ser notificado e os comunicantes investigados, e a amamentação está mantida (a mãe, em tratamento há 45 dias, já não é bacilífera). Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

No contexto do SUS, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as linhas de cuidado (LC) são conceitos fundamentais para a organização dos serviços. Assinale a alternativa que melhor descreve a finalidade e a relação entre esses conceitos.

- A. A principal função das LC é a gestão orçamentária dos hospitais, enquanto as RAS são sistemas de monitoramento da satisfação do paciente.
- B. As LC são modelos de financiamento da saúde, enquanto as RAS definem apenas a localização física dos hospitais de alta complexidade.
- C. As RAS visam apenas à atenção primária, e as LC são roteiros flexíveis que desconsideram protocolos clínicos.
- D. As RAS são arranjos organizativos que integram ações e serviços de saúde em diferentes pontos, e as LC são fluxos e protocolos que orientam o percurso do usuário dentro dessas redes. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos que integram ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, coordenados pela atenção primária, para garantir atenção contínua e integral. As linhas de cuidado são os fluxos e protocolos que desenham o itinerário do usuário dentro dessa rede, do primeiro contato à reabilitação. As demais alternativas reduzem os conceitos a financiamento, orçamento hospitalar ou localização física de serviços, o que contraria a Portaria GM/MS nº 4.279/2010. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

O principal objetivo do rastreamento populacional organizado para o câncer é

- A. diminuir a morbimortalidade por um tipo específico de câncer em indivíduos assintomáticos. ✓**
- B. reduzir a incidência de todos os tipos de câncer na população.
- C. tratar pacientes sintomáticos precocemente.
- D. garantir que exames médicos de check-up sejam realizados anualmente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento é a aplicação de teste em pessoas ASSINTOMÁTICAS, para detectar a doença em fase pré-clínica e assim reduzir a morbimortalidade por aquele câncer específico. Rastrear não reduz a incidência da maioria dos tumores (B) — pode até elevá-la por sobrediagnóstico, com exceção de colo do útero e cólon, em que se removem lesões precursoras. Tratar sintomáticos (C) é diagnóstico precoce, não rastreamento, e check-up anual indiscriminado (D) é o oposto de um programa organizado. Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Com base na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, considerando os princípios do SUS e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assinale a alternativa correta.

- A. A violência contra a mulher deve ser tratada como um problema isolado da saúde, com foco exclusivo no atendimento clínico individualizado.
- B. O enfrentamento à violência contra a mulher exige o reconhecimento de suas múltiplas determinantes sociais e deve ser conduzido por ações intersetoriais e multidimensionais. ✓**
- C. A dimensão de gênero não deve ser considerada nos protocolos clínicos, pois compromete a imparcialidade do atendimento médico.
- D. As ações de combate à violência contra a mulher devem ser restritas à esfera da segurança pública, sem envolvimento dos serviços de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A violência contra a mulher é fenômeno multideterminado — gênero, raça, classe, geração — e por isso o enfrentamento previsto na política nacional é INTERSETORIAL (saúde, assistência social, segurança, justiça, educação) e multidimensional, com acolhimento, notificação compulsória e linha de cuidado estruturada. Tratar como problema isolado da clínica individual (A), ignorar o recorte de gênero em nome de 'imparcialidade' (C) ou restringir à segurança pública (D) contraria integralidade e equidade. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Em um município com 12.000 habitantes, sendo 52% do sexo feminino, ocorreram 80 casos de câncer de mama em mulheres ao longo do ano de 2024. Nesse período, 4 desses casos evoluíram para óbitos em decorrência do câncer de mama. Ao final do mesmo ano, o município registrou um total de 200 óbitos por todas as causas. Com base nesses dados, a taxa de letalidade do câncer de mama no município em 2024 foi

- A. 5% ✓**
- B. 0,03%
- C. 0,05%
- D. 2%

COMENTÁRIO OSCELABS

Letalidade é a proporção de óbitos ENTRE OS DOENTES: 4 óbitos divididos por 80 casos resultam em 0,05, ou seja, 5%. Não se usa a população no denominador — isso daria a mortalidade específica (4 para cerca de 6.240 mulheres, aproximadamente 0,06%) — nem o total de óbitos por todas as causas ($4/200 = 2\%$, que é a mortalidade proporcional). Distinguir letalidade, mortalidade e mortalidade proporcional é a pegadinha recorrente das provas. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Leia o texto a seguir para responder às questões de 98 a 100: Um hospital realizou um estudo para investigar fatores de risco associados à readmissão hospitalar de pessoas idosas (60 anos ou mais) em até 30 dias. A pesquisa incluiu 568 pacientes que haviam recebido alta hospitalar no período de janeiro a dezembro de 2021. A partir de registros eletrônicos, os pesquisadores selecionaram aleatoriamente dois grupos de pacientes: o primeiro composto de indivíduos que foram readmitidos em até 30 dias após a alta, e o segundo de indivíduos que não foram readmitidos no mesmo período. Dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à internação foram obtidos dos prontuários eletrônicos e analisados. O estudo investigou associações entre diversas variáveis e a ocorrência de readmissão, por meio de análise bivariada e regressão logística. O estudo descrito se caracteriza como

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Os pesquisadores selecionaram os grupos PELO DESFECHO — readmitidos versus não readmitidos — e só depois foram buscar retrospectivamente as exposições nos prontuários: esse é o desenho caso-controle, que produz odds ratio. Numa coorte (C) partiria-se da exposição para acompanhar a ocorrência do desfecho; no transversal (A) exposição e desfecho seriam medidos simultaneamente, sem grupos definidos a priori; e o ensaio clínico (B) exigiria intervenção alocada pelo pesquisador. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Leia o texto a seguir para responder às questões de 98 a 100: Um hospital realizou um estudo para investigar fatores de risco associados à readmissão hospitalar de pessoas idosas (60 anos ou mais) em até 30 dias. A pesquisa incluiu 568 pacientes que haviam recebido alta hospitalar no período de janeiro a dezembro de 2021. A partir de registros eletrônicos, os pesquisadores selecionaram aleatoriamente dois grupos de pacientes: o primeiro composto de indivíduos que foram readmitidos em até 30 dias após a alta, e o segundo de indivíduos que não foram readmitidos no mesmo período. Dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à internação foram obtidos dos prontuários eletrônicos e analisados. O estudo investigou associações entre diversas variáveis e a ocorrência de readmissão, por meio de análise bivariada e regressão logística. Os pesquisadores analisaram a associação entre o histórico de internação no ano anterior e o retorno hospitalar, utilizando regressão logística para estimar o Odds Ratio (OR) e seu intervalo de confiança de 95% (IC 95%). O resultado foi: OR = 2,96 (IC 95%: 1,83 - 4,79). Com base nesse resultado e considerando o delineamento do estudo, é correto afirmar que

- A. indivíduos com histórico de internação no ano anterior apresentaram, em média, 2,96 vezes mais chance de serem readmitidos após a alta, o que permite inferir causalidade direta.
- B. indivíduos que foram readmitidos em até 30 dias apresentaram chance 2,96 vezes maior de terem histórico de internação prévia e o IC indica associação estatística significativa. ✓**
- C. indivíduos com histórico de internação prévia tiveram 2,96 vezes mais chance de readmissão, mas o IC incluindo o valor 1,83 demonstra ausência de significância.
- D. o valor do OR representa a chance de readmissão associada ao histórico de internação, com IC indicando alta precisão, mas sem significância estatística.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em caso-controle, a leitura formalmente correta do odds ratio parte do desfecho para a exposição: os readmitidos apresentaram chance 2,96 vezes maior de terem internação prévia. O intervalo de confiança de 1,83 a 4,79 NÃO inclui o valor 1, logo a associação é estatisticamente significativa — é justamente esse o erro de C e D, que negam a significância. E delineamento observacional retrospectivo não autoriza inferência de causalidade direta (A). Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Leia o texto a seguir para responder às questões de 98 a 100: Um hospital realizou um estudo para investigar fatores de risco associados à readmissão hospitalar de pessoas idosas (60 anos ou mais) em até 30 dias. A pesquisa incluiu 568 pacientes que haviam recebido alta hospitalar no período de janeiro a dezembro de 2021. A partir de registros eletrônicos, os pesquisadores selecionaram aleatoriamente dois grupos de pacientes: o primeiro composto de indivíduos que foram readmitidos em até 30 dias após a alta, e o segundo de indivíduos que não foram readmitidos no mesmo período. Dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à internação foram obtidos dos prontuários eletrônicos e analisados. O estudo investigou associações entre diversas variáveis e a ocorrência de readmissão, por meio de análise bivariada e regressão logística. Em estudos com esse delineamento, a utilização de registros eletrônicos é uma estratégia que contribui para minimizar o viés de

- A. alocação.
- B. memória. ✓**
- C. confundimento.
- D. seleção.

COMENTÁRIO OSCELABS

O calcanhar de aquiles do estudo caso-controle é o viés de memória (recall bias): quem adoeceu tende a lembrar e relatar exposições passadas de modo diferente de quem não adoeceu. Usar registros eletrônicos, produzidos antes e independentemente do desfecho, elimina a dependência do relato e minimiza esse viés. Viés de seleção (D) combate-se na escolha adequada dos controles, e o confundimento (C), com pareamento, estratificação ou regressão. Resposta B.