



Unicamp — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Mulher, 63a, com diagnóstico de cirrose alcoólica, está internada por descompensação clínica há 3 dias, com piora da ascite, oligúria e início de encefalopatia hepática. Em uso diário de espironolactona 200mg, furosemida 40mg e complexo vitamínico. Creatinina 1,7 mg/dL; (0,8 mg/dL na entrada); Líquido ascítico: hemácias= 1.300/mm³, leucócitos= 420/mm³ (62% de linfócitos, 31% neutrófilos e 7% de monócitos); proteína= 1,4 g/dL, albumina= 0,7 g/dL. O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

- A. Peritonite bacteriana espontânea com disfunção renal; prescrever ceftriaxona e albumina.
- B. Lesão renal aguda estágio 1; reduzir diuréticos e prescrever ceftriaxona empírico.
- C. Lesão renal aguda estágio 2; suspender diuréticos e prescrever albumina humana. ✓**
- D. Síndrome hepatorenal; prescrever albumina humana e terlipressina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Creatinina de 0,8 para 1,7 mg/dL (aumento > 2x o basal) define lesão renal aguda estágio 2 na cirrose. O líquido ascítico tem 420 leucócitos com apenas 31% de neutrófilos (~130/mm³), abaixo do corte de 250 polimorfonucleares — não há peritonite bacteriana espontânea (A/B). Síndrome hepatorenal (D) só pode ser rotulada DEPOIS de suspender diuréticos e expandir com albumina 1 g/kg por 48h sem resposta. A conduta imediata e exatamente essa: suspender diurético e dar albumina. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Mulher, 42a, encaminhada do dermatologista por alteração de exames laboratoriais que realizou em investigação de alergia de pele com prurido e uso eventual de loratadina. Antecedentes pessoais: nega uso de outras medicações e ingere 4 latas de cerveja nos finais de semana. Exame físico: IMC= 31kg/m². AST= 51 U/L; ALT= 42 U/L; Fosfatase Alcalina= 369 U/L; GGT= 561 U/L; glicemia de jejum= 110 mg/dL. O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

- A. Doença hepática gordurosa não alcoólica associada a síndrome metabólica; orientar hábitos alimentares.
- B. Toxicidade por álcool e/ou loratadina; suspender o uso e repetir exames após quatro semanas.
- C. Não é possível definir o diagnóstico; prosseguir investigação com biópsia hepática percutânea.
- D. Hepatopatia de padrão colestático, realizar exame de imagem e pesquisar anticorpo antimitocôndria. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Fosfatase alcalina 369 e GGT 561 muito elevadas com AST/ALT quase normais definem padrão COLESTÁTICO, não hepatocelular. Esteatose metabólica (A) e hepatotoxicidade por álcool/loratadina (B) cursam com predomínio de transaminases. Biópsia (C) não é o primeiro passo. Mulher de meia-idade com prurido e colestase obriga a pensar em colangite biliar primária: ultrassom para excluir obstrução mecânica e pesquisa de anticorpo antimitocôndria. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Homem, 54a, procura alergista com histórico de urticária e angioedema há oito anos. Relata episódios recorrentes de início súbito, poucos minutos após o uso de algumas medicações como dipirona, diclofenaco, ibuprofeno, que usa para lombalgia crônica. A CONDUTA É:

- A. Solicitar a dosagem de IgE para drogas anti-inflamatórias e liberar o uso daquelas com IgE específica negativa.
- B. Prescrever paracetamol, pois sua estrutura molecular é diversa dos anti-inflamatórios, diminuindo a chance de reação adversa cruzada.
- C. Orientar este paciente que o risco de reação grave e morte é quase inexistente e com isso tranquilizá-lo e liberar o uso esporádico de anti-inflamatórios.

D. Liberar o uso de inibidores seletivos da ciclo-oxigenase 2 (cox-2), após teste de provocação oral. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Reações em minutos a AINEs de classes químicas diferentes (dipirona, diclofenaco, ibuprofeno) não são IgE-mediadas: e hipersensibilidade cruzada farmacológica pela inibição da COX-1, com desvio para leucotrienos. Por isso dosar IgE específica (A) não tem valor. Paracetamol em dose plena também inibe COX-1 e pode reagir (B). Dizer que não há risco de reação grave (C) é falso. A saída são os coxibes, que poupam COX-1, liberados após teste de provocação oral supervisionado. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Mulher, 52a, comparece em consulta médica trazendo os seguintes exames. Albumina sérica= 4,0 mg/dL, creatinina= 1,0 mg/dL; Exame sumário de urina: pH= 7,2, densidade= 1020, proteína= +/4+, glicose= negativa, leucócitos= 2/campo, hemácias= 3/campo; proteinúria de 24 horas= 12g/24 horas. A CLASSIFICAÇÃO QUANTO À ORIGEM E A PROTEÍNA URINÁRIA PREDOMINANTE NO QUADRO CORRESPONDE A:

- A. Glomerular seletiva, predomínio de albumina.
- B. Glomerular não seletiva, com albumina e imunoglobulinas.
- C. Tubular, proteínas de baixo peso molecular.

D. Sobrecarga, proteínas de cadeia leve. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Proteinúria de 12 g/24h com albumina sérica NORMAL (4,0) e fita reagente marcando apenas +/4+ e a pista: a fita detecta essencialmente albumina, então a discrepância enorme entre fita e proteinúria de 24h indica proteína que a fita não vê — cadeias leves (Bence Jones). Isso caracteriza proteinúria de sobrecarga (mieloma múltiplo), não glomerular (A/B, que cursariam com hipoalbuminemia e fita fortemente positiva) nem tubular (C, de baixo volume). Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Mulher, 35a, apresenta dor para urinar, aumento da frequência, diminuição da quantidade e urgência miccional há dois dias. Nega febre, calafrios, dor lombar e gravidez. Antecedente pessoal: dois episódios semelhantes nos últimos seis meses. Exame sumário de urina: hemácias= 20/campo, leucócitos= > 100/campo, proteína= ausente, nitrito= +++/4+, leucócito esterase= +++/4+; Urocultura: E coli > 10⁶ UFC, sensível a todos os antibióticos testados. APÓS O TRATAMENTO DESTES EPISÓDIOS, A CONDUTA PARA PREVENIR NOVAS INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO É:

- A. Investigar nefrolitíase.
- B. Investigar malformação de trato urinário.

C. Prescrever profilaxia com nitrofurantoína por seis meses. ✓

- D. Prescrever profilaxia pós coito com ciprofloxacino.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres episódios de cistite em seis meses em mulher não gestante, sem febre nem dor lombar, configuram ITU de repetição NÃO complicada. Investigação de imagem (A/B) só se houver sinais de complicação: cálculo, obstrução, ITU alta de repetição ou germe proteolítico. A profilaxia pós-coito (D) e a opção quando os episódios se relacionam ao coito, o que não foi relatado, e quinolona não é primeira escolha profilática. Fica a profilaxia contínua com nitrofurantoína por seis meses. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Mulher, 41a, casada, auxiliar de limpeza, procura atendimento médico por aparecimento de lesões no tronco, abdome, mãos e pés há três semanas. Refere febre, mialgia e linfonodomegalia. Antecedente pessoais: epilepsia em uso de fenitoína 200 mg/dia. Membros superiores: O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

A. Psoríase gutata; biópsia de pele.

B. Sífilis secundária; testes treponêmicos e não treponêmicos. ✓

C. Tinha do corpo; antifúngicos sistêmicos.

D. Farmacodermia; substituir droga anticonvulsivante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exantema em tronco, abdome e — o detalhe que fecha — MAOS e PES, acompanhado de febre, mialgia e linfonodomegalia generalizada, e o quadro classico de sífilis secundaria (sífilides palmoplantares). Psoríase gutata (A) nao da febre nem adenomegalia; tinha do corpo (C) nao e sistêmica; farmacodermia por fenitoína (D) e o distrator, mas nao explica o acometimento palmoplantar. Confirma-se com teste treponemico e nao treponemico pareados. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Mulher, 44a, deu entrada na emergência com fraqueza muscular intensa. Antecedente pessoal: furosemida 120 mg/dia. Exame físico: Peso 70 Kg, estatura 1,50m, FC= 64 bpm, PA= 112x68 mmHg. ECG abaixo. O DIAGNÓSTICO É:

A. Hipomagnesemia.

B. Hipocalcemia.

C. Hipofosfatemia.

D. Hipocalemia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Furosemida 120 mg/dia e fraqueza muscular intensa apontam para o disturbio eletrolitico mais tipico da alca: perda urinaria de potassio. No ECG, a hipocalemia produz achatamento/inversao de T, infradesnivelamento de ST e o aparecimento da onda U, com pseudo-prolongamento do QT. Hipocalcemia (B) alonga o QT as custas do segmento ST sem onda U; hipomagnesemia (A) costuma acompanhar, mas nao tem assinatura eletrocardiografica propria; hipofosfatemia (C) da fraqueza sem padrao no ECG. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Homem, 70a, com história de vômitos persistentes há dois dias. Refere fraqueza, tremores, câimbras e confusão mental. Diurese de ontem 400ml. Exame físico: turgor da pele e tensão do globo ocular bastante diminuídos, olhos sem brilho, língua seca e diminuição da perfusão periférica, FC= 110 bpm, PA deitado= 92x60mmHg; sentado 70x50mmHg. Veias jugulares externas permaneciam vazias com o paciente completamente na horizontal, sem travesseiro. Ureia= 140mg/dl, creatinina = 2,0mg/dl, Na= 135 mEq/l, K= 3,0 mEq/l, Cl= 85mEq/l; Gasometria arterial em ar ambiente: pH= 7,58, paCO= 51 mmHg, HCO3= 36mEq/ l. EM RELAÇÃO AO DISTÚRPIO METABÓLICO OBSERVADO NESTE CASO É CORRETO:

A. Com os vômitos, há perda de Na, Cl, K e H, levando a um excesso de bases. ✓

B. Hipocalemia pode ser o fator desencadeador, mas é corrigida por reabsorção em túbulo contornado proximal.

C. A hipovolemia leva à retenção renal de Na, H e Cl, compensando o equilíbrio metabólico.

D. A hiperventilação alveolar compensatória é interrompida quando paCO2 atinge 50 mmHg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gasometria com pH 7,58 e HCO_3^- 36 e alcalose metabólica. O vômito perde H^+ , Cl^- , Na^+ e água; a hipovolemia ativa aldosterona, que espolia mais K^+ e H^+ pelo tútulo distal — o resultado é alcalose metabólica hipocloremica e hipocalemica, ou seja, excesso de bases. B erra o sítio (a reabsorção de K sob aldosterona é distal, e a hipocalemia PERPETUA a alcalose). C inverte a fisiologia: a avidéz renal por Na vem às custas de secretar H^+ , o que piora a alcalose. D é falsa: a hipoventilação compensatória pode elevar a paCO_2 acima de 50. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Homem, 24a, procura a unidade de emergência com dor intensa em flanco direito, há quatro horas e muita falta de ar. Antecedente pessoal: anemia falciforme, em acompanhamento desde a infância, em uso de hidroxiureia desde os 12 anos de idade. Exame físico: Ictérico +++/4+, $\text{T}=36^\circ\text{C}$, FC= 97 bpm, abdome: dor à palpação de hipocôndrio direito, descompressão brusca negativa, fígado a 9 cm do RCD, doloroso à palpação, sendo impossível avaliar consistência ou forma. $\text{Hb}=5 \text{ g/dL}$, $\text{VCM}= 78 \text{ fL}$, reticulócitos= 25%, Leucócitos= $15.100/\text{mm}^3$ (65% neutrófilos segmentados, 10% bastonetes, 5% monócitos, 20% linfócitos), plaquetas= $350.000/\text{mm}^3$, $\text{AST}= 48 \text{ U/L}$, $\text{ALT}= 61 \text{ U/L}$, fosfatase alcalina= 229 U/L , $\text{GGT}= 160 \text{ U/L}$, Bilirrubina direta= $6,9 \text{ mg/dL}$, bilirrubina indireta $1,2 \text{ mg/dL}$. O DIAGNÓSTICO É:

- A. Colestase intra-hepática.
- B. Trombose de veia porta.
- C. Sequestro hepático. ✓**
- D. Colecistite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Falciforme com queda abrupta da hemoglobina para 5 g/dL , reticulócitos de 25% (medula respondendo) e fígado subitamente aumentado (9 cm do rebordo) e DOLOROSO: é sequestro hepático agudo — hemácias falcizadas represadas no sinusóide. Colestase intra-hepática (A) e colecistite (D) não explicam anemia aguda com hepatomegalia de instalação rápida; trombose de porta (B) cursa com hipertensão portal, não com queda de Hb. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Inibidores de bomba de prótons são frequentemente prescritos em associação com outros medicamentos. Entretanto, algumas interações medicamentosas podem ser limitantes ou cursar com eventos adversos graves. EM RELAÇÃO À ASSOCIAÇÃO COM OMEPRAZOL É CORRETO:

- A. Clopidogrel; redução de atividade antiplaquetária. ✓**
- B. Warfarina; redução de atividade anticoagulante.
- C. Fenobarbital; redução de ação anticonvulsivante.
- D. Fluconazol; aumento de toxicidade hepática.

COMENTÁRIO OSCELABS

O omeprazol inibe a CYP2C19, justamente a enzima que converte o clopidogrel (pro-farmaco) em seu metabolito ativo — resultado: menor inibição plaquetária. Por isso, quando há indicação de gastroproteção na dupla antiagregação, prefere-se pantoprazol. Com varfarina (B) o efeito é o oposto: o omeprazol AUMENTA o INR. Não há redução relevante do efeito do fenobarbital (C) nem hepatotoxicidade característica com fluconazol (D). Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Mulher, 36a, queixa-se de dispneia em repouso, ortopneia e tosse seca. Exame físico: Coração: sopro diastólico +++/6+ em segundo espaço intercostal esquerdo, aspecto aspirativo, sopro diastólico em ruflar +++/6+, hiperfonese de B1 e final de B2, extremidades: pulsos periféricos simétricos, amplitude normal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Insuficiência pulmonar e estenose mitral. ✓**
- B. Insuficiência aórtica e insuficiência mitral.
- C. Estenose aórtica e insuficiência tricúspide.
- D. Dupla lesão mitral e estenose aórtica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois sopros diastólicos: um aspirativo no 2o espaço intercostal ESQUERDO (foco pulmonar) = insuficiência pulmonar; outro em ruflar, com hiperfonese de B1 e do componente pulmonar de B2 = estenose mitral com hipertensão pulmonar — a combinação clássica do sopro de Graham-Steell. O achado que derruba insuficiência aórtica (B) são os pulsos periféricos de amplitude NORMAL: na insuficiência aórtica eles seriam amplos, em martelo d'água. Estenose aórtica (C/D) daria sopro sistólico. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Mulher, 62a, comparece para consulta médica com queixa de dispneia aos moderados esforços (NYHA II), fadiga crônica, sonolência diurna. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes há 20 anos, em uso de metformina 850mg/dia e losartana 50 mg/dia. Nega tabagismo, etilismo ou doença pulmonar prévia. Exame físico: Peso= 106 kg, altura= 1,60 m, oximetria de pulso (ar ambiente)= 88%, FC= 90 bpm, PA= 156x98 mmHg. Pletórica; Pulmões: murmúrio vesicular reduzido globalmente. Gasometria arterial (ar ambiente): pH= 7,38; $p\text{aO}_2$ = 52 mmHg, $p\text{aCO}_2$ = 56 mmHg, HCO_3 = 30 mmol/L, sat O_2 = 88%. Espirometria= distúrbio misto de grau leve. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Hipertensão pulmonar.
- B. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
- C. Síndrome de hipoventilação associada à obesidade. ✓**
- D. Tromboembolismo pulmonar crônico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Obesa (IMC ~41), sonolenta, com hipercapnia crônica compensada (pH 7,38, $p\text{aCO}_2$ 56, HCO_3 30) e hipoxemia, SEM tabagismo e com espirometria de distúrbio apenas leve: a hipoventilação não se explica pela mecânica pulmonar, e sim pela obesidade. DPOC (B) exigiria obstrução significativa e história tabágica. Hipertensão pulmonar (A) e TEP crônico (D) cursam com hipocapnia, não hipercapnia. Síndrome de hipoventilação da obesidade — investigar apneia do sono associada. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Mulher, 61a, vem com queixa de sangue vivo nas fezes há cerca de quatro meses. O sangue é em pequena quantidade e não há dor ao evacuar. Nega náusea, vômitos ou perda de peso. Nega história familiar de neoplasia. Antecedente pessoal: diabetes melito tipo 2, em uso de metformina. Exame físico: descorada +/4+. PARA O PROSSEGUIMENTO DA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DEVE REALIZAR:

- A. Toque retal e pesquisa de sangue oculto nas fezes.
- B. Toque retal e colonoscopia. ✓**
- C. Tomografia computadorizada de abdome e sangue oculto nas fezes.
- D. Tomografia computadorizada de abdome e enema opaco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 61 anos com sangramento retal há quatro meses e já descorada: paciente SINTOMÁTICA acima de 50 anos e investigação diagnóstica, não rastreamento. Sangue oculto nas fezes (A/C) e teste de rastreio em assintomático — pedir com sangramento visível não acrescenta nada. Tomografia (C/D) e enema opaco (D) não permitem biópsia nem detectam lesões planas. O caminho e toque retal (avalia os últimos centímetros e hemorroidas) seguido de colonoscopia com biópsia. Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Homem, 27a, é trazido pelo SAMU, que o encontrou confuso em seu carro, onde relatava palpitações. Chega ao pronto socorro com rebaixamento do nível de consciência. Não se sabe sobre seus antecedentes. Exame físico: PA = 104x72 mmHg, FC = 114 bpm, FR = 27 irpm, T = 37,5°C, Oximetria de pulso (ar ambiente) = 96%, extremidades frias; abdome: ausência de ruídos hidroaéreos; neurológico: Glasgow = 11, pupilas isocóricas e fotorreagentes, midríaticas, com movimentação ocular normal, sem déficits neurológicos focais evidentes. Glicemia capilar = 106mg/dL. ECG: A CONDUTA INICIAL É:

A. Bicarbonato de sódio. ✓

B. Cardioversão elétrica sincronizada.

C. Amiodarona.

D. AAS, clopidogrel, sinvastatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com palpitações que evolui para rebaixamento de consciência, midríase, ausência de ruídos hidroaéreos (síndrome anticolinérgica) e QRS alargado no ECG: intoxicação por antidepressivo tricíclico, que bloqueia canais rápidos de sódio. O antídoto é bicarbonato de sódio, que estreita o QRS por sobrecarga de sódio e alcalinização. Cardioversão (B) e amiodarona (C) são contraindicadas — a amiodarona piora o bloqueio de canal de sódio. Não há síndrome coronariana (D) em paciente de 27 anos com esse contexto. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Adolescente, 16a, saudável, necessita atualizar a carteira vacinal para poder cumprir seis meses de intercâmbio estudantil para a Bélgica. Há comprovação de ter recebido três doses da vacina de hepatite B na infância. A ORIENTAÇÃO SERÁ:

A. Verificar título de anti-HBs para conduta.

B. Não há necessidade de doses adicionais. ✓

C. Refazer três doses da vacina.

D. Administrar uma dose de reforço.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres doses documentadas de vacina contra hepatite B na infância significam esquema completo, e em imunocompetente a proteção é considerada duradoura mesmo que o anti-HBs caia com o tempo (memória imunológica). Por isso não se pede sorologia de rotina (A) — ela fica reservada a profissionais de saúde, imunossuprimidos, renais crônicos e comunicantes. Não há indicação de reforço (D) nem de refazer o esquema (C). Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Mulher, 62a, procura atendimento com disúria há uma semana e febre há três dias. Antecedente pessoal: diabetes melito. Exame físico: FC= 108 bpm, FR= 24 irpm, PA= 72x50 mmHg, T= 37,2°C, oximetria de pulso (ar ambiente)= 95%; corada, desidratada ++/4+, pulsos regulares e simétricos; ausculta cardiopulmonar sem alterações; abdome normotenso, demonstra desconforto à palpação profunda de flanco esquerdo, sem sinais de peritonite; neurológico: sonolenta, responde a estímulos verbais, sem déficits neurológicos focais. Glicemia capilar= 128 mg/dL. Solicitada a dosagem de lactato sérico e a coleta de duas hemoculturas por sítios diferentes de punção. Prescritas ceftriaxona intravenosa e expansão volêmica com solução salina isotônica (30ml/kg= 2.100ml). Após a infusão de 800 ml em 40 minutos, apresenta melhora da sonolência e FC= 94 bpm, FR= 22 irpm, PA= 80x52 mmHg. A CONDOTA EM RELAÇÃO AO MANEJO HEMODINÂMICO É:

- A. Prescrever dobutamina e suspender a expansão volêmica.
- B. Prescrever noradrenalina e manter a expansão volêmica. ✓**
- C. Prescrever hidrocortisona.
- D. Manter apenas a infusão de soro fisiológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Foco urinário, disfunção orgânica (sonolência) e hipotensão que PERSISTE após 800 mL de cristalóide (PA 80x52): e choque séptico. A regra é manter a expansão até os 30 mL/kg previstos E iniciar vasopressor precocemente — noradrenalina, a primeira escolha — sem esperar terminar todo o volume. Dobutamina (A) só entra em disfunção miocárdica com baixo débito após volemia restaurada. Hidrocortisona (C) fica para o choque refratário a vasopressor. Manter só soro (D) atrasa a reversão da hipoperfusão. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Homem, 41a, relata que há 1 hora apresentou dor súbita de forte intensidade, tipo pontada, no epigástrico, que irradiou para todo abdome. Refere náusea. Nega febre ou sintomas respiratórios. Exame físico: PA=128x76mmHg, FC= 102bpm, FR= 16irpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 99%, corado, hidratado e acianótico; Abdome: plano, tenso, doloroso à digitopercussão e à palpação superficial e profunda, com descompressão brusca dolorosa presente. Radiograma simples de abdome ortostático: A CONDOTA É:

- A. Endoscopia digestiva alta terapêutica.
- B. Laparotomia exploradora. ✓**
- C. Ultrassonografia de abdome total.
- D. Reavaliar após hidratação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica súbita, em pontada, que se generaliza para todo o abdome, com abdome tenso e descompressão brusca dolorosa, mais radiografia em ortostase (que serve justamente para procurar ar subdiafragmático): e pneumoperitônio por úlcera péptica perfurada. Peritonite difusa com pneumoperitônio e indicação cirúrgica imediata. Endoscopia (A) está contraindicada — insufla ar e agrava a contaminação. Ultrassom (C) e reavaliação após hidratação (D) só atrasam a laparotomia. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Mulher, 27 a, primigesta, com 38 semanas de gestação, vítima de acidente automobilístico, chega à Unidade de Pronto Atendimento, trazida pelo SAMU em prancha rígida. Exame físico: PA = 88x56 mmHg, FC = 124 bpm, FR = 23 irppm. ALÉM DA REANIMAÇÃO VOLÊMICA A CONDOTA É DESVIAR MANUALMENTE O ÚTERO PARA A:

- A. Esquerda ou elevar o lado direito do dorso. ✓**
- B. Direita ou elevar o lado esquerdo do dorso.

- C. Esquerda ou elevar o lado esquerdo do dorso.
- D. Direita ou elevar o lado direito do dorso.

COMENTÁRIO OSCELABS

A partir de ~20 semanas o útero gravido comprime a veia cava inferior quando a gestante esta em decubito dorsal, reduzindo o retorno venoso e o débito cardíaco — efeito devastador em quem já esta chocada (PA 88x56, FC 124). Como a cava corre a DIREITA da coluna, o útero deve ser deslocado manualmente para a ESQUERDA, ou eleva-se o lado DIREITO do dorso (coxim), lateralizando a prancha 15 a 30 graus sem quebrar a imobilização da coluna. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Homem, 42a, procurou o pronto atendimento com queixa de dor precordial há duas horas, ventilatório-dependente, piora quando se deita e melhora quando fica em pé. Refere também febre e mal-estar há quatro dias, com melhora pós uso de paracetamol. Exame físico: T = 38°C, PA = 112x86 mmHg; FC = 112 bpm, FR = 21 irpm, Coração: rangido de alta frequência, mais audível no final da expiração. Troponina = 123 ng/mL; ECG abaixo. O DIAGNÓSTICO É:

- A. Pericardite aguda. ✓**
- B. Infarto agudo miocárdio.
- C. Tromboembolismo pulmonar.
- D. Endocardite bacteriana aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica ventilatório-dependente que piora em decubito e melhora sentado, febre há dias e atrito pericárdico (o 'rangido' mais audível ao fim da expiração) fecham pericardite aguda; a troponina elevada apenas indica componente miopericárdico e não muda o diagnóstico. No infarto (B) a dor não muda com a posição e o supra de ST é localizado com imagem recíproca, não difuso. TEP (C) cursa com hipoxemia e sem atrito. Endocardite (D) daria sopro e fenômenos embólicos. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Homem, 21a, chega ao Pronto Socorro vítima de acidente motociclístico. Exame físico: Consciente, orientado, PA = 117x78 mmHg, FC = 92 bpm, FR = 16 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente) = 99%; Abdome: escoriações em parede anterior periumbilical. Realizado FAST (focused assessment with sonography for trauma): AS INTERPRETAÇÕES DAS IMAGENS ABAIXO 1 (ESPAÇO HEPATORRENAL), 2 (ESPAÇO ESPLÉNORRENAL), E 3 (FUNDO DO SACO) SÃO, RESPECTIVAMENTE:

- A. Positivo, negativo, negativo. ✓**
- B. Positivo, positivo, negativo.
- C. Negativo, positivo, positivo.
- D. Negativo, negativo, positivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O FAST procura líquido livre — faixa ANECOICA (preta) — em quatro janelas. O recesso hepatorrenal (espaço de Morison) e o ponto mais dependente do andar superior com o paciente em decubito dorsal e por isso costuma ser o primeiro a acumular sangue: é a janela positiva do caso. As janelas esplénorrenal e pélvica (fundo de saco) estavam livres, sem a lâmina anecoica. Vale a perla: FAST positivo em paciente ESTÁVEL, como este, indica tomografia, não laparotomia automática. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Mulher, 22a, é levada à Unidade de Pronto Atendimento pelo Resgate, após a queda de motocicleta. Exame físico: consciente, orientada, PA = 114x76mmHg, FC = 95bpm, FR = 16 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente) = 99%; Membro inferior esquerdo: fratura exposta de tíbia e fíbula, sem sangramento ativo, com ausência de pulso pedioso. A CONDUTA EM SALA DE EMERGÊNCIA EM RELAÇÃO À FRATURA É:

- A. Aplicar curativo compressivo e tala gessada.
- B. Limpar cm solução fisiológica, curativo compressivo e tala gessada.
- C. Alinhamento para reposicionamento e imobilização. ✓**
- D. Profilaxia para trombose venosa e imobilização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura exposta de tíbia e fíbula com AUSÊNCIA de pulso pedioso e uma emergência de perfusão: o desalinhamento dos fragmentos está angulando ou comprimindo a artéria. A primeira medida na sala de emergência é alinhar o membro por tração e imobilizar, reavaliando o pulso em seguida — se não retornar, há lesão arterial e o caso vai para exploração/angiografia. Curativo compressivo e tala (A/B) sem corrigir o eixo não restauram fluxo, e profilaxia de TVP (D) não é prioridade na sala. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Homem, 25a, vítima de colisão frontal de carro a 100 km/hora, ocupante no banco dianteiro e com cinto de segurança. Atendido pelo SAMU no local. Exame físico: PA = 130x80 mmHg; FC = 110 bpm; FR = 30 irpm, oximetria de pulso (máscara de oxigênio 10 litros/min) = 90%; neurológico: Glasgow = 5, anisocoria (direita maior que esquerda). Foram realizados intubação orotraqueal, 1.000 mL de solução de Ringer com lactato e transferido para um hospital. Na admissão realizaram-se: exames radiográficos simples do tórax e de bacia e FAST (focused assessment with sonography for trauma), na sala de emergência, sendo respectivamente: sem alterações e negativo. A CONDUTA A SEGUIR É:

- A. Tomografia computadorizada de crânio.
- B. Tomografia computadorizada de corpo inteiro. ✓**
- C. Lavado peritoneal diagnóstico.
- D. Tomografia de coluna cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma de altíssima energia, Glasgow 5 com anisocoria, já intubado e HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL (PA 130x80), com radiografias de tórax e bacia normais e FAST negativo. Estabilidade permite — e o mecanismo exige — investigação ampla: tomografia de corpo inteiro (pan-scan), que cobre crânio, coluna, tórax, abdome e pelve numa única passagem. Limitar-se ao crânio (A) ou a cervical (D) deixaria escapar lesões toracoabdominais que o FAST não vê (retroperitônio, vísceras sólidas sem hemoperitônio). Lavado peritoneal (C) é obsoleto no paciente estável. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Recém-nascido de 32 semanas teve inserção de cateter umbilical na sala de parto. Evoluiu com dificuldade respiratória e necessidade de ventilação mecânica. Com três dias de vida apresentou vômitos biliosos, distensão abdominal global que foi se acentuando; a seguir eliminou secreção mucossanguinolenta pelo reto. Radiograma simples do abdome na incidência anteroposterior na posição ortostática mostra níveis hidroaéreos em todo o abdome, sinais de pneumatose intestinal. O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:

- A. Doença de Hirschsprung.
- B. Invaginação intestinal.
- C. Íleo meconial.

D. Enterocolite necrotizante. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prematuro de 32 semanas com cateter umbilical que, no terceiro dia, evolui com vômitos biliosos, distensão abdominal progressiva e sangue pelo reto — e a radiografia mostra PNEUMATOSE INTESTINAL, o achado patognomônico. E enterocolite necrosante. Hirschsprung (A) se manifesta como atraso na eliminação de meconio e não da pneumatose. Invaginação (B) é rara nessa idade e da imagem em alvo. Íleo meconial (C) obstrui desde o nascimento e se associa a fibrose cística. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Mulher, 28a, com queixa de queimação no andar superior do abdome, retorna para avaliação de resultado de endoscopia digestiva alta (EDA), realizada há 3 semanas. Antecedentes pessoais: uso regular de inibidor da bomba de prótons (IBP) há 2 anos e tabagismo 10 maços/ano. EDA: uma úlcera duodenal ativa e pesquisa de *Helicobacter pylori* negativa. A CONDUTA É:

- A. Indicar pHmetria e ajustar dose IBP.
- B. Manter IBP até a úlcera duodenal cicatrizar.
- C. Indicar pesquisa de sangue oculto.
- D. Substituir por sucralfato por 2 semanas e repetir EDA. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera duodenal ATIVA em quem já usa inibidor de bomba de prótons há dois anos, com pesquisa de *H. pylori* negativa e sem AINE: e úlcera refratária, que obriga a rever o diagnóstico (inclusive hipersecreção ácida/Zollinger-Ellison e neoplasia). Manter a mesma droga que falhou (B) não faz sentido; pHmetria (A) avalia refluxo, não úlcera; sangue oculto (C) não muda conduta. Trocar por sucralfato — protetor de mucosa que não suprime ácido nem interfere na avaliação — e repetir a endoscopia documenta cicatrização e permite nova biópsia. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Menino, 8a, vítima de atropelamento, trazido à Unidade de Emergência. Exame físico: descorada+++/+4, PA= 93x65 mmHg; FR= 18 irpm; FC= 100 bpm; oximetria de pulso (ar ambiente)= 97%; abdome: distendido; Glasgow= 15. Hb= 9,4 g/dL; Ht= 28%. Ultrassonografia abdominal: traumatismo esplênico grau III e moderada quantidade de líquido na cavidade. A CONDUTA INICIAL É:

- A. Reposição volêmica com coloides, tomografia de abdome e paracentese abdominal.
- B. Reposição hidroeletrólítica, internação em UTI e controle de hemoglobina. ✓**
- C. Concentrado de hemácias e laparotomia exploradora.
- D. Cateter venoso central, concentrado de hemácias e esplenectomia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com trauma esplênico grau III e líquido livre, porém HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL (PA 93x65, FC 100, Glasgow 15). Em pediatria o baco é o órgão em que o tratamento conservador mais se justifica: a taxa de sucesso supera 90% e preserva a função imunológica, evitando a sepse fulminante pós-esplenectomia. A conduta é internação monitorizada em terapia intensiva, reposição hidroeletrólítica e controle seriado de hemoglobina. Laparotomia (C) e esplenectomia de urgência (D) só para instabilidade refratária à reposição; paracentese (A) é desnecessária com ultrassom já diagnóstico. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Mulher, 23a, procura atendimento médico com dor na região submandilar esquerda quando mastiga. Nega febre. Exame físico: Cavidade oral: tumefação de consistência fibroelástica, de 2cm, no assoalho da boca; em região da desembocadura do ducto de Wharton palpa-se nódulo endurecido de 3mm. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Linfoma.
- B. Lipoma.
- C. Sialolítase. ✓**
- D. Pilomatrixoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor na região submandibular DESENCADEADA PELA MASTIGACAO e o sintoma-assinatura da colica salivar: o estímulo da salivacao encontra um ducto obstruido. Some-se o nódulo endurecido de 3 mm palpavel exatamente na desembocadura do ducto de Wharton (a via da glandula submandibular, a mais sujeita a calculos pelo trajeto ascendente e pela saliva mais mucosa) e o diagnostico e sialolitiase. Linfoma (A), lipoma (B) e pilomatrixoma (D) sao massas indolores e nao variam com a alimentacao. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Mulher, 58a, retorna à Unidade Básica de Saúde com resultado de ultrassonografia pélvica, solicitada por quadro de dor abdominal há 20 dias, e emagrecimento de aproximadamente 10 Kg em 3 meses.

Ultrassonografia pélvica: massa em ovário esquerdo e ascite. Exame físico no dia do retorno: linfonodos: endurecidos em torno 1,0 cm nas regiões supraclavicular e axilar esquerdas; toque retal: nodulações endurecidas comprimindo a ampola retal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É NEOPLASIA DO:

- A. Ovário.
- B. Sistema reticulo endotelial.
- C. Reto.
- D. Estômago. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave nao esta no ovario, e nos linfonodos: adenomegalia SUPRACLAVICULAR ESQUERDA (linfonodo de Virchow) somada a nodulacoes endurecidas no fundo de saco palpaveis ao toque (prateleira de Blumer) e a massa ovariana bilateralizada com ascite compoe a disseminacao classica do adenocarcinoma GASTRICO — a metastase ovariana e o tumor de Krukenberg. Cancer primario de ovario (A) nao explica o Virchow; tumor de reto (C) seria palpavel como lesao da propria parede. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Homem, 62a, procura Unidade de Pronto Atendimento com queixa de não conseguir urinar há 14 horas.

Exame físico: abdome: palpa-se globo vesical 1 cm abaixo da cicatriz umbilical; toque retal: próstata aumentada (3 vezes), consistência fibroelástica, sem nódulos. A PRIMEIRA CONDUTA É:

- A. Realizar punção suprapúbica.
- B. Solicitar ultrassonografia de vias urinárias.
- C. Prescrever bloqueador alfa e solicitar exame sumário de urina.
- D. Realizar cateterismo vesical de demora. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Retenção urinária aguda há 14 horas, com globo vesical palpável: a dor e o risco de lesão renal pós-renal exigem esvaziamento IMEDIATO. O cateterismo vesical de demora é a primeira conduta — simples, rápido e resolutivo. Punção suprapúbica (A) fica reservada a falha ou contraindicação do cateterismo (estenose de uretra, trauma). Ultrassom (B) e bloqueador alfa (C) são passos posteriores, úteis para investigar a HPB e planejar a retirada da sonda, mas não aliviam o paciente agora. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

O bloqueador neuromuscular indicado para intubação em sequência rápida em paciente com estômago cheio é:

- A. Pancurônio.
- B. Atracúrio.
- C. Succinilcolina. ✓**
- D. Vecurônio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na intubação em sequência rápida com estômago cheio o objetivo é obter relaxamento em segundos e minimizar a janela de vulnerabilidade à broncoaspiração. A succinilcolina, único bloqueador DESPOLARIZANTE disponível, age em 45-60 segundos e tem duração de apenas 6-10 minutos — se a intubação falhar, o paciente volta a respirar. Pancurônio (A), atracúrio (B) e vecurônio (D) são adespolarizantes de início lento e duração longa. A alternativa moderna é o rocurônio em dose alta. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Homem 43a, retorna à Unidade Básica de Saúde com resultados de exames. Antecedente pessoal: Nega tabagismo e etilismo. Exame físico: IMC= 23 kg/m², circunferência abdominal= 115 cm, PA= 135x92 mmHg. Ultrassonografia abdominal: fígado hiperecogênico com contraste hepatorenal moderado; triglicérides= 210 mg/dL, Colesterol HDL= 31 mg/dL, glicemia em jejum= 113 mg/dL, PCR ultrasensível= 4mg/dL, HOMA= 3,5. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Doença do fígado gorduroso associado à disfunção metabólica. ✓**
- B. Dislipidemia por triglicérides com diabetes melito tipo 2 secundário.
- C. Resistência periférica à insulina e dislipidemia mista.
- D. Síndrome da resposta inflamatória associada a esteatose hepática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Note o detalhe: o IMC é normal (23), mas a circunferência abdominal é de 115 cm — obesidade CENTRAL. Junte esteatose ao ultrassom (fígado hiperecogênico com contraste hepatorenal) e critérios cardiometabólicos: triglicerídeos 210, HDL 31, glicemia de jejum 113 e HOMA 3,5, sem etilismo. Isso define doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica. Não há critério para diabetes estabelecido (B), e resistência insulínica isolada (C) ou inflamação (D) são componentes, não o diagnóstico. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Homem, 34a, vítima de acidente motociclístico é levado à Unidade de Emergência Referenciada pelo SAMU devido a TCE grave, com via aérea definitiva e acessos venosos. Foi realizada abordagem pela equipe de neurocirurgia. No quinto pós-operatório na UTI, evoluiu com pupilas midriáticas e fixas. Foi suspensa a sedoanalgesia para início do Protocolo de Morte Encefálica. A sequência da avaliação do Protocolo foi: primeiro teste clínico, exame complementar e segundo teste clínico. O Protocolo foi positivo para morte encefálica. A família decidiu por não doar os órgãos. Após esta decisão, os meios artificiais de suporte orgânico foram suspensos e o paciente foi retirado da ventilação mecânica, evoluindo com queda da saturação de oxigênio, bradicardia e linha isoeletrica no monitor cardíaco. A HORA DE ÓBITO QUE DEVE CONSTAR NA DECLARAÇÃO DE ÓBITO É A DO:

- A. Primeiro teste clínico.
- B. Segundo teste clínico. ✓**
- C. Exame complementar.
- D. Momento da linha isoeletrica no monitor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na morte encefalica o obito e legalmente estabelecido no momento em que o PROTOCOLO se completa, e nao quando o coracao para. Como a sequencia adotada foi primeiro teste clinico, exame complementar e segundo teste clinico, o protocolo se fechou com o segundo exame clinico — essa e a hora que vai na declaracao de obito. A parada mecanica apos a retirada do suporte (D) e consequencia, nao o momento da morte. Vale para qualquer desfecho: doacao autorizada ou nao, a hora e a mesma. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Homem, 54a, com história de estar deprimido e com diarreia, queda de cabelo, parestesias nos membros e fraqueza há 2 meses. Retorna à Unidade Básica de Saúde com resultados dos exames. Antecedente pessoal: cirurgia bariátrica em Y de Roux (Fobi-Capella) há 12 anos. Hematócrito= 25%, hemoglobina= 6,9 g/dL, VCM= 114fL, HCM= 29,7pg, Leucócitos= 3.100/mm³, plaquetas= 158.000/mm³, série vermelha: anisopoiquilocitose, série branca: neutrófilos hipersegmentados, sem reticulocitose. A CONDUTA É PRESCREVER:

- A. Sacarato de hidróxido férrico.
- B. Filgrastim.
- C. Vitamina B12. ✓**
- D. Eritropoetina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocitica grave (VCM 114) com neutrofilos HIPERSEGMENTADOS, sem reticulocitose, acompanhada de parestesias, fraqueza, alteracao do humor e diarreia, em paciente com bypass gastrico em Y de Roux ha 12 anos: e deficiencia de vitamina B12 — a cirurgia exclui o antro (fator intrinseco) e o duodeno, e as reservas hepaticas levam anos para se esgotar. Ferro (A) causaria microcitose; filgrastim (B) e eritropoetina (D) tratam consequencias, nao a causa. Reponha B12 parenteral. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Gestante saudável, sem morbidades pregressas, 39 semanas de idade gestacional. No momento do parto está clinicamente bem e com infecção pelo SARS-CoV-2. A CONDUTA COM O RECÉM-NASCIDO (RN) APÓS O PARTO É:

- A. Manter mãe e RN em quarto privativo e contraindicar o aleitamento materno
- B. Manter mãe e RN em quarto privativo e promover o aleitamento materno. ✓**
- C. Separar mãe do RN por 14 dias e contraindicar o aleitamento materno.

D. Separar mãe do RN por 14 dias e oferecer leite materno ordenhado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mae com COVID-19 clinicamente BEM: nao ha indicacao de separar mae e recém-nascido nem de suspender a amamentacao. O virus nao e transmitido pelo leite, e os anticorpos maternos passam para o bebe; o risco e por goticulas, controlado com mascara, higiene das maos e distancia do berco. Contraindicar o aleitamento (A/C) ou separar por 14 dias (C/D) traz prejuizo nutricional, imunologico e de vinculo sem beneficio comprovado. Alojamento conjunto em quarto privativo com precaucoes. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Recém-nascido de 41 semanas de idade gestacional, com líquido amniótico meconial, nasce chorando, com tônus muscular em flexão, boa vitalidade. OS PROCEDIMENTOS A SEREM REALIZADOS DURANTE A RECEPÇÃO DESSE RECÉM-NASCIDO SÃO:

- A. Clampeamento do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos, contato imediato pele a pele com a mãe, não realizar aspiração de vias aéreas superiores. ✓**
- B. Clampeamento do cordão umbilical antes de 1 minuto, contato imediato pele a pele com a mãe, não realizar aspiração de vias aéreas superiores.
- C. Clampeamento do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos, adiar o contato pele a pele com a mãe para realizar aspiração de vias aéreas superiores.
- D. Clampeamento do cordão umbilical antes de 1 minuto, adiar o contato pele a pele com a mãe para realizar aspiração de vias aéreas superiores.

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra mudou justamente aqui: liquido amniotico meconial NAO e mais indicacao de aspiracao de vias aereas se o recém-nascido nasce com boa vitalidade. Neonato de termo, chorando e com tonus em flexao segue o fluxo normal — clampeamento tardio do cordao (1 a 3 minutos, que melhora reservas de ferro) e contato pele a pele imediato. Clampeamento precoce (B/D) so em RN sem vitalidade ou em situacoes maternas especificas; adiar o contato para aspirar (C/D) e conduta abandonada. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Menina, 8 meses, retorna em consulta na Unidade Básica de Saúde para reavaliação de tratamento da otite média aguda com amoxicilina com boa evolução. Relata que há cinco dias surgiram lesões hiperemiadas na região perineal. Nega outras queixas. Exame físico da pele; A CONDUTA É:

- A. Corticoide tópico e banho de sol.
- B. Creme antifúngico e limpeza local. ✓**
- C. Banho com cloridrato de benzidamina.
- D. Neomicina e banho de sol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesoes eritematosas na area da fralda surgindo cinco dias apos curso de amoxicilina apontam para candidiase — o antibiotico desequilibra a flora e favorece a Candida, que classicamente poupa nada: acomete as dobras e produz lesoes satelites, diferente da dermatite irritativa primaria, que poupa as pregas. Corticoide (A) e benzidamina (C) nao tratam o fungo; neomicina (D) e sensibilizante e cobre o germe errado. Conduta: antifungico topico (nistatina/derivado azolico) e higiene local com trocas frequentes. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Menina, 12a, foi à Unidade Básica de Saúde para vacinação com sua carteira. Estava com a vacinação adequadas para a idade até 5 anos. Recebeu hoje as vacinas Papilomavirus humano (HPV) e meningocócica ACWY. A CONDUÇÃO É:

- A. Repetir HPV e meningocócica ACWY em seis meses.
- B. Considerar imunizado para HPV e meningocócica ACWY.
- C. Repetir HPV em seis meses. ✓**
- D. Repetir meningocócica ACWY em seis meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas vacinas, dois esquemas. O HPV quadrivalente no calendário do adolescente exige DUAS doses com intervalo de seis meses — logo, ela precisa retornar. Já a meningocócica ACWY, oferecida na faixa de 11 a 14 anos, e dose ÚNICA, sem reforço previsto. Considerar ambas encerradas (B) deixaria o esquema de HPV incompleto; repetir a ACWY (A/D) é desnecessário. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Menina, 2a e 6 meses, apresentando desde os 8 meses de idade, dor e distensão abdominal acompanhadas às vezes de fezes líquidas. Refere inapetência e perda de peso. APÓS INVESTIGAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA, DEVEM SER EXCLUÍDOS DA DIETA:

- A. Arroz, polvilho e amaranto.
- B. Amendoim, chia e tapioca.
- C. Trigo, centeio e cevada. ✓**
- D. Cará, batata e grão de bico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas que começam aos 8 meses — justamente quando o gluten entra na dieta — com diarreia, distensão abdominal, inapetência e perda de peso, compoem o quadro clássico da doença celíaca. O tratamento é dieta de exclusão vitalícia das proteínas do TRIGO, CENTEIO e CEVADA (a aveia costuma ser tolerada, salvo contaminação cruzada). Arroz, polvilho, amaranto, tapioca, cara, batata e grão de bico (A/B/D) são naturalmente isentos de gluten e permanecem liberados. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Menina, 11 meses, é trazida a unidade Básica de Saúde com história de picacismo há um mês. Alimentação: leite Materno, leite de vaca, baixa ingestão de alimentação sólida (carne e frutas raramente). Nega antecedente de anemia na família. Exame físico: mucosas descoradas ++/4+ e palidez cutânea. Hb=8,5g/dL; Htc=29%; Rtc=1,7%; VCM=62fl; HCM=22pg; RDW=19%; Ferritina=8ng/mg. A CONDUÇÃO É PRESCREVER:

- A. Ferro elementar 5mg/Kg/dia via oral. ✓**
- B. Sulfato ferroso 5mg/Kg/dia via oral.
- C. Ferro elementar 1mg/Kg/dia via oral.
- D. Sacarato de hidróxido férrico 3 mg/kg endovenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Picacismo, dieta pobre em carne e ferritina de 8 ng/mL com VCM 62 e RDW 19% fecham anemia ferropriva — e o tratamento é ferro por via oral, 3 a 5 mg/kg/dia de ferro ELEMENTAR. A pegadinha está na alternativa B: 5 mg/kg de sulfato ferroso (o sal) corresponderia a apenas 1 mg/kg de ferro elementar, dose profilática, insuficiente para tratar. Dose de 1 mg/kg de elementar (C) também é profilática. Ferro endovenoso (D) só em intolerância ou má absorção comprovada. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Mãe com 39 anos, G6P5C0A0, não realizou pré-natal e não usou nenhuma medicação na gravidez. No dia do parto apresenta teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente 1:1024. Evoluiu para parto vaginal com recém-nascido do sexo feminino, 39 semanas e 3 dias, com peso de nascimento de 2475 gramas e hepatoesplenomegalia ao exame físico. Sorologias da criança: teste treponêmico reagente e teste não treponêmico reagente 1:512. Líquor: Leucócitos = 234/mm³ (78% neutrófilo, 22% linfócitos) proteína = 540 mg/dL, glicose = 12 mg/dL; glicemia 75 mg/dL. O TRATAMENTO PARA O RECÉM-NASCIDO É:

- A. Benzilpenicilina cristalina 50.000 UI/kg, endovenosa, dose única.
- B. Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg/dose, intramuscular, uma vez ao dia, por 10 dias.
- C. Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg/dose, intramuscular, semanal, por 3 semanas.
- D. Benzilpenicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose, endovenosa, por 10 dias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe sem pré-natal e sem tratamento, com VDRL 1:1024, e recém-nascido sintomático (hepatoesplenomegalia, baixo peso) e VDRL 1:512. O que define a conduta é o LÍQUOR: 234 leucócitos e proteína de 540 mg/dL caracterizam neurosífilis. Nessa situação o único esquema aceitável é a penicilina cristalina endovenosa, 50.000 UI/kg/dose, por 10 dias, porque só ela atinge níveis treponêmicos no sistema nervoso. Procaína (B) não penetra bem no líquido, benzatina (C) não penetra, e dose única (A) é insuficiente. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Recém-nascido com 40 semanas de idade gestacional nasceu com 3450 gramas. Com 15 horas de vida está em alojamento conjunto em aleitamento materno em livre demanda, diurese clara, evacuação normal e apresenta icterícia moderada até região umbilical. A CAUSA A SER INICIALMENTE INVESTIGADA É:

- A. Icterícia fisiológica.
- B. Icterícia de causa hemolítica. ✓**
- C. Infecções congênitas.
- D. Icterícia pelo leite materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra de ouro da neonatologia: icterícia que aparece nas primeiras 24 a 36 horas de vida NUNCA é fisiológica. Com 15 horas já atingindo a zona 2 de Kramer, a hipótese obrigatória é hemólise — incompatibilidade ABO ou Rh, esferocitose, deficiência de G6PD. A icterícia fisiológica (A) surge após 24-48h; a do leite materno (D) aparece na segunda semana; infecções congênitas (C) cursam com outros estigmas e colestase. Investigue tipagem, Coombs, hematócrito e reticulócitos. Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Menino, 4a, foi encontrado em casa desacordado após ingestão acidental de 1 frasco de fenobarbital. Exame físico: FC= 67 bpm FR 9 irpm, Oximetria de pulso (ar ambiente) = 78%. A ABORDAGEM INICIAL PARA ESSE PACIENTE É:

- A. Oferecer oxigênio com máscara de alto fluxo não reinalante.
- B. Cateter nasal de oxigênio 2L/minuto.
- C. Iniciar ventilação positiva com dispositivo bolsa-válvula-máscara. ✓**
- D. Iniciar oferta de oxigênio com máscara de Venturi 15L/minuto.

COMENTÁRIO OSCELABS

O problema não é falta de oxigênio ofertado, e falta de VENTILAÇÃO: a intoxicação por fenobarbital deprime o centro respiratório, e a FR de 9 irpm numa criança de 4 anos (esperado 20-25) significa hipoventilação com retenção de CO₂. Oferecer oxigênio passivo — máscara não reinalante (A), cateter nasal (B) ou Venturi (D) — pode até elevar a saturação, mas não corrige a hipercapnia nem a apneia iminente. É preciso ventilar com dispositivo bolsa-válvula-máscara e preparar via aérea definitiva. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Menino, 2a, é levado ao pronto-socorro com história de um episódio de vômito após engasgo enquanto brincava sem supervisão. No momento assintomático. Última mamadeira de 200 ml de leite há duas horas. O acompanhante acredita que faltam peças do brinquedo e que a criança pode ter ingerido algo. Radiograma de tórax abaixo. A CONDUTA É:

- A. Aguardar migração do corpo estranho por até 24 horas.
- B. Realizar broncoscopia após 8 horas de jejum.
- C. Realizar endoscopia digestiva alta após 8 horas de jejum.
- D. Realizar endoscopia digestiva alta de emergência. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Corpo estranho radiopaco impactado no ESÓFAGO em criança e situação de remoção endoscópica imediata — não se espera jejum nem se aguarda migração. O motivo é o risco de lesão de parede: uma bateria de disco provoca necrose por corrente elétrica em poucas horas, podendo evoluir para fístula ou perfuração. Aguardar 24 horas (A) é inaceitável; broncoscopia (B) serve para corpo estranho em via aérea, não no esôfago; adiar por jejum (C) contraria a indicação de emergência. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Menino, 2a, é trazida à Emergência em parada cardiorrespiratória (PCR). A checagem de ritmo identifica assistolia. O PRINCIPAL BENEFÍCIO EM INTUBAR O PACIENTE NESTE TIPO DE PCR, NO QUE DIZ RESPEITO AO RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA, É:

- A. Oferecer oxigenação e ventilação de forma mais eficiente, visto que a hipóxia é a causa mais frequente de PCR pediátrica.
- B. Ter uma via para administração de medicações (endotraqueal) rápida e segura.
- C. Permitir que as compressões torácicas sejam realizadas sem interrupções, otimizando a perfusão coronariana. ✓**
- D. Evitar a distensão gástrica e restrição de expansibilidade pulmonar secundárias ao uso do ressuscitador manual.

COMENTÁRIO OSCELABS

Atenção ao enunciado: pergunta-se o benefício quanto ao RETORNO DA CIRCULAÇÃO ESPONTÂNEA. A via aérea avançada permite dissociar compressão e ventilação — compressões CONTÍNUAS, sem as pausas do ciclo 15:2, mantendo a pressão de perfusão coronariana, que é o que de fato gera RCE. A alternativa A é verdadeira quanto à etiologia hipóxica da PCR pediátrica, mas oxigenação adequada também se obtém com bolsa-valvula-máscara. A via endotraqueal para drogas (B) tem absorção errática e foi despriorizada. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Menino, 10a, refere que há duas semanas tem apresentado dificuldades para escrever e para se alimentar (levar o alimento à boca). Além disso refere desequilíbrio ao andar, que piora quando fica nervoso. Nega febre, cefaleia ou perda de consciência. Antecedentes: quadro de febre, cansaço e dor em tornozelo D e ombro E há dois meses. Exame físico: corado, hidratado, acianótico, irrequieto, consciente. Exame neurológico: reflexos e força muscular normais; articulações sem alterações, com movimentos assimétricos de face e de língua. O TRATAMENTO INICIAL É:

A. Penicilina benzatina. ✓

B. Vigabatrina.

C. Psicoterapia.

D. Piridoxina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Movimentos involuntários que atrapalham escrever e comer, pioram com o nervosismo, com desequilíbrio e assimetria de face e língua, dois meses após episódio de febre com artralgia migratória: e coreia de Sydenham, critério maior de febre reumática. O tratamento inicial é a penicilina benzatina, para erradicar o estreptococo e iniciar a profilaxia secundária (que na coreia se estende por longos anos). Vigabatrina (B) e piridoxina (D) tratam epilepsia, e o quadro não é psicogênico (C). Resposta A.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Menina, 8a, é trazida para atendimento por febre e tosse há 2 dias, com piora progressiva. Hoje com cansaço e falta de ar. Antecedente pessoal: asma em uso de beclometasona via inalatória 200 mcg 2x/dia. Exame físico: FR= 43 irpm, FC=120 bpm, T= 39°C, pálido, retração intercostal e subcostal; oximetria de pulso (ar ambiente) = 90%; Pulmão: murmúrio vesicular diminuído em base esquerda, com estertores subcrepitantes à esquerda. Radiograma de tórax abaixo: TRATA-SE DE UMA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:

A. Baixa e restritiva. ✓

B. Baixa e obstrutiva.

C. Alta e mista.

D. Alta e obstrutiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois perguntas em uma. O nível: murmúrio diminuído com estertores subcrepitantes localizados em base esquerda e comprometimento do PARENQUIMA, portanto insuficiência respiratória BAIXA — a alta (C/D) cursaria com estridor, disfonia e tiragem de fenda supraesternal. O padrão: a consolidação pulmonar reduz o volume pulmonar disponível, ou seja, é RESTRITIVA; obstrutiva (B) seria o padrão da crise asmática, com sibilos difusos e expiração prolongada, ausentes aqui. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Menina, 7 meses, comparece hoje no pronto-socorro com tosse, coriza e manchas vermelhas pelo corpo há dois dias. Nega comorbidades e contactantes com sintomas semelhantes. Exame físico: bom estado geral, corada, anictérica, FR= 28 irpm, hiperemia conjuntival bilateral, coriza e obstrução nasal, linfonodos fibroelásticos móveis e indolores de até um centímetro em cadeias cervicais, Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente com roncos de transmissão; Pele: exantema macular em face e tronco. A carteira de vacina inclui as seguintes doses: A CONDUTA É:

- A. Internação para administração de imunoglobulina.
- B. Coleta de sorologia e RT-PCR para o vírus do sarampo. ✓**
- C. Hidratação, higiene nasal com soro fisiológico e reavaliação em 48 horas.
- D. Notificação de evento adverso à vacina e contraindicar doses subsequentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 7 meses com febre, tosse, coriza, CONJUNTIVITE e exantema maculopapular de progressão craniocaudal: a tríade catarral com exantema obriga a suspeitar de sarampo — e ela ainda não recebeu a triplice viral, aplicada aos 12 meses. Sarampo e notificação IMEDIATA, com coleta de sorologia IgM/IgG e RT-PCR (swab/urina) para confirmação. Imunoglobulina (A) e profilaxia de contactantes, não tratamento. Tratar como resfriado (C) perde um caso de vigilância. Não há evento adverso vacinal (D). Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Menino, 35 dias, comparece para consulta de puericultura e mãe nega queixas. Refere aleitamento materno exclusivo, diurese oito vezes ao dia e evacuações em dias alternados. AP: RNT AIG, alta com 48 horas de vida. Situação vacinal atualizada e ganho ponderal diário de 35 gramas desde a última consulta. Exame físico: bom estado geral, corado, acianótico, ictérico (zona 2 de Kramer), FR= 45 irpm. Abdome: fígado a 1cm do rebordo costal direito com consistência fibroelástica, borda lisa e superfície aguda, baço não palpável. A CONDUTA É:

- A. Orientar banho de sol e tranquilizar a família.
- B. Suspender leite materno por 48 horas.
- C. Coleta de hemograma e reticulócitos.
- D. Coleta de bilirrubina total e frações. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia que PERSISTE além de 14 dias de vida (aqui, 35 dias) e sempre sinal de alerta: obriga a dosar bilirrubina total e FRACOES. A razão é uma só — separar hiperbilirrubinemia indireta (icterícia do leite materno, benigna) de DIRETA, que significa colestase e levanta atresia de vias biliares, cujo prognóstico cirúrgico despenca após as 8 semanas. Banho de sol e tranquilizar (A) pode atrasar esse diagnóstico. Suspender o leite materno (B) é desnecessário. Hemograma (C) só faz sentido depois de caracterizada a fração. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Menino, 6 meses, comparece ao pronto-socorro com história de febre, obstrução nasal, coriza e tosse há 3 dias, e cansaço há um dia. Nega vômitos ou inapetência. Exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, acianótico, dispneico, T=36,2°C, FC=163bpm, FR=71irpm, PA=80X45 mmHg, oximetria (ar ambiente)=91%, pulsos cheios, enchimento capilar=2 segundos; Otoscopia: membranas timpânicas translúcidas e sem hiperemia; Pulmão: murmúrio vesicular diminuído à direita com raros sibilos bilateralmente; Coração: ritmo duplo regular sem sopros, bulhas normofonéticas. Radiograma de tórax abaixo: ALÉM DE INTERNAR E OFERECER OXIGÊNIO, A CONDUTA É:

- A. Dexametasona.

- B. Penicilina cristalina.
- C. Azitromicina.
- D. Beta2 agonista. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com pródromo viral de tres dias que evolui com desconforto respiratorio importante, taquipneia de 71 irpm, hipoxemia e SIBILOS a ausculta: o componente obstrutivo de via aerea inferior domina o quadro. Otoscopia normal, ausencia de febre no atendimento e ausculta sem consolidacao afastam indicacao de penicilina cristalina (B) ou azitromicina (C); a dexametasona (A) nao altera o curso da sibilancia de origem viral. Resta a prova terapeutica com beta-2 agonista inalatorio, mantendo-a apenas se houver resposta objetiva. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Mulher, 28a, G2P1C1A0, vem para primeira consulta de pré-natal às 14 semanas de gestação. Antecedente Pessoais: hipertensão arterial crônica e eclampsia às 28 semanas da primeira gestação, há 3 anos. A CONDUTA É:

- A. Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose profilática durante a gestação.
- B. Prescrever AAS e carbonato de cálcio durante a gestação. ✓**
- C. Programar parto cesárea eletiva às 36 semanas desta gestação.
- D. Prescrever corticosteroide a partir de 26 semanas de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensao arterial cronica MAIS eclampsia em gestacao anterior colocam esta paciente no grupo de altissimo risco para pre-eclampsia — e a profilaxia tem que começar cedo, idealmente entre 12 e 16 semanas (ela esta com 14). O esquema comprovado e AAS em dose baixa associado a suplementacao de calcio em populacoes com baixa ingestã. Heparina (A) so em trombofilia/SAF ou tromboembolismo previo. Cesarea eletiva as 36 semanas (C) e prematuridade iatrogenica. Corticoide (D) so quando o parto prematuro for iminente. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Gestante de 34 semanas é transferida a serviço terciário após parada cardiorrespiratória revertida com 4 ciclos de RCP. Chega em ventilação mecânica (FIO₂= 70%, PEEP= 12 cm H₂O, VC= 345mL, FR= 28 irpm, Ppico= 38 cm H₂O, Pplato=32 cm H₂O), PA= 112x57 mmHg, FC= 121 bpm, em uso de noradrenalina (0,2 mcg/kg/min). Batimentos cardíacos fetais = 162 bpm, sem variabilidade. Antecedente Pessoal: sintomas gripais há 3 dias, prostração, com piora hoje. ALÉM DO ISOLAMENTO POR PROVÁVEL COVID-19 E CUIDADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, A CONDUTA É:

- A. Realizar parto cesárea imediato. ✓**
- B. Administrar corticoide para maturação pulmonar fetal e indicar parto após 48 horas.
- C. Aguardar resultado rt-PCR de COVID-19 para realizar parto cesárea.
- D. Induzir parto vaginal após estabilização do quadro materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 34 semanas após parada cardiorrespiratória revertida, em ventilação mecânica com parâmetros altos, em vasopressor, e com sofrimento fetal evidente — batimentos de 162 bpm SEM VARIABILIDADE. Há indicação materna e fetal para resolver a gestação imediatamente por cesárea: além de retirar o feto em risco, o esvaziamento uterino melhora a mecânica ventilatória e o retorno venoso materno. Aguardar 48 horas por corticoide (B) ou o resultado do RT-PCR (C) é inaceitável; indução de parto vaginal (D) é lenta demais para uma paciente instável. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Mulher de 66 anos, antecedente pessoal de tratamento de câncer de mama há três anos, em uso atual contínuo de inibidor de aromatase. Refere ter sido previamente submetida à quimioterapia com taxanos e à imunoterapia com trastuzumabe. O SUBTIPO INTRÍNSECO DO CARCINOMA MAMÁRIO CONSIDERADO É:

- A. Luminal A.
- B. Luminal HER-positivo. ✓**
- C. Triplo negativo.
- D. Luminal B HER-negativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A própria terapia denuncia o perfil molecular: o uso de trastuzumabe implica HER-2 POSITIVO, e o inibidor de aromatase em uso contínuo implica receptor hormonal POSITIVO. Tumor com receptor hormonal e HER-2 positivos é o subtipo luminal HER-2 positivo (luminal B HER-2 positivo). Luminal A (A) e luminal B HER-negativo (D) não receberiam trastuzumabe; triplo negativo (C) não receberia hormonioterapia. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Mulher, 22a, G1P0A0, idade gestacional de 38 semanas, procura o pronto atendimento obstétrico com queixa de perda de líquido há uma hora. Realizou duas consultas de pré-natal, com abandono após as 20 semanas. Sorologias realizadas com 15 semanas de gestação: HIV, hepatite C e sífilis negativas; hepatite B: AgHBs não reagente, anti-HBs reagente, anti-HBc reagente. Exame especular: saída de líquido claro com grumos de colo ímpervio; dinâmica uterina ausente. Vitalidade fetal adequada. Na internação apresenta teste rápido positivo para HIV. A CONDUTA É:

- A. Realizar cesárea imediatamente, com técnica hemostática.
- B. Indicar indução de parto, após o início do AZT intravenoso.
- C. Indicar cesárea após 18 horas de AZT intravenoso.
- D. Indicar cesárea após 3 horas de AZT intravenoso. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diagnóstico de HIV feito no próprio parto significa carga viral desconhecida e certamente não suprimida — cenário em que a cesárea eletiva reduz a transmissão vertical. As condições estão dadas: bolsa rota há apenas uma hora e colo ímpervio (sem trabalho de parto). O protocolo exige iniciar zidovudina intravenosa e aguardar TRÊS horas antes da incisão, para atingir nível sérico adequado. Operar imediatamente (A) perde esse efeito; induzir parto vaginal (B) aumenta o risco; esperar 18 horas (C) rompe a janela segura da bolsa rota. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

CONSIDERANDO O CASO ACIMA, APÓS CONFIRMAÇÃO SOROLÓGICA DE HIV MATERNO, ALÉM DE PRESCREVER FÓRMULA LÁCTEA DE PARTIDA, A CONDUTA PARA O RECÉM-NASCIDO É PRESCREVER:

- A. Imunoglobulina humana anti-hepatite B intramuscular e AZT xarope via oral.
- B. Vacina para hepatite B intramuscular e AZT xarope via oral.
- C. Imunoglobulina humana anti-hepatite B intramuscular e AZT xarope e nevirapina via oral.

D. Vacina para hepatite B intramuscular e AZT xarope e nevirapina via oral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas decisoes independentes. Hepatite B: o perfil materno (AgHBs nao reagente com anti-HBs e anti-HBc reagentes) indica infeccao PASSADA e curada — o recém-nascido recebe apenas a vacina de rotina, sem imunoglobulina (A/C). HIV: mae sem pre-natal, sem antirretroviral e com carga viral desconhecida caracteriza ALTO risco de transmissao vertical, situacao em que a profilaxia e combinada, com zidovudina mais nevirapina, e nao AZT isolado (B). Some-se a formula lactea, ja que amamentar esta contraindicado. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Primigesta, 18a, com idade gestacional de 10 semanas comparece à primeira consulta de pré-natal. Sorologia sífilis: teste rápido= positivo, CMIA= positivo, TPHA= positivo e VDRL= 1/4. Não se recorda de ter tomado penicilina previamente. Os exames físico e ginecológico são normais. Prescrita Penicilina Benzatina 4.800.000 UI, dose única, aplicada após a consulta. É CORRETO:

- A. A titulação do VDRL indica cicatriz sorológica e não exige conduta complementar.
- B. Trata-se de provável caso de sífilis terciária e há indicação de avaliação líquórica.
- C. Trata-se de sífilis recente e o tratamento da gestante está adequado.

D. O tratamento deve ser ajustado para 3 doses semanais de 2.400.000UI de Penicilina Benzatina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com testes treponemicos reagentes, VDRL 1:4 e sem qualquer registro de tratamento previo: quando nao se consegue datar a infeccao, o caso e classificado como sífilis latente de duracao INDETERMINADA e tratado como latente tardia — tres doses semanais de 2.400.000 UI de penicilina benzatina, totalizando 7.200.000 UI. A dose unica aplicada cobre apenas sífilis recente (C). Titulo baixo nao autoriza chamar de cicatriz sorologica em quem nunca tratou (A). Nao ha sinais de sífilis terciaria (B). Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Mulher, 34a, G1P1C0A0, mastectomizada há 40 dias por carcinoma ductal invasor, com receptores negativos para estrogênios e progestagênios e status HER-2 negativo. Nega outras comorbidades. O MÉTODO CONTRACEPTIVO INDICADO É:

- A. Implante liberador de levonorgestrel.
- B. Acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- C. Dispositivo intrauterino com cobre. ✓**
- D. Anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Câncer de mama atual ou passado e categoria 4 dos critérios de elegibilidade da OMS para QUALQUER método hormonal — inclusive os de progestagênio. Isso derruba o implante de levonorgestrel (A), o injetável de medroxiprogesterona (B) e o combinado oral (D), sem que o status de receptores mude a recomendação: o tumor ser triplo negativo não libera hormônio. Sobra o método não hormonal de alta eficácia e longa duração: o DIU de cobre. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Mulher, 42a, retorna para resultado de biópsia excisional de nódulo de mama esquerda BIRADS® 4: fibroadenoma simples, com achados no parênquima adjacente ao nódulo de hiperplasia estromal pseudo-angiomatosa, metaplasia apócrina e hiperplasia lobular atípica. É CONSIDERADA LESÃO PRECURSORA PARA O DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE MAMA COM RISCO MODERADO:

- A. Fibroadenoma simples.
- B. Hiperplasia estromal pseudoangiomatosa.
- C. Metaplasia apócrina.

D. Hiperplasia lobular atípica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Das quatro lesões citadas, apenas uma é ATÍPICA. Fibroadenoma simples (A), hiperplasia estromal pseudoangiomatosa (B) e metaplasia apócrina (C) são alterações não proliferativas ou proliferativas sem atipia, que praticamente não elevam o risco. Já a hiperplasia lobular atípica é lesão precursora reconhecida, com risco relativo em torno de 4 vezes — risco MODERADO — e implica seguimento diferenciado, discussão de quimioprevenção e correlação radiopatológica. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

O uso de testes de biologia molecular para pesquisa de HPV de alto risco oncogênico no colo uterino pode ser utilizado como estratégia de rastreamento de câncer de colo. No Brasil, o principal motivo desta estratégia não ser utilizada é:

- A. Alto custo dos testes moleculares para detecção de HPV.
- B. Necessidade de migração para sistema de rastreamento organizado. ✓**
- C. Alta incidência de câncer em mulheres abaixo de 40 anos.
- D. Uso da vacinação para HPV para meninos e meninas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste molecular de HPV só entrega seu ganho de sensibilidade dentro de um programa capaz de convocar a mulher no intervalo correto, garantir o seguimento das positivas e evitar a repetição excessiva de exames. O Brasil ainda opera um rastreamento OPORTUNÍSTICO — testa quem procura o serviço —, e nesse modelo o teste de HPV geraria excesso de colposcopias sem reduzir mortalidade. Custo (A) e argumento secundário diante do intervalo maior entre exames; o câncer de colo predomina acima dos 40 anos (C); e a vacinação (D) reforça, não impede, a mudança de estratégia. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Primigesta de 37 semanas e 2 dias, com diabetes gestacional, retorna ao pré-natal com queixa de redução de movimentação fetal há 3 dias (mobilograma: 4 movimentos fetais em 1 hora). Perfil glicêmico: jejum= 68 mg/dL, 1 hora pós café= 116 mg/dL, 1 hora pós almoço= 105 mg/dL, 1 hora pós jantar= 118 mg/dL, 23:00 horas = 70 mg/dL, 3:00 horas= 60 mg/dL. Refere manter a mesma dieta com ganho de 300 gramas em 7 dias. Realizou cardiotocografia: ativa e ultrassonografia: feto cefálico, peso fetal estimado de 3600g (>p90), ILA= 180 mm e Doppler normal, no dia de hoje. A CONDUTA É:

- A. Induzir parto com vigilância de vitalidade fetal. ✓**
- B. Realizar parto cesárea urgência.
- C. Realizar cardiotocografia semanal e indução de parto às 40 semanas.
- D. Realizar cardiotocografia a cada três dias e parto cesárea às 39 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Feto de 37 semanas e 2 dias com peso estimado acima do percentil 90 em mãe diabética, com queixa de redução de movimentos — mas a vigilância está TRANQUILIZADORA: cardiotocografia ativa, líquido normal e Doppler normal. Não há, portanto, indicação de cesárea de urgência (B). Por outro lado, macrosomia com diabetes não deve chegar às 40 semanas (C) nem esperar 39 semanas sob vigilância frouxa (D), pelo risco de óbito fetal e distócia de ombro. A conduta é induzir o parto agora, monitorizando a vitalidade. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Mulher, 33a, G3P2A1, em alojamento conjunto com 24h de puerpério, tipo sanguíneo A e Rh negativo, com Coombs indireto positivo anti-D (coletados na admissão hospitalar para o parto). Recém-nascido (RN): tipo sanguíneo O e Rh positivo. Antecedente pessoal: Imunoglobulina anti-Rh após o primeiro parto, após o aborto e às 28 semanas desta gestação. A CONDUTA É:

- A. Imunoglobulina anti-Rh não indicada por Coombs indireto positivo.
- B. Prescrever Imunoglobulina anti-Rh, por RN Rh positivo. ✓**
- C. Contra indicar nova gestação, pois paciente isoimunizada.
- D. Solicitar Coombs direto para orientar uso de Imunoglobulina anti-Rh.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Coombs indireto positivo neste contexto é uma armadilha: ela recebeu imunoglobulina anti-D às 28 semanas, e o anticorpo detectado é o PASSIVO da profilaxia, não a imunização verdadeira (que costuma dar títulos crescentes). Como o recém-nascido é Rh POSITIVO e ela é Rh negativo, está indicada nova dose de imunoglobulina anti-D em até 72 horas do parto. Deixar de aplicar por causa do Coombs (A) é o erro clássico. Contraindicar gestação (C) não se sustenta, e o Coombs direto do RN (D) não guia essa decisão. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Mulher, 30a, nuligesta, com quadro de dismenorreia incapacitante e dispareunia de profundidade há cinco anos. Refere ciclos menstruais regulares sem uso de método contraceptivo. Ressonância magnética de pelve: lesão retrátil em região retrocervical que envolve a camada serosa/muscular do reto alto e a parede posterior do útero/colo, medindo 1,4 x 1,0 cm. Ovários medianizados, com lesões císticas de conteúdo hemorrágico multiloculadas com septos finos de permeio e paredes finas, com grumos depositados no interior das lesões que medem respectivamente 1,6 x 0,9 cm e 1,1 x 0,8 cm; ausência de ascite. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Endometriose profunda. ✓**
- B. Cisto hemorrágico ovariano.
- C. Carcinomatose peritoneal.

D. Doença inflamatória pélvica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia incapacitante com dispareunia de profundidade e a dupla sintomática da endometriose, e a ressonância confirma: lesão RETRATIL retrocervical infiltrando serosa e muscular do reto — por definição, endometriose profunda (infiltração superior a 5 mm). Os ovários medianizados (aderidos) com cistos de conteúdo hemorrágico e grumos são endometriomas. Cisto hemorrágico funcional (B) é agudo e não infiltra o reto; carcinomatose (C) traria ascite e marcadores; DIP (D) cursa com dor aguda, febre e corrimento. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Mulher, 29a, procurou Unidade Básica de Saúde por irregularidade menstrual há dois anos. Encontra-se em amenorreia há cinco meses com teste de gravidez negativo. Refere menarca aos 12 anos. Método contraceptivo: condom. Antecedente pessoal: fibromialgia em tratamento com amitriptilina há três anos. A ETIOLOGIA MAIS PROVÁVEL DA IRREGULARIDADE MENSTRUAL É:

- A. Síndrome dos ovários policísticos.
- B. Hiperplasia adrenal congênita de manifestação tardia.
- C. Hiperprolactinemia. ✓**
- D. Adenomiose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pista está nos antecedentes: amitriptilina em uso há três anos. Antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos e metoclopramida bloqueiam a via dopaminérgica que inibe a prolactina, e a hiperprolactinemia resultante suprime o GnRH, levando a oligomenorreia e depois amenorreia — exatamente a evolução de dois anos descrita. SOP (A) e hiperplasia adrenal tardia (B) se manifestam desde a adolescência, com hiperandrogenismo. Adenomiose (D) causa sangramento AUMENTADO e dismenorreia, não amenorreia. Dose prolactina e afaste gestação. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Mulher, 29a, G3P2C0A0, 33 semanas e 4 dias de gestação, vem à Unidade de Emergência com queixa de contrações uterinas dolorosas e redução da movimentação fetal há 4 horas. Nega queixas nos demais aparelhos e não tem comorbidades. Exame físico: regular estado geral, Temp= 39,0 C, FC= 117 bpm, FR=18 irpm, PA= 100x60 mmHg; exame obstétrico: altura uterina 31 cm, dinâmica uterina 3 contrações de 30 segundos em 10 minutos, batimentos cardíacos fetais 166 bpm, toque vaginal: colo 70% esvaecido, medianizado, 4 cm de dilatação, bolsa íntegra, feto cefálico. Exame sumário de urina: normal, Leucócitos= 22.570 mm³ (20% de bastões). Foram coletadas: cultura para estreptococo do grupo B, hemocultura e urocultura. ALÉM DA ANTIBIOTICOTERAPIA DE AMPLO ESPECTRO E SUPORTE A CONDUTA É:

- A. Assistir ao trabalho de parto vaginal. ✓**
- B. Inibir trabalho de parto por 48 horas, até maturação pulmonar fetal.
- C. Aguardar resultado de culturas para definir via de parto.
- D. Realizar neuroproteção fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre de 39 graus, taquicardia materna, taquicardia fetal (166 bpm), leucocitose com 20% de bastões e urina normal, em trabalho de parto prematuro: e corioamnionite. A regra é categorica — infecção intra-amniótica contraindica tocolise, porque manter o feto no ambiente infectado piora sepse neonatal e materna. Inibir o parto (B) é erro grave; aguardar culturas (C) atrasa a resolução. Corioamnionite não é, por si, indicação de cesárea: assiste-se ao parto vaginal sob antibiótico. Neuroproteção com sulfato (D) não é a conduta central aqui. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Primigesta de 34 semanas, sem pré-natal, chega à maternidade com quadro de sangramento vaginal intenso. Exame obstétrico: altura uterina: 39 cm; toque: colo fechado e com apresentação inatingível. Submetida a cesárea de urgência. A foto apresenta um momento do intraparto: A CONDIÇÃO APRESENTADA NA FOTO ESTÁ ASSOCIADA À GESTAÇÃO:

- A. Gemelar monocoriônica e diamniótica.
- B. Pré-termo com polidramnio e prolapso de cordão.
- C. Gemelar monocoriônica e monoamniótica. ✓**
- D. Pré-termo complicada por ruptura de vasa prévia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Altura uterina de 39 cm para uma gestação de 34 semanas indica útero muito maior que o esperado — sobredistensão — e a foto do intraparto documenta cordões umbilicais ENTRELACADOS, achado que só é possível quando os dois fetos dividem a MESMA cavidade amniótica. Isso define gestação monocorionica e MONOamniótica, cuja complicação temida é justamente o entrelacamento com óbito fetal. A variante diamniótica (A) tem membrana separando os fetos; polidramnio com prolapso (B) e vasa prévia (D) não produzem esse achado. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Mulher, 52a, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de ondas de calor, dificuldade para dormir e diminuição da libido há 1 ano. Refere que acorda a noite por causa das ondas de calor, com grande impacto na qualidade de vida. Não apresenta antecedentes mórbidos, nega cirurgias prévias e a data da última menstruação foi há 14 meses. Antecedentes familiares: mãe e pai hipertensos e diabéticos. Resultados dos exames: TSH = 3,5 uUI/mL; colesterol total = 158 mg/dL; HDL colesterol = 45 mg/dL; triglicérides = 310 mg/dL, glicemia = 85 mg/dL; Hb = 13,6 g/dL; Ht = 42,1%. A CONDUTA É PRESCREVER:

- A. Estradiol 1mg por dia e progestágeno orais.
- B. Estradiol 2mg por dia oral.
- C. Estradiol 0,05mg por dia transdérmico e progestágeno oral. ✓**
- D. Estradiol 1mg por dia transdérmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas vasomotores intensos com impacto na qualidade de vida, um ano de menopausa e sem contraindicações: há indicação de terapia hormonal. Duas decisões se impõem. Como o ÚTERO está presente, o estrogênio isolado (B/D) é proibido — provoca hiperplasia e carcinoma endometrial —, exigindo progestágeno associado. E como os triglicérides estão em 310 mg/dL, a via TRANSDERMICA é a preferida, pois evita a primeira passagem hepática e não eleva os triglicérides, ao contrário da via oral (A). Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Uma metanálise sobre a associação de uma exposição X ao risco de piora do prognóstico de uma doença Y incluiu seis estudos a partir de critérios pré-definidos. Os resultados de medidas de associação são apresentados na figura abaixo: A ALTERNATIVA CORRETA É:

- A. O resultado da metanálise descarta a associação entre a exposição e a piora do prognóstico da doença devido ao pequeno Odds Ratio.
- B. O estudo 1 é o de maior peso nos resultados.
- C. A maioria dos estudos não apresenta associação significativa individualmente. ✓**
- D. O estimador global apresenta maior variabilidade que os estudos isolados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leitura de forest plot. Em metanálise, cada estudo aparece com seu intervalo de confiança; quando o intervalo cruza a linha de nulidade (Odds Ratio igual a 1) o estudo isoladamente não mostra associação significativa — e esse é o padrão da maioria dos estudos incluídos. E justamente por isso que se agrega: o estimador global soma os tamanhos amostrais, estreita o intervalo (menor variabilidade, não maior, derrubando D) e pode revelar associação real. Odds Ratio pequeno não descarta efeito (A), e o peso é proporcional à precisão do estudo, não à sua ordem (B). Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Sobre ensaios clínicos para obtenção de uma nova vacina contra uma doença, assinale a alternativa correta:

- A. Ensaios clínicos de fase III avaliam a segurança e as doses mais eficazes da vacina.
- B. O monitoramento do perfil de segurança de curto prazo é realizado na fase II do ensaio. ✓**
- C. Ensaios clínicos de fase I necessitam aleatorização de pacientes para avaliar eficácia inicial da vacina.
- D. A fase IV é a que permite a liberação da vacina para comercialização e uso para a população.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência das fases: a fase I testa segurança e faixa de dose em dezenas de voluntários; a fase II amplia para centenas, definindo dose, imunogenicidade e o perfil de segurança de curto prazo; a fase III avalia EFICÁCIA clínica em milhares de participantes randomizados; e a fase IV é a farmacovigilância pós-comercialização, que detecta eventos raros. Logo, A confunde II com III, C atribui aleatorização para eficácia a fase I, e D inverte: a liberação para uso ocorre APÓS a fase III, e a IV vem depois. Resposta B.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Em uma cidade de 1.000.000 habitantes, foram notificados 1.000 casos e 50 mortes de uma doença aguda X no ano. O total de mortes de todas as causas foi 150. CALCULE O COEFICIENTE DE MORTALIDADE DA DOENÇA X POR 100 MIL HABITANTES, A MORTALIDADE PROPORCIONAL PELA DOENÇA E A LETALIDADE DA DOENÇA EM PORCENTAGEM, RESPECTIVAMENTE:

- A. 5; 33; 5. ✓**
- B. 5; 15; 33,3.
- C. 150; 15; 0,05.
- D. 150; 33; 0,5.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres calculos, tres denominadores diferentes — e ai mora a pegadinha. Mortalidade pela doenca usa a POPULACAO: 50 obitos em 1.000.000, o que da 5 por 100 mil. Mortalidade proporcional usa o TOTAL DE OBITOS: 50 dividido por 150, cerca de 33%. Letalidade usa os DOENTES: 50 mortes entre 1.000 casos, ou seja, 5%. A sequencia e 5, 33 e 5. Confundir letalidade com mortalidade e o erro mais cobrado em epidemiologia. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Um município notificou os seguintes indicadores ao analisar grupos de causas básicas: mortalidade proporcional devido a doenças cardiovasculares de 30% e de causas externas de 11%; percentual de anos potenciais de vida perdidos de 11% por causas cardiovasculares e 30% por causas externas. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

A. A cidade tem grande percentual de idosos que se expõem a causas externas.

B. Há grande contingente de óbitos precoces. ✓

C. As causas externas e as doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no município.

D. Os indicadores mostram o risco de morrer tanto por doenças cardiovasculares como por causas externas no município.

COMENTÁRIO OSCELABS

Compare os dois pares de numeros: doencas cardiovasculares matam mais (30% dos obitos) mas custam poucos anos potenciais de vida perdidos (11%), o padrao esperado de mortes em idosos. Ja as causas externas respondem por so 11% dos obitos, porem por 30% dos APVP — cada morte 'pesa' muitos anos, o que so acontece quando o obito ocorre em pessoas JOVENS. Portanto o municipio tem grande contingente de obitos precoces. A alternativa A inverte a leitura, e mortalidade proporcional nao expressa risco (D), pois nao usa a populacao como denominador. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Em agosto de 2019, as praias do Nordeste brasileiro foram tomadas por cinco mil toneladas de petróleo cru, que matou animais marinhos, poluiu praias e prejudicou mais de 300 mil pescadores. Entre trabalhadores formais e voluntários que se dedicaram a retirar o óleo das praias, centenas de milhares de pessoas foram expostas sem a devida proteção. EM LONGO PRAZO, A EXPOSIÇÃO AO PETRÓLEO CRU PODE PROVOCAR DIVERSOS EFEITOS À SAÚDE COMO:

A. Danos hepáticos e/ou renais. ✓

B. Dermatites de contato.

C. Desmielinização do sistema nervoso central.

D. Pneumonite por hipersensibilidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato agudo com petroleo cru causa dermatite irritativa (B) e sintomas respiratorios — mas a pergunta pede efeitos de LONGO prazo. A exposicao cronica a hidrocarbonetos aromaticos e policiclicos, absorvidos por pele e inalacao, produz toxicidade sistematica nos orgaos que metabolizam e excretam essas substancias: figado e rins, alem do risco hematologico e carcinogenico do benzeno. Pneumonite por hipersensibilidade (D) tem outro mecanismo (antigenos organicos), e desmielinizacao central (C) nao e o padrao descrito para petroleo bruto. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) que consta do Anexo LXXX da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, tem por finalidade orientar os profissionais de saúde sobre a possível relação do adoecimento com a exposição a riscos para a saúde presentes no trabalho. Nela, as leucemias (C91-C95) estão associadas aos seguintes agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional:

- A. Radiações ionizantes, agrotóxicos clorados e óxido de etileno. ✓**
- B. Benzeno, radiação ultravioleta e agrotóxicos fosforados.
- C. Isocianatos orgânicos, aminas aromáticas e campos eletromagnéticos.
- D. Agentes antineoplásicos, acrilatos e aldeído fórmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, as leucemias aparecem vinculadas a agentes com toxicidade medular comprovada: benzeno, radiações ionizantes, óxido de etileno e agrotóxicos clorados. A alternativa A reúne três deles. As demais misturam agentes de outros órgãos-alvo: radiação ultravioleta e câncer de pele e fosforados causam síndrome colinérgica (B); isocianatos levam à asma ocupacional e aminas aromáticas a câncer de bexiga (C); e acrilatos e aldeído fórmico associam-se a dermatoses e tumores de vias aéreas superiores (D). Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Mulher, 26a, procurou pronto atendimento com quadro de tonturas, dores de cabeça, cansaço e náuseas há duas semanas. Foi medicada com sintomáticos e encaminhada para consulta com Equipe de Saúde da Família, onde refere que o quadro se mantém apesar da medicação analgésica e os sintomas são piores no final do dia. O médico de família e comunidade pergunta sobre a ocupação e condições de trabalho, solicita exames, afasta a paciente do trabalho por uma semana e notifica o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A OCUPAÇÃO DA PACIENTE E A NOTIFICAÇÃO NO SINAN SÃO, RESPECTIVAMENTE:

- A. Manicure; intoxicação por solventes.
- B. Montadora em fábrica de celulares; intoxicação por fumos metálicos.
- C. Trabalhadora em fábrica de colchões; intoxicação por isocianatos.
- D. Trabalhadora rural; intoxicação por agrotóxicos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas inespecíficos e persistentes — tontura, cefaleia, cansaço e náusea — que PIORAM NO FIM DO DIA de trabalho e melhoram fora dele desenharam o nexo ocupacional. O médico afasta a paciente e notifica no SINAN: intoxicação exógena e agravo de notificação compulsória, e o quadro colinérgico leve por agrotóxicos em trabalhadora rural e o cenário clássico, com afastamento como parte do tratamento. As demais ocupações citadas associam-se a outras síndromes (solventes, fumos metálicos, isocianatos com asma), menos compatíveis com a evolução descrita. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Um ambulatório para doenças crônicas não transmissíveis funciona um período por semana com equipe multiprofissional composta por três médicas, três enfermeiras, um nutricionista e uma psicóloga. Atualmente, o ambulatório tem 2.700 pacientes cadastrados. A fila de espera para atendimento com o nutricionista e com a psicóloga é de cinco e seis meses, respectivamente. Embora a maior parte dos pacientes seja acompanhada há vários anos, uma pesquisa recente com usuários demonstrou que a maioria dos entrevistados não se lembrava do nome dos profissionais que o acompanhavam. ASSINALE A ESTRATÉGIA INDICADA PARA QUE SE OBTENHA SIMULTANEAMENTE O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO ENTRE PROFISSIONAIS E PACIENTES, A DIMINUIÇÃO DO TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTAS COM NUTRICIONISTA E PSICÓLOGO E A MAIOR FACILIDADE PARA MONITORAMENTO DE RESULTADOS CLÍNICOS E DISCUSSÃO DE CASOS:

- A. Projeto Terapêutico Singular.
- B. Reuniões periódicas com participação dos trabalhadores do ambulatório.
- C. Equipe de Referência e Apoio Matricial. ✓**
- D. Realização de grupos de apoio com pacientes e familiares.

COMENTÁRIO OSCELABS

São três problemas simultâneos: perda de vínculo (o paciente não sabe o nome de quem o acompanha), fila enorme para nutrição e psicologia, e falta de espaço para discutir casos. A Equipe de Referência resolve o primeiro, ao vincular cada usuário a profissionais fixos e longitudinais; o Apoio Matricial resolve os outros dois, porque o especialista deixa de atender por encaminhamento em fila e passa a apoiar a equipe em discussão conjunta de casos. O Projeto Terapêutico Singular (A) é ferramenta para casos individuais complexos; reuniões (B) e grupos (D) atacam só parte do problema. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

A Portaria n.º 467 de 20 de março de 2020 dispõe sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas para o período de emergência de saúde pública de importância internacional. Esta portaria reconhece a possibilidade e a eticidade da utilização da Telemedicina, em caráter de excepcionalidade e enquanto durarem as medidas de enfrentamento da pandemia por SARS-CoV-2. É CORRETO AFIRMAR:

- A. As ações de interação à distância contemplam o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico no âmbito do sistema público de saúde.
- B. A emissão de receitas e atestados médicos à distância será válida em meio eletrônico, mediante uso de assinatura eletrônica comum do profissional.
- C. Os médicos que realizarem as ações de Telemedicina deverão atender aos preceitos éticos de beneficência, não-maleficência, sigilo das informações e autonomia. ✓**
- D. Devido à gravação do atendimento por meio de tecnologia da informação e comunicação, o médico estará dispensado do registro em prontuário clínico do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A telemedicina de execução regulamentada na pandemia não suspendeu a ética médica: seguem valendo beneficência, não-maleficência, sigilo das informações e autonomia do paciente. A alternativa B erra num detalhe crítico — receitas e atestados eletrônicos exigem assinatura com certificado digital padrão ICP-Brasil, não assinatura 'comum'. A D contraria princípio básico: o registro em prontuário é obrigatório, e a gravação não o substitui. A A extrapola ao restringir as ações ao sistema público, quando a portaria abrange também o setor suplementar e privado. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Em fevereiro de 2020 o Conselho Nacional de Saúde publicou em sua página a seguinte informação: “Saúde perdeu R\$ 20 bilhões em 2019”. Em relação às perdas mencionadas no orçamento anual do SUS. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- A. Deve-se ao subsídio do estado brasileiro aos serviços privados de saúde.
- B. Deve-se ao não ressarcimento ao SUS pelo atendimento de pessoas que pagam planos de saúde e são atendidas no SUS.
- C. Deve-se à compra de planos de saúde privados para funcionários públicos nas diversas instâncias de governo e empresas públicas.

D. Deve-se aos efeitos da Emenda Constitucional 95. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A Emenda Constitucional 95, de 2016, substituiu a regra que vinculava o piso federal da saúde a receita corrente líquida por um teto corrigido apenas pela inflação do ano anterior, por vinte anos. Com o crescimento populacional, o envelhecimento e a incorporação tecnológica, congelar o valor real significa perda progressiva — os R\$ 20 bilhões referidos. Subsídio a planos via renúncia fiscal (A), falta de ressarcimento pela ANS (B) e compra de planos para servidores (C) são críticas reais ao financiamento, mas de ordem de grandeza e natureza distintas da perda apontada. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Em 2012, um estudo britânico avaliou os efeitos de uma campanha massiva para informar e persuadir as pessoas a terem uma vida mais saudável. O estudo concluiu que reduções no comportamento de risco foram observadas principalmente entre aqueles grupos socioeconômicos e educacionais mais elevados. Entre as pessoas com menor qualificação profissional a prevalência de comportamentos de risco era cinco vezes maior do que entre aquelas com ensino superior. A PARTIR DOS RESULTADOS DESTA PESQUISA ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- A. A causa do grupo mais pobre não aderir aos comportamentos saudáveis é a falta de informação.
- B. No Brasil, o arcabouço jurídico do SUS não recomenda a divulgação dos determinantes sociais de saúde.

C. Enfrentamento da iniquidade em saúde depende de um conjunto de políticas públicas sociais. ✓

- D. Quanto menor a desigualdade econômica, piores as condições de saúde da população.

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado central é o gradiente social: a campanha funcionou nos grupos de maior escolaridade e renda e quase não alcançou os demais, com prevalência de comportamento de risco cinco vezes maior entre os menos qualificados. Ou seja, intervenção baseada só em informação tende a AMPLIAR a iniquidade. Reduzir a explicação a falta de informação (A) ignora as condições materiais de vida. O SUS incorpora os determinantes sociais desde a Lei 8.080 (B é falsa) e a alternativa D inverte a relação conhecida entre desigualdade e saúde. Enfrentar iniquidade exige políticas intersetoriais. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Pacientes com diabetes melito têm procurado as Unidades Básicas de Saúde com queixas de ansiedade, muita preocupação, tristeza e medo, condição conhecida como Sofrimento Mental Específico da Diabetes (SMED). CABE À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

- A. Realizar rastreamento de SMED na população com diabetes melito sob responsabilidade da equipe.

B. Realizar abordagem individualizada a respeito de dúvidas e angústias relativas à doença e seu tratamento. ✓

- C. Considerar a possibilidade de SMED principalmente em pacientes idosos do sexo masculino com diabetes melito.
- D. Iniciar o uso de antidepressivos para pacientes jovens com diabetes melito.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sofrimento mental específico da diabetes e o desgaste emocional ligado a convivência com a doença e seu tratamento — não é transtorno psiquiátrico e não se trata com antidepressivo de entrada (D). O manejo na Atenção Primária e a abordagem individualizada, acolhendo dúvidas, medos e a sobrecarga do autocuidado, aproveitando o vínculo longitudinal da equipe. Rastreamento populacional (A) não está recomendado como rotina, e o perfil descrito na alternativa C está invertido: o sofrimento é mais relatado por mulheres e por pessoas mais jovens. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Em reunião da Equipe de Saúde da Família, a agente comunitária de saúde apresenta caso de família composta por mulher de 25a, com 4 filhos, moradora do território há 6 anos, atualmente desempregada, com relato de uso de drogas ilícitas. Filho de 6 meses de idade não é trazido para consulta na unidade básica de saúde desde o primeiro mês de vida, apesar do agendamento proposto. A CONDUTA É:

- A. Agendar consulta da mãe e criança com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- B. Agendar consulta da mãe e criança com a Psicóloga.
- C. Transferir o seguimento da família para o Centro de Atenção Psicossocial.

D. Elaborar um Projeto Terapêutico Singular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Família com múltiplos eixos de vulnerabilidade — desemprego, uso de drogas, quatro filhos e um lactente faltoso à puericultura desde o primeiro mês — e caso complexo, exatamente a indicação do Projeto Terapêutico Singular: a equipe constrói coletivamente um plano com metas, divisão de responsabilidades e prazos, incluindo busca ativa. Encaminhar ao NASF (A) ou a psicóloga (B) fragmenta o cuidado e transfere a responsabilidade; transferir para o CAPS (C) rompe o vínculo territorial e a longitudinalidade que a Estratégia de Saúde da Família deve garantir. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Médico atende homem de 45 anos que apresenta exame positivo para sífilis. Paciente está preocupado com a saúde da parceira, acompanhada pela mesma equipe de saúde da família, e pede que o médico solicite o exame da parceira sem que ela saiba o resultado do exame dele. EM RELAÇÃO À SOLICITAÇÃO DO EXAME DE INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS PARA A PARCEIRA, A CONDUTA É:

- A. Pactuar com o paciente que ele conte o seu resultado e depois solicitar o exame. ✓**
- B. Atender ao pedido do paciente e solicitar o exame.
- C. Solicitar exame e contar sobre o exame do marido, se resultado positivo.
- D. Não investigar a parceira e tratar o marido.

COMENTÁRIO OSCELABS

O resultado do exame pertence ao paciente e está protegido pelo sigilo — o médico não pode revelar a parceira sem autorização. Mas também não pode simplesmente pedir um exame para ela escondendo o motivo (B), porque isso viola a autonomia e o consentimento informado dela. A saída ética é pactuar: trabalhar com o paciente para que ele próprio comunique a parceira, oferecendo apoio da equipe nessa conversa, e só então solicitar o exame. Contar por conta própria (C) quebra o sigilo, e não investigar (D) expõe a parceira a sífilis não tratada. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Mulher, 29a, procura equipe de saúde da família e quer realizar mamografia. Relata que sua mãe foi tratada de câncer de mama há 8 anos, com diagnóstico recente de recidiva. A EQUIPE DE SAÚDE BUSCA CONHECER A HISTÓRIA DE VIDA DA PACIENTE E SUA EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM O CÂNCER DE MAMA NA FAMÍLIA PORQUE A CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA:

- A. Se ocupa da experiência com a doença e não propriamente pela doença.
- B. Considera que a experiência com a doença é fator determinante para a ocorrência de câncer de mama nessa paciente.
- C. Não é suficiente para cuidar de câncer de mama.

D. Baseia-se na clínica do sujeito. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A clínica ampliada e compartilhada não substitui a clínica tradicional — ela a expande, deslocando o foco da doença isolada para o SUJEITO que adoece, com sua história, seus medos e seu contexto. Por isso conhecer a experiência da paciente com o câncer da mãe e parte do cuidado. A alternativa A é o distrator fino: a proposta é cuidar da doença E da experiência, não trocar uma pela outra. A B transforma vivência em fator causal de câncer, o que é falso. A C nega o alcance do modelo. A clínica ampliada se baseia na clínica do sujeito. Resposta D.