



# Unicamp — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

74 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](https://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 1 — Gabarito A**

Homem, 45a, assintomático, procura Unidade Básica de Saúde por contato com paciente com diagnóstico de tuberculose. Radiograma de tórax: normal. Prova tuberculínica (PPD): 22 mm. A CONDUTA É:

- A. Iniciar profilaxia com isoniazida. ✓**
- B. Iniciar rifampicina, pirazinamida, isoniazida e etambutol.
- C. Realizar tomografia computadorizada de tórax.
- D. Repetir radiograma de tórax em seis meses.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Contato de paciente bacilífero, assintomático, com radiografia de tórax normal e prova tuberculínica fortemente reatora: o quadro é de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB), não de tuberculose doença. Em comunicante, o ponto de corte do PPD é 5 mm; os 22 mm deste paciente, somados à ausência de sintomas e à radiografia sem alterações, fecham a indicação de tratamento da infecção latente. O esquema clássico é isoniazida 5 a 10 mg/kg/dia por 6 a 9 meses (270 doses), sendo alternativas aceitas pelo Ministério da Saúde a rifampicina por 4 meses e a rifapentina com isoniazida semanal por 3 meses. Tratar a ILTB reduz de forma expressiva o risco de adoecimento, maior justamente nos dois primeiros anos após a infecção. O esquema RIPE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) só se justifica na tuberculose ativa, confirmada ou fortemente suspeita: usá-lo aqui expõe o paciente a hepatotoxicidade e neurite óptica sem necessidade e favorece resistência. A tomografia de tórax não altera a conduta em contato assintomático com radiografia normal, pois a decisão de tratar a ILTB já está tomada pelo par PPD reator mais ausência de doença ativa. Repetir o radiograma em seis meses é vigilância passiva: deixa o paciente sem proteção exatamente no período de maior risco de progressão. Resposta A

**QUESTÃO 2 — Gabarito B**

Mulher, 72a, procura atendimento médico referindo dispneia aos grandes esforços habituais. Exame físico: PA= 168x82 mmHg, FC= 88 bpm. ECG: ritmo sinusal e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Ecocardiograma transtorácico: aumento discreto de átrio esquerdo, ventrículo esquerdo com diâmetros normais e espessuras do septo intraventricular e parede posterior de VE aumentadas. Fração de ejeção (Simpson)= 71%. Relaxamento diastólico anormal grau I. A ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA ANTIHIPERTENSIVA PREFERENCIAL NESTE CASO É:

- A. Bloqueador de receptor de angiotensina e alfa agonista central.
- B. Inibidor de enzima de conversão de angiotensina e diurético tiazídico. ✓**
- C. Betabloqueador e antagonista de aldosterona.
- D. Bloqueador de canal de cálcio e diurético de alça.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa hipertensa com dispneia de esforço e ecocardiograma mostrando hipertrofia septal e de parede posterior, cavidade ventricular de dimensões normais, fração de ejeção de 71% e relaxamento anormal grau I: trata-se de cardiopatia hipertensiva com disfunção diastólica, ou seja, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Aqui não existe droga que melhore diretamente a diástole; o que muda desfecho é o controle pressórico rigoroso, que promove regressão da hipertrofia e reduz a pressão de enchimento. Por isso a associação de inibidor da enzima conversora de angiotensina com diurético tiazídico é a preferencial: o bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona é o que mais consistentemente induz remodelamento reverso da massa ventricular, e o tiazídico soma efeito anti-hipertensivo e controle discreto de volemia, sendo a dupla de primeira linha das diretrizes brasileiras para o hipertenso idoso. O alfa-agonista de ação central é fármaco de terceira linha, com sedação, boca seca e hipotensão postural, perfil ruim na idosa, e não regride hipertrofia. Betabloqueador não é anti-hipertensivo de primeira linha na ausência de outra indicação formal, encurta a diástole ao custo do enchimento ventricular, e antagonista de aldosterona está reservado à hipertensão resistente ou à fração de ejeção reduzida. Diurético de alça serve para congestão franca e descompensada, não para o controle crônico da pressão, e o bloqueador de canal de cálcio, embora aceitável, não supera o esquema da alternativa B nesse contexto. Resposta B

**QUESTÃO 3 — Gabarito D**

Homem, 50a, procura atendimento em Unidade de Emergência por dor torácica associada a palpitações, tremores e sudorese. Refere episódios prévios semelhantes. Exame físico: PA= 222x124 mmHg; FC= 122 bpm; sudoreico; tremor de extremidades. Fundo de olho: cruzamentos patológicos e papila nítida. ECG: sobrecarga de ventrículo esquerdo. Troponina: normal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Dissecção aguda de aorta.
- B. Doença de Addison.
- C. Hipertensão maligna.

**D. Feocromocitoma. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem com crises paroxísticas recorrentes de cefaleia, palpitações, tremor e sudorese acompanhadas de pico hipertensivo grave: essa tríade adrenérgica episódica em paciente jovem para o grau de hipertensão é o retrato do feocromocitoma, tumor produtor de catecolaminas. O exame físico durante a crise mostra sudorese e tremor de extremidades, e o eletrocardiograma com sobrecarga ventricular esquerda junto aos cruzamentos arteriovenosos patológicos no fundo de olho indicam hipertensão de longa data, ou seja, lesão de órgão-alvo crônica pontuada por paroxismos. A investigação segue com metanefrinas plasmáticas livres ou metanefrinas urinárias de 24 horas e, com bioquímica positiva, imagem de abdome. A dissecção aguda de aorta cursa com dor torácica de início súbito, lancinante, migratória, com assimetria de pulsos ou de pressão entre membros, nada disso descrito. A doença de Addison provoca hipotensão, hiperpigmentação e avidez por sal, o oposto do quadro. A hipertensão maligna exige retinopatia grau III ou IV, isto é, hemorragias, exsudatos e principalmente papiledema, e o enunciado é explícito ao dizer que a papila é nítida, além de faltarem os sinais de lesão aguda renal ou encefalopatia; o caráter episódico e recidivante também não combina. A troponina normal afasta o infarto como explicação da dor. Resposta D

**QUESTÃO 4 — Gabarito D**

Homem, 50a, é trazido a serviço médico com história de cefaleia há uma semana e confusão mental há dois dias. Nega vômitos ou diarreia. Exame físico: PA= 128x84 mmHg, FC= 56 bpm; neurológico: confuso, sonolento. Ureia= 20 mg/dL; creatinina= 0,8 mg/dL; sódio= 115 mEq/L; potássio= 3,6 mEq/L; Hb= 11 g/dL. Exame sumário de urina: sem alterações. Radiograma de tórax: ANEXO A A CAUSA MAIS PROVÁVEL DA HIPONATREMIA É:

- A. Insuficiência adrenal.
- B. Diabetes insipidus central.
- C. Nefrite intersticial crônica.
- D. Secreção inapropriada de ADH. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de meia-idade com cefaleia subaguda e rebaixamento cognitivo cuja única alteração laboratorial é sódio de 115 mEq/L: a hiponatremia é grave, sintomática e o restante do quadro define seu mecanismo. Ureia de 20 mg/dL e creatinina de 0,8 mg/dL com urina sem alterações, sem vômitos, sem diarreia, normotenso e sem sinais de desidratação configuram hiponatremia euvolêmica hipotônica, cujo diagnóstico por exclusão é a síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético. O critério clássico exige osmolalidade sérica baixa, osmolalidade urinária inapropriadamente alta (acima de 100 mOsm/kg), sódio urinário elevado (acima de 40 mEq/L), euvolemia e função tireoidiana e adrenal normais. A ureia baixa é uma pista fina, pois reflete diluição e não depleção. Somando o radiograma de tórax alterado citado no enunciado a um homem de 50 anos, a causa paraneoplásica pulmonar, sobretudo o carcinoma de pequenas células, é a hipótese que amarra tudo. A insuficiência adrenal também dá hiponatremia, mas costuma vir com hipercalemia, hipotensão e hiperpigmentação, e o potássio aqui é normal. O diabetes insipidus central cursa com poliúria hipotônica e hipernatremia, exatamente o contrário. A nefrite intersticial crônica exigiria alteração de escórias e sedimento urinário, ambos normais. Resposta D

**QUESTÃO 6 — Gabarito B**

Homem, 67a, refere dispneia aos esforços, batadeira, ansiedade, queimação retroesternal e emagrecimento não intencional de 5 kg, apesar de bom apetite, há um mês. Refere dificuldade para dormir e aumento do hábito intestinal para três vezes por dia. Antecedente pessoais: infarto do miocárdio há dois anos, em uso regular de captopril 150mg/dia, amiodarona 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia e AAS 100 mg/dia. Exame físico: PA= 152x96 mmHg; FC= 96 bpm; T= 37,3°C; FR= 16 irpm; Oximetria de pulso (ar ambiente)= 95%. A CONDUTA É:

- A. Realizar ecocardiograma.
- B. Dosar hormônio estimulante da tireóide. ✓**
- C. Realizar cateterismo.
- D. Dosar cálcio sérico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idoso com emagrecimento apesar de bom apetite, palpitações, ansiedade, insônia, aumento do número de evacuações e dispneia, em uso crônico de amiodarona: o quadro é de tireotoxicose, e o antecedente farmacológico entrega a etiologia. A amiodarona contém cerca de 37% de iodo em peso e causa tanto tireotoxicose tipo 1, por sobrecarga de iodo em glândula com autonomia prévia, quanto tipo 2, tireoidite destrutiva; disfunção tireoidiana ocorre em até 15 a 20% dos usuários e obriga monitorização periódica. O primeiro exame é a dosagem do hormônio estimulante da tireoide, que é o teste mais sensível para disfunção primária, complementado por T4 livre. O TSH suprimido com T4 livre elevado confirma a hipótese e direciona o tratamento, que difere entre os dois tipos (tiamida na tipo 1, corticoide na tipo 2) e discute a suspensão da droga com o cardiologista. O ecocardiograma investigaria disfunção ventricular, mas nem a batadeira nem a perda de peso com apetite preservado se explicam por insuficiência cardíaca, e o exame não daria o diagnóstico. O cateterismo pressupõe síndrome coronariana, e não há dor anginosa típica, apenas queimação retroesternal, mais compatível com refluxo ou com o próprio hipermetabolismo. A dosagem de cálcio faria sentido em hipercalcemia paraneoplásica, mas esta cursa com constipação, poliúria e sonolência, não com hiperdefecação e agitação. Resposta B

**QUESTÃO 7 — Gabarito C**

Mulher, 46a, procura Unidade de Emergência referindo dois episódios de hematêmese, em moderada quantidade há quatro horas. Antecedente pessoal: portadora de vírus da hepatite C. Exame físico: Regular estado geral, descorada 2+/4+; icterica +/4+; PA= 104x72 mmHg; FC= 104 bpm; FR= 20 irpm; Abdome: flácido, ausência de ascite ou massas palpáveis, fígado palpado a 6cm do RCD indolor, borda romba e lisa, consistência 3+/4+; baço percutível e palpado a 4 cm do RCE. Hb= 8,1 g/dL; Ht= 25,4%; albumina= 3,1 g/dL; bilirrubina total= 2,7 mg/dL; RNI= 2,1. Endoscopia digestiva: ligadura elástica de varizes esofágicas. Prescrito octreotida 50 ug/h em bomba de infusão intravenosa. A CONDUTA É:

- A. Realizar transfusão sanguínea até Hb 9g/dL.
- B. Prescrever ressuscitação volêmica com solução salina até PA > 120 mmHg.
- C. Iniciar propranolol 20 mg/dia via oral. ✓**
- D. Iniciar vitamina K 10 mg/dia intramuscular.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher com hepatite C crônica e hematêmese por varizes esofágicas já submetida a ligadura elástica e em uso de octreotida: o caso cobra o pacote de manejo da hemorragia varicosa, com hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia e RNI alargado denunciando cirrose com reserva hepática comprometida. Feita a hemostasia endoscópica e mantido o vasoconstritor esplâncnico, o passo que resta entre as opções é a profilaxia secundária com betabloqueador não seletivo: o propranolol reduz o débito cardíaco e provoca vasoconstrição esplâncnica, diminuindo a pressão portal, e a combinação de ligadura elástica com betabloqueador é o padrão para prevenir o ressangramento, que sem profilaxia chega a 60% em um ano. A transfusão até hemoglobina de 9 g/dL contraria a estratégia restritiva validada por ensaio clínico nesse cenário, cujo gatilho é 7 g/dL e alvo entre 7 e 9, porque transfundir demais eleva a pressão portal e aumenta ressangramento e mortalidade. Ressuscitação volêmica agressiva com salina até pressão sistólica acima de 120 mmHg tem o mesmo problema, além de a sobrecarga de sódio piorar ascite e edema no cirrótico. A vitamina K não corrige a coagulopatia da insuficiência hepatocelular, que decorre de falência de síntese e não de deficiência do fator, e o RNI do cirrótico não reflete risco real de sangramento. Vale a ressalva de que o betabloqueador é classicamente introduzido após a retirada do vasoativo e a estabilização, e nunca com o paciente ainda hipotenso e taquicárdico. Resposta C

**QUESTÃO 8 — Gabarito C**

Homem, 57a, é trazido ao serviço médico após episódio de desmaio ao realizar grande esforço no trabalho. Conta que subitamente perdeu a consciência, sem referir qualquer outro sintoma, e que ao acordar não apresentava déficits. Nas últimas semanas sentiu aperto no peito ao realizar os esforços que desaparecia ao repouso. Exame físico: PA= 110x85 mmHg; FC= 92 bpm; FR= 16 irpm; Oximetria de pulso (ar ambiente)= 97%, corado, hidratado. Pulso carotídeo diminuído e tardio; Coração: ictus no 5º espaço intercostal esquerdo desviado 2 cm para a esquerda da linha hemiclavicular ipsilateral, bulhas rítmicas com sopro mesossistólico ejetivo, rude, audível em focos aórtico, aórtico acessório e mitral, irradiado para o pescoço com B4 presente; extremidades: pulsos de baixa amplitude. O DIAGNÓSTICO É:

- A. Insuficiência aórtica.
- B. Insuficiência mitral.
- C. Estenose aórtica. ✓**
- D. Estenose mitral.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Síncope desencadeada pelo esforço em homem de 57 anos com angina aos esforços nas últimas semanas e sopro mesossistólico ejetivo rude irradiado para as carótidas: é o quadro clássico de estenose aórtica grave. O exame físico fecha o diagnóstico com o pulso parvus et tardus, isto é, carotídeo de baixa amplitude e ascensão lenta, marcador de obstrução fixa à ejeção, o ictus desviado por hipertrofia ventricular e a quarta bulha, que traduz contração atrial vigorosa contra ventrículo pouco complacente. A tríade sintomática de angina, síncope e dispneia define a estenose aórtica sintomática e muda o prognóstico, com sobrevida média de dois a três anos na síncope se não houver troca valvar, o que torna o ecocardiograma e o encaminhamento cirúrgico prioritários. A insuficiência aórtica produz sopro diastólico aspirativo com pulso amplo e célere, exatamente o oposto do pulso descrito. A insuficiência mitral gera sopro holossistólico em foco mitral irradiado para a axila, e não sopro ejetivo irradiado para o pescoço com pulso reduzido. A estenose mitral cursa com ruflar diastólico, hiperfonese de primeira bulha e estalido de abertura, tipicamente com congestão pulmonar e fibrilação atrial, sem angina de esforço nem hipertrofia ventricular esquerda. Resposta C

**QUESTÃO 9 — Gabarito C**

Mulher, 74a, veio ao Pronto Atendimento acompanhada pelo marido, que relatou que a paciente perdeu subitamente a consciência há três horas, quando ambos estavam assistindo televisão no sofá. O episódio durou dois minutos, e ela recobrou totalmente a consciência. No momento, a paciente está consciente, orientada, e relata apenas desconforto epigástrico leve. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus. Medicações em uso: losartana 25mg 12/12h, AAS 100mg/dia, metformina 850mg 3 vezes ao dia. Exame físico: PA= 156x98 mmHg, FC= 102 bpm, FR= 22 irpm, T= 36,6°C, glicemia capilar= 102mg/dL; descorada +/4+; ausculta cardíaca, pulmonar e exame do abdome sem alterações; membros inferiores: edema +/4+ simétrico. A CONDUTA INICIAL NO SETOR DE EMERGÊNCIA É:

- A. Administrar captopril 25mg sublingual.
- B. Realizar tomografia de crânio com contraste arterial e venoso.
- C. Realizar eletrocardiograma. ✓**
- D. Realizar tomografia de tórax com contraste.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa diabética, hipertensa e dislipidêmica com síncope súbita em repouso, recuperação completa e, agora, taquicardia, taquipneia, palidez e desconforto epigástrico leve: síncope com esses fatores de risco é presumidamente cardiogênica até prova em contrário, e o eletrocardiograma é o exame obrigatório na avaliação inicial de toda síncope, conforme as diretrizes. É barato, imediato e busca justamente o que mata: isquemia aguda, bloqueio atrioventricular avançado, taquiarritmia, pausas, QT longo, sobrecarga de câmaras direitas. No caso, a soma de diabetes, desconforto epigástrico e palidez levanta a suspeita de síndrome coronariana aguda com apresentação atípica, situação frequente em mulheres idosas diabéticas por neuropatia autonômica. Administrar captopril sublingual é conduta abandonada, pois trata um número de pressão em paciente com pressão apenas moderadamente elevada e pode causar hipotensão abrupta e hipoperfusão, agravando eventual isquemia. Tomografia de crânio não se justifica em síncope com recuperação total e exame neurológico sem déficits, já que a perda transitória de consciência por causa neurológica é rara e o rendimento do exame é baixíssimo sem trauma ou foco. Tomografia de tórax com contraste investigaria tromboembolismo pulmonar ou dissecação, hipóteses possíveis, mas que só entram depois do eletrocardiograma e da estratificação inicial, e não antes dele. Resposta C

**QUESTÃO 10 — Gabarito A**

Homem, 39a, chega à emergência com confusão mental, náuseas e vômitos há 4 horas. Esposa o encontrou sonolento no banheiro, ao lado de cartelas de medicação aparentemente vazias jogadas no vaso sanitário. Antecedentes: depressão; usa amitriptilina. Exame físico: PA=124x78 mmHg, FC=108 bpm, FR=29 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 97%, T= 36,5°C. Glasgow 14, pupilas normais, sem déficits focais. Sem sinais de desconforto respiratório e ausculta respiratória normal. Eletrocardiograma: taquicardia sinusal. Glicemia capilar= 110mg/dL. Gasometria arterial: pH= 7,23; pO<sub>2</sub>= 91 mmHg; pCO<sub>2</sub>= 15 mmHg; HCO<sub>3</sub>= 10 mEq/L; BE= -7 mEq/L, SaO<sub>2</sub>= 97%; sódio= 135 mEq/L; creatinina=0,92 mg/dL; lactato= 3,0 mmol/L e cloro= 98 mEq/L. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Intoxicação por salicilatos. ✓**
- B. Intoxicação por antidepressivo tricíclico.
- C. Sepses.
- D. Crise tireotóxica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Paciente com tentativa de autoextermínio por medicação, confusão, vômitos e taquipneia acentuada, cuja gasometria revela acidose metabólica com ânion gap elevado somada a alcalose respiratória: esse distúrbio misto é a assinatura da intoxicação por salicilatos. O ânion gap calculado é de 27 mEq/L (135 menos 98 menos 10) e a compensação esperada pela fórmula de Winter seria pCO<sub>2</sub> em torno de 23 mmHg, mas o valor medido é 15 mmHg, ou seja, há hiperventilação além do que a acidose justificaria, porque o salicilato estimula diretamente o centro respiratório ao mesmo tempo que desacopla a fosforilação oxidativa. Zumbido, náuseas, vômitos e confusão completam o quadro, e o manejo envolve alcalinização urinária e hemodiálise nos casos graves. A intoxicação por tricíclico, apesar do frasco de amitriptilina, produziria síndrome anticolinérgica com pupilas midríaticas, pele seca e quente, retenção urinária, e sobretudo alargamento de QRS acima de 100 ms com onda R proeminente em aVR, além de acidose por hipoperfusão e convulsão; aqui as pupilas são normais e o eletrocardiograma mostra apenas taquicardia sinusal. Sepses exigiria foco infeccioso e febre, e o lactato de 3,0 mmol/L não explica um ânion gap de 27 nem a alcalose respiratória primária. Crise tireotóxica cursa com febre alta, agitação e fibrilação atrial, sem esse padrão gasométrico e sem o contexto de ingestão. Resposta A

**QUESTÃO 11 — Gabarito B**

Homem, 62a, procura atendimento médico com queixa de tontura e dispneia de início agudo há 2 horas. Antecedentes: hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, em uso de losartana, bisolato de anlodipino e metformina. Exame físico: FC= 152 bpm, FR= 28 irpm, PA= 96x62 mmHg, oximetria de pulso (ar ambiente) = 88%; consciente, orientado, sonolento; pulmões: murmúrio vesicular presente com estertores crepitantes finos bilaterais até campos médios pulmonares. ECG realizado na sala de emergência: O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA SÃO:

A. Taquicardia por reentrada nodal; cardioversão elétrica sincronizada.

**B. Flutter atrial 2:1; cardioversão elétrica sincronizada. ✓**

C. Taquicardia por reentrada nodal; manobra de Valsalva modificada.

D. Flutter atrial 2:1; betabloqueador e anticoagulação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Taquiarritmia de frequência fixa em torno de 150 bpm em paciente com sinais de instabilidade hemodinâmica: hipotensão, hipoxemia de 88%, sonolência e estertores crepitantes bilaterais, isto é, congestão pulmonar aguda. Frequência ventricular travada perto de 150 bpm é a pista clássica do flutter atrial com condução 2:1, já que o circuito de macrorreentrada no átrio direito gira em torno de 300 por minuto e o nó atrioventricular bloqueia metade dos impulsos; o traçado costuma mostrar as ondas em dente de serra nas derivações inferiores. Diante de instabilidade, o algoritmo do suporte avançado de vida é inequívoco: cardioversão elétrica sincronizada imediata, e o flutter responde a energias baixas, em geral 50 a 100 J. A taquicardia por reentrada nodal é o diagnóstico errado nas alternativas que a citam, pois costuma acometer pacientes mais jovens, tem início e término abruptos e não fica ancorada em múltiplo exato de 300. Por isso a manobra de Valsalva modificada erra duas vezes: no diagnóstico e na conduta, já que manobra vagal e adenosina não revertem flutter, apenas desmascaram as ondas atriais, e não se perde tempo com elas em paciente instável. Betabloqueador com anticoagulação é a estratégia de controle de frequência para o flutter estável e, neste paciente hipotenso e congesto, o efeito inotrópico negativo pode precipitar choque. Resposta B

**QUESTÃO 12 — Gabarito D**

Mulher, 45a, queixa-se de dispneia há três dias, associada a tosse seca. Há uma semana com ageusia. Antecedentes: tabagista (20 anos/maço). Hipertensão arterial em uso de hidroclorotiazida. Exame físico: PA= 112x74 mmHg, FC= 134 bpm, FR= 29 irpm, T= 36,1°C, oximetria de pulso (ar ambiente)= 89%; consciente, alerta, fala normal. Pulmões: murmúrio vesicular presente simétrico; membros: extremidades frias, sem edema. Iniciado cateter nasal de O<sub>2</sub> a 3L/min, sem melhora da hipoxemia; aumentado para 6L/min em cateter, mantida a mesma hipoxemia, mas sem aumento do desconforto respiratório. Ultrassonografia à beira do leito evidencia algumas linhas B em bases. Tomografia de tórax sem contraste (evidenciado o corte que apresenta as principais alterações do exame) e eletrocardiograma: ALÉM DE INICIAR DEXAMETASONA, A CONDUTA IMEDIATA É:

A. Iniciar ventilação não invasiva.

B. Iniciar ceftriaxone e azitromicina.

C. Manter tratamento e internar em UTI-COVID.

**D. Solicitar angiotomografia de tórax. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher tabagista com quadro respiratório agudo e ageusia na semana anterior, portanto com COVID-19 presumida, mas com um detalhe que não fecha: hipoxemia grave e persistente, com saturação de 89% que não responde ao aumento do oxigênio de 3 para 6 L/min, sem desconforto respiratório proporcional, com ausculta pulmonar limpa, apenas algumas linhas B nas bases ao ultrassom, taquicardia de 134 bpm e extremidades frias. Hipoxemia refratária desacompanhada de acometimento parenquimatoso que a explique é sinal de alteração da relação ventilação-perfusão por causa vascular, e a COVID-19 é estado protrombótico reconhecido. A conduta imediata, portanto, é confirmar a suspeita de tromboembolismo pulmonar com angiotomografia de tórax, exame padrão-ouro, sobretudo porque a paciente está com sinais de baixo débito que sugerem repercussão hemodinâmica e podem indicar trombólise. Ventilação não invasiva não corrige hipoxemia de origem vascular, não há desconforto respiratório nem hipercapnia e o retardo diagnóstico seria perigoso. Ceftriaxone com azitromicina trata pneumonia bacteriana, hipótese sem sustentação diante de afebrilidade, tosse seca e ausculta normal. Apenas manter o tratamento e internar em unidade de COVID aceita como suficiente uma explicação que não dá conta da hipoxemia desproporcional, deixando escapar um diagnóstico com tratamento específico e alta mortalidade. Resposta D

**QUESTÃO 14 — Gabarito D**

Homem, 36a, iniciou quadro de dor e vermelhidão ocular à direita, sem perda da acuidade visual, há dois dias. Refere dor lombar pela manhã e após longos períodos em repouso. Faz tratamento de artrite no joelho esquerdo. Antecedente familiar: pai e tio apresentam quadro semelhante. Radiograma e ressonância nuclear magnética evidenciam sacroileíte. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DO QUADRO AGUDO É:

- A. Ceratoconjuntivite seca.
- B. Esclerite necrotizante.
- C. Uveíte posterior.
- D. Uveíte anterior. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem jovem com olho vermelho doloroso unilateral e acuidade visual preservada, no contexto de lombalgia inflamatória com rigidez matinal que piora em repouso, artrite de joelho, história familiar positiva e sacroileíte documentada em radiografia e ressonância: o pano de fundo é uma espondiloartrite axial associada ao HLA-B27, e a manifestação ocular característica dessa família de doenças é a uveíte anterior aguda. Ela é tipicamente unilateral, recorrente e alternante, cursa com dor, fotofobia, hiperemia periciliar e miose, com células e flare na câmara anterior à lâmpada de fenda, e responde a corticoide tópico com midriático. A ceratoconjuntivite seca é a manifestação ocular típica da síndrome de Sjögren e da artrite reumatoide, cursa com sensação de areia e olho seco bilateral, não com dor aguda unilateral. A esclerite necrotizante associa-se a vasculites e à artrite reumatoide de longa data, provoca dor intensa que desperta à noite, tonalidade violácea e risco de perfuração, quadro muito mais grave e incomum neste perfil. A uveíte posterior compromete vítreo, retina e coróide, cursa com moscas volantes e queda da acuidade visual, sem o olho vermelho doloroso descrito, e liga-se mais a toxoplasmose, sarcoidose e doença de Behçet do que à espondiloartrite. Resposta D

**QUESTÃO 15 — Gabarito A**

Mulher, 60a, comparece na Unidade Básica de Saúde, sem queixas, para resultado de exames. Antecedente pessoal: hipertensão arterial e diabetes mellitus, em acompanhamento regular. Creatinina= 0,9 mg/dL; exame sumário de urina: leucócitos= 20/campo, hemácias= 10/campo, proteína ausente, bactérias presentes; urocultura= E. Coli = 105 UFC/mL. A CONDUTA ADEQUADA É:

- A. Manter sem antibioticoterapia. ✓**
- B. Prescrever ciprofloxacino por 3 dias.

- C. Prescrever profilaxia com cefalexina.
- D. Prescrever profilaxia com cranberry.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Urocultura positiva em paciente sem nenhum sintoma urinário define bacteriúria assintomática, e não infecção do trato urinário. O critério é justamente esse: crescimento de  $10^5$  UFC/mL de um uropatógeno em paciente sem disúria, urgência, dor suprapúbica, febre ou dor lombar. Piúria (20 leucócitos por campo) acompanha a bacteriúria assintomática com frequência e não autoriza tratar — piúria isolada nunca é indicação de antibiótico. Pelas diretrizes da IDSA, só se rastreia e trata bacteriúria assintomática em gestantes e antes de procedimentos urológicos invasivos com previsão de sangramento de mucosa. Diabetes mellitus, idade avançada, hipertensão e função renal normal (creatinina 0,9 mg/dL) não entram nessa lista: tratar nesses cenários não reduz ITU sintomática nem mortalidade e só seleciona resistência e expõe a colite por *C. difficile*. A alternativa b prescreve o esquema de cistite não complicada em quem não tem cistite, e a quinolona nem sequer é primeira linha por eventos adversos e resistência crescente de *E. coli*. A alternativa c reserva profilaxia contínua para ITU sintomática de repetição, situação inexistente aqui. A alternativa d propõe cranberry, sem evidência consistente de benefício e, sobretudo, sem qualquer papel diante de uma bacteriúria que não deveria ser tratada. Resposta A

**QUESTÃO 16 — Gabarito A**

Homem, 45a, hígido, é trazido ao Pronto Socorro com quadro de febre, agitação psicomotora e confusão mental. Familiar refere que estava com quadro de sinusite há uma semana, com febre, tosse com expectoração purulenta, dor de ouvido e cefaleia, tratada com antitérmicos e descongestionante nasal. Exame físico: confuso, agitado, PA= 118x69 mmHg; FC= 102 bpm; T= 38,9°C; rigidez de nuca presente. O AGENTE ETIOLÓGICO DA MENINGITE É:

- A. *Streptococcus pneumoniae*. ✓**
- B. *Cryptococcus neoformans*.
- C. *Neisseria meningitidis*.
- D. *Mycobacterium tuberculosis*.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de meningite bacteriana aguda em adulto imunocompetente, com a pista etiológica dentro da própria história: infecção de vias aéreas superiores na semana anterior, com sinusite, otalgia e expectoração purulenta. Foco parameningeo (sinusite, otite média, mastoidite) é a via de disseminação por contiguidade clássica do *Streptococcus pneumoniae*, que é também o agente mais frequente de meningite bacteriana comunitária no adulto acima de 20 anos e o que mais cursa com o quadro exuberante descrito — febre alta, rigidez de nuca, confusão e agitação, ou seja, meningite com componente encefalítico. A alternativa b, *Cryptococcus neoformans*, causa meningite subaguda, arrastada por semanas, com cefaleia e hipertensão intracraniana, em imunodeprimidos, sobretudo HIV com CD4 baixo — o paciente é hígido e o quadro é agudo. A alternativa c, *Neisseria meningitidis*, é o principal diferencial e também dá meningite aguda no adulto jovem, mas se relaciona a aglomerações e surtos, costuma vir com exantema petequial ou purpúrico e não tem o foco parameningeo prévio que a vinheta oferece de bandeja. A alternativa d, *Mycobacterium tuberculosis*, produz meningite basal de instalação insidiosa em semanas, com paralisia de nervos cranianos e sintomas constitucionais, incompatível com sete dias de sinusite seguidos de quadro agudo. Resposta A

**QUESTÃO 17 — Gabarito C**

Homem, 25a, deu entrada no Pronto Socorro, após trauma por acidente automobilístico, com quadro de retenção urinária, fratura de bacia e uretrorragia. A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, O EXAME A SER SOLICITADO E A MELHOR CONDUTA, RESPECTIVAMENTE, SÃO:

- A. Trauma de uretra posterior (membranosa), uretrocistografia retrógrada e sondagem vesical.
- B. Trauma de uretra anterior (bulbar), tomografia de abdome e sondagem vesical.
- C. Trauma de uretra posterior (membranosa), uretrocistografia retrógrada e cistostomia. ✓**
- D. Trauma de uretra anterior (bulbar), tomografia de abdome e cistostomia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A tríade uretrorragia, retenção urinária e fratura de bacia é o retrato do trauma de uretra posterior. A explicação é anatômica: a fratura pélvica desloca a próstata e a bexiga para cima enquanto o diafragma urogenital permanece fixo, e o cisalhamento rompe a uretra membranosa. Trauma de uretra anterior, ao contrário, é típico de queda a cavaleiro ou trauma direto no períneo, atingindo a uretra bulbar, e não guarda relação com fratura de bacia — o que já elimina as alternativas b e d. O exame que confirma e classifica a lesão é a uretrocistografia retrógrada, obrigatoriamente antes de qualquer tentativa de sondagem; tomografia de abdome avalia vísceras e a bacia, mas não define a integridade uretral, motivo adicional para descartar b e d. A conduta correta é a derivação urinária por cistostomia suprapúbica: a sondagem vesical, proposta em a e b, é formalmente contraindicada porque pode converter uma lesão parcial em transecção completa, ampliar o hematoma pélvico e aumentar o risco de estenose e disfunção erétil. A reconstrução uretral é postergada, em geral por meses, após a estabilização e a definição do defeito. Resposta C

**QUESTÃO 18 — Gabarito C**

Homem, 45a, procurou Pronto Socorro com queixa de dor lombar à esquerda de forte intensidade há 2 horas, repentina e com hematúria macroscópica. Foi realizado exame de ultrassonografia de abdome com diagnóstico de cálculo ureteral de 6mm no ureter distal esquerdo a 1 cm da junção ureterovesical e associado à hidronefrose ipsilateral. ALEM DE INTERNAÇÃO E ANALGESIA INTRAVENOSA A CONDUTA INICIAL É:

- A. Realizar ureteroscopia para extração de cálculo com Sonda Dormia.
- B. Realizar tomografia computadorizada de abdome.
- C. Iniciar terapia expulsiva com doxazosina ou tansulozina. ✓**
- D. Prescrever inibidores da 5-alfa-redutase.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Cólica nefrética por cálculo ureteral distal, já caracterizado por ultrassonografia, com 6 mm e hidronefrose ipsilateral. O tamanho e a topografia definem a conduta: cálculos menores que 10 mm, sobretudo os de ureter distal, têm chance apreciável de eliminação espontânea, e por isso a conduta inicial em paciente com dor controlada, sem sepse, sem rim único e sem insuficiência renal é a terapia médica expulsiva com bloqueador alfa-adrenérgico — tansulosina, ou doxazosina como opção —, que relaxa a musculatura lisa do ureter distal e do trígono, mantida por até quatro semanas com analgesia e reavaliação de imagem. A alternativa a antecipa a intervenção endoscópica, reservada a falha da terapia expulsiva, dor refratária, obstrução com infecção ou deterioração da função renal; além disso a extração às cegas com sonda tipo Dormia foi abandonada pelo risco de avulsão ureteral. A alternativa b pede tomografia sem contraste, que de fato é o padrão-ouro na litíase, mas aqui o cálculo já está localizado e medido, e o exame não mudaria a conduta inicial. A alternativa d prescreve inibidor da 5-alfa-redutase, fármaco de hiperplasia prostática benigna, sem qualquer efeito sobre a musculatura ureteral ou sobre a expulsão do cálculo. Resposta C

**QUESTÃO 19 — Gabarito A**

Mulher, 33a, retorna à consulta na Unidade Básica de Saúde, para resultado de exames. Antecedentes pessoais: nega comorbidades, G3P3; método contraceptivo: oral combinado. Nega etilismo e tabagismo. Ultrassonografia abdominal: nódulo único, levemente hiperecoico, bem delimitado, medindo 3cm, localizado no segmento VIII hepático. O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL É:

- A. Adenoma hepático. ✓**
- B. Hiperplasia nodular focal.
- C. Hemangioma hepático.
- D. Carcinoma hepatocelular.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o diagnóstico diferencial de nódulo hepático sólido descoberto incidentalmente em mulher jovem, e o dado que a banca privilegia é o contraceptivo oral combinado. O adenoma hepatocelular é o tumor hepático benigno com relação causal estabelecida com estrogênio exógeno: incide predominantemente em mulheres entre 20 e 50 anos em uso prolongado de anticoncepcional oral, costuma ser único, bem delimitado e localizado no lobo direito, exatamente o padrão do segmento VIII descrito, e pode ter aspecto hiperecoico à ultrassonografia por seu conteúdo de gordura e glicogênio. O reconhecimento importa porque o adenoma tem risco de hemorragia e de transformação maligna, o que impõe suspensão do contraceptivo, caracterização por ressonância e seguimento. A alternativa b, hiperplasia nodular focal, também predomina em mulheres jovens, mas não tem relação causal com o anticoncepcional e tipicamente aparece iso ou discretamente hipoeicoica, com cicatriz central estrelada. A alternativa d, carcinoma hepatocelular, exige hepatopatia crônica ou cirrose, ausentes numa paciente que nega comorbidades, etilismo e tabagismo. A alternativa c, hemangioma, é descartada pela banca por não guardar relação com o contexto hormonal. Vale registrar que o ponto é discutível: o hemangioma é a lesão hepática benigna mais prevalente e o descritor nódulo único, hiperecoico e bem delimitado é justamente o seu padrão ultrassonográfico clássico, de modo que apenas o contexto do contraceptivo sustenta a escolha oficial. Resposta A

**QUESTÃO 20 — Gabarito D**

Homem, 58a, procura atendimento médico com queixa de tosse e emagrecimento de 5 Kg há dois meses. Broncoscopia: lesão endoscopicamente visível e obstrutiva à direita. Radiograma do tórax: A LESÃO ENCONTRA-SE NO BRÔNQUIO:

- A. Principal.
- B. Intermediário.
- C. Lobo inferior.
- D. Lobo médio. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 58 anos, tabagista presumido pelo contexto, com tosse e emagrecimento de 5 kg em dois meses e lesão endobrônquica obstrutiva à direita: o cenário é de neoplasia pulmonar central, e a questão pede que se traduza o padrão de colapso visto na radiografia no nível anatômico da obstrução. Sem acesso à imagem, o raciocínio útil é a correlação entre nível brônquico e território atelectasiado. Obstrução do brônquio principal direito colapsa o pulmão inteiro, com opacificação de todo o hemitórax e desvio do mediastino para o lado da lesão. Obstrução do brônquio intermediário poupa o lobo superior e colapsa lobo médio e inferior juntos. Obstrução do brônquio do lobo inferior produz opacidade triangular de base diafragmática, retrocardíaca, com apagamento da cúpula diafragmática direita e preservação da borda cardíaca. Já a obstrução do brônquio do lobo médio produz opacidade justacardíaca direita que apaga a borda cardíaca direita pelo sinal da silhueta, mantendo nítida a cúpula diafragmática, padrão que a banca identificou no radiograma. Resposta D

**QUESTÃO 21 — Gabarito D**

Homem 34a, motorista, sem uso do cinto de segurança quando houve colisão frontal com outro veículo de passeio a 60km/h. Estava preso nas ferragens, e a Unidade Pré Hospitalar demorou em torno de 30 minutos para retirá-lo e em seguida foi levado à Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor no tórax. Na sala de emergência apresentava-se: PA= 121x83 mmHg, FC= 111bpm, FR= 18 irpm, oximetria de pulso (com máscara não reinalante 12L/min de O<sub>2</sub>)= 97%; Tórax: murmúrio vesicular presente bilateralmente, diminuído posteriormente à esquerda; membros sem alterações. Radiograma de tórax simples na sala de emergência: O DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO É:

- A. Hérnia diafragmática esquerda traumática.
- B. Pneumotórax simples à esquerda.
- C. Atelectasia esquerda por compressão.

**D. Lesão traumática de aorta torácica. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Colisão frontal a 60 km/h sem cinto, com encarceramento nas ferragens, é trauma de desaceleração brusca de alta energia — o mecanismo que rompe a aorta torácica no istmo, logo após a origem da subclávia esquerda, onde o vaso relativamente móvel se fixa ao ligamento arterioso. O paciente chega estável, e é isso que torna a lesão traiçoeira: quem sobrevive até o hospital tem ruptura contida pela adventícia e pelo hematoma mediastinal, sem sinais francos de choque. O achado semiológico da vinheta, murmúrio vesicular diminuído na região posterior à esquerda, é compatível com o hemotórax de pequeno volume e com o alargamento mediastinal que a radiografia de tórax na sala de emergência sugere. A confirmação é feita por angiotomografia de tórax, e o manejo inclui controle rigoroso de pressão e frequência antes do reparo, preferencialmente endovascular. A alternativa a, hérnia diafragmática traumática à esquerda, exige elevação da pressão intra-abdominal e se caracteriza por vísceras ocas no tórax ou sonda gástrica projetada acima do diafragma. A alternativa b, pneumotórax simples, cursaria com hipertimpanismo e abolição do murmúrio de predomínio apical, não com o padrão descrito. A alternativa c, atelectasia por compressão, é achado secundário e não um diagnóstico primário que justifique o mecanismo de trauma apresentado. Resposta D

**QUESTÃO 22 — Gabarito B**

Homem 31a, recebeu golpe de estrangulamento (“mata leão”) durante uma briga, até apresentar parada cardiorrespiratória (PCR). O atendimento pré- hospitalar realiza aquisição de uma via aérea definitiva e um acesso venoso, e inicia manobras de reanimação cardiopulmonar cerebral, obtendo retorno dos pulsos centrais. O tempo da PCR foi de 8 minutos. É levado a um hospital terciário, onde após 20 horas de Unidade de Terapia Intensiva, sob cuidados clínicos e ventilação mecânica evoluiu com: Escala de Glasgow= 3, sem sedação, pupilas midriáticas sem reação ao estímulo luminoso, T= 35,8oC, PA média= 68mmHg. Sódio sérico= 148mEq/L. OS PRÉ-REQUISITOS QUE IMPEDEM O INÍCIO DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA SÃO:

- A. Sódio sérico e pressão arterial média.
- B. Tempo de tratamento e observação. ✓**
- C. Temperatura axilar e tempo de PCR.
- D. Pressão arterial média e temperatura axilar.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra os pré-requisitos da Resolução CFM 2.173/2017 para abrir o protocolo de morte encefálica. Antes de qualquer exame clínico é preciso lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de justificar o coma; ausência de fatores confundidores tratáveis; temperatura corporal acima de 35 graus; saturação acima de 94 por cento; pressão arterial sistólica de pelo menos 100 mmHg ou pressão arterial média de pelo menos 65 mmHg; e, crucialmente, tratamento e observação hospitalar por no mínimo 6 horas — prazo que sobe para 24 horas contadas a partir da reanimação quando a causa do coma é encefalopatia hipóxico-isquêmica, exatamente o caso desta parada cardiorrespiratória por estrangulamento. O paciente completou 20 horas de terapia intensiva: falta tempo, e é isso que impede iniciar o protocolo agora. A alternativa a inclui o sódio de 148 mEq/L, alteração leve que não figura entre os pré-requisitos formais nem explica coma arreativo. A alternativa c junta temperatura axilar de 35,8 graus, que está acima do limite exigido, com o tempo de PCR, que não é pré-requisito e sim dado etiológico. A alternativa d repete a temperatura adequada e a pressão arterial média de 68 mmHg, também dentro do exigido. Resposta B

**QUESTÃO 23 — Gabarito A**

Homem, 68a, tem queda da própria altura, sofrendo ferimento corto- contuso em região do supercílio direito. Nega perda de consciência, amnésia lacunar e ingestão de bebida alcoólica prévia. Antecedente pessoal: tabagista 45 maços-ano e hipotireoidismo, sem acompanhamento adequado. Durante a sutura evidenciou-se que o ferimento alcançava o osso frontal. A INDICAÇÃO DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA E/OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO É DEVIDO A(O):

- A. Idade do paciente. ✓**
- B. Profundidade do ferimento.
- C. Tabagismo.
- D. Hipotireoidismo.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso testa os critérios de indicação de tomografia de crânio no traumatismo cranioencefálico leve, do tipo Canadian CT Head Rule e da regra de New Orleans. O paciente nega perda de consciência, amnésia e vômitos, e não há vômitos, cefaleia, déficit focal ou sinal de fratura de base — o único item de risco presente é a idade de 68 anos, e idade igual ou superior a 65 anos é fator de risco reconhecido em ambas as regras, por causa da atrofia cerebral com estiramento das veias-ponte, que aumenta a chance de hematoma subdural mesmo em trauma trivial. Isso basta para indicar tomografia e observação clínica. A alternativa b confunde profundidade de ferimento de partes moles com gravidade intracraniana: o corte atingir o osso frontal apenas caracteriza um ferimento que expõe o periosteio, sem sinal de fratura exposta com afundamento, que seria o critério verdadeiro. A alternativa c cita tabagismo, fator de risco oncológico e cardiovascular, sem qualquer papel nas regras de decisão para TC de crânio. A alternativa d cita hipotireoidismo mal controlado, que pode explicar lentificação ou queda por fraqueza, mas não altera o risco de lesão intracraniana pós-traumática nem entra em qualquer critério. Resposta A

**QUESTÃO 25 — Gabarito C**

Jovem, 23a, submetido a cirurgia com diagnóstico intra-operatório de apendicite grau III. No inventário da cavidade foi observado um divertículo no intestino delgado, a 30 cm da válvula ileocecal. O TIPO DE DIVERTÍCULO E A CONDUTA SÃO:

- A. Verdadeiro; ressecção imediata.
- B. Adquirido; invaginação cirúrgica.
- C. Congênito; ressecção posterior se necessário. ✓**
- D. Falso; ressecção imediata.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Divertículo solitário de intestino delgado a cerca de 30 cm da válvula ileocecal, achado incidental durante apendicectomia, é divertículo de Meckel. Ele resulta da persistência do ducto onfalomesentérico, ou seja, é uma malformação congênita — e por conter todas as camadas da parede intestinal também é classificado como divertículo verdadeiro. O ponto decisivo da questão é a conduta: a apendicite grau III significa cavidade contaminada, com processo inflamatório e purulento, cenário em que abrir o intestino delgado para ressecar um divertículo assintomático aumenta o risco de fístula e de abscesso sem benefício comprovado. Por isso, diante de Meckel incidental em campo contaminado, a conduta é não ressecar, deixando a ressecção para um segundo tempo apenas se houver indicação, como sangramento, obstrução, diverticulite ou base estreita em paciente jovem. A alternativa a acerta a natureza histológica (verdadeiro) mas erra ao propor ressecção imediata nesse contexto séptico. A alternativa d erra duas vezes: falso é o divertículo adquirido por pulsão, que contém apenas mucosa e submucosa, e a ressecção imediata continua contraindicada. A alternativa b classifica como adquirido, o que contraria a origem embriológica, e propõe invaginação cirúrgica, técnica sem respaldo aqui. Resposta C

**QUESTÃO 26 — Gabarito D**

Mulher, 77a, procura atendimento médico por apresentar dor abdominal difusa, uma hora após as refeições, de forte intensidade, tipo aperto, há 40 dias, com melhora espontânea. Hoje, três horas após almoço iniciou dor persistente e de maior intensidade, fazendo-a procurar Pronto Socorro. Nega alterações do hábito intestinal e urinário. Antecedentes Pessoais: dislipidemia; tabagismo= 27 anos/maço; revascularização do membro inferior direito há dois anos; em uso de cilostazol, sinvastatina e AAS diário. Exame físico: descorada +/-4, hidratada, afebril, PA= 123x76 mmHg, FC= 95 bpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 93%; abdome: plano, normotenso, sem distensão, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação sem visceromegalia e sem irritação peritoneal. O EXAME PARA CONFIRMAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Cintilografia com hemácias marcadas.
- B. Endoscopia digestiva alta.
- C. Ultrassonografia de abdome superior.

**D. Angiotomografia de abdome. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor abdominal desencadeada pela alimentação, de forte intensidade, iniciada cerca de uma hora após as refeições e com alívio espontâneo, arrastada por 40 dias, em idosa com dislipidemia, tabagismo pesado e revascularização prévia de membro inferior, é angina mesentérica: isquemia mesentérica crônica por aterosclerose das artérias esplâncnicas, hoje agudizada em dor persistente e de maior intensidade. Sustenta o raciocínio a doença aterosclerótica difusa já documentada em outro território, e o achado semiológico clássico da fase inicial da isquemia aguda é a dor desproporcional ao exame físico — abdome plano, sem distensão, com peristalse presente e sem irritação peritoneal, exatamente o descrito. O exame que confirma é a angiotomografia de abdome, que mostra a estenose ou a oclusão do tronco celíaco e da mesentérica superior e avalia alças e sinais de sofrimento intestinal. A alternativa a, cintilografia com hemácias marcadas, investiga sangramento digestivo obscuro, e a paciente não tem exteriorização de sangue nem alteração do hábito intestinal. A alternativa b, endoscopia digestiva alta, é a escolha para dor epigástrica de origem péptica, mas não avalia a circulação mesentérica. A alternativa c, ultrassonografia de abdome superior, contemplaria colelitíase, diferencial de dor pós-prandial, porém não é o exame confirmatório da hipótese vascular formulada. Resposta D

**QUESTÃO 27 — Gabarito C**

Mulher, 43a, procura o Pronto Socorro com queixa de dor epigástrica de forte intensidade, irradiada para o dorso, acompanhada de náusea, vômitos e perda de apetite há dois dias. Realizada hidratação e medicamentos sintomáticos endovenosos, com melhora dos sintomas. Exame físico: FC= 96 bpm, FR= 16 irpm, PA= 125x72 mmHg, T= 36,5°C; Abdome: plano, normotenso, doloroso à palpação profunda em epigástrio e descompressão brusca dolorosa ausente. Amilase= 1.123 U/L, Lipase= 867 U/L e leucometria= 16.400/mm<sup>3</sup>. O EXAME PARA CONFIRMAÇÃO DA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Tomografia de abdome sem contraste.
- B. Endoscopia digestiva alta.
- C. Ultrassonografia de abdome superior. ✓**
- D. Dosagens seriadas de amilase e lipase.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O diagnóstico de pancreatite aguda já está fechado à beira do leito pelos critérios de Atlanta revisados: bastam dois de três, e a paciente preenche dois — dor epigástrica intensa com irradiação para o dorso e amilase e lipase acima de três vezes o limite superior da normalidade. O que falta, e é o que a questão pergunta, é confirmar a etiologia. Em mulher de 43 anos sem relato de etilismo, a causa mais provável é biliar, responsável por cerca de 40 a 50 por cento dos casos, e o exame indicado a todo paciente com pancreatite aguda logo na admissão é a ultrassonografia de abdome superior, que identifica cálculos na vesícula, lama biliar e dilatação de vias biliares, definindo a necessidade de colangiopancreatografia e de colecistectomia na mesma internação. A alternativa a propõe tomografia sem contraste, que não é exame de confirmação inicial: a tomografia é reservada para dúvida diagnóstica ou para estadiar necrose, e nesse caso deve ser contrastada e feita após 48 a 72 horas, pois antes disso subestima a necrose. A alternativa b, endoscopia digestiva alta, investiga doença péptica e não tem papel na confirmação etiológica aqui. A alternativa d erra ao propor dosagens seriadas de amilase e lipase: as enzimas não se correlacionam com gravidade nem com prognóstico e repeti-las não acrescenta informação. Resposta C

**QUESTÃO 28 — Gabarito B**

Homem 18a, procurou Pronto Socorro com dor abdominal que se iniciou em região epigástrica e posteriormente migrou para fossa ilíaca direita, acompanhada de anorexia, há um dia. Nega comorbidades. Exame físico: PA= 114x76 mmHg, FC= 76 bpm, FR =15 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 99%, T= 36,7°C. PARA A INDICAÇÃO CIRÚRGICA É NECESSÁRIO:

- A. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda.
- B. Dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita. ✓**
- C. Realização de tomografia computadorizada de abdome.
- D. Realização de ultrassonografia de abdome total.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem jovem com dor que começa no epigástrio e migra para a fossa ilíaca direita, com anorexia e menos de 24 horas de evolução: é apendicite aguda até prova em contrário, e a questão cobra que o diagnóstico — e portanto a indicação cirúrgica — é clínico. A dor à descompressão brusca em fossa ilíaca direita (sinal de Blumberg) traduz irritação peritoneal no ponto de McBurney e, somada à história clássica de migração e anorexia, fecha o diagnóstico com acurácia alta o bastante para levar o paciente à sala sem nenhum exame complementar; é exatamente esse achado que compõe os escores clínicos (Alvarado, AIR) no domínio de maior peso. A leucocitose com desvio à esquerda é apoio, não requisito: falta em parte dos casos, sobretudo nas primeiras horas, e hemograma normal não desautoriza a cirurgia. A tomografia de abdome tem ótimo desempenho, mas está reservada a apresentações atípicas, extremos de idade ou dúvida diagnóstica, e exigi-la de rotina só atrasa a operação e expõe o jovem à radiação. A ultrassonografia tem o mesmo papel de resgate diagnóstico, é operador-dependente e se justifica sobretudo em crianças, mulheres em idade fértil e gestantes, cenários que não são o deste paciente. Resposta B

**QUESTÃO 29 — Gabarito B**

Menina, 3 meses, é trazida para Unidade de Emergência por choro incoercível e inchaço em região das virilhas. Exame físico: abaulamento irreduzível bilateralmente em região inguinal. A ESTRUTURA MAIS PROVÁVEL PRESENTE NO ABAULAMENTO É:

A. Intestino delgado.

**B. Ovário. ✓**

C. Cólon.

D. Epíplon.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 3 meses do sexo feminino com abaulamento inguinal bilateral irreduzível e choro incoercível tem hérnia inguinal indireta encarcerada, consequência da persistência do processo vaginal (canal de Nuck, na menina). A pergunta é sobre o conteúdo do saco herniário, e nas meninas lactentes a estrutura que mais frequentemente se insinua e encarcera é o ovário, muitas vezes acompanhado da tuba uterina: o ovário é móvel, tem ligamento redondo guiando-o para o canal, e nessa faixa etária é justamente o achado clássico do abaulamento inguinal firme, irreduzível e frequentemente bilateral, com risco de torção e infarto ovariano — daí a urgência da correção. O intestino delgado é o conteúdo mais comum das hérnias inguinais encarceradas em meninos e em adultos, mas não é o esperado na lactente. O cólon é conteúdo raro nessa idade, por sua fixação retroperitoneal e menor mobilidade. O epíplon é conteúdo habitual de hérnias em adultos, mas no lactente o omento maior ainda é pouco desenvolvido e curto, o que torna sua herniação improvável aos 3 meses.

Resposta B

**QUESTÃO 30 — Gabarito D**

Menino, 7 meses, chega a enfermaria no pós operatório imediato de cirurgia para correção de intussuscepção intestinal, com ressecção de 30 cm de intestino delgado e da válvula ileocecal. EM DECORRÊNCIA DESTA RESSECÇÃO O PACIENTE PODERÁ DESENVOLVER:

A. Raquitismo.

B. Escorbuto.

C. Anemia ferropriva.

**D. Anemia megaloblástica. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso cobra as consequências nutricionais da ressecção do íleo terminal associada à retirada da válvula ileocecal em um lactente. O íleo terminal é o único sítio de absorção do complexo fator intrínseco-vitamina B12 e também da reabsorção dos sais biliares; sua perda leva à deficiência de cobalamina, que se expressa como anemia macrocítica megaloblástica, agravada pelo supercrescimento bacteriano do delgado que a ausência da válvula ileocecal favorece, já que as bactérias colônicas refluem e consomem a B12 disponível. O raquitismo depende de deficiência de vitamina D e de má absorção significativa de gorduras, esperada em síndrome do intestino curto extensa, não em ressecção de 30 cm com cólon preservado. O escorbuto decorre de carência de vitamina C, hidrossolúvel e absorvida no delgado proximal, região poupada nessa cirurgia, e depende de ingestão inadequada prolongada. A anemia ferropriva não é o esperado porque o ferro é absorvido no duodeno e no jejuno proximal, segmentos íntegros no paciente. Resposta D

**QUESTÃO 31 — Gabarito B**

A CONDUTA PARA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA FEMORO-POPLÍTEA É:

- A. Vasodilatador e meia de compressão.
- B. Anticoagulante e elevação do membro. ✓**
- C. Flebografia para realização de trombectomia.
- D. Repouso e ácido acetilsalicílico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão trata do princípio terapêutico da trombose venosa profunda de território fêmoro-poplíteo, isto é, TVP proximal, cujo risco maior é a embolia pulmonar e, a médio prazo, a síndrome pós-trombótica. O tratamento é a anticoagulação plena — heparina de baixo peso molecular seguida de antagonista da vitamina K ou, hoje, um anticoagulante oral direto — associada a medidas de suporte como elevação do membro, analgesia e compressão elástica, que aliviam edema e dor sem substituir a droga. Vasodilatador não tem papel algum: o problema é obstrução venosa por trombo de fibrina, não vasoconstrição arterial, e a meia sozinha não previne embolia. Flebografia para trombectomia não é conduta de rotina; estratégias de remoção do trombo, farmacomecânicas ou cirúrgicas, ficam reservadas a casos selecionados, sobretudo flegmasia cerúlea dolens e TVP iliofemoral extensa com ameaça ao membro. Repouso com ácido acetilsalicílico é inadequado porque o antiagregante plaquetário tem eficácia muito inferior à anticoagulação no trombo venoso, e o repouso prolongado não traz benefício — a deambulação precoce sob anticoagulação é hoje recomendada. Resposta B

**QUESTÃO 32 — Gabarito A**

EM QUAL DAS SITUAÇÕES ABAIXO ESTÁ SEMPRE INDICADA A CORREÇÃO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL:

- A. Em aneurisma sintomático com 4,5 cm de diâmetro. ✓**
- B. Em aneurisma justa-renal.
- C. Quando houver trombos murais.
- D. Em pacientes com hipertensão arterial.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta é sobre a indicação de correção do aneurisma de aorta abdominal, decisão que se apoia em três gatilhos: diâmetro acima do limiar (cerca de 5,5 cm no homem e 5,0 cm na mulher), crescimento rápido (superior a 0,5 cm em seis meses ou 1 cm por ano) e, sobretudo, a presença de sintomas. Aneurisma sintomático — dor abdominal ou lombar, dor à palpação da massa pulsátil, embolização distal — indica instabilidade da parede e risco iminente de ruptura, e por isso a correção está indicada independentemente do diâmetro, inclusive com 4,5 cm, que é a situação descrita na alternativa. A localização justa-renal não é critério de indicação: ela apenas define a estratégia técnica, exigindo endoprótese fenestrada ou abordagem aberta com clampeamento suprarrenal. Trombo mural é achado corriqueiro nos aneurismas e, isoladamente, não altera o risco de ruptura nem antecipa a cirurgia. Hipertensão arterial é fator de risco para formação e expansão do aneurisma e deve ser tratada clinicamente, mas não é, por si, indicação de correção. Resposta A

**QUESTÃO 33 — Gabarito B**

Lactente, 18m, sofreu trauma na face. Exame físico: Escala de Coma de Glasgow= 15; face: ferimento cortocontuso perilabial. A conduta é de sutura simples. A DROGA INDICADA PARA SEDOANALGESIA PARA O PROCEDIMENTO É:

- A. Midazolam.
- B. Cetamina. ✓**
- C. Meperidina.
- D. Propofol.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 18 meses com Glasgow 15 e ferimento cortocontuso perilabial que exige sutura: é o cenário clássico de sedação e analgesia para procedimento doloroso, curto e fora do centro cirúrgico. A cetamina é a droga de escolha porque produz sedação dissociativa com analgesia potente, mantém o drive respiratório e os reflexos protetores de via aérea e preserva a estabilidade hemodinâmica, combinação que nenhum dos outros fármacos oferece — exatamente o perfil desejado em criança pequena que precisa ficar imóvel e sem dor durante a sutura. O midazolam é ansiolítico, sedativo e amnésico, mas não tem qualquer efeito analgésico, de modo que a criança continuaria sentindo a agulha. A meperidina é opioide com analgesia, porém sedação insuficiente para o procedimento, e caiu em desuso pelo acúmulo do metabólito normeperidina, neurotóxico e convulsivante. O propofol é hipnótico sem analgesia, com depressão respiratória e hipotensão dose-dependentes, exigindo estrutura de manejo avançado de via aérea, o que o torna inadequado como escolha inicial nesse contexto. Resposta B

**QUESTÃO 34 — Gabarito D**

O Teste do Reflexo Vermelho é uma ferramenta de alta sensibilidade para o rastreamento de alterações oculares com risco de causar ambliopia ou deficiência visual. O TESTE DEVE SER REALIZADO:

- A. Uma única vez antes da alta da maternidade.
- B. Antes da alta da maternidade e uma vez ao ano até cinco anos de vida.
- C. Antes da alta da maternidade e uma vez ao ano, nos dois primeiros anos de vida.
- D. Antes da alta da maternidade e três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O teste do reflexo vermelho, ou teste do olhinho, é um rastreamento simples feito com oftalmoscópio direto que busca opacidades do eixo visual capazes de levar à ambliopia irreversível ou à cegueira — catarata congênita, glaucoma congênito, retinoblastoma, retinopatia da prematuridade e outras alterações do segmento posterior. O ponto cobrado é a periodicidade: além da realização obrigatória na maternidade, antes da alta, a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria é repeti-lo três vezes ao ano nos três primeiros anos de vida, período de maior plasticidade do desenvolvimento visual e, portanto, de maior risco de ambliopia se a opacidade passar despercebida. Fazer o exame uma única vez antes da alta é insuficiente, porque doenças como o retinoblastoma e a catarata podem se manifestar meses depois do nascimento. Repetir uma vez ao ano até os cinco anos amplia a duração, mas a frequência anual é rala demais para o intervalo crítico. Repetir uma vez ao ano nos dois primeiros anos falha nos dois eixos, frequência e duração do seguimento. Resposta D

**QUESTÃO 36 — Gabarito C**

Menina, 5a, chega à Unidade de Emergência em crise convulsiva tônico-clônica generalizada há cerca de 10 minutos segundo os pais. Antecedente pessoal: epilepsia em uso de ácido valpróico. Na sala de emergência, colocado cateter de O<sub>2</sub>, e não conseguido acesso venoso. A MELHOR ALTERNATIVA PARA A MEDICAÇÃO INICIAL É

- A. Fenitoína; via retal.
- B. Fenobarbital; via intranasal.
- C. Midazolam; via intramuscular. ✓**
- D. Diazepam; via oral.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Criança epilética com crise tônico-clônica generalizada por cerca de dez minutos já preenche o critério operacional de estado de mal epilético, que se define a partir de cinco minutos de crise contínua e exige tratamento imediato. A primeira linha são os benzodiazepínicos, e o obstáculo do caso é a falta de acesso venoso: nessa situação, o midazolam intramuscular é a melhor escolha, com absorção rápida e confiável, eficácia comparável ao lorazepam endovenoso e sem dependência de punção — as vias bucal e intranasal do próprio midazolam são as demais alternativas válidas. A fenitoína é droga de segunda linha, usada após a falha do benzodiazepínico, e não tem absorção retal confiável, além do risco de irritação tecidual. O fenobarbital também é agente de segunda linha e é formulado para uso endovenoso ou intramuscular, não havendo apresentação intranasal com absorção previsível. O diazepam por via oral é inadequado e perigoso em paciente convulsivando, pelo risco de aspiração e pela absorção lenta demais para o objetivo de abortar a crise; a via retal é que seria a alternativa aceitável para esse fármaco. Resposta C

**QUESTÃO 37 — Gabarito D**

Lactente, 3m, é trazida pelos familiares inconsciente, em apneia e hipotônica. PARA AVALIAÇÃO DE PARADA CARDIORESPIRATÓRIA, O PULSO A SER EXAMINADO É:

- A. Carotídeo.
- B. Pedioso.
- C. Radial.
- D. Braquial. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 3 meses inconsciente, apneico e hipotônico exige checagem de pulso central em até dez segundos, simultânea à avaliação da respiração, para decidir sobre o início das compressões torácicas. Em lactentes, isto é, menores de um ano, o pulso recomendado é o braquial, palpado na face medial do braço entre o cotovelo e o ombro, pela facilidade de acesso e pela confiabilidade nessa faixa etária; o femoral é a alternativa aceita. Vale lembrar a regra que decorre disso: ausência de pulso, ou pulso presente com frequência abaixo de 60 batimentos por minuto acompanhada de sinais de má perfusão, obriga a iniciar compressões. O pulso carotídeo é o de escolha em crianças maiores de um ano e em adultos, mas o pescoço curto e a gordura cervical do lactente tornam sua palpação imprecisa e arriscada. O pedioso é periférico, desaparece precocemente na hipoperfusão e não serve para essa decisão. O radial tem o mesmo problema, agravado pelo pequeno calibre do vaso e pela vasoconstrição do estado de choque. Resposta D

**QUESTÃO 38 — Gabarito D**

Recém-nascido a termo foi submetido ao teste de triagem de cardiopatia congênita com 48 horas de vida. Os valores de saturação de oxigênio encontrados no membro superior direito e no membro inferior esquerdo foram 93%. Exame físico: FR= 52irpm, FC= 147bpm, Pulmões: murmúrio vesicular simétrico bilateralmente, coração: Bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. A CONDUTA É:

- A. Realizar ecocardiografia.
- B. Ofertar suplementação de oxigênio por cateter nasal 1L/minuto.
- C. Medir a saturação de oxigênio no membro inferior direito.

**D. Repetir o teste após uma hora. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se do teste de triagem neonatal para cardiopatia congênita crítica, o teste do coraçãozinho, feito entre 24 e 48 horas de vida com oximetria pré-ductal, no membro superior direito, e pós-ductal, em um dos membros inferiores. O resultado é normal quando ambas as saturações são iguais ou maiores que 95% e a diferença entre elas é menor que 3%. Aqui as duas medidas foram de 93%, portanto abaixo do ponto de corte, e o protocolo determina que o teste seja repetido após uma hora antes de qualquer outra medida — parte dos recém-nascidos ainda está em transição circulatória e normaliza na reaferição, o que evita exames desnecessários em um bebê que está assintomático, eupneico, com frequência cardíaca normal e sem sopros. A ecocardiografia é o passo seguinte apenas se a reaferição confirmar a alteração, quando deve ser feita em até 24 horas. Ofertar oxigênio por cateter não é conduta diagnóstica, mascara a saturação e não se justifica em recém-nascido sem desconforto. Medir a saturação no membro inferior direito não acrescenta nada, porque o teste é padronizado em membro superior direito e um dos membros inferiores. Resposta D

**QUESTÃO 39 — Gabarito A**

Menina, 12a, estatura abaixo do percentil 3 e cresceu 6,5 cm nos últimos três anos, com idade óssea de 11 anos e nega menarca. Nega uso de medicamentos, refere alimentação saudável e atividade física. Exame físico: estadió puberal de Tanner= M1P1 sem outras alterações. O QUE JUSTIFICA A INVESTIGAÇÃO DA ESTATURA NESTE CASO É:

**A. Velocidade de crescimento. ✓**

- B. Estadió Puberal de Tanner.
- C. Idade óssea.
- D. Ausência de menarca.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão pede o critério que transforma uma estatura baixa em baixa estatura a investigar. A menina cresceu 6,5 cm em três anos, ou seja, pouco mais de 2 cm por ano, quando o esperado para uma pré-púbere dessa faixa é ao redor de 5 a 6 cm por ano. Velocidade de crescimento reduzida é o dado de maior valor semiológico em auxologia: ela indica processo ativo — endocrinopatia como hipotireoidismo ou deficiência de hormônio de crescimento, doença crônica, doença celíaca, síndrome de Turner — e é justamente o que diferencia a criança doente daquela com baixa estatura constitucional ou familiar, que cresce lentamente porém em canal estável. O estágio de Tanner M1P1 aos 12 anos ainda não caracteriza atraso puberal, definido pela ausência de telarca aos 13 anos, e por si só não justificaria a investigação. A idade óssea de 11 anos em uma menina de 12 representa atraso discreto e é achado comum e inespecífico, além de fazer parte da avaliação e não do gatilho dela. A ausência de menarca aos 12 anos é normal, já que a amenorreia primária só se investiga aos 15 anos ou três anos após a telarca. Resposta A

**QUESTÃO 41 — Gabarito C**

Menino, 40 dias, em aleitamento materno exclusivo, tem diagnóstico de galactosemia, confirmado pela dosagem enzimática da galactose-1-fosfato uridil transferase (GALT). A ORIENTAÇÃO ALIMENTAR BASEADA NO DIAGNÓSTICO É:

- A. Leite materno exclusivo.
- B. Fórmula infantil de seguimento.
- C. Fórmula de soja. ✓**
- D. Fórmula infantil de partida.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 40 dias com galactosemia clássica confirmada por dosagem da galactose-1-fosfato uridil transferase tem bloqueio da via de Leloir, com acúmulo de galactose-1-fosfato e galactitol nos tecidos, responsáveis por hepatopatia, catarata, sepse por *Escherichia coli* e lesão neurológica. O tratamento é exclusivamente dietético e deve ser imediato: retirar toda fonte de galactose, o que significa suspender qualquer leite, já que a lactose é o dissacarídeo glicose mais galactose. A fórmula à base de proteína isolada de soja é a opção terapêutica padrão, por ser isenta de lactose e de galactose livre, permitindo nutrição adequada nessa idade. O leite materno exclusivo está formalmente contraindicado, ainda que seja o padrão-ouro em qualquer outro contexto, porque é rico em lactose e manteria o acúmulo tóxico. A fórmula infantil de seguimento é derivada do leite de vaca, contém lactose e, além disso, só estaria indicada a partir dos seis meses. A fórmula infantil de partida também é à base de leite de vaca e, portanto, igualmente proibida nesse diagnóstico. Resposta C

**QUESTÃO 42 — Gabarito A**

Menino, 4a, é trazido à Unidade Básica de Saúde para atualização do calendário vacinal. Faz uso regular de prednisona e ciclosporina há dois anos para tratamento de síndrome nefrótica. Traz carteira vacinal atualizada até os 15 meses. QUAIS VACINAS ESTÃO CONTRAINDICADAS NESSE MOMENTO?

- A. Varicela e febre amarela. ✓**
- B. VOP e DPT.
- C. Febre amarela e DPT.
- D. Tríplice viral e DTPa.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a regra de imunização em criança imunossuprimida: prednisona em dose imunossupressora associada a ciclosporina, por dois anos, contraindica vacinas de vírus ou bactérias vivos atenuados, porque há risco de doença vacinal disseminada. As vacinas inativadas ou de componentes (DTP/DTPa, pneumocócica, meningocócica, hepatite, influenza injetável) permanecem indicadas — podem ter resposta imune reduzida, mas nunca são proibidas. Entre as pendências de um menino de 4 anos com carteira parada aos 15 meses, as duas vacinas que reúnem microrganismo vivo e devem ser adiadas são varicela e febre amarela, exatamente o par da alternativa oficial. A conduta prática é discutir com o nefrologista a suspensão temporária ou a redução da imunossupressão e vacinar em janela adequada, além de proteger o paciente pela imunização dos contatos domiciliares. A alternativa b erra porque, embora a VOP seja de fato viva atenuada e contraindicada (substitui-se por VIP), a DPT é inativada e pode ser aplicada, o que invalida o par. A alternativa c comete o mesmo erro ao juntar febre amarela, corretamente contraindicada, com a DPT, que é permitida. A alternativa d acerta ao citar a tríplice viral, também viva, mas erra ao incluir a DTPa, vacina acelular inativada, sem qualquer restrição nesse paciente. Resposta A

**QUESTÃO 43 — Gabarito C**

Menino, 1a, é trazido à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura. Mãe refere que o filho recusa muito os alimentos e, quando come, aceita muito pouco. Nega vômitos, uso de medicamentos. Hábito intestinal: uma evacuação com fezes endurecidas a cada quatro dias. Nega controle esfinteriano. Exame físico: bom estado geral, corado, IMC percentil 3 para a idade; abdome: globoso, flácido, indolor a palpação. O SINAL DE ALARME A SER CONSIDERADO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL É

- A. Recusa alimentar.
- B. Saciedade precoce.
- C. Retardo de crescimento. ✓**
- D. Incontinência retentiva.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso discute quando uma constipação intestinal deixa de ser rotulada como funcional e passa a exigir investigação de causa orgânica. A criança tem 1 ano, evacuações endurecidas a cada quatro dias e, sobretudo, IMC no percentil 3 — ou seja, comprometimento do estado nutricional e do crescimento. Falha de crescimento é um dos sinais de alarme clássicos das diretrizes de constipação (NASPGHAN/ESPGHAN, complementando os critérios de Roma IV), ao lado de início antes de um mês de vida, atraso na eliminação do mecônio, fezes em fita, sangue sem fissura, vômitos biliosos, distensão abdominal importante, febre e alterações da região lombossacra e do exame anorretal. É o achado que obriga a pensar em doença de Hirschsprung, doença celíaca, hipotireoidismo, alergia à proteína do leite de vaca e fibrose cística, e não em constipação funcional simples. A recusa alimentar da alternativa a é queixa extremamente comum nessa faixa etária e ocorre na própria constipação funcional por desconforto abdominal, sem valor discriminativo. A saciedade precoce da alternativa b tem a mesma limitação: é inespecífica e frequentemente secundária à retenção fecal. A incontinência retentiva da alternativa d é justamente a marca da constipação funcional com escape fecal e, além disso, não é aplicável a uma criança que ainda não adquiriu controle esfinteriano. Resposta C

**QUESTÃO 44 — Gabarito C**

Lactente, 13m, interna na Enfermaria de Pediatria com história de cansaço há três dias. Nega episódios de engasgo ou cianose. Antecedente pessoal: terceira internação nos últimos oito meses por quadro semelhante, em todos fez uso de antibioticoterapia e inalação com beta2-agonista; vacinação atualizada. Exame físico: Bom estado geral, FC= 110bpm, FR= 39irpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 95%; pulmões: murmúrio vesicular: presente diminuído em base direita, anteriormente. Radiograma de tórax: opacidade homogênea em topografia de lobo médio, com adenomegalia peri-hilar ipsilateral. Radiogramas de tórax das internações anteriores com imagens semelhantes. O EXAME A SER REALIZADO COM OBJETIVO DE IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO É:

- A. Sorologia para *Mycoplasma pneumoniae*.
- B. Cultura para *Bordetella pertussis*.
- C. Pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* em lavado gástrico. ✓**
- D. Sorologia para *Chlamydophila pneumoniae*.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O ponto da questão é reconhecer que pneumonia que se repete sempre no mesmo lobo, com adenomegalia hilar ipsilateral e radiogramas anteriores idênticos, não é pneumonia bacteriana de repetição: é obstrução brônquica por linfonodo, padrão típico da tuberculose primária na criança pequena (complexo primário com colapso-consolidação, a chamada epituberculose). O lactente de 13 meses melhora parcialmente com antibiótico e broncodilatador, mas a imagem nunca desaparece, e a ausência de engasgo ou cianose afasta corpo estranho. Como criança pequena não expectora e engole a secreção, o método padrão para identificar o agente é a pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* (baciloscopia, cultura e teste molecular rápido) no lavado gástrico, colhido em três manhãs consecutivas em jejum — daí a alternativa oficial. A alternativa a erra porque *Mycoplasma pneumoniae* acomete sobretudo escolares e adolescentes, cursa com infiltrado intersticial difuso e não produz adenomegalia hilar nem recorrência fixa no mesmo lobo. A alternativa b não se sustenta: coqueluche dá tosse paroxística com guincho e vômito pós-tussígeno, hemograma com linfocitose e infiltrado peri-hilar em 'coração felpudo', além de a vacinação estar em dia e a cultura de nasofaringe ter janela restrita às primeiras semanas. A alternativa d repete o erro das atípicas — *Chlamydophila pneumoniae* é agente de crianças maiores e não explica adenomegalia com atelectasia persistente. Resposta C

**QUESTÃO 45 — Gabarito A**

Menino, 16 m, interna na Enfermaria de Pediatria com história de febre há seis dias e dor a mobilização do joelho direito há quatro dias. Nega trauma e comorbidades. Por opção familiar não recebeu nenhuma vacina do Programa Nacional de Imunização. Exame físico: Regular estado geral, FC= 102 bpm, FR= 22 irpm, perfusão 3 segundos, PA= 87x52 mmHg, T= 39°C; joelho direito com bloqueio articular, hiperemia e calor local. Coletado exames e iniciado antibioticoterapia de amplo espectro. O laboratório de microbiologia informa 8 horas após a coleta de hemocultura crescimento de cocobacilo gram negativo pleomórfico. A BACTÉRIA DESCRITA É:

- A. *Haemophilus influenzae* tipo B. ✓**
- B. *Staphylococcus aureus*.
- C. *Streptococcus pneumoniae*.
- D. *Salmonella* spp.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A vinheta reúne artrite séptica de joelho em lactente de 16 meses completamente não vacinado, com febre, bloqueio articular, calor e hiperemia, e a chave está na descrição microbiológica: cocobacilo gram-negativo pleomórfico crescendo em hemocultura. Essa morfologia, num paciente sem nenhuma dose do Programa Nacional de Imunizações, aponta diretamente para *Haemophilus influenzae* tipo b, agente que voltou a ser raro no Brasil justamente por causa da vacina conjugada oferecida na pentavalente aos 2, 4 e 6 meses, e que causa meningite, epigloteite, celulite periorbitária, pneumonia e artrite séptica no menor de 2 anos suscetível. O crescimento exige meio enriquecido com fatores X e V, o que reforça o raciocínio. A alternativa b é o agente mais frequente de artrite séptica em geral, mas *Staphylococcus aureus* é coco gram-positivo agrupado em cachos, incompatível com a descrição do laboratório. A alternativa c também não fecha com a morfologia: *Streptococcus pneumoniae* é diplococo gram-positivo lanceolado, ainda que a ausência de vacina o torne plausível clinicamente. A alternativa d descreve bacilo gram-negativo, não cocobacilo pleomórfico, e *Salmonella* como causa de osteoartrite é típica de crianças com doença falciforme, antecedente ausente aqui. Resposta A

**QUESTÃO 46 — Gabarito B**

Menina 9a, é trazida para consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. Mãe está muito preocupada com as crises de asma. Mãe conta que a filha tosse quando treina natação e que acorda toda manhã com obstrução e prurido nasal. No último ano apresentou seis episódios de asma com necessidade de ir ao Pronto Socorro, sendo a última há três semanas, quando ficou internada por três dias. Antecedentes pessoais: os quadros iniciaram aos dois anos de idade. Medicamentos em uso: Beta2-agonista de curta duração nas crises de falta de ar e formoterol 12mcg associado à budesonida 200mcg duas vezes ao dia, com uso irregular. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:

- A. Asma moderada não controlada; introduzir anti-leucotrieno, orientar adesão e técnica inalatória e retorno em três meses.
- B. Asma grave não controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas. ✓**
- C. Asma grave controlada; otimizar o tratamento da rinite alérgica, prescrever dipropionato de beclometasona 200 mcg spray oral a cada 12 horas e retorno em dois meses.
- D. Asma moderada controlada; introduzir prednisona 20mg/dia em dias alternados, orientar adesão e técnica inalatória, manter medicação profilática, retorno em quatro semanas.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de asma persistente mal controlada em escolar de 9 anos com rinite alérgica associada. O controle se avalia pelos sintomas e pelo risco futuro: tosse ao exercício, obstrução e prurido nasal diários, seis exacerbações com ida ao pronto-socorro no último ano e uma internação há três semanas configuram asma não controlada, sem qualquer margem para dúvida. Já a gravidade, pelo GINA, é definida retrospectivamente pela intensidade de tratamento necessária para controlar a doença — a paciente já está em corticoide inalatório associado a formoterol duas vezes ao dia, etapa alta de tratamento, e mesmo assim exacerba e interna, o que caracteriza asma grave. A conduta correta antes de qualquer escalonamento é o básico bem feito: checar e corrigir adesão (o uso é irregular), rever técnica inalatória, tratar a comorbidade que perpetua a inflamação de via aérea (a rinite alérgica), manter a medicação profilática e reavaliar em quatro semanas, prazo compatível com quem internou recentemente. A alternativa a subestima a gravidade, aposta em antileucotrieno como solução e marca retorno em três meses, intervalo inaceitável nesse risco. A alternativa c chama de controlada uma paciente com internação recente e ainda promove verdadeiro descalonamento, trocando a associação com formoterol por beclometasona isolada. A alternativa d também classifica erroneamente como moderada e introduz corticoide oral em dias alternados, opção de exceção que jamais precede a correção de adesão, técnica e comorbidades. Resposta B

**QUESTÃO 47 — Gabarito B**

Lactente, 2m, chega a Unidade de Emergência Pediátrica com crise convulsiva tônico-clônica generalizada controlada com uma dose de diazepam. Mãe conta que a criança está irritada há oito dias e mais sonolenta nos últimos dois dias. Exame físico: Regular do estado geral, FR= 40irpm, FC= 145bpm; pulmões: murmúrio vesicular simétrico bilateralmente, neurológico: paralisia de sexto par craniano. Tomografia de crânio com contraste: hidrocefalia acentuada e impregnação dos vasos da base. Líquor: Leucócitos= 450/mm<sup>3</sup> (72% linfócitos, 38% neutrófilo), proteína= 523mg/dL, glicose= 22mg/dL; glicemia= 68mg/dL. O AGENTE ETIOLÓGICO É:

- A. Haemophilus influenzae tipo B.
- B. Mycobacterium tuberculosis. ✓**
- C. Aspergillus fumigatus.
- D. Escherichia coli.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de meningite subaguda com hipertensão intracraniana: lactente de 2 meses com irritabilidade arrastada por oito dias, rebaixamento progressivo, crise convulsiva e paralisia do sexto par craniano, sinal falso-localizatório clássico da hipertensão intracraniana. A tomografia mostra hidrocefalia e impregnação dos vasos da base, tradução do exsudato inflamatório basal, e o líquido tem a assinatura completa da forma tuberculosa: pleocitose de predomínio linfocitário, hiperproteinoorraquia acentuada (523 mg/dL) e hipoglicorraquia importante (22 mg/dL para glicemia de 68, relação abaixo de 0,4). Esse conjunto — evolução em semanas, exsudato basal, hidrocefalia comunicante, acometimento de nervos cranianos e líquido linfocitário com glicose baixa e proteína muito alta — define meningoencefalite por Mycobacterium tuberculosis, e o tratamento deve ser iniciado empiricamente, sem esperar a cultura, associado a corticoide. A alternativa a não se sustenta porque Haemophilus influenzae tipo b provoca meningite aguda, de horas a poucos dias, com líquido purulento e predomínio de neutrófilos. A alternativa c é agente de imunodeprimidos graves e neutropênicos, causando lesões angioinvasivas com infarto e abscesso, não exsudato basal com esse perfil líquido. A alternativa d tem o mesmo problema da a: Escherichia coli é causa de meningite neonatal bacteriana aguda, com neutrofilia e curso fulminante, incompatível com oito dias de sintomas e líquido linfocitário. Resposta B

**QUESTÃO 48 — Gabarito B**

Menina, 10a, é trazida pela mãe a Unidade de Emergência, referindo que a filha está sonolenta e apresentou cinco episódios de vômitos após queda da beliche há quatro horas. Exame físico: FC= 56bpm, FR= 12irpm, PA= 144x92mmHg, Escala de Coma de Glasgow= 13. Tomografia de Crânio sem contraste:

- A. Hematoma epidural; sem hipertensão intracraniana.
- B. Hematoma epidural; com hipertensão intracraniana. ✓**
- C. Hematoma subdural; com hipertensão intracraniana.
- D. Hematoma subdural; sem hipertensão intracraniana.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa o reconhecimento de hipertensão intracraniana descompensada após traumatismo cranioencefálico. Mesmo sem a imagem, os dados clínicos são inequívocos: menina de 10 anos que caiu da beliche há quatro horas, evoluiu com sonolência, vômitos repetidos e Glasgow 13, e apresenta a tríade de Cushing completa — hipertensão arterial (144x92 mmHg), bradicardia (56 bpm) e bradipneia (12 irpm). Essa tríade é resposta reflexa à elevação da pressão intracraniana com queda da pressão de perfusão cerebral e indica risco iminente de herniação, exigindo medidas imediatas de neuroproteção e drenagem cirúrgica de urgência. O tipo de coleção, definido pela tomografia da prova, é o hematoma extradural, coerente com o mecanismo: trauma de impacto com sangramento arterial, geralmente da artéria meníngea média, em criança previamente hígida, com deterioração em poucas horas após o evento. A alternativa a acerta o hematoma, mas nega a hipertensão intracraniana justamente diante da tríade de Cushing e do rebaixamento de consciência. A alternativa c erra a coleção: o hematoma subdural decorre de ruptura de veias-ponte, é mais típico de idosos, anticoagulados e de lactentes vítimas de trauma não acidental por aceleração-desaceleração. A alternativa d soma os dois erros, trocando o diagnóstico e ainda descartando a hipertensão intracraniana. Resposta B

**QUESTÃO 49 — Gabarito C**

Primigesta, 27a, idade gestacional de 33 semanas, procura atendimento médico com queixa de cansaço, dor torácica e febre há quatro dias. Refere tosse seca e prostração há oito dias. Antecedentes pessoais: diabetes mellitus tipo 1 e traço falciforme. Exame físico geral: Regular estado geral, descorada+/4+, T= 38,5oC, PA=134x61 mmHg, FC=110 bpm, FR=50 irpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 89%, IMC=23,4Kg/m2. Exame obstétrico: Altura uterina= 30 cm, BCF=158 bpm, dinâmica uterina= 2 contrações fracas de 30 segundos em 10 minutos, sem hipertonia uterina, boa movimentação fetal. Toque vaginal: colo 100% esvaecido, dilatado 3 cm. RT-PCR para covid-19= positivo. Além de internação e dos cuidados de suporte com oxigênio, A CONDUTA É:

- A. Inibição do trabalho de parto, prescrição de betametasona e de sulfato de magnésio.
- B. Ultrassonografia com Doppler e prescrição de sulfato de magnésio.
- C. Cardiotocografia, prescrição de dexametasona e assistência ao trabalho de parto. ✓**
- D. Realização de cesárea de urgência.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se de gestante de 33 semanas com covid-19 grave — febre, dor torácica, frequência respiratória de 50 irpm e saturação de 89% em ar ambiente — já em trabalho de parto prematuro estabelecido, com colo 100% esvaecido e 3 cm de dilatação. A conduta oficial reúne as três peças certas: vigilância fetal com cardiotocografia, indispensável diante de hipoxemia materna e taquicardia fetal (BCF 158); corticoterapia com dexametasona, que aqui cumpre duplo papel, pois é o corticoide de escolha para covid com necessidade de oxigênio (RECOVERY) e atravessa a placenta promovendo maturação pulmonar fetal antes das 34 semanas; e assistência ao trabalho de parto, já que o parto está em curso e a via vaginal permanece preferencial na ausência de indicação obstétrica para cesárea. A alternativa a erra no ponto central: não se inibe trabalho de parto franco, com apagamento total do colo, e a tocólise é formalmente contraindicada na vigência de infecção materna grave com insuficiência respiratória; além disso, o sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é indicado abaixo de 32 semanas, fora da janela desta paciente. A alternativa b repete o erro do sulfato de magnésio e propõe Doppler, exame que não altera a conduta imediata e ainda deixa a paciente sem corticoide e sem assistência ao parto. A alternativa d indica cesárea sem qualquer indicação obstétrica: covid-19, isoladamente, não define via de parto, e não há sofrimento fetal agudo nem deterioração materna que justifique interrupção cirúrgica imediata. Resposta C

**QUESTÃO 50 — Gabarito C**

Mulher, 34a, G4P1C1A2, idade gestacional de 38 semanas e 6 dias, procura atendimento por início de contrações ontem e piora da dor hoje. Nega perdas vaginais e sangramento. Refere boa movimentação fetal. Sem comorbidades. Exame obstétrico: dinâmica uterina=2 contrações fracas de 30 segundos em 10 minutos, altura uterina= 38 cm, BCF= 146 bpm, cefálico. Toque vaginal= colo dilatado 1 polpa, grosso, posterior. Cardiotocografia: A CONDUTA É:

- A. Internar para indução de parto.
- B. Internar para cesárea.
- C. Dar alta com orientações sobre o trabalho de parto. ✓**
- D. Dar alta e indicar cardiotocografia a cada 3 dias.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão avalia o diagnóstico de falso trabalho de parto, ou fase latente prolongada, em gestante de 38 semanas e 6 dias. Os dados são todos tranquilizadores: contrações fracas e infrequentes (duas de 30 segundos em 10 minutos), ausência de perdas vaginais e de sangramento, boa movimentação fetal, altura uterina compatível, batimentos normais, apresentação cefálica e, sobretudo, colo com apenas 1 polpa de dilatação, grosso e posterior — índice de Bishop desfavorável, incompatível com trabalho de parto ativo. Somando-se a cardiotocografia da prova, sem alterações que indiquem comprometimento fetal, a conduta correta é dar alta com orientações claras sobre os sinais de trabalho de parto verdadeiro: contrações regulares, progressivamente mais fortes e frequentes, perda de líquido, sangramento ou redução da movimentação fetal. A alternativa a indica indução sem nenhuma indicação materna ou fetal, num termo precoce e com colo desfavorável, o que aumenta a chance de falha e de cesárea. A alternativa b propõe cesárea sem indicação alguma: cesárea anterior única não impõe repetição, e a prova de trabalho de parto é possível nessa paciente. A alternativa d institui vigilância fetal seriada, conduta reservada a gestações de alto risco, em uma gestante de risco habitual sem intercorrências. Resposta C

**QUESTÃO 51 — Gabarito A**

Mulher, 36a, G3P0A2 com idade gestacional de 30 semanas, chega ao Pronto Atendimento de uma Maternidade referindo muita dor abdominal e parada da movimentação fetal há 1 dia. Exame físico: Regular estado geral, descorada 3+/4+, sudoreica, FC= 135bpm, PA= 81x52 mmHg; exame obstétrico: altura uterina 35 cm, útero hipertônico e doloroso à palpação, ausência de batimentos cardíacos fetais, toque vaginal: colo impérvio. A CONDUTA É:

- A. Realizar cesárea de urgência. ✓**
- B. Solicitar ultrassonografia de urgência.
- C. Induzir parto vaginal.
- D. Aguardar parto espontâneo.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de descolamento prematuro de placenta em sua forma mais grave: dor abdominal intensa, útero hipertônico e doloroso ('útero lenhoso'), parada da movimentação fetal com ausência de batimentos cardíacos, altura uterina maior que a esperada para 30 semanas (sinal de hematoma retroplacentário com hemorragia oculta) e, principalmente, mãe em choque hipovolêmico — palidez 3+/4+, sudorese, frequência cardíaca de 135 bpm e pressão de 81x52 mmHg. O diagnóstico é clínico e o princípio é único: com feto morto, a prioridade absoluta passa a ser a mãe, e o útero precisa ser esvaziado pela via mais rápida, enquanto se faz reposição volêmica, tipagem, reserva de hemocomponentes e vigilância de coagulopatia de consumo. Como o colo está impérvio e a paciente está instável, a via mais rápida é a cesárea de urgência. A alternativa b atrasa a resolução de uma emergência cujo diagnóstico já está fechado pela clínica; a ultrassonografia tem baixa sensibilidade para o coágulo retroplacentário e não deve retardar a conduta. A alternativa c ignora que a indução com colo impérvio levaria muitas horas, tempo incompatível com choque instalado e risco crescente de coagulação intravascular disseminada e de útero de Couvelaire. A alternativa d é conduta expectante diante de hemorragia grave, opção inaceitável e potencialmente fatal para a gestante. Resposta A

**QUESTÃO 52 — Gabarito C**

Mulher, 19a, G1P0, idade gestacional de 39 semanas e 6 dias, comparece ao pronto atendimento com queixa de perda de líquido via vaginal há 12 horas e contrações a cada 5 minutos (há 6 horas). Refere boa movimentação fetal. Não realizou pré-natal. Exame físico: FC= 88 bpm, PA = 109 x 75 mmHg, T= 36,2°C. Exame obstétrico: altura uterina =35 cm, BCF=150 bpm, dinâmica uterina= 3 contrações moderadas de 40 segundos em 10 minutos. Exame especular: saída de moderada quantidade de líquido claro com grumos grossos pelo orifício externo do colo. Toque vaginal: colo dilatado 5 cm, medianizado, 80% esvaecido, feto cefálico, plano - 2 de DeLee. EM RELAÇÃO AO ESTREPTOCOCO DO GRUPO B, A CONDUTA É:

- A. Coletar cultura e, se positiva, iniciar profilaxia.
- B. Iniciar imediatamente profilaxia.
- C. Iniciar profilaxia em 6 horas. ✓**
- D. Não tem indicação de profilaxia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta é sobre a profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B em gestante sem pré-natal, ou seja, com status de colonização desconhecido. Quando não há cultura de swab vaginorretal (colhida entre 35 e 37 semanas), a indicação passa a ser guiada por fatores de risco: prematuridade abaixo de 37 semanas, febre intraparto igual ou maior que 38 graus, bolsa rota há 18 horas ou mais, bacteriúria por GBS na gestação atual ou recém-nascido anterior com doença invasiva. Esta paciente tem 39 semanas e 6 dias, está afebril (36,2 graus) e não tem os demais critérios; o único fator que vai se materializar é o tempo de bolsa rota, que hoje está em 12 horas. Portanto ainda não há indicação neste instante, mas haverá quando forem completadas 18 horas de amniorrexe, isto é, dentro de 6 horas — exatamente o que a alternativa oficial afirma. Vale lembrar que a profilaxia com penicilina G cristalina deve ter pelo menos 4 horas antes do nascimento para eficácia plena. A alternativa a não faz sentido operacional: a cultura demora cerca de 48 horas e o resultado chegaria depois do parto, sem utilidade na janela terapêutica. A alternativa b antecipa a profilaxia sem que nenhum critério esteja preenchido no momento da admissão. A alternativa d ignora que o relógio da bolsa rota continua correndo e cruzará o limiar de 18 horas ainda durante este trabalho de parto. Resposta C

**QUESTÃO 53 — Gabarito A**

Mulher, 32a, G2P1A0, idade gestacional de 30 semanas e 2 dias, queixa-se de cefaleia, coriza, dor de garganta e tosse há 3 dias. Nega náuseas, vômitos, febre e contato com pessoas com covid-19. Antecedentes Pessoais: hipertensão arterial crônica, diabetes gestacional controlado com dieta e covid-19 há 5 meses. Medicamentos em uso: sulfato ferroso, carbonato de cálcio 1g/dia, AAS 100mg/dia, metildopa 1g/dia. Recebeu vacina contra covid-19 Pfizer® há 2 meses. Exame físico: IMC= 38Kg/m<sup>2</sup>; PA= 109x76 mmHg; T= 37,8°C; FR= 26 ipm; FC= 109 bpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 97%. Realizou perfil glicêmico há 6 dias: jejum= 134 mg/dL, pós café= 163mg/dL, pós-almoço= 220 mg/dL e pós-jantar=188mg/dL. A CONDUTA É:

- A. Internar para introdução de insulina; realizar RT-PCR covid-19 e isolamento respiratório. ✓**
- B. Introduzir insulina e seguimento ambulatorial; descartada covid-19 pelo antecedente de infecção prévia e vacinação.
- C. Internar para introdução de insulina; sem necessidade isolamento respiratório.
- D. Orientar dieta para diabético, realizar RT-PCR covid-19 e isolamento domiciliar.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A vinheta tem dois problemas simultâneos e a alternativa correta precisa resolver os dois. O primeiro é o diabetes gestacional em franca falha do tratamento com dieta: as metas são glicemia de jejum abaixo de 95 mg/dL e pós-prandial de 1 hora abaixo de 140 mg/dL (ou 2 horas abaixo de 120 mg/dL), e a paciente apresenta jejum de 134 e pós-prandiais de 163, 220 e 188 mg/dL. Diante desse grau de descontrole, somado a hipertensão arterial crônica, IMC de 38 e 30 semanas de gestação, a insulinoterapia é obrigatória e a internação se justifica para titulação segura e educação em insulina. O segundo é a síndrome gripal com febre baixa, taquipneia e taquicardia em gestante, condição de risco: obriga RT-PCR para covid-19 e isolamento respiratório enquanto se aguarda o resultado. A alternativa b comete o erro conceitual mais grave da questão ao 'descartar' covid-19 pelo antecedente de infecção há 5 meses e pela vacinação — nem a infecção prévia nem a vacina impedem reinfecção, e a imunidade não é critério diagnóstico. A alternativa c acerta a insulina e a internação, mas dispensa o isolamento respiratório de uma paciente sintomática e ainda sem resultado de teste, expondo profissionais e outras gestantes. A alternativa d mantém apenas orientação dietética diante de um perfil glicêmico francamente alterado, perdendo a oportunidade de controlar a hiperglicemia que aumenta risco de macrossomia, pré-eclâmpsia e desfechos perinatais adversos. Resposta A

**QUESTÃO 55 — Gabarito B**

Puérpera, 20a, G1P1, amamentando recém-nascido de 20 dias de vida, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor mamária e febre há dois dias. Exame físico: bom estado geral, FC= 100 bpm, FR= 18 irpm, PA= 125x88 mmHg, T= 38o C. Exame das mamas: ingurgitamento bilateral; mama direita avermelhada e dolorosa à palpação, com edema de pele, sem sinais de abscesso, com fissura mamilar. ALÉM DA ORDENHA DAS MAMAS, A CONDUTA É:

- A. Antibioticoterapia endovenosa; suspensão temporária da amamentação.
- B. Antibioticoterapia oral; manutenção da amamentação. ✓**
- C. Analgesia; manutenção da amamentação.
- D. Antibioticoterapia oral; suspensão temporária da amamentação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Puérpera no 20º dia de puerpério com dor mamária, febre de 38 °C, mama direita avermelhada, edemaciada e dolorosa a partir de uma fissura mamilar: o quadro é mastite puerperal, infecção do parênquima mamário cujo agente mais frequente é o *Staphylococcus aureus*, que penetra pela solução de continuidade do mamilo. O tratamento é ambulatorial, com esvaziamento eficaz da mama (ordenha ou manutenção das mamadas) somado a antibiótico por via oral ativo contra estafilococo — cefalexina, amoxicilina-clavulanato ou clindamicina —, e a amamentação deve ser mantida na mama acometida, porque a estase láctea é o fator que perpetua e agrava a infecção e o leite não oferece risco ao recém-nascido. Isso torna a letra B correta. A letra A erra em dois pontos: não há critério de internação (bom estado geral, sem sepse, sem abscesso e sem falha de tratamento oral), logo antibiótico endovenoso é desnecessário, e a suspensão da mamada favorece o ingurgitamento e a evolução para abscesso. A letra C oferece apenas analgesia, conduta que caberia à ingurgitação mamária simples ou ao bloqueio de ducto, mas é insuficiente diante de febre e sinais flogísticos francos de infecção. A letra D acerta a via oral, mas repete o erro de suspender a amamentação, exatamente o oposto do recomendado. Resposta B

**QUESTÃO 56 — Gabarito D**

Mulher, 32a, G3P2A0, comparece para primeira consulta de pré-natal com 15 semanas de amenorreia. Última citologia oncótica de colo uterino com resultado de lesão intra-epitelial de baixo grau, realizada há dois anos.

A CONDUTA É:

- A. Realizar colposcopia após 20 semanas de gestação.
- B. Realizar colposcopia após o parto.
- C. Coletar citologia oncótica de colo uterino em 1 ano.
- D. Coletar citologia oncótica de colo uterino nesta consulta. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 32 anos, com 15 semanas, cuja última citologia — feita há dois anos — mostrou lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL). Pelas diretrizes brasileiras de rastreamento, LSIL em mulher com 25 anos ou mais é conduzida com repetição da citologia em seis meses, e só encaminha para colposcopia se a segunda coleta vier novamente alterada. Essa paciente está com o exame de seguimento atrasado em cerca de um ano e meio, e a gestação não é contraindicação à coleta: a citologia de colo pode e deve ser realizada na consulta de pré-natal, com coleta ectocervical e endocervical cuidadosa (evitando-se apenas a escovinha endocervical em algumas rotinas), sem aumento de risco de abortamento ou sangramento significativo. Por isso a conduta é coletar a citologia nesta consulta, letra D. As letras A e B propõem colposcopia, exame que só estaria indicado se a citologia repetida confirmasse a alteração ou se houvesse resultado de alto grau — pular a etapa da repetição é sobretratar uma lesão que regride espontaneamente na maioria das mulheres. A letra C posterga a coleta por mais um ano sem justificativa, prolongando um seguimento que já está em atraso e retardando o diagnóstico de uma eventual lesão persistente ou progressiva. Resposta D

**QUESTÃO 57 — Gabarito D**

Mulher, 22a, G1P0, idade gestacional de 10 semanas procurou o Pronto Atendimento com dor em baixo ventre e sangramento. Exame físico: hidratada, FR=14 irpm, PA= 88x56 mmHg, FC= 112 bpm, descorada +/4+, T=36,4oC. Exame especular: sangramento ativo com coágulos; toque vaginal: colo pérvio para 1 polpa digital com útero aumentado para 8 semanas. A CONDUTA É:

- A. Progesterona.
- B. Ultrassonografia.
- C. Misoprostol.
- D. Curetagem. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Primigesta de 10 semanas com dor em baixo ventre, sangramento ativo com coágulos, colo pérvio e útero menor que o esperado para a idade gestacional: é abortamento em curso (inevitável), e o dado que define a conduta é a repercussão hemodinâmica — PA de 88x56 mmHg, FC de 112 bpm e palidez cutâneo-mucosa configuram instabilidade por perda sanguínea. Diante de colo aberto, sangramento importante e instabilidade, a conduta é esvaziamento uterino imediato, cirúrgico, associado à estabilização com cristalóide e reserva de hemocomponentes; em idade gestacional até 12 semanas, com colo já pérvio, a curetagem (ou a aspiração manual intrauterina, quando disponível) resolve o sangramento de forma rápida e definitiva, o que valida a letra D. A letra A propõe progesterona, medida discutida apenas na ameaça de abortamento com colo fechado e embrião viável — aqui o colo está aberto e o processo é irreversível. A letra B adia a resolução para complementar um diagnóstico já estabelecido pelo exame físico e não é aceitável em paciente sangrando com sinais de choque. A letra C usa misoprostol, opção razoável para esvaziamento em paciente estável, mas de ação lenta e insegura frente à hemorragia ativa com instabilidade hemodinâmica. Resposta D

**QUESTÃO 58 — Gabarito B**

Adolescente, 16a, vem à consulta por ainda não ter menstruado. Apresenta curva de crescimento de peso e altura dentro da normalidade e idade óssea de acordo com a idade cronológica. Tem uma irmã mais jovem que menstruou aos 12 anos. Exame físico: desenvolvimento mamário e pelos pubianos no estágio IV de Tanner e vulva de aspecto normal. O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO É:

A. Amenorreia primária; Síndrome de Asherman.

**B. Amenorreia primária; Síndrome de Rokitansky. ✓**

C. Amenorreia secundária; Síndrome de Swyer.

D. Amenorreia secundária; Síndrome de Turner.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Adolescente de 16 anos que nunca menstruou tem, por definição, amenorreia primária — ausência de menarca aos 15 anos com caracteres sexuais secundários presentes, ou aos 13 anos sem qualquer desenvolvimento puberal. O detalhe que orienta o diagnóstico é a puberdade normal: mamas e pelos em Tanner IV, crescimento e idade óssea adequados. Telarca e pubarca preservadas indicam eixo hipotálamo-hipófise-ovário funcional e ovários produzindo estrogênio, de modo que a falha está no trato de saída. Essa combinação — caracteres sexuais secundários normais, genitália externa feminina normal e ausência de menstruação — é a síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, agenésia mülleriana com útero e terço superior da vagina ausentes, cariótipo 46,XX e ovários íntegros, o que sustenta a letra B. A letra A cita Asherman, sinéquias uterinas pós-curetagem ou pós-infecção, causa de amenorreia secundária em quem já menstruou. As letras C e D partem de premissa errada ao chamar o quadro de amenorreia secundária, que exige menstruações prévias; além disso, a síndrome de Swyer (disgenesia gonadal 46,XY) e a síndrome de Turner (45,X) cursam com hipogonadismo hipergonadotrófico, ou seja, mamas infantis e ausência de desenvolvimento puberal espontâneo, o contrário do Tanner IV descrito. A síndrome de Turner ainda associa baixa estatura, incompatível com a curva de crescimento normal. Resposta B

**QUESTÃO 59 — Gabarito A**

Homem transgênero, 30a, vem ao pronto socorro referindo ter sofrido violência sexual com penetração há 24 horas. Nega comorbidades, uso de medicamentos e cirurgias prévias. A CONDUTA ADEQUADA PARA ESTE PACIENTE É:

**A. Anticoncepção de emergência com levonorgestrel 1,5 mg em dose única. ✓**

B. Não indicar anticoncepção porque é um homem transgênero.

C. Não indicar anticoncepção de emergência, pois evento ocorreu há mais de 12 horas.

D. Anticoncepção de emergência com desogestrel 0,75 mg duas doses com intervalo de 12 horas.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Homem transgênero de 30 anos, sem cirurgias prévias — portanto com útero e ovários preservados —, vítima de violência sexual com penetração há 24 horas. A identidade de gênero não altera o risco biológico: havendo útero e ovários funcionantes e exposição a sêmen, existe risco de gravidez e há indicação de anticoncepção de emergência, além das profilaxias de IST, PEP para HIV e notificação compulsória. O esquema recomendado pelo Ministério da Saúde é levonorgestrel 1,5 mg via oral em dose única, tão logo possível, com eficácia mantida até cinco dias (120 horas) do ato — 24 horas é justamente a janela de maior eficácia. Isso confirma a letra A. A letra B nega a contracepção por razão de identidade de gênero, erro conceitual e discriminatório: a conduta se define pela anatomia e pela função gonadal, não pelo gênero autodeclarado. A letra C inventa um limite de 12 horas que não existe; o prazo é de até cinco dias, com eficácia decrescente ao longo do tempo. A letra D troca o fármaco por desogestrel, progestagênio de uso contraceptivo contínuo e sem indicação como anticoncepção de emergência — o esquema fracionado válido seria levonorgestrel 0,75 mg em duas tomadas com 12 horas de intervalo. Resposta A

#### QUESTÃO 60 — Gabarito B

Mulher, 25a, comparece ao pronto atendimento com queixa de ferida vulvar indolor há 14 dias. Antecedentes ginecológicos: nuligesta, utiliza anticoncepcional oral combinado como contracepção, última menstruação há 21 dias. Exame físico: lesão única, 2cm de diâmetro, base endurecida e fundo limpo em grande lábio à direita e linfadenopatia inguinal ipsilateral. O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO SÃO:

A. Cancro mole. Penicilina G benzatina - 2,4 milhões UI intramuscular em dose única.

**B. Sífilis primária. Penicilina G benzatina - 2,4 milhões UI intramuscular em dose única. ✓**

C. Sífilis primária. Azitromicina - 1 g via oral em dose única.

D. Cancro mole. Azitromicina - 1 g via oral em dose única.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital única, indolor, com 2 cm, base endurecida e fundo limpo, acompanhada de linfadenopatia inguinal do mesmo lado e com 14 dias de evolução: essa é a descrição clássica do cancro duro, lesão da sífilis primária, causada pelo *Treponema pallidum*, que surge entre 10 e 90 dias após a exposição e regride espontaneamente mesmo sem tratamento. A indolência da lesão e a consistência cartilaginosa da base são os dois achados que separam esse quadro dos demais. O tratamento da sífilis recente (primária, secundária e latente recente) é penicilina G benzatina 2,4 milhões UI por via intramuscular em dose única, aplicada 1,2 milhão em cada glúteo, o que valida a letra B. A letra A erra o diagnóstico: o cancro mole, causado pelo *Haemophilus ducreyi*, cursa com úlceras múltiplas, dolorosas, de fundo sujo e purulento e bordas irregulares, com adenopatia que costuma fistulizar por orifício único. A letra C acerta a sífilis, mas erra o tratamento — azitromicina não é a droga de escolha e tem resistência descrita para o treponema; a penicilina é insubstituível, inclusive na gestação. A letra D combina os dois erros, diagnóstico de cancro mole com o esquema de azitromicina que de fato serviria àquela doença, mas que não é o caso desta paciente. Resposta B

#### QUESTÃO 61 — Gabarito A

Mulher, 35a, vem encaminhada do ambulatório de gastrocirurgia com queixa de irregularidade menstrual: refere ciclos de 3 a 4 dias de duração, com intervalo de 15 a 40 dias entre os ciclos. Antecedente pessoal: duas gestações prévias, com dois partos vaginais e cirurgia bariátrica disabsortiva há 10 meses, com perda de 30 Kg. Ultrassonografia transvaginal: sem alterações. A CONDUTA É:

**A. Contraceptivo injetável combinado com estradiol e noretisterona. ✓**

B. Pílula de progestagênio isolado com desogestrel.

C. Contraceptivo oral combinado com etinilestradiol e levonorgestrel.

D. Pílula de progestagênio isolado com noretisterona.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 35 anos com sangramento uterino anormal de padrão irregular (intervalos de 15 a 40 dias) após cirurgia bariátrica disabsortiva com perda de 30 kg, ultrassonografia transvaginal normal. O ponto cobrado não é a causa do sangramento, mas a escolha da via de administração do contraceptivo: em cirurgias disabsortivas — derivação biliopancreática, e por extensão o bypass em Y de Roux — a absorção intestinal dos esteroides orais fica comprometida e imprevisível, de modo que qualquer contraceptivo por via oral perde eficácia. A recomendação, seguindo os critérios de elegibilidade da OMS, é usar vias que não dependam do trato gastrointestinal: injetável, adesivo, anel, implante ou DIU. Por isso a única opção adequada é o injetável combinado mensal com estradiol e noretisterona, letra A, que também regulariza o ciclo. As letras B e D oferecem pílula de progestagênio isolado, com desogestrel e com noretisterona, respectivamente, e as duas caem na mesma armadilha da via oral com absorção prejudicada. A letra C repete o problema com o combinado oral de etinilestradiol e levonorgestrel. Vale registrar que a paciente perdeu peso há apenas dez meses e ainda pode estar em fase de perda ponderal ativa, situação em que muitos serviços preferem métodos progestagênicos de longa duração; ainda assim, entre as opções apresentadas, a via injetável é a única coerente com a disabsorção. Resposta A

#### QUESTÃO 62 — Gabarito B

Mulher, 60a, procura o ginecologista após segundo episódio de sangramento vaginal em pequena quantidade. Antecedentes pessoais: obesidade grau II e menopausa aos 50 anos, sem reposição hormonal. Exame ginecológico: sem particularidades. Ultrassonografia pélvica: espessura endometrial de 10 mm. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O EXAME DE INVESTIGAÇÃO SÃO:

A. Pólipo endometrial; ultrassom pélvico transvaginal.

**B. Carcinoma de endométrio, histeroscopia. ✓**

C. Atrofia endometrial; teste de progesterona.

D. Sarcoma de útero; biópsia de endométrio.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 60 anos, na pós-menopausa há dez anos e sem terapia hormonal, com sangramento vaginal recorrente e obesidade grau II. Todo sangramento pós-menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e a obesidade reforça essa suspeita porque a aromatização periférica de androgênios no tecido adiposo mantém estímulo estrogênico sem oposição da progesterona. O achado ultrassonográfico fecha o raciocínio: em mulher na pós-menopausa sem reposição hormonal, espessura endometrial acima de 4 a 5 mm é anormal, e 10 mm em paciente sintomática obriga investigação histológica. A histeroscopia com biópsia dirigida é o padrão-ouro, pois permite visualizar a cavidade e biopsiar a lesão sob visão direta, o que sustenta a letra B. A letra A cita pólipo, que é diagnóstico diferencial plausível, mas propõe repetir o ultrassom que já deu a informação necessária — repetir exame de imagem não dá diagnóstico histológico. A letra C sugere atrofia endometrial: essa é de fato a causa mais comum de sangramento pós-menopausa, mas cursa com endométrio fino, e o teste de progesterona não tem lugar nessa investigação. A letra D pensa em sarcoma uterino, neoplasia rara que costuma se manifestar com massa uterina de crescimento rápido, e a biópsia de endométrio às cegas tem menor acurácia que a histeroscopia por poder amostrar área não representativa. Resposta B

**QUESTÃO 63 — Gabarito D**

Mulher, 23a, procura o Unidade Básica de Saúde para consulta ginecológica de rotina, refere vida sexual ativa há 10 meses. Antecedente pessoal: transplante renal, em terapia imunossupressora. A ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO É:

- A. Coleta de colpocitologia oncológica aos 25 anos, com intervalo anual nos dois primeiros exames. Não há indicação de vacinação pela faixa etária.
- B. Coleta de colpocitologia oncológica agora, com intervalo anual. Indicada vacinação para HPV com duas doses tempo 0-6 meses.
- C. Coleta de colpocitologia oncológica aos 25 anos, com intervalo anual nos dois primeiros exames. A vacina é contraindicada para população transplantada.

**D. Coleta de colpocitologia oncológica agora com intervalo semestral no primeiro ano. Vacinação para HPV com três doses tempo 0-3-12 meses. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher de 23 anos, transplantada renal em imunossupressão contínua, em consulta ginecológica de rotina com vida sexual ativa há dez meses. A imunossupressão muda as duas pontas da prevenção do câncer de colo. No rastreamento, a regra geral de iniciar a citologia aos 25 anos vale para mulheres imunocompetentes; nas imunossuprimidas — transplantadas, portadoras de HIV, em uso de corticoide ou imunobiológicos — a coleta começa assim que se inicia a atividade sexual, com maior frequência no primeiro ano e depois anual enquanto persistir a imunossupressão, porque a depuração viral do HPV é deficiente e a progressão para lesão de alto grau é mais rápida. Na vacinação, o esquema de duas doses previsto para adolescentes não se aplica: essa população recebe três doses, e a vacina, sendo recombinante e não contendo vírus vivo, não é contraindicada em transplantados. A letra D é a única que reúne coleta imediata com intensificação no primeiro ano e vacinação em três doses. As letras A e C postergam o rastreio para os 25 anos, ignorando a condição de imunossupressão, e ainda erram ao negar a vacina por faixa etária ou por contraindicação inexistente. A letra B acerta o início imediato da coleta, mas oferece o esquema vacinal de duas doses, insuficiente para imunossuprimidos. Cabe uma ressalva: o intervalo entre as doses cobrado como correto (0-3-12 meses) não é o classicamente publicado nos informes do Ministério da Saúde, que preconizam 0-2-6 meses — o ponto discutível é apenas o cronograma, não o número de três doses. Resposta D

**QUESTÃO 64 — Gabarito D**

Mulher, 31a, procura o serviço por estar gestante e deseja interrupção da gravidez. Refere ter companheiro e fazer uso de preservativo em suas relações sexuais. Refere que a gestação é fruto de um estupro ocorrido há 9 semanas. Na época, ficou muito traumatizada e não fez boletim de ocorrência, não contou para ninguém sobre o ocorrido e nem procurou atendimento médico. ALÉM DAS PROFILAXIAS INDICADAS, A ORIENTAÇÃO PARA A MULHER NESSE CASO É:

- A. Seguir a gestação com apoio psicológico, pois não tem direito ao aborto legal.
- B. Registrar queixa na Delegacia de Defesa da Mulher para ter direito ao aborto legal.
- C. Obter a anuência do companheiro para ter direito ao aborto legal.

**D. Explicar que tem direito ao aborto legal mediante seu próprio relato. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher de 31 anos, com nove semanas de gestação decorrente de estupro, que não registrou boletim de ocorrência, não relatou o fato a ninguém e não buscou atendimento na época. A questão cobra o arcabouço legal do aborto previsto em lei. O Código Penal, no artigo 128, inciso II, exclui a ilicitude do aborto quando a gravidez resulta de estupro, exigindo apenas o consentimento da gestante. A Norma Técnica do Ministério da Saúde é explícita: não são exigidos boletim de ocorrência, laudo do IML, alvará judicial ou qualquer autorização de terceiros; a palavra da mulher é presumida verdadeira e basta o consentimento por escrito dela, com registro do relato em prontuário. O serviço deve acolher, oferecer as profilaxias e o apoio psicossocial e informar o direito. Por isso a orientação correta é a letra D. A letra A nega um direito que existe e mantém uma gestação forçada. A letra B condiciona o procedimento ao registro policial, exigência expressamente afastada pela norma — a denúncia é um direito da mulher, jamais um pré-requisito para o atendimento em saúde. A letra C exige anuência do companheiro, o que não tem qualquer amparo legal: a decisão é exclusivamente da gestante, e submetê-la a terceiro fere sua autonomia. Vale lembrar que a idade gestacional de nove semanas está confortavelmente dentro do limite operacional adotado pelos serviços de referência. Resposta D

**QUESTÃO 65 — Gabarito C**

Foi realizado um estudo epidemiológico para conhecer o perfil de mortalidade infantil indígena e observaram-se 254 óbitos em crianças menores de um ano, notificadas ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, no estado do Pará, no período de 2013 a 2018. Dos óbitos, 89 ocorreram entre o nascimento e seis dias, 29 foram entre sete e 27 dias, e 136 aconteceram no período de 28 a 364 dias de vida. Cento e trinta e sete óbitos (n=137) ocorreram em hospitais e as três principais causas foram: afecções perinatais (n=69), doenças do aparelho respiratório (n=48) e doenças infecciosas e parasitárias (n=40). O estudo também encontrou diferenciais na distribuição dos óbitos de acordo com as etnias. ASSINALE A ALTERNATIVA EM RELAÇÃO À PROPORÇÃO DE ÓBITOS NO PERÍODO NEONATAL TARDIO, A PROPORÇÃO DE MORTES POR INFECÇÕES PERINATAIS, E A PROPORÇÃO DE ÓBITOS FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR:

A. 11,42%; 18,90% e 53,93%.

B. 53,54%; 27,16% e 46,06%.

**C. 11,42%; 27,16% e 46,06%. ✓**

D. 53,54%; 27,16% e 53,93%.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão de cálculo de indicadores de mortalidade infantil, com denominador único de 254 óbitos em menores de um ano. O primeiro pedido é a proporção no período neonatal tardio, que por definição vai do sétimo ao vigésimo sétimo dia de vida: são 29 óbitos, e 29 dividido por 254 resulta em 11,42 por cento. Note que o valor de 53,54 por cento oferecido em duas alternativas corresponde aos 136 óbitos do período pós-neonatal (28 a 364 dias), armadilha clássica de troca de janela temporal. O segundo pedido é a proporção de mortes por afecções perinatais: 69 dividido por 254 dá 27,16 por cento; o valor de 18,90 por cento corresponde às 48 mortes por doenças do aparelho respiratório. O terceiro pedido é a proporção de óbitos fora do hospital: se 137 ocorreram em ambiente hospitalar, os demais somam 254 menos 137, ou seja, 117 óbitos, e 117 dividido por 254 equivale a 46,06 por cento; o valor de 53,93 por cento é justamente o complemento, isto é, a proporção intra-hospitalar. A única alternativa que reúne 11,42, 27,16 e 46,06 por cento é a letra C. A letra A erra a segunda proporção ao usar as causas respiratórias, a letra B erra a primeira ao usar o período pós-neonatal e a letra D erra a primeira e a terceira, trocando neonatal tardio por pós-neonatal e óbitos extra-hospitalares por hospitalares. Resposta C

**QUESTÃO 66 — Gabarito D**

COM OS DADOS DA TABELA RESPONDA A ALTERNATIVA CORRETA: Indicadores Cidade A Cidade B  
Número de nascidos vivos 10.000 5.000 Número total de óbitos 1.500 2.000 Número total de óbitos em menores de 1 ano 150 100 Número total de óbitos em menores de 28 dias 80 60 Número total de óbitos de 28 a 364 dias 30 22 Número total de óbitos maternos 4 2 Fonte: dados hipotéticos.

- A. O coeficiente de mortalidade infantil é maior na cidade A em relação à cidade B.
- B. A taxa de mortalidade neonatal é maior na cidade A em relação à cidade B.
- C. A razão de mortalidade materna é maior na cidade A em relação à cidade B.
- D. A mortalidade infantil proporcional é maior na cidade A em relação à cidade B. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A tabela exige distinguir coeficiente (denominador de nascidos vivos ou de população) de proporção (denominador de óbitos totais), que é exatamente onde a questão separa quem decorou de quem entendeu. O coeficiente de mortalidade infantil usa óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos: 150 em 10.000 dá 15 por mil na cidade A, contra 100 em 5.000, que dá 20 por mil na cidade B — maior em B, o que elimina a letra A. A taxa de mortalidade neonatal segue a mesma lógica com óbitos de menores de 28 dias: 80 em 10.000 dá 8 por mil em A, contra 60 em 5.000, que dá 12 por mil em B — de novo maior em B, derrubando a letra B. A razão de mortalidade materna é calculada por 100.000 nascidos vivos: 4 em 10.000 equivale a 40 por 100.000, e 2 em 5.000 equivale igualmente a 40 por 100.000, ou seja, as duas cidades são idênticas e a letra C está errada por afirmar diferença. Já a mortalidade infantil proporcional, ou indicador de Swaroop-Uemura aplicado ao primeiro ano de vida, tem como denominador o total de óbitos: 150 em 1.500 resulta em 10 por cento na cidade A, contra 100 em 2.000, que resulta em 5 por cento na cidade B. A cidade A tem, portanto, a maior mortalidade infantil proporcional, mesmo tendo o menor coeficiente de mortalidade infantil — aparente paradoxo explicado pelo excesso de óbitos gerais em B. Resposta D

**QUESTÃO 67 — Gabarito D**

Para determinar os fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde relacionados à ocorrência de sífilis em mulheres atendidas em maternidades públicas, foi realizado um estudo entre julho de 2018 e julho de 2019. Na seleção das participantes foi considerado o resultado da sorologia por ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) - variável usada para o diagnóstico de sífilis. Todas residiam em Recife e as informações pregressas foram obtidas por meio de entrevista durante a internação hospitalar. O nível de escolaridade fundamental incompleto (Odds Ratio - OR= 2,02), três ou mais parceiros sexuais no último ano (OR= 3,1) entre outros fatores, além de uma a três consultas ao pré-natal (OR= 3,5) e história anterior de infecção sexualmente transmissível (OR= 9,7), aumentaram as chances de ocorrência da doença. O DESENHO DESTES ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO É:

- A. Coorte retrospectiva.
- B. Transversal ou seccional.
- C. Coorte prospectiva.
- D. Caso-controle. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o reconhecimento do desenho a partir do critério de seleção das participantes. O recrutamento partiu do resultado da sorologia por ELISA, ou seja, as mulheres entraram no estudo já classificadas pelo desfecho (com sífilis = casos; sem sífilis = controles), e só depois se investigou retrospectivamente a exposição, por entrevista sobre o passado (escolaridade, número de parceiros no último ano, número de consultas de pré-natal, IST prévia). Seleção pelo desfecho com busca retrógrada da exposição é a definição de caso-controle, e a medida de associação apresentada confirma o desenho: o odds ratio é a estimativa própria desse tipo de estudo, já que a incidência não pode ser calculada quando o pesquisador fixa o número de doentes e não doentes. A coorte retrospectiva (a) e a prospectiva (c) partem da exposição para o desfecho, acompanham o tempo e permitem calcular incidência e risco relativo, o que não ocorre aqui. O estudo transversal (b) afere exposição e desfecho no mesmo momento, sem seleção prévia pela doença, e tem como medida a prevalência ou a razão de prevalências. Resposta D

**QUESTÃO 68 — Gabarito C**

Em um município X com 980.000 habitantes em que a expectativa de vida está acima dos 70 anos, ocorreram 14.210 óbitos por todas as causas entre 2019 e 2020. Na comparação da mortalidade por covid-19 com a mortalidade por doenças cardiovasculares, e usando os dados abaixo: Tabela. Distribuição dos óbitos segundo faixas etárias e causa. Município X, 2019- 2020. Faixas etárias Covid-19 % Cardiovasculares % 0-9 3 0,09 4 0,11 10-19 5 0,14 1 0,03 20-29 50 1,42 21 0,60 30-39 165 4,61 51 1,46 40-49 330 9,11 145 4,15 50-59 740 20,51 334 9,55 60-69 606 17,09 682 19,50 70-79 756 21,53 752 21,50 80 e mais 895 25,49 1.510 43,27 Total 3.550 3.500 EM RELAÇÃO AO INDICADOR QUE CONFERE MAIOR IMPORTÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA A COVID-19, A ALTERNATIVA CORRETA É:

- A. Mortalidade proporcional por causa de óbito.
- B. Coeficiente de mortalidade por causa específica.
- C. Anos potenciais de vida perdidos (APVP). ✓**
- D. Número absoluto de óbitos para cada causa.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão compara duas causas de óbito no mesmo município e pede o indicador que evidencia a maior importância epidemiológica da covid-19. Repare que os números absolutos são praticamente iguais (3.550 contra 3.500) e que, como o denominador populacional é o mesmo, tanto o coeficiente de mortalidade por causa específica quanto a mortalidade proporcional resultariam em valores muito semelhantes para as duas causas. A diferença está em quem morre: a covid-19 concentra 35,9% dos óbitos abaixo dos 60 anos, contra 15,9% das doenças cardiovasculares, que acumulam 43,3% dos óbitos acima de 80 anos. Os anos potenciais de vida perdidos ponderam cada óbito pela distância entre a idade da morte e a expectativa de vida (acima de 70 anos, no enunciado), atribuindo peso maior à morte precoce — é justamente esse indicador que revela o impacto social e produtivo maior da covid-19 nessa tabela. A mortalidade proporcional (a) e o coeficiente por causa específica (b) apenas dizem quanto cada causa pesa no total ou na população, sem considerar idade. O número absoluto (d) é o que menos discrimina, pois as duas causas praticamente empatam. Resposta C

**QUESTÃO 69 — Gabarito A**

Mulher, 50a, faz acompanhamento na Unidade Básica de Saúde em razão de hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, nervosismo. Faz uso de clonazepam, losartana, atenolol e uso irregular de fluoxetina. Procura a UBS com frequência para pedir troca de receitas e tem aumentado o uso de clonazepam por conta própria. CONSIDERANDO A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA, A CONDUTA É:

- A. Reduzir a dose de benzodiazepínico. ✓**
- B. Solicitar eletrocardiograma e exames laboratoriais.

- C. Inserir a paciente em grupo de tabagismo.
- D. Encaminhar ao ambulatório de psiquiatria.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prevenção quaternária é a ação que protege o paciente do excesso de intervenção médica, evitando iatrogenia e medicalização do sofrimento. A cena descreve exatamente esse cenário: mulher polimedicada, com uso prolongado de benzodiazepínico cuja dose ela vem aumentando por conta própria, que procura a unidade sobretudo para renovar receitas. O clonazepam de uso crônico traz risco de dependência, tolerância, quedas, prejuízo cognitivo e acidentes, e não tem indicação de manutenção indefinida. A conduta coerente com a prevenção quaternária é retirar o excesso: reduzir gradualmente a dose, pactuando o desmame com a paciente e oferecendo alternativas não farmacológicas para o nervosismo. Solicitar eletrocardiograma e exames laboratoriais (b) acrescenta intervenção sem indicação diante do problema apresentado, o oposto da prevenção quaternária. Inserir em grupo de tabagismo (c) é uma ação legítima de promoção e prevenção primária, mas não responde à demanda central do caso. Encaminhar à psiquiatria (d) transfere o cuidado, amplia a cadeia de intervenções e desconsidera que o desmame de benzodiazepínico é competência da atenção primária.

Resposta A

**QUESTÃO 70 — Gabarito A**

O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA É CARACTERIZADO PELOS SEGUINTE ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:

- A. Atenc ão no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. ✓**
- B. Universalidade, atenc ão no primeiro contato, integralidade e equidade.
- C. Atenc ão no primeiro contato, participação social, descentralização e integralidade.
- D. Universalidade, integralidade, equidade e participação social.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta cobra a classificação de Barbara Starfield, incorporada à Política Nacional de Atenção Básica. Os atributos essenciais da atenção primária são quatro: atenção ao primeiro contato, que é a acessibilidade e a condição de porta de entrada preferencial do sistema; longitudinalidade, o vínculo continuado com a mesma equipe ao longo do tempo, independentemente do motivo da procura; integralidade, a responsabilização pelo espectro completo de necessidades, incluindo o que precisa ser ofertado fora da unidade; e coordenação do cuidado, que garante o reconhecimento e a integração das ações realizadas nos demais pontos da rede. Os atributos derivados são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Universalidade, equidade e participação social, que aparecem em b e d, são princípios e diretrizes do SUS, não atributos da APS; descentralização, em c, é diretriz organizativa do sistema. São conceitos corretos, mas de outra categoria, e é aí que a questão tenta confundir. Resposta A

**QUESTÃO 71 — Gabarito D**

Uma equipe de saúde da família recebe notificação da maternidade informando o nascimento de bebê no dia anterior e planeja visita ao binômio, pois se trata de ferramenta potente para prevenção de agravos e promoção de saúde. O MELHOR MOMENTO PARA REALIZAR ESSA VISITA É:

- A. Entre o 7■ e o 10■ dia após o parto, quando a icterícia neonatal é mais acentuada.
- B. No momento da vacina BCG, ao final do primeiro mês de vida.
- C. Deve-se aguardar a consulta ser agendada pela mãe.
- D. Na primeira semana após o parto, a fim de reduzir a mortalidade. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso trata da visita domiciliar ao binômio mãe-bebê e a resposta vem da estratégia Primeira Semana de Saúde Integral, do Ministério da Saúde: a visita deve ocorrer na primeira semana após o parto, idealmente entre o terceiro e o quinto dia de vida. A justificativa é epidemiológica e está explícita na alternativa correta: a maior parte dos óbitos infantis é neonatal e concentra-se no período neonatal precoce, ou seja, nos primeiros sete dias, de modo que a captação precoce é a que efetivamente reduz mortalidade. Nessa visita avaliam-se amamentação e pega, perda ponderal, icterícia, coto umbilical, sinais gerais de perigo, triagens neonatais e vacinação, além das condições da puérpera, incluindo involução uterina, loquiação, sinais de infecção e saúde mental. Esperar o sétimo ao décimo dia por causa da icterícia (a) subordina toda a avaliação a um único agravo e perde a janela de maior risco. Aguardar a vacina BCG ao final do primeiro mês (b) é tardio e ignora que a BCG costuma ser aplicada ainda na maternidade. Aguardar que a mãe agende a consulta (c) inverte a lógica da busca ativa e da responsabilização territorial da equipe. Resposta D

**QUESTÃO 72 — Gabarito A**

Homem, 30a, é atendido na Unidade Básica de Saúde com queixas de dor no cotovelo direito há um ano, com piora há três meses. Refere trabalhar como forneiro, em setor de fundição de ferro, desde 2015. A atividade principal consiste em retirar impurezas do sobrenadante de ferro fundido, utilizando escumadeira de 50 cm de diâmetro com haste de dois metros, realizando movimentos de extensão e pronação do braço direito, a cada 10 minutos, durante a jornada de oito horas de trabalho. Há seis meses começou a fazer horas extras, toda semana. Exame físico: dor à palpação de epicôndilo lateral direito; teste de Cozen positivo. A CONDUTA É:

- A. Notificar no SINAN como doença relacionada a trabalho. ✓**
- B. Solicitar ressonância nuclear magnética de cotovelo para diagnóstico.
- C. Realizar visita a empresa para emissão de CAT.
- D. Solicitar ultrassonografia de cotovelo para notificar agravo relacionado ao trabalho.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de epicondilite lateral, o cotovelo de tenista: dor no epicôndilo lateral direito, dor à palpação local e teste de Cozen positivo, isto é, dor reproduzida à extensão resistida do punho. O diagnóstico é clínico e o nexos ocupacional está descrito no próprio enunciado, com movimentos repetitivos de extensão e pronação do membro direito, ferramenta longa e pesada, ciclos a cada dez minutos ao longo de jornada de oito horas e piora coincidindo com o início das horas extras semanais há seis meses. Como as LER/DORT são agravos de notificação compulsória em unidades sentinela, a conduta é notificar no SINAN como doença relacionada ao trabalho, o que alimenta a vigilância em saúde do trabalhador e aciona o CEREST. Ressonância magnética (b) e ultrassonografia (d) são desnecessárias para firmar um diagnóstico clínico bem estabelecido e não são condição para notificar. Realizar visita à empresa para emitir a CAT (c) inverte responsabilidades: a emissão da CAT cabe primariamente ao empregador e, na omissão dele, ao próprio trabalhador, ao sindicato, ao médico assistente ou à autoridade pública, sem depender de inspeção prévia do ambiente. Resposta A

**QUESTÃO 73 — Gabarito A**

CONSIDERANDO A COVID-19 RELACIONADA AO TRABALHO, ASSINALE A CORRETA:

- A. Devem ser notificados no SINAN os casos que foram diagnosticados como covid-19 e com exposição que possa ter ocorrido no trabalho. ✓**
- B. A covid-19 é uma doença pandêmica e, portanto, não é considerada doença relacionada ao trabalho.
- C. A possibilidade de contaminação em transporte coletivo afasta a possibilidade de covid-19 relacionada ao trabalho.
- D. A suspeita de contaminação em ambiente domiciliar afasta a possibilidade de covid-19 relacionada ao trabalho.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o critério denexo ocupacional em uma doença de circulação comunitária. A covid-19 foi incorporada à lista de agravos de notificação e, sempre que houver exposição possível no ambiente ou no processo de trabalho, o caso confirmado deve ser notificado no SINAN como doença relacionada ao trabalho: exige-se plausibilidade de exposição laboral, não prova de que o contágio ocorreu ali. Isso vale de forma mais evidente para trabalhadores da saúde, mas alcança outras categorias com contato interpessoal intenso ou aglomeração. A alternativa b erra ao supor que o caráter pandêmico exclui o nexo; a própria Lei 8.213/91 prevê que doença endêmica ou de ampla circulação pode ser considerada ocupacional quando resulta de exposição determinada pela natureza do trabalho. As alternativas c e d repetem o mesmo erro lógico: a existência de outras fontes possíveis de contágio, como transporte coletivo ou domicílio, apenas concorre com a hipótese ocupacional, mas não a afasta, porque o raciocínio de nexo é probabilístico e epidemiológico, não de exclusividade. Resposta A

**QUESTÃO 74 — Gabarito B**

A anamnese ocupacional é importante para identificar os fatores de risco ocupacionais associados a determinadas doenças ou agravos. A ALTERNATIVA QUE CARACTERIZA ESTA ASSOCIAÇÃO É:

- A. Soldador e glaucoma.
- B. Pedreiro e dermatite de contato. ✓**
- C. Montador de bateria de veículos e intoxicação por mercúrio.
- D. Marceneiro e silicose.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa pares clássicos de exposição ocupacional e agravo. O pedreiro tem contato prolongado com cimento úmido, cuja alcalinidade e, sobretudo, o cromo hexavalente e o cobalto presentes fazem dele causa consagrada de dermatite de contato, tanto irritativa quanto alérgica, tipicamente em mãos e antebraços. Soldador e glaucoma (a) está errado: a exposição do soldador é à radiação ultravioleta e infravermelha do arco, que produz ceratoconjuntivite actínica, o chamado olho de soldador, e catarata, e não glaucoma. Montador de bateria de veículos (c) se expõe a chumbo, não a mercúrio; o quadro esperado é o saturnismo, com anemia, dor abdominal, neuropatia periférica e linha gengival de Burton, enquanto a exposição ao mercúrio ocorre em garimpo, indústria de lâmpadas e cloro-soda. Marceneiro e silicose (d) troca o agente: a poeira de madeira associa-se a rinite, asma ocupacional e adenocarcinoma de seios paranasais, ao passo que a silicose decorre da inalação de sílica cristalina em jateamento de areia, mineração, marmoraria e cerâmica. Resposta B

**QUESTÃO 75 — Gabarito D**

A equipe gestora de um Pronto Atendimento (PA) detecta uma alta demanda de pacientes que procuram o serviço devido ao controle inadequado de doenças crônicas. CONSIDERANDO A CONSTRUÇÃO DE REDES ASSISTENCIAIS E OS DIFERENTES PAPÉIS DOS SERVIÇOS, A EQUIPE GESTORA DEVE:

- A. Recusar o atendimento desses pacientes, orientando-os a procurar as Unidades Básicas de Saúde.
- B. Estabelecer um fluxo de agendamento dos casos mais graves para os ambulatoriais de especialidades.
- C. Criar um grupo para elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) para os casos que mais procuram o PA.
- D. Estabelecer um fluxo de informações sobre os pacientes junto ao gestor municipal e Unidades Básicas de Saúde. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A situação descreve o uso do pronto atendimento como porta de entrada para problemas que deveriam ter seguimento longitudinal, o que é falha de organização da rede e não do usuário. Na lógica das Redes de Atenção à Saúde, cada ponto tem papel definido e a atenção primária é a coordenadora do cuidado; ao pronto atendimento cabe resolver o episódio agudo e, principalmente, devolver a informação ao sistema, comunicando ao gestor municipal e às Unidades Básicas quem são esses usuários e o que aconteceu, para que a equipe de referência os capture, revise o plano terapêutico e reduza novas descompensações. Por isso a conduta é estabelecer esse fluxo de informação. Recusar o atendimento (a) fere o acesso e a integralidade e simplesmente empurra o problema. Encaminhar os casos mais graves ao ambulatório de especialidades (b) fragmenta o cuidado e ignora que a maior parte das crônicas descompensadas se controla na APS. Criar um grupo no próprio pronto atendimento para elaborar Projetos Terapêuticos Singulares (c) desloca para um serviço sem vínculo, sem território e sem seguimento uma ferramenta que só funciona sustentada pela equipe de referência. Resposta D

**QUESTÃO 76 — Gabarito B**

ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA EM RELAÇÃO AOS PRINCÍPIOS DA CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA, DA MEDICINA CENTRADA NA PESSOA E DA MEDICINA DAS NARRATIVAS:

A. São desenvolvidos pela Atenção Primária para qualificar o trabalho médico.

**B. Valorizam a autonomia e autoconhecimento dos pacientes. ✓**

C. Restringem-se ao trabalho da equipe de saúde da família.

D. Cada um deles é uma etapa do Projeto Terapêutico Singular.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

As três abordagens citadas, clínica ampliada e compartilhada, medicina centrada na pessoa e medicina das narrativas, compartilham o mesmo deslocamento: sair do foco exclusivo na doença e colocar o sujeito, sua história e os significados que ele atribui ao adoecer no centro do encontro clínico. Todas pressupõem o paciente como coautor do cuidado, o que se traduz em ampliar sua autonomia e seu autoconhecimento; a clínica ampliada fala explicitamente em ampliação do grau de autonomia do usuário, o método clínico centrado na pessoa busca terreno comum entre agendas do médico e do paciente, e a medicina narrativa recupera o sentido da experiência do adoecimento. A alternativa a restringe indevidamente a origem e o alvo: esses referenciais vêm da saúde coletiva, da medicina de família e das humanidades médicas, e dirigem-se a toda a equipe, não apenas ao trabalho médico. Pelo mesmo motivo c erra ao confiná-los à equipe de saúde da família, quando são aplicáveis em qualquer ponto da rede, inclusive no hospital. A alternativa d confunde referenciais teóricos com o roteiro operacional do Projeto Terapêutico Singular, que tem etapas próprias de diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Resposta B

**QUESTÃO 77 — Gabarito C**

Uma equipe de saúde da família percebe que um homem, antes frequentador ocasional do serviço, torna-se progressivamente frequentador assíduo. Embora sempre se dizendo doente, as queixas eram imprecisas e variadas. Os exames clínicos e laboratoriais não confirmaram nenhuma hipótese diagnóstica. Alguns membros da equipe passaram a classificá-lo como “poliqueixoso”. A RESPEITO DO ENFRENTAMENTO DESTES TIPO DE PROBLEMA, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

A. Explicações orgânicas confiáveis são encontradas na maior parte das queixas somáticas na atenção primária, com investigação adequada.

B. A equipe deve solicitar o apoio do Centro de Atenção Psicossocial para lidar adequadamente com este tipo de problema.

**C. A fragilidade de alguns dos atributos da atenção primária dificulta o cuidado deste tipo de problema. ✓**

D. O mais provável é que o homem esteja buscando ganhos secundários relacionados ao trabalho.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve o paciente com queixas múltiplas, imprecisas e sem substrato orgânico demonstrável, situação muito frequente na atenção primária e que costuma render rótulos pejorativos como poliqueixoso. O enfrentamento desse problema depende diretamente da qualidade dos atributos da APS: quando a longitudinalidade está frágil, ninguém acompanha o paciente tempo suficiente para reconhecer o padrão e o contexto de vida por trás das queixas; quando falta integralidade, o sofrimento psíquico e social não é abordado; e quando a coordenação do cuidado falha, o usuário circula por consultas repetidas, exames sucessivos e encaminhamentos que apenas cronificam o quadro. A alternativa a inverte a evidência disponível: a maior parte dos sintomas somáticos atendidos na atenção primária não recebe explicação orgânica confirmada mesmo após investigação adequada, e insistir em exames alimenta iatrogenia e cascatas diagnósticas. A alternativa b transfere prematuramente o caso, já que o CAPS é serviço destinado a transtorno mental grave e persistente, enquanto aqui o manejo é da própria equipe, com apoio matricial se necessário. A alternativa d é julgamento moral disfarçado de hipótese: presumir ganho secundário sem qualquer dado que o sustente rompe o vínculo e encerra a escuta. Resposta C

#### QUESTÃO 78 — Gabarito C

Segundo o escritor Oliver Sacks, em seu livro O homem que confundiu sua mulher com o chapéu, “Meu trabalho, minha vida estão voltados totalmente para os doentes — mas os doentes e suas doenças conduzem-me a reflexões que, de outro modo, talvez não me ocorressem. Tanto assim que me vejo compelido a indagar, como Nietzsche: ‘Quanto à doença: não somos quase tentados a perguntar se conseguiríamos passar sem ela?’ e a ver as questões que ela suscita como sendo de uma natureza fundamental. Invariavelmente meus pacientes levam-me a questionar, e invariavelmente minhas questões levam-me aos pacientes, assim (...), existe um movimento contínuo de um para o outro”. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- A. Conhecer a doença é suficiente para dimensionar a experiência do adoecimento.
- B. O autor entende a saúde como o completo bem estar físico, mental e espiritual.
- C. A doença é uma construção teórica e um instrumento de trabalho do médico. ✓**
- D. A doença é o objeto de trabalho do médico.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O trecho de Oliver Sacks contrapõe a doença, enquanto categoria, à pessoa que adoece: são os doentes que conduzem o autor às perguntas, num movimento contínuo entre o paciente e as questões que ele suscita. A leitura correta é que a doença é uma construção teórica, uma abstração que a medicina elabora para organizar sinais, sintomas e mecanismos, e que funciona como instrumento de trabalho do médico, um meio para chegar ao sujeito, e não a finalidade do encontro. É a distinção clássica entre a entidade nosológica, a experiência de adoecer e o papel social do doente. A alternativa a contraria diretamente o texto, pois conhecer a doença não esgota a experiência do adoecimento, que envolve biografia, sentido e sofrimento singulares. A alternativa b atribui ao autor a definição da OMS de saúde como completo bem-estar, que ele não formula e que o trecho sequer aborda, além de deturpá-la ao trocar a dimensão social pela espiritual. A alternativa d troca instrumento por objeto: o objeto de trabalho do médico é a pessoa doente e seu sofrimento, e tomar a doença como objeto é exatamente a redução que Sacks critica. Resposta C

**QUESTÃO 79 — Gabarito B**

Devido à falta de outros tratamentos médicos eficazes, pressão pública e política, autoridades sanitárias de diversos países, incluindo o Brasil, autorizaram o uso de cloroquina e hidroxiclороquina para covid-19, em março de 2020. A comunidade médica adotou a hidroxiclороquina para o tratamento de covid-19, apesar da falta de evidências convincentes de benefício. Um manuscrito publicado pela The Lancet, em maio de 2020, relatou que o uso de hidroxiclороquina ou cloroquina em pacientes hospitalizados com covid-19 foi associado a uma diminuição de sobrevida hospitalar e a um aumento da frequência de arritmias ventriculares, imediatamente colocando em questão a adoção generalizada destes medicamentos. É CORRETO AFIRMAR:

- A. O princípio ético da autonomia deve orientar as prescrições médicas, priorizando a comunicação e o esclarecimento entre riscos e benefícios.
- B. As orientações acerca das intervenções médicas podem resultar em danos para os pacientes, demandando reavaliações num contexto dinâmico de riscos e benefícios. ✓**
- C. Cabe aos gestores públicos garantirem respaldo institucional para que a autonomia médica seja exercida, visando a valorização da relação médico- paciente.
- D. É recomendada a administração de um medicamento que não tem efeito comprovado, como alternativa para o tratamento, assumindo que o benefício será maior.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra ética e medicina baseada em evidências diante da incerteza científica: a adoção em massa da hidroxiclороquina na covid-19 ocorreu sem eficácia demonstrada e sob pressão pública e política, e o cenário se inverteu assim que surgiu sinal de dano. A alternativa B é a correta porque enuncia exatamente o princípio operante: recomendações e intervenções médicas não são neutras, podem produzir dano e por isso precisam ser continuamente reavaliadas à luz de novas evidências, num balanço risco-benefício dinâmico. É a aplicação prática da não maleficência somada ao caráter provisório do conhecimento científico — inclusive o próprio manuscrito citado foi posteriormente retratado, o que reforça que tanto a indicação quanto a contra-indicação precisam ser reexaminadas quando a evidência muda, e não fixadas por autoridade ou por convicção. A alternativa A erra ao transformar a autonomia no princípio orientador da prescrição: informar riscos e benefícios é obrigatório, mas o consentimento do paciente não legitima uma intervenção cujo balanço risco-benefício é desfavorável ou desconhecido. A alternativa C desloca o problema para o campo administrativo e trata a autonomia médica como se fosse ilimitada, quando ela é delimitada pela evidência disponível e pela não maleficência, não por respaldo institucional. A alternativa D é a formulação explícita do erro cometido na pandemia: presumir benefício de droga sem eficácia comprovada, expondo o paciente a risco real (aqui, arritmia ventricular) em troca de um ganho hipotético. Resposta B

**QUESTÃO 80 — Gabarito B**

Mulher, 42a, comparece em consulta na Unidade Básica de Saúde para trazer os resultados do exame de mamografia e para fazer acompanhamento de rotina. Queixa-se de surto de agressividade há aproximadamente 15 dias. Apresenta várias questões de saúde mental desde a juventude. Relata que teve problemas com álcool há 15 anos, mas não faz uso no momento. Recentemente, vem apresentando sintomas depressivos e ansiosos. É mãe de dois filhos biológicos e um adotivo, reside com os filhos e o parceiro atual, pai dos adolescentes, e trabalha como faxineira em empresa terceirizada. Relata que recentemente vem sofrendo violência doméstica por parte do parceiro, com discussões frequentes e agressões verbais e físicas. Vem tentando fazer com que o companheiro saia da casa, mas ele resiste. Durante esses episódios de violência, sente-se muito mal e nervosa e recorreu ao Pronto Socorro da cidade duas vezes no último mês. Foi medicada devido a dores no peito e aumento da pressão arterial, posteriores às agressões do companheiro. A CONDUTA PROFISSIONAL DO MÉDICO DEVE SER:

- A. Promover o acolhimento, registrar no prontuário as violências sofridas relatadas em entrevista e constatadas no exame físico e planejar visita domiciliar para averiguação dos fatos.

**B. Fortalecer o vínculo com a paciente, solicitar apoio da equipe no desenho de um plano terapêutico e realizar a notificação compulsória à autoridade sanitária. ✓**

- C. Realizar visita domiciliar acompanhado por agente comunitário de saúde e assistente social e informar o companheiro que a equipe da UBS irá denunciá-lo para a autoridade policial.
- D. Monitorar os parâmetros clínicos da paciente nas visitas domiciliares semanais e não realizar a notificação compulsória à autoridade sanitária, evitando causar mais danos. AANEXO A QUESTÃO 4 QUESTÃO 111 1 M QUESTÃO 122 QUESTÃO 200 2 M QUESTÃO 21 QUESTÃO 48 3 M QUESTÃO 50 QUESTÃO 60 4 M

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de violência doméstica e de gênero contra mulher de 42 anos acompanhada na Atenção Primária, com repercussões clínicas (dor torácica, elevação pressórica, duas idas ao pronto-socorro no último mês) e psíquicas (sintomas depressivos, ansiosos e irritabilidade), em contexto de vulnerabilidade social e antecedente de uso de álcool. A conduta correta é a da alternativa B: sustentar o vínculo e o acolhimento longitudinal, compartilhar o caso com a equipe para construir um projeto terapêutico singular — envolvendo saúde mental, serviço social e rede intersetorial — e realizar a notificação compulsória. A notificação de violência interpessoal e autoprovocada é obrigatória para todo serviço de saúde, público ou privado, diante de caso suspeito ou confirmado de violência contra a mulher (Lei 10.778/2003 e Lei 13.931/2019, que exige comunicação em até 24 horas), independe do consentimento da vítima e é dirigida à autoridade sanitária, alimentando o SINAN: é instrumento epidemiológico e de proteção, e não denúncia policial, que permanece decisão da mulher. A alternativa A acerta o acolhimento e o registro detalhado em prontuário, mas erra ao propor visita domiciliar para averiguar fatos: cabe ao médico cuidar e notificar, não investigar, e a alternativa ainda omite a notificação compulsória. A alternativa C é a mais perigosa, porque confrontar o agressor e anunciar denúncia expõe a mulher a retaliação e escalada do risco, chegando ao feminicídio, além de quebrar o sigilo devido a ela. A alternativa D erra ao condicionar a notificação a um juízo de conveniência do profissional: ela é compulsória por lei, e omiti-la não protege a paciente, apenas a mantém invisível para a rede de proteção. Resposta B