



UNIFESP — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

Mulher, 40 anos de idade, hígida, submeteu-se à rinoplastia eletiva. Na indução anestésica, administrou-se midazolam, fentanil, propofol e atracúrio. Anestesia mantida com isoflurano. Após duas horas, a paciente evolui com hipercarbia (65 mmHg), taquicardia (130 bpm), hipoxemia (86%), instabilidade hemodinâmica (PA 90 x 50 mmHg), hipertermia (42 °C) e contratura muscular generalizada. Com esse quadro, a cirurgia e o isoflurano foram suspensos, a FiO2 foi aumentada para 100%, iniciado dantrolene, noradrenalina e resfriamento corporal. Exames: K = 6,0 mEq/L, creatinofosfoquinase = 4 000 U/L (valor normal até 200 U/L) e acidose metabólica e respiratória. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Expansão com soro fisiológico, bicarbonato de sódio, solução de insulina e glicose, furosemida. ✓**
- B. Succinilcolina, expansão com ringer lactato, dopamina, aminofilina.
- C. Bicarbonato de sódio, betabloqueador, ácido acetilsalicílico e expansão com soro glicosado.
- D. Solução de insulina e dextrose, inibidor da ciclo-oxigenase 2, expansão com coloide e sulfato de magnésio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é hipertermia maligna deflagrada por anestésico inalatório halogenado: hipercarbia refratária, taquicardia, hipertermia de instalação rápida (42 °C), rigidez muscular generalizada e acidose mista em paciente que recebeu isoflurano. Retirado o gatilho e iniciado o dantrolene, o que define o desfecho é o tratamento das consequências metabólicas da rabdomiólise. A CPK de 4.000 U/L e o potássio de 6,0 mEq/L traduzem lise muscular maciça, com risco imediato de arritmia por hipercalemia e de lesão renal aguda por mioglobínúria. Por isso a conduta adequada reúne expansão com cristalóide para restaurar a volemia e garantir fluxo urinário, bicarbonato de sódio para tratar a acidose metabólica e alcalinizar a urina, solução de insulina com glicose para deslocar o potássio para o intracelular e furosemida para forçar a diurese e depurar a mioglobina. A alternativa com succinilcolina é a mais perigosa do conjunto: o bloqueador despolarizante é justamente um dos dois gatilhos clássicos da hipertermia maligna, ao lado dos halogenados, e ainda eleva o potássio. Betabloqueador com ácido acetilsalicílico e expansão com soro glicosado não corrigem a hipercalemia nem protegem o rim, e glicose sem insulina não desloca potássio algum. Coloide, inibidor da ciclo-oxigenase 2 e sulfato de magnésio não têm papel no manejo da hipercalemia nem da mioglobínúria, e o magnésio em paciente com potássio já elevado não resolve o problema de base. Resposta A

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Homem, 55 anos de idade, ASA I, está no 2o PO de hernioplastia inguinal bilateral, realizada sob raquianestesia em punção lombar, com bupivacaína e morfina. Apresenta náuseas, prurido no abdômen e membros inferiores, intensa cefaleia occipital e temporal, irradiando para a região cervical, com piora na posição sentada ou ortostática. Sinais vitais: PA 130 x 90 mmHg e FC = 100 bpm. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Tampão sanguíneo peridural e opioide.
- B. Corticoide e dipirona.
- C. Hidratação e dipirona. ✓**
- D. Metoclopramida e opioide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia occipital e temporal com irradiação cervical que piora ao sentar ou ficar em pé, no segundo pós-operatório de raquianestesia, é cefaleia pós-punção de dura-máter: o caráter postural é o dado que fecha o diagnóstico, e o mecanismo é a perda líquórica pelo orifício da agulha, com tração de estruturas sensíveis à dor. As náuseas e o prurido em abdome e membros inferiores são efeito colateral esperado da morfina no neuroeixo e não mudam a conduta. O tratamento inicial é conservador: repouso, hidratação, analgésico simples como a dipirona e cafeína, já que boa parte dos casos se resolve espontaneamente em dias. O tampão sanguíneo peridural é o tratamento definitivo e mais eficaz, mas está reservado a dor incapacitante ou refratária ao manejo clínico por 24 a 48 horas, ou a quadros com sinais de hipotensão líquórica grave, não sendo a conduta inicial. Corticoide não tem eficácia estabelecida nessa cefaleia e não corrige o mecanismo. Opióide, além de não tratar a fístula líquórica, agravaria o prurido e as náuseas que a morfina já provocou. Metoclopramida trata apenas o sintoma digestivo e deixa a cefaleia sem abordagem. Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Homem, 75 anos de idade, é admitido no PS com insuficiência respiratória por covid-19. Apresenta antecedente de coronariopatia e está em uso de betabloqueador. Exame físico = PA 100 x 45 mmHg, FC = 45 bpm e SatO₂ = 85%. Em relação à indução para a intubação traqueal, é correto afirmar que

- A. deve ser utilizado succinilcolina ou rocurônio como bloqueador neuromuscular. ✓**
- B. o alfentanil é a melhor opção de opioide.
- C. o propofol deve ser administrado de forma rápida para hipnose adequada.
- D. não é necessário o uso de opioides devido ao uso crônico de betabloqueador.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra indução em paciente crítico e hemodinamicamente frágil: idoso hipoxêmico por covid-19, com saturação de 85%, pressão limítrofe e bradicardia em uso crônico de betabloqueador, ou seja, com pouca reserva de oxigênio e resposta simpática bloqueada. Nesse cenário a intubação deve ser em sequência rápida, e o bloqueio neuromuscular é obrigatório para obter condições ideais de laringoscopia já na primeira tentativa, reduzindo o tempo de apneia e o risco de tosse, vômito e aerossolização. Os dois fármacos com latência curta o bastante para isso são a succinilcolina e o rocurônio em dose alta, da ordem de 1,2 mg/kg, o que valida a alternativa que os cita como opções. O alfentanil não é a melhor escolha de opioide nesse contexto, pois exige doses elevadas, associa-se a rigidez torácica e a hipotensão em paciente já instável, sendo o fentanil o padrão. Administrar propofol de forma rápida em quem está com pressão de 100 x 45 mmHg e frequência de 45 bpm provoca colapso hemodinâmico: a dose deve ser reduzida e titulada lentamente, ou substituída por etomidato ou ketamina. Por fim, o opioide continua necessário para atenuar a resposta pressórica e taquicardizante à laringoscopia; o uso crônico de betabloqueador não substitui essa função e, ao contrário, torna o paciente menos capaz de compensar a instabilidade. Resposta A

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Mulher, 35 anos de idade, chega ao PS, com história de dor lombar à esquerda com início súbito e de forte intensidade (9-10). Ao exame físico: afebril, hidratada, sinal de Giordano presente à esquerda. Exames laboratoriais: leucograma normal, PCR normal, função renal normal e exame de urina sem leucocitose, mas com hematúria (> 1 milhão de hemácias). Tomografia computadorizada: cálculo de 4 mm na junção ureterovesical, com hidronefrose leve. Após analgesia, a paciente refere melhora da dor, mas mantém quadro de hematúria leve. Qual é a melhor conduta?

- A. Uretrocistoscopia.
- B. Terapia medicamentosa. ✓**
- C. Ressonância magnética.

D. Nefrostomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de cólica nefrética por litíase ureteral distal não complicada: dor lombar súbita com Giordano positivo, hematúria, ausência de febre, leucograma e PCR normais, função renal preservada e tomografia mostrando cálculo de 4 mm na junção ureterovesical com hidronefrose apenas leve. Cálculos de até 5 mm alojados no ureter distal têm alta taxa de eliminação espontânea, acima de 70 a 80 por cento, de modo que a conduta é ambulatorial e clínica: analgesia com anti-inflamatório, hidratação e terapia medicamentosa expulsiva com alfabloqueador, como a tansulosina, com reavaliação de imagem em algumas semanas. A hematúria residual é esperada enquanto o cálculo estiver no trajeto e não indica intervenção. A uretrocistoscopia não avalia o ureter distal de forma útil aqui e não é conduta diagnóstica nem terapêutica nesse contexto. A ressonância magnética não acrescenta nada depois de uma tomografia sem contraste, que é o padrão-ouro para litíase. A nefrostomia percutânea é reservada para obstrução com infecção associada, urosepse, rim único, lesão renal aguda ou dor refratária, nenhuma das quais está presente. Resposta B

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Mulher, 64 anos de idade, hipertensa e diabética, apresenta angina estável há 3 anos, em tratamento medicamentoso irregular, não otimizado. Ecocardiograma: função biventricular preservada, sem alteração valvar. Coronariografia: lesão triarterial com 40% de obstrução nas artérias descendente anterior, circunflexa e coronária direita distal. Qual é o tratamento mais adequado?

A. Intervenção coronária percutânea com stent farmacológico.

B. Tratamento conservador. ✓

C. Cirurgia de revascularização miocárdica.

D. Intervenção coronária percutânea com stent de primeira geração.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve angina estável em paciente com coronariopatia não obstrutiva: as lesões de 40 por cento nas três artérias não atingem o limiar de significância hemodinâmica, que é de 70 por cento para artérias epicárdicas e 50 por cento para o tronco da coronária esquerda. Some-se a isso função biventricular preservada, ausência de doença valvar e, sobretudo, tratamento medicamentoso irregular e admitidamente não otimizado. O caminho correto é conservador: otimizar a terapia antianginosa e antitrombótica, com betabloqueador, estatina de alta potência, antiagregante e controle rigoroso de pressão e diabetes, além de mudança de estilo de vida. Estudos como o COURAGE e o ISCHEMIA mostraram que, na doença estável, a revascularização não reduz mortalidade nem infarto em relação à terapia clínica otimizada, sendo indicada por sintoma refratário ou anatomia de alto risco. A intervenção percutânea com stent farmacológico trataria uma lesão que não é obstrutiva e sem isquemia documentada, o que não traz benefício e expõe o paciente ao risco do procedimento e à dupla antiagregação. Stent de primeira geração é ainda pior, por maior taxa de reestenose e trombose tardia, e está superado. A cirurgia de revascularização se justificaria em lesão triarterial verdadeiramente obstrutiva, sobretudo em diabético com disfunção ventricular, o que não é o caso, já que as obstruções são de apenas 40 por cento. Resposta B

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Mulher, 39 anos de idade, com insuficiência renal crônica dialítica, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 55%, foi submetida à troca valvar mitral por endocardite bacteriana subaguda, sem intercorrências. No pós-operatório imediato, apresenta-se hipotensa e com baixo débito pelo dreno torácico, pressão venosa central e pressão capilar pulmonar normais, índice cardíaco aumentado. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

A. Tamponamento cardíaco; re-exploração cirúrgica.

B. Hipovolemia pós-operatória; reposição volêmica.

C. Disfunção ventricular; dobutamina.

D. Vasoplegia pós-circulação extracorpórea; noradrenalina. 4 UFSP2104 | 003-Anestesiologia
Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto central é ler o perfil hemodinâmico: pós-operatório imediato de troca valvar com circulação extracorpórea, paciente hipotensa, com pressão venosa central e pressão capilar pulmonar normais e índice cardíaco aumentado, ou seja, débito alto com pressão baixa. Isso é choque distributivo, e no cenário pós-circulação extracorpórea corresponde à síndrome vasoplégica, por resposta inflamatória sistêmica e queda da resistência vascular periférica. A insuficiência renal dialítica e a endocardite subaguda são fatores de risco adicionais para vasoplegia. O tratamento é vasopressor, com noradrenalina como primeira escolha, além de corrigir causas contribuintes. O baixo débito pelo dreno torácico afasta sangramento cirúrgico significativo e ajuda a descartar tamponamento, que ademais cursaria com equalização e elevação das pressões de enchimento, estase jugular e índice cardíaco baixo, com indicação de reabordagem. Hipovolemia daria pressão venosa central e capilar pulmonar baixas, não normais, e índice cardíaco reduzido. Disfunção ventricular cursaria com índice cardíaco diminuído e pressões de enchimento elevadas, situação em que a dobutamina faria sentido, mas a fração de ejeção é de 55 por cento e o débito está aumentado, o que exclui essa hipótese. Resposta D

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Homem, 55 anos de idade, apresenta dor abdominal no hipogástrio há 3 dias associado à febre, distensão abdominal e constipação. Exame físico: ruídos hidroaéreos diminuídos, dor na fossa ilíaca direita e hipogástrio com descompressão brusca positiva. Qual é o diagnóstico mais provável e o exame mais adequado para sua confirmação?

A. Volvo de sigmoide; radiografia de abdome em 3 posições.

B. Ureterolitíase; ultrassonografia de rins e vias urinárias.

C. Prostatite; ultrassonografia de pelve.

D. Diverticulite aguda; tomografia de abdome com contraste. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de meia-idade com dor no hipogástrio há três dias, febre, distensão, constipação, ruídos hidroaéreos diminuídos e descompressão brusca positiva tem quadro inflamatório abdominal localizado com irritação peritoneal, e a hipótese mais provável é diverticulite aguda de sigmoide. A dor referida também na fossa ilíaca direita não afasta o diagnóstico: um sigmoide redundante costuma cruzar a linha média, e essa é justamente a armadilha da questão. O exame de escolha para confirmar e, sobretudo, para estadiar é a tomografia de abdome e pelve com contraste, que mostra espessamento parietal, borramento da gordura pericólica e permite identificar abscesso, pneumoperitônio e classificar por Hinchey, definindo se o tratamento será clínico, drenagem percutânea ou cirurgia. Volvo de sigmoide cursa com distensão abdominal maciça, parada de eliminação de gases e fezes e imagem em grão de café, sem o quadro febril arrastado de três dias com peritonismo focal. Ureterolitíase provoca dor em cólica com irradiação para a região inguinal e hematúria, sem febre nem descompressão brusca positiva. Prostatite dá disúria, dor perineal e próstata dolorosa ao toque, e não justifica distensão com ruídos diminuídos e sinal de irritação peritoneal. Resposta D

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Homem, 45 anos de idade, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo com orifício de entrada no glúteo esquerdo, sem orifício de saída. Toque retal: presença de sangue e espículas ósseas no reto, com laceração de mais de 50% da parede posterior do reto, a 6 cm da borda anal. Tomografia com contraste e fase excretora: fratura do sacro e ísquio direito, sem lesão vascular ou do trato urinário. A conduta mais adequada na urgência é:

- A. abordagem transanal, com rafia dos orifícios de entrada e saída e manter paciente em parenteral.
- B. laparotomia exploradora, retossigmoidectomia e anastomose primária com colostomia derivativa.
- C. laparotomia exploradora, sigmoidostomia derivativa, drenagem do espaço pré-sacral e lavagem do reto distal. ✓**
- D. abordagem transanal com posicionamento de prótese endoscópica para oclusão da laceração retal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de lesão retal extraperitoneal por projétil de arma de fogo: ferimento glúteo sem orifício de saída, laceração de mais de metade da circunferência da parede posterior do reto a 6 cm da borda anal, com espículas ósseas no reto por fratura de sacro e ísquio, sem lesão vascular ou urinária. Lesões extraperitoneais extensas e contaminadas, associadas a fratura pélvica, não são passíveis de reparo primário seguro por via transanal, e o princípio clássico do trauma é o controle da contaminação fecal. A conduta preconizada é a laparotomia com derivação do trânsito por colostomia ou sigmoidostomia, drenagem do espaço pré-sacral e lavagem do coto retal distal, com desbridamento do tecido desvitalizado. A abordagem transanal com rafia dos orifícios deixaria uma sutura em campo contaminado, sem proteção do trânsito e sem drenar a coleção pré-sacral, com alto risco de sepse pélvica. Retossigmoidectomia com anastomose primária em trauma contaminado e paciente com fratura pélvica agrega risco de deiscência e não tem indicação na urgência. Prótese endoscópica não faz parte do arsenal de trauma retal agudo, sendo recurso de doença obstrutiva neoplásica. Vale registrar que a drenagem pré-sacral e a lavagem distal são hoje pontos discutidos na literatura, com séries mostrando ausência de benefício adicional sobre a derivação isolada, mas a derivação do trânsito segue sendo o eixo da conduta. Resposta C

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Homem, 40 anos de idade, vítima de acidente de automóvel, apresenta desvio da pirâmide nasal, edema facial e epistaxe. Foi submetido a exame radiológico que confirmou fratura nasal. Qual é o melhor momento, após o trauma, para o tratamento cirúrgico?

- A. Trinta dias.
- B. Vinte e um dias.
- C. Dois dias. ✓**
- D. Dez dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o momento ideal da redução de fratura nasal isolada em adulto vítima de trauma automobilístico, com desvio da pirâmide, edema facial e epistaxe já confirmada por imagem. O osso nasal consolida rapidamente, em torno de duas a três semanas, e por isso a redução fechada deve ser feita o mais cedo possível: ou nas primeiras horas, antes que o edema se instale e mascare a deformidade, ou logo após a regressão do edema, o que na prática significa poucos dias. Entre as opções apresentadas, apenas dois dias se encaixa nessa janela precoce, em que o osso ainda é móvel e a manipulação corrige o desvio sem osteotomia. Dez dias já é o limite em que o calo ósseo começa a se organizar e a redução se torna tecnicamente mais difícil e menos estável. Vinte e um e trinta dias implicam consolidação viciosa, e nesse ponto a correção deixa de ser redução simples e passa a exigir rinosseptoplastia com osteotomias, em caráter eletivo. Registre-se que parte da literatura aceita redução fechada até dez ou catorze dias no adulto, sobretudo quando o edema demora a regredir, de modo que o limite superior é discutível, mas o momento ideal é o mais precoce possível. Resposta C

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Homem, 21 anos de idade, é admitido no PS, vítima de ferimento penetrante por arma branca no tórax. Exame físico: consciente, FC = 130 bpm, PA = 80 x 50 mmHg, FR 28 irpm, ausência de estase jugular, lesão cortocontusa de 3 cm no hemitórax esquerdo, no 4o espaço intercostal. A conduta inicial mais adequada é

- A. focused Assessment with Sonography in trauma.
- B. angiografia com subtração digital.
- C. angiotomografia de tórax.

D. ultrassonografia point-of-care expandido. 5 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com ferimento penetrante em hemitórax esquerdo no quarto espaço intercostal, taquicárdico, com pressão de 80 x 50 mmHg e taquipneico, é choque em trauma torácico até prova em contrário. A ausência de estase jugular não afasta tamponamento, porque o paciente hipovolêmico pode não ter enchimento venoso suficiente para exteriorizar a turgência. O que se precisa saber, à beira do leito e em segundos, é se há sangue no pericárdio, hemotórax, pneumotórax ou líquido livre abdominal, já que a ferida está em zona de transição toracoabdominal. Isso é exatamente o que faz a ultrassonografia point-of-care expandida, o e-FAST, que soma às janelas clássicas a avaliação pleural bilateral, sem retirar o paciente instável da sala de emergência. O FAST convencional não avalia os campos pleurais e, portanto, perde pneumotórax e hemotórax, que são justamente as causas tratáveis mais prováveis nessa topografia. Angiografia com subtração digital e angiotomografia de tórax exigem transporte e tempo, sendo inadequadas para paciente hemodinamicamente instável, e só entram em cena após a estabilização, na suspeita de lesão vascular. Resposta D

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Recém-nascido, 2 dias de vida, sexo masculino, prematuro de 30 semanas, pesando 1 500 gramas, internado na UTI Neonatal, apresenta taquicardia, distensão abdominal e evacuação de fezes sanguinolentas após a introdução de dieta com leite materno exclusivo. Exame físico: abdômen distendido, com pele brilhante, hiperemia periumbilical e doloroso à palpação. O diagnóstico mais provável e o tratamento mais adequado são, respectivamente:

- A. enterocolite necrotizante; jejum, sonda nasogástrica aberta e antibioticoterapia. ✓**
- B. alergia à proteína do leite; introdução de dieta isenta de lactose.
- C. alergia à proteína do leite; monitorização da pressão intra-abdominal.
- D. enterocolite necrotizante; cirurgia precoce: estomias e drenagem abdominal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro de 30 semanas, com dois dias de vida e muito baixo peso, que após o início da dieta enteral evolui com distensão abdominal, taquicardia, enterorragia, parede abdominal brilhante e eritema periumbilical, tem enterocolite necrosante, a emergência gastrointestinal mais comum do neonato prematuro. A tríade de sintomas sistêmicos, sinais gastrointestinais e alteração da parede abdominal é o que define a suspeita, e a radiografia costuma mostrar pneumatose intestinal, conforme os estágios de Bell. O tratamento inicial é clínico e obrigatório em qualquer estágio: suspensão imediata da dieta, sonda nasogástrica aberta para descompressão, hidratação e suporte hemodinâmico, além de antibioticoterapia de amplo espectro por dez a catorze dias, com radiografias seriadas. A cirurgia com estomias e drenagem não é precoce nem profilática: fica reservada para perfuração com pneumoperitônio, necrose intestinal estabelecida ou deterioração clínica apesar do tratamento máximo. Alergia à proteína do leite de vaca não se manifesta em prematuro no segundo dia de vida em aleitamento materno exclusivo com esse grau de toxemia e sinais de peritonite, e dieta isenta de lactose não trata alergia à proteína, além de deixar o quadro grave sem antibiótico. Monitorizar pressão intra-abdominal é medida auxiliar de vigilância, não tratamento. A opção que indica cirurgia precoce erra justamente no momento da indicação cirúrgica, e o correto é o manejo clínico inicial. Resposta A

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Lactente, sexo feminino, 6 meses de idade, é admitida no PS com história de 3 episódios de infecções urinárias febris. Ultrassonografia de rins e vias urinárias: dilatação pielocalicinal em polo superior direito, com ureter dilatado em todo seu trajeto; polo inferior sem alterações. O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são, respectivamente:

- A. megaureter obstrutivo primário; a cirurgia preconizada é a pieloplastia eletiva.
- B. estenose de junção pieloureteral; a pieloplastia deve ser indicada caso haja função renal diminuída na cintilografia renal estática.
- C. refluxo vesicoureteral primário; antibioticoterapia profilática, tratamento da constipação e das disfunções miccionais.

D. duplicidade pieloureteral; o tratamento dependerá da função renal do polo superior obtida pela cintilografia renal estática. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com infecções urinárias febris de repetição e ultrassonografia mostrando dilatação pielocalicinal restrita ao polo superior direito, com ureter dilatado em todo o trajeto e polo inferior absolutamente normal, tem o padrão típico de duplicidade pieloureteral. A regra de Weigert-Meyer explica o achado: o ureter do polo superior tem inserção mais medial e caudal, associando-se a ureteroceles ou implantação ectópica, e por isso obstrui e dilata, enquanto o ureter do polo inferior tem trajeto submucoso curto e se relaciona a refluxo. A conduta depende da função do polo superior avaliada por cintilografia renal estática com DMSA: se houver função preservada, indica-se cirurgia reconstrutiva com anastomose ureteroureteral ou reimplante; se o polo estiver displásico e sem função, opta-se por heminefrectomia superior. Megaureter obstrutivo primário acometeria a unidade renal inteira, e a pieloplastia não é o procedimento indicado nele. Estenose de junção pieloureteral cursa com dilatação pielocalicinal sem ureter dilatado, o que contraria diretamente o exame descrito. Refluxo vesicoureteral primário não produz dilatação limitada a um polo com ureter dilatado em todo o trajeto e, embora a profilaxia antibiótica e o tratamento de constipação e disfunção miccional façam parte do manejo do refluxo, não é esse o diagnóstico aqui. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Criança, 9 meses de idade, sexo masculino, previamente saudável, é admitido no PS em bom estado geral, com história de choro intenso com períodos de acalmia sugestivos de dor abdominal em cólica e vômitos. Após algumas horas, apresentou distensão abdominal e evacuação com muco sanguinolento. Assinale a alternativa correta.

- A. Solicitar colonoscopia de urgência devido ao sangramento intestinal.
- B. A causa mais frequente é o divertículo de Meckel com mucosa gástrica ectópica.

C. A ultrassonografia pode ser usada para o diagnóstico e tratamento. ✓

- D. Há indicação cirúrgica após exames pré-operatórios e estabilização clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 9 meses com dor abdominal em cólica intermitente (choro com períodos de acalmia), vômitos, distensão e evacuação com muco sanguinolento desenha a tríade clássica da intussuscepção intestinal, a causa mais comum de obstrução intestinal entre 3 meses e 3 anos.

A ultrassonografia é o exame de escolha, com acurácia próxima de 100% nas mãos treinadas, mostrando o sinal do alvo no corte transversal e o sinal do pseudo-rim no corte longitudinal; além disso, a redução hidrostática (soro) ou pneumática pode ser feita sob controle ultrassonográfico, o que torna o método diagnóstico e terapêutico ao mesmo tempo. A colonoscopia de urgência não tem papel na investigação desse sangramento e ainda acrescenta risco de perfuração em alça já comprometida. O divertículo de Meckel com mucosa gástrica ectópica é causa clássica de enterorragia indolor no pré-escolar e pode ser ponto de partida patológico de invaginação, mas nessa faixa etária a esmagadora maioria dos casos é idiopática, ligada à hipertrofia do tecido linfóide da placa de Peyer após infecção viral. A cirurgia não é a conduta inicial programada: ela fica reservada à falha da redução não operatória, à presença de peritonite, perfuração, choque ou ponto de partida patológico identificado.

Resposta C

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher, 50 anos de idade, apresenta derrames pleurais de repetição secundários à neoplasia de mama. Radiografia de tórax demonstra derrame pleural moderado à esquerda. A biópsia da pleura com agulha de COPE revelou a presença de implante neoplásico de tumor mamário. A conduta mais adequada é

- A. videotoracoscopia com biópsia pleural para realização de imunohistoquímica.

B. drenagem pleural seguida de pleurodese à esquerda. ✓

- C. videotoracoscopia e análise do líquido pleural com pesquisa de células neoplásicas.
- D. drenagem pleural e pesquisa de células neoplásicas em líquido pleural.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de derrame pleural maligno recidivante por carcinoma de mama, com diagnóstico histológico já firmado pela biópsia pleural por agulha de Cope, que demonstrou implante neoplásico. Uma vez confirmada a etiologia neoplásica e havendo recidiva sintomática, o objetivo deixa de ser diagnóstico e passa a ser paliativo: obliterar o espaço pleural para impedir novo acúmulo. Isso se faz com drenagem pleural, expansão pulmonar completa e pleurodese (talco é o agente de escolha), conduta indicada justamente nos derrames de repetição com pulmão expansível e expectativa de vida razoável.

A videotoracoscopia com nova biópsia para imuno-histoquímica é desnecessária e mais invasiva, já que o material da agulha de Cope permite os estudos imuno-histoquímicos e a origem mamária já foi estabelecida. A videotoracoscopia apenas para pesquisar células neoplásicas no líquido repete uma informação que a histologia da pleura já superou em acurácia, pois a citologia do líquido tem sensibilidade inferior à da biópsia. A drenagem isolada com pesquisa citológica alivia temporariamente, mas sem pleurodese o derrame recidiva na maioria dos pacientes em poucas semanas.

Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Mulher, 58 anos de idade, submeteu-se à ressecção de lesão cerebral que se revelou tratar de metástase de neoplasia pulmonar. Tomografia de tórax: massa em lobo superior direito, espiculada, com dimensões de 4 x 3 cm. A biópsia da lesão revela um adenocarcinoma primário. O estadiamento do tumor não evidencia comprometimento dos linfonodos mediastinais e nem outros sítios de metástase. Qual é a melhor conduta?

A. Não tem indicação cirúrgica; tratamento com quimioterapia e radioterapia.

B. Lobectomia superior direita com esvaziamento mediastinal; tratamento adjuvante. ✓

C. Segmentectomia com esvaziamento mediastinal; tratamento adjuvante.

D. Não tem indicação cirúrgica; tratamento com quimioterapia exclusiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de adenocarcinoma de pulmão oligometastático: lesão primária de 4 x 3 cm em lobo superior direito, mediastino negativo e única metástase, cerebral, já completamente ressecada. Nesse cenário, com o sítio metastático controlado e sem outros focos, o tratamento local agressivo do tumor primário aumenta a sobrevida, e a ressecção anatômica padrão é a lobectomia com linfadenectomia mediastinal sistemática, seguida de tratamento adjuvante sistêmico. A lobectomia é a operação de escolha porque a lesão mede 4 cm, ultrapassando o limite consagrado para ressecções sublobares, e a amostragem/esvaziamento mediastinal é o que garante o estadiamento patológico definitivo do N.

Negar cirurgia e oferecer quimiorradioterapia ou quimioterapia exclusiva subestima o benefício demonstrado do tratamento local na doença oligometastática com metástase única já tratada. A segmentectomia é aceita apenas em tumores periféricos de até 2 cm, com margem adequada, e seria uma ressecção oncológicamente insuficiente para uma lesão espiculada de 4 cm.

Resposta B

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Homem, 35 anos de idade, é admitido no PS com tosse e hemoptise de, aproximadamente, 50 mL ao dia, há 3 dias. Nega febre ou perda de peso. Refere infecções pulmonares de repetição, à esquerda, há alguns anos. Broncoscopia: sangramento no lobo superior esquerdo. O diagnóstico mais provável é

A. bronquiectasias. ✓

B. doença pulmonar obstrutiva crônica.

C. neoplasia pulmonar.

D. corpo estranho de via aérea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com hemoptise de cerca de 50 mL ao dia e, sobretudo, história de infecções pulmonares de repetição sempre no mesmo lado, sem febre atual e sem perda de peso, aponta para doença supurativa crônica localizada. A broncoscopia confirmando sangramento vindo do lobo superior esquerdo, sem lesão endobrônquica descrita, reforça o diagnóstico de bronquiectasias: a destruição da parede brônquica hipertrofia a circulação brônquica sistêmica, e são justamente esses vasos de alta pressão que sangram, produzindo hemoptise recorrente em paciente com infecções de repetição na mesma topografia.

A doença pulmonar obstrutiva crônica não se instala aos 35 anos sem exposição relevante, cursa com dispneia e limitação ao fluxo aéreo e não explica infecções sempre unilaterais nem hemoptise volumosa. Neoplasia pulmonar seria improvável nessa idade e classicamente vem com perda de peso e tabagismo pesado, além de a broncoscopia habitualmente identificar a lesão endobrônquica. Corpo estranho de via aérea gera quadro agudo, com história de engasgo e obstrução localizada visível à broncoscopia, e não anos de infecções recorrentes.

Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito D

No tratamento conservador das fraturas na osteogênese imper- feita, a imobilização por tempo prolongado pode causar

- A. formação de calo ósseo mais exuberante.
- B. diminuição na frequência das fraturas.
- C. menor desvio angular dos ossos longos.

D. osteopenia pelo desuso. 6 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o princípio de reabilitação da osteogênese imperfeita: o osso doente já é frágil por defeito qualitativo e quantitativo do colágeno tipo I, e a imobilização prolongada acrescenta um segundo insulto, a perda de massa óssea por ausência de carga mecânica. Sem estímulo de compressão e tração, a reabsorção osteoclástica supera a formação e instala-se osteopenia de desuso, que fecha um círculo vicioso: mais imobilização, mais fragilidade e mais fraturas. Por isso o tratamento conservador nesses pacientes usa imobilizações leves e pelo menor tempo possível, com retorno precoce à carga e à fisioterapia.

A imobilização prolongada não torna o calo ósseo mais exuberante; o calo hiperplásico, quando ocorre na doença, é característica do próprio distúrbio do colágeno e não consequência do tempo de gesso. Não reduz a frequência de fraturas, ao contrário, aumenta o risco de nova fratura ao retirar a imobilização. E também não protege contra desvio angular: as deformidades dos ossos longos progridem pela fragilidade intrínseca, sendo o encavilhamento intramedular, e não o gesso prolongado, o recurso que corrige e previne angulações.

Resposta D

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Homem, 65 anos de idade, previamente assintomático, é admitido no PS referindo dor súbita na perna direita associada a perda de força e esfriamento há 8 dias. Refere ter procurado serviço médico que receitou analgésico e o liberou para casa no início do quadro. Exame físico: ausência de pulso distal à artéria poplítea no membro inferior direito; demais pulsos normais; rigidez articular importante com cianose fixa do pé, esfriamento e livedo reticular até o joelho direito. Exames subsidiários: ECG com fibrilação atrial; CK = 20 000 U/L; C = 4,1 mg/mL. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Embolia arterial; heparinização plena e analgesia.
- B. Trombose arterial; fibrinolítico intratrombo.

C. Embolia arterial; amputação primária do membro. ✓

D. Trombose arterial; heparinização plena e analgesia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de oclusão arterial aguda de origem embólica: paciente previamente assintomático, com fibrilação atrial ao eletrocardiograma, dor de início súbito e ausência de pulso apenas abaixo da poplítea do lado direito, com todos os demais pulsos normais, ou seja, sem doença arterial obstrutiva difusa que sugerisse trombose sobre placa. O problema é o tempo: são 8 dias de evolução e o exame mostra rigidez articular importante, cianose fixa que não empalidece, livedo reticular até o joelho e esfriamento, achados de isquemia irreversível, categoria III de Rutherford. A CK de 20 000 U/L confirma rabdomiólise extensa, isto é, músculo já necrosado. Membro em categoria III não se revasculariza: reperfundir tecido necrótico despeja potássio, mioglobina e ácidos na circulação sistêmica, precipitando síndrome de revascularização com hipercalemia, insuficiência renal aguda e óbito. A conduta que salva a vida é a amputação primária. Heparinização plena com analgesia é conduta para isquemia ainda viável ou para preparar a revascularização, e aqui não recupera um membro perdido. O fibrinolítico intratrombo é opção para oclusões trombóticas com isquemia viável (categorias I e IIa) e está formalmente contraindicado na isquemia irreversível. A alternativa que reúne trombose e heparinização erra tanto na etiologia quanto na conduta.

Resposta C

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Mulher, 37 anos de idade, refere muita dor nas pernas com sensação de peso ao final do dia, há 2 anos. Relata inchaço importante nas pernas, que melhora com o repouso. AP: nega trombose venosa ou trauma. Exame físico: varizes tronculares calibrosas nas pernas e coxas bilateralmente, edema 2+/4+, sem alterações da pele. O diagnóstico mais provável é

A. varizes idiopáticas, C3. ✓

B. varizes idiopáticas, C4.

C. varizes secundárias, C4.

D. varizes secundárias, C3.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem doença venosa crônica de membros inferiores e a questão cobra duas classificações ao mesmo tempo: etiologia e classe clínica do CEAP. Como ela nega trombose venosa profunda e trauma prévios, não há causa obstrutiva ou pós-trombótica identificável, e as varizes são primárias, também chamadas idiopáticas ou essenciais, decorrentes do refluxo por incompetência valvular do sistema superficial. No CEAP clínico, a presença de varizes tronculares calibrosas com edema, mas sem qualquer alteração cutânea, corresponde a C3, já que C2 é apenas varizes, C3 acrescenta edema e C4 exige alteração de pele.

As alternativas que trazem C4 estão erradas porque o exame físico descreve explicitamente ausência de alterações da pele, ou seja, sem pigmentação ocre, eczema, atrofia branca ou lipodermatoesclerose. As alternativas que classificam como secundárias exigiriam causa definida, como sequela de trombose venosa profunda, trauma, compressão extrínseca ou malformação, todas afastadas pela anamnese.

Resposta A

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Homem, 78 anos de idade, apresenta quadro súbito de hemiparesia direita e dificuldade para falar há duas horas da admissão no PS. Após a realização de exame neurológico rápido, qual das seguintes condutas é a mais adequada?

A. Avaliação de eletrólitos e realização de ressonância magnética de crânio com perfusão cerebral imediata.

B. Avaliação de glicemia capilar e realização de eletroencefalograma na urgência.

C. Avaliação de glicemia capilar e avaliação com tomografia de crânio e angiotomografia. ✓

D. Avaliação de eletrólitos e coleta de líquido cefalorraquiano.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de acidente vascular cerebral agudo, com hemiparesia direita e afasia instaladas de forma súbita há duas horas, portanto dentro da janela de trombólise endovenosa. Depois do exame neurológico rápido e da escala de déficit, o protocolo obriga a duas medidas imediatas: a glicemia capilar, porque hipoglicemia é o grande simulador de AVC e é corrigível em segundos, e a neuroimagem, começando pela tomografia de crânio sem contraste para excluir hemorragia, que é o divisor de águas entre trombolisar e não trombolisar. A angiotomografia complementa avaliando oclusão de grande vaso, o que define candidatura à trombectomia mecânica.

Ressonância magnética com perfusão consome tempo precioso na janela precoce e não é o exame inicial padrão; eletrólitos não mudam a decisão imediata. Eletroencefalograma só entraria se houvesse suspeita de crise epilética como diagnóstico diferencial, e não é urgência aqui. Coleta de líquido cefalorraquiano antes de imagem é inadequada e perigosa, além de não ter papel no AVC isquêmico agudo.

Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Casal jovem, não consanguíneo, tem um filho com acondroplasia, sem outros casos na família. No pré-natal da gestação seguinte, a ultrassonografia identifica feto com encurtamento de ossos longos e macrocrania. Qual é o modo de herança da acondroplasia e, nesse caso, qual é a causa da recorrência?

A. Ligada ao X; acometimento de dois filhos do sexo masculino.

B. Autossômica dominante; mosaicismismo gonadal. ✓

C. Autossômica recessiva; risco de 25% atribuído ao padrão da herança.

D. Autossômica dominante; salto de gerações.

COMENTÁRIO OSCELABS

A acondroplasia tem herança autossômica dominante, causada por mutação de ganho de função no gene FGFR3, com penetrância completa; cerca de 80% dos casos são mutações novas em filhos de pais de estatura normal. Justamente por isso, a recorrência em um segundo filho de casal fenotipicamente normal e não consanguíneo não pode ser explicada por transmissão clássica: a explicação é o mosaicismismo gonadal (germinativo), em que um dos genitores carrega a mutação em parte de suas células germinativas sem expressá-la nos tecidos somáticos, transmitindo-a a mais de um conceito. É esse mecanismo que faz o risco de recorrência deixar de ser desprezível mesmo com pais normais, e é o que o aconselhamento genético precisa informar.

Herança ligada ao X está descartada, pois o gene FGFR3 é autossômico e o sexo dos afetados não é o determinante. Herança autossômica recessiva com risco de 25% não se aplica, já que a acondroplasia é dominante e a forma homozigota é letal no período neonatal. Salto de gerações significa penetrância incompleta, fenômeno que não ocorre na acondroplasia, na qual todo portador da mutação manifesta o fenótipo.

Resposta B

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Mulher, 21 anos de idade, nuligesta, refere menstruações irregulares, sem cólica, com intervalos bimestrais e com duração de 5 dias desde a menarca. Também refere acne e obesidade há 6 anos e não iniciou atividade sexual. Procurou a UBS e foi solicitada uma ultrassonografia que mostrou útero sem alterações e ovários com cisto simples à direita medindo 18 mm e ovário esquerdo normal. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Síndrome dos ovários policísticos fenótipo A.

B. Síndrome do folículo luteinizado não roto.

C. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hause.

D. Síndrome dos ovários policísticos fenótipo B. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com ciclos de intervalo bimestral desde a menarca, isto é, oligomenorreia por anovulação crônica, associada a acne, que é hiperandrogenismo clínico. Pelos critérios de Rotterdam, o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos exige dois de três itens: oligo/anovulação, hiperandrogenismo clínico ou laboratorial e morfologia ovariana policística. Aqui os dois primeiros estão presentes, mas a ultrassonografia não mostra ovários policísticos: descreve apenas um cisto simples de 18 mm à direita e ovário esquerdo normal, sem a contagem folicular aumentada nem volume elevado exigidos. A combinação anovulação mais hiperandrogenismo com ovários de morfologia normal caracteriza o fenótipo B, o chamado fenótipo clássico sem alteração ultrassonográfica.

O fenótipo A é o completo, com os três critérios reunidos, o que não ocorre porque falta a morfologia policística. A síndrome do folículo luteinizado não roto cursa com ciclos regulares e queixa de infertilidade, sem oligomenorreia desde a menarca nem hiperandrogenismo. A síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser é agenesia mülleriana e se manifesta como amenorreia primária com útero ausente, incompatível com a menarca relatada e com o útero descrito como sem alterações.

Resposta D

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Mulher, 68 anos de idade, com câncer de mama receptor hormonal positivo, tratado há 3 anos, em uso regular de tamoxifeno, apresenta episódios de sangramento vaginal indolor, pequeno volume, com duração de 2 dias, há 6 meses. Realizou ultrassonografia que revelou: útero retrovertido 41 x 24 x 40 mm - vol. 65 cm³, eco endometrial de 9 mm, ovários não visualizados. O diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada são, respectivamente:

A. sangramento da pós-menopausa; biópsia endometrial por histeroscopia. ✓

B. sangramento uterino anormal; prescrição de progestagênio cíclico.

C. sangramento da pós-menopausa; seguimento clínico semestral.

D. sangramento uterino anormal; histerectomia total abdominal. 7 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 68 anos, portanto na pós-menopausa, com sangramento vaginal e uso crônico de tamoxifeno: qualquer sangramento após a menopausa é sinal de alarme e obriga a excluir carcinoma de endométrio, que responde por cerca de 10% desses casos. O nome correto da apresentação é sangramento da pós-menopausa, e não sangramento uterino anormal, termo que a FIGO reserva ao menacme. O eco endometrial de 9 mm está muito acima do ponto de corte de 4 a 5 mm usado na pós-menopausa; mais que isso, o tamoxifeno, por seu efeito agonista estrogênico no endométrio, causa alterações subendometriais que tornam a medida ultrassonográfica pouco confiável e aumenta o risco de pólipos, hiperplasia e adenocarcinoma. A investigação obrigatória é histológica, e a histeroscopia com biópsia dirigida é o método de escolha, superior à amostragem cega justamente nas lesões focais típicas do tamoxifeno.

Progestagênio cíclico trataria empiricamente um sangramento sem diagnóstico e mascararia neoplasia.

Seguimento clínico semestral é inaceitável diante de sangramento em paciente de risco aumentado.

Histerectomia total abdominal sem histologia prévia é conduta desproporcional e impede o planejamento oncológico adequado caso se confirme câncer.

Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Mulher, 59 anos de idade, em tratamento de síndrome dis- péptica há 5 meses, refere aumento do volume abdominal, constipação, náusea e vômitos pós-alimentares há 15 dias, com perda de 15 kg nos últimos 6 meses. Exame físico: abdômen globoso, sinal de piparote presente, semicirculo de Skoda presente. Exames laboratoriais: CA 125: 120 UI/ mL (normal 35-40); Antígeno carcinoembrionário: 1,2 ng/mL (normal até 5). A tomografia computadorizada revela os seguintes achados ginecológicos: espessamento omental, formações expansivas heterogêneas anexiais, útero com dimensões aumentadas. Endoscopia digestiva alta: gastrite erosiva leve de antro. Colonoscopia: progressão do aparelho até flexura esplênica, sem alterações. O diagnóstico e a conduta mais adequada são, respectivamente:

A. neoplasia maligna de foco primário desconhecido; PET-Scan.

B. neoplasia maligna de ovário; cirurgia citoredutora completa. ✓

C. neoplasia maligna de ovário; quimioterapia sistêmica.

D. neoplasia maligna de foco primário desconhecido; biópsia da lesão por radiointervenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto é o de carcinomatose peritoneal por neoplasia epitelial de ovário avançada: aumento do volume abdominal com ascite ao exame físico (piparote positivo e semicirculo de Skoda), perda de 15 kg, sintomas dispépticos e suboclusivos por compressão, massas anexiais heterogêneas bilaterais e espessamento omental, o clássico omental cake. O padrão de marcadores fecha o raciocínio: CA 125 muito elevado com antígeno carcinoembrionário normal, relação que fala a favor de origem ovariana e contra primário de tubo digestivo, hipótese ainda afastada pela endoscopia digestiva alta apenas com gastrite erosiva e pela colonoscopia sem lesões. No câncer de ovário avançado, o tratamento inicial padrão é a cirurgia citoredutora completa, pois a doença residual ao final da operação é o principal fator prognóstico modificável, seguida de quimioterapia baseada em platina.

Chamar o caso de neoplasia de foco primário desconhecido e pedir PET-Scan ou biópsia percutânea por radiointervenção ignora que a topografia anexial, o perfil de marcadores e os exames endoscópicos negativos já apontam o ovário, além de atrasar o tratamento. Quimioterapia sistêmica isolada, na modalidade neoadjuvante, fica reservada aos casos de doença irredutível de início ou de paciente sem condições clínicas para citorredução ótima, o que não é o cenário descrito.

Resposta B

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Mulher, 40 anos de idade, nuligesta, iniciou vida sexual recentemente e gostaria de método contraceptivo. Refere enxaqueca sem aura e convulsões há 5 anos e faz uso de topiramato diariamente. Qual dos métodos contraceptivos indicados é considerado categoria 3, para a paciente em questão, segundo a Classificação da OMS?

A. Desogestrel via oral. ✓

B. Etonogestrel subcutâneo.

C. Medroxiprogesterona intramuscular.

D. Levonorgestrel intrauterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS aplicados à interação entre anticonvulsivantes indutores enzimáticos e contracepção hormonal. O topiramato induz enzimas hepáticas do citocromo P450 e acelera o metabolismo dos progestagênios que dependem de nível sérico em dose baixa; por isso a pílula oral só de progestagênio, aqui o desogestrel, é classificada como categoria 3, ou seja, os riscos comprovados ou teóricos superam as vantagens e o método só deve ser usado se não houver alternativa disponível. Repare que a enxaqueca sem aura aos 40 anos restringiria um combinado, mas nenhuma alternativa contém estrogênio, de modo que o discriminante real da questão é a interação medicamentosa. O implante subdérmico de etonogestrel, embora também tenha queda de níveis séricos descrita com indutores enzimáticos, é enquadrado como categoria 2, com vantagens que superam os riscos. A medroxiprogesterona injetável é categoria 1, porque a formulação depot atinge concentrações altas o suficiente para que a indução enzimática não comprometa a eficácia contraceptiva. O DIU de levonorgestrel também é categoria 1, pois sua ação é predominantemente local no endométrio e não depende de níveis plasmáticos sustentados. Resposta A

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Mulher, 35 anos de idade, IIG II Partos normais, refere perda urinária durante atividade física, ao praticar polichinelos. Exame físico: perda urinária à manobra de tosse em posição ortostática, classificação POP-Q = IIb e ponto Ba = 0. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Correção cirúrgica com sling de polipropileno retropúbico.
- B. Correção cirúrgica com sling de polipropileno transobturador.
- C. Fisioterapia do assoalho pélvico com exercícios perineais. ✓**
- D. Uso de pessário vaginal modelo donut durante o exercício.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve incontinência urinária de esforço com perda demonstrada objetivamente à manobra de tosse em ortostatismo, associada a distopia de parede vaginal anterior (POP-Q estágio II, ponto Ba = 0). Em mulher de 35 anos, sem qualquer tratamento prévio e com perda desencadeada apenas por esforço de alta intensidade, a conduta inicial é conservadora: o treinamento da musculatura do assoalho pélvico com exercícios perineais supervisionados tem eficácia comprovada em revisões sistemáticas, é isento de morbidade e constitui a primeira linha obrigatória antes de se cogitar qualquer procedimento, tanto pelas diretrizes de uroginecologia quanto pelo princípio de escalonamento terapêutico. O sling retropúbico de polipropileno é tratamento de segunda linha, indicado após falha do tratamento conservador, e expõe uma paciente jovem a risco de perfuração vesical, dor e erosão sem necessidade. O sling transobturador tem a mesma limitação de indicação e ainda apresenta desempenho inferior nos casos com deficiência esfinteriana intrínseca. O pessário modelo donut é dispositivo de contenção de prolapso, não corrige o mecanismo de continência uretral e não é a estratégia adequada para a queixa principal desta paciente. Resposta C

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Mulher, 52 anos de idade, realizou mamografia de rotina que identificou grupo de microcalcificações pleomórficas, com extensão de 0,7 cm, localizadas em quadrante superolateral de mama direita. Qual é a melhor estratégia para o diagnóstico histopatológico?

- A. Biópsia por agulha grossa (core biopsy) guiada por mamografia.
- B. Biópsia assistida a vácuo (mamotomia) guiada por ultrassonografia.
- C. Biópsia por agulha grossa (core biopsy) guiada por ultrassonografia.
- D. Biópsia assistida a vácuo (mamotomia) guiada por mamografia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz o achado mamográfico clássico de suspeição: grupamento de microcalcificações pleomórficas, categoria BI-RADS 4, cuja principal hipótese é carcinoma ductal in situ. O ponto central é que microcalcificações agrupadas, sobretudo com extensão pequena como 0,7 cm, não têm tradução ultrassonográfica confiável, de modo que a orientação da biópsia precisa ser mamográfica, por estereotaxia. Entre os métodos guiados por mamografia, a biópsia assistida a vácuo (mamotomia) é a estratégia de escolha porque retira fragmentos de maior calibre e em maior número, permite a radiografia do espécime para confirmar que as calcificações foram efetivamente amostradas, reduz de forma significativa a taxa de subestimação de carcinoma in situ para invasor e possibilita a marcação do leito com clipe metálico. A core biopsy guiada por mamografia é tecnicamente possível, mas tem maior índice de amostragem insuficiente e de subestimação histológica justamente em lesões calcificadas de pequena extensão. As duas opções guiadas por ultrassonografia estão erradas na premissa: sem correspondente sonográfico, o método não permite localizar as microcalcificações e a biópsia amostraria tecido inespecífico. Resposta D

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Mulher, 24 anos de idade, refere ciclos menstruais irregulares, com fluxo intenso com coágulos há 1 ano, e aumento da frequência urinária. Exame físico: abdome com massa de superfície bocelada, palpável 3 cm acima da sínfise púbica; toque vaginal: útero móvel, aumentado de volume, com superfície bocelada e anexos livres; especular sem alterações. Ressonância magnética: útero com volume 300 cc, presença de 2 nódulos uterinos (FIGO 1 em parede posterior, de 2,0 cm e FIGO 2-5 em parede anterior de 6 cm). A mais adequada conduta é

- A. histerectomia total abdominal.
- B. miomectomia histeroscópica e laparoscópica. ✓**
- C. histerectomia subtotal laparoscópica.
- D. prescrição de contraceptivos hormonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 24 anos com sangramento uterino anormal e sintoma compressivo urinário por útero miomatoso volumoso, com dois nódulos bem caracterizados pela ressonância. A classificação FIGO define a via de abordagem: o nódulo FIGO 1 é submucoso com componente intramural inferior a 50%, portanto acessível por via histeroscópica, e o nódulo FIGO 2-5 é transmural, atinge tanto a cavidade quanto a serosa, e exige abordagem por via abdominal, aqui laparoscópica. Como se trata de mulher jovem, nulípara e sem qualquer menção a prole constituída, a conduta obrigatoriamente preserva o útero, e a combinação das duas miomectomias é o que resolve simultaneamente o sangramento e o efeito de massa. A histerectomia total abdominal elimina definitivamente a fertilidade de uma paciente de 24 anos e é desproporcional diante de dois nódulos passíveis de ressecção. A histerectomia subtotal laparoscópica tem o mesmo problema e ainda mantém o colo, sem qualquer vantagem no caso. A prescrição de contraceptivo hormonal pode atenuar o fluxo menstrual, mas não reduz de forma relevante um útero de 300 cc nem alivia a compressão vesical, além de não tratar o nódulo submucoso responsável pelo sangramento. Resposta B

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Mulher, 60 anos de idade, com espessamento endometrial de 12 mm, realiza histeroscopia diagnóstica ambulatorial. Durante o procedimento, houve perfuração uterina. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Observação ambulatorial após tamponamento vaginal, prescrição de analgésicos e antibioticoterapia. Alta na ausência de alterações, com orientações sobre os sinais de alarme.
- B. Internação hospitalar para realização de laparoscopia para revisão da cavidade com aspiração do conteúdo hemático, cauterização ou sutura da lesão.

C. Observação ambulatorial por 2 horas com controle hemo- dinâmico, sangramento genital e dor. Alta na ausência de alterações, com orientações sobre os sinais de alarme. ✓

D. Internação hospitalar para realização de laparotomia exploradora e verificação da necessidade de histerectomia, na dependência do local da perfuração. 8 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação é a complicação mais comum da histeroscopia, a perfuração uterina, e a questão testa a estratificação entre perfuração simples e perfuração complicada. Em histeroscopia diagnóstica ambulatorial o instrumento é de pequeno calibre e rombo, não há uso de energia elétrica nem de dilatação forçada, e a perfuração costuma ser fúndica e autolimitada, porque o miométrio se contrai e o sangramento cessa espontaneamente. Diante de paciente estável, a conduta correta é interromper o exame e manter observação com controle de dados vitais, do sangramento genital e da dor por algumas horas, liberando a paciente na ausência de alterações e com orientação explícita sobre sinais de alarme. A internação para laparoscopia está reservada às perfurações laterais, às que ocorrem com instrumento cortante ou com energia e às que cursam com instabilidade hemodinâmica ou suspeita de lesão de alça, o que não é o caso. A laparotomia exploradora com eventual histerectomia é conduta ainda mais desproporcional para uma perfuração diagnóstica em paciente estável. O tamponamento vaginal e a antibioticoterapia de rotina não têm respaldo nesse cenário e não substituem o período de observação hospitalar. Resposta C

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Mulher, 48 anos de idade, foi admitida no PS com diagnóstico de tromboembolismo pulmonar agudo. Apresenta oligúria e sangramento vaginal em moderada quantidade. Exame físico: presença de massa no colo do útero, medindo 6 cm, friável, necrótica, sangrante, com forte odor pútrido, ocupando fórnices vaginais. Exames laboratoriais: Hb 5,4 g/dL; Ht 12,2%; Ureia 245 mg/dL; Creatinina 7,5 mg/dL. US de rins e vias urinárias: dilatação ureteral bilateral acentuada. Qual é a conduta mais adequada, após a compensação clínica?

A. Derivação urinária com duplo J ou nefrostomia; cirurgia de Wertheim Meigs.

B. Derivação urinária com duplo J ou nefrostomia, radio e quimioterapia. ✓

C. Histerectomia total abdominal com salpingectomia bilateral.

D. Encaminhamento para ambulatório de cuidados paliativos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descreve carcinoma de colo uterino localmente avançado: lesão cervical friável, necrótica e sangrante ocupando fórnices, com hidronefrose bilateral e insuficiência renal (creatinina 7,5 mg/dL), anemia grave e evento tromboembólico associado à doença neoplásica. A dilatação ureteral bilateral por comprometimento parametrial até a parede pélvica define, pelo estadiamento FIGO, doença IIIB, ou seja, tumor irresssecável cirurgicamente. A sequência correta após a compensação clínica é primeiro desobstruir a via urinária com cateter duplo J ou nefrostomia, o que recupera a função renal e viabiliza o uso de cisplatina, e em seguida instituir o tratamento padrão, que é a quimiorradiação concomitante, associada à braquiterapia. A cirurgia de Wertheim-Meigs é a histerectomia radical indicada em estádios iniciais, até IB2 ou IIA1, e não tem papel na doença com invasão parametrial e hidronefrose. A histerectomia total abdominal simples com salpingectomia não é operação oncológica para colo uterino e deixaria doença residual. O encaminhamento exclusivo para cuidados paliativos é precipitado, porque se trata de doença com intenção terapêutica curativa pela quimiorradiação. Resposta B

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Primípara, 34 anos de idade, pós-parto vaginal imediato, induzido com 38 semanas por pré-eclâmpsia, apresenta sangramento vaginal em moderada intensidade. Exame físico: corada, PA 100 x 60 mmHg, FC 110 bpm, sangramento vaginal moderado, útero amolecido na altura da cicatriz umbilical. Foi iniciada a administração de volume por via intravenosa em acesso calibroso, administrada ocitocina e realizada massagem uterina. As próximas medidas, para o melhor cuidado da paciente, incluem:

- A. misoprostol e inserção de balão intrauterino. ✓**
- B. ergotamina e tamponamento uterino com compressas.
- C. misoprostol e histerectomia.
- D. ergotamina e realização de sutura de B-Lynch.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é hemorragia pós-parto por atonia uterina, o diagnóstico sugerido pelo útero amolecido na altura da cicatriz umbilical associado a sangramento moderado e taquicardia com pressão limítrofe. As medidas iniciais já foram tomadas corretamente: reposição volêmica em acesso calibroso, ocitocina e massagem uterina. O passo seguinte previsto nos protocolos de manejo escalonado é acrescentar um segundo uterotônico e, se o sangramento persistir, aplicar uma medida mecânica intrauterina antes de qualquer procedimento invasivo, o que corresponde ao misoprostol associado ao balão de tamponamento intrauterino. O detalhe decisivo da vinheta é o parto induzido por pré-eclâmpsia: os derivados do ergot são vasoconstritores e estão formalmente contraindicados em gestantes com hipertensão ou pré-eclâmpsia pelo risco de crise hipertensiva, acidente vascular encefálico e isquemia. Por esse motivo caem as duas alternativas que prescrevem ergotamina, e o tamponamento com compressas é ainda menos eficaz que o balão. A histerectomia é recurso de última linha, reservado à falha das medidas conservadoras. A sutura de B-Lynch exige laparotomia e é opção de resgate, sobretudo intraoperatória na cesárea, não a próxima medida após parto vaginal. Resposta A

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Primigesta de 41 semanas, 28 anos de idade, relata diminuição da movimentação fetal. Pré-natal sem complicações, feto com crescimento e desenvolvimento normais. Exame físico: bom estado geral, sinais vitais normais, altura uterina 34 cm, BCF 140 bpm, dinâmica uterina ausente. Toque: apresentação cefálica, plano -2, colo pérvio para 2 cm, 40% de esvaziamento e bolsa íntegra. Perfil biofísico fetal de 8 com a seguinte cardiotocografia: Qual é a interpretação da cardiotocografia e a conduta?

- A. Tranquilizador; retorno para reavaliação em 3 dias.
- B. Não tranquilizador; realizar cesárea.
- C. Reativo; iniciar indução com ocitocina.
- D. Não reativo; prolongar o traçado; iniciar preparo de colo com misoprostol. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta é de gestação prolongada, com 41 semanas, queixa de redução de movimentos fetais e colo desfavorável (2 cm de dilatação, 40% de esvaecimento, apresentação no plano -2), portanto índice de Bishop baixo. O perfil biofísico fetal de 8 e os batimentos de 140 bpm indicam feto sem sinais de acidemia no momento, o que afasta a necessidade de resolução de emergência. Diante de um traçado sem os critérios de reatividade, a primeira medida não é interromper a gestação, e sim prolongar o registro por mais 20 a 40 minutos, porque a causa mais frequente de traçado não reativo em feto de termo é o ciclo de sono fetal, além de se poder lançar mão de estímulo mecânico ou sonoro. Confirmada a vitalidade, a idade gestacional de 41 semanas com queixa de diminuição de movimentos é por si só indicação de resolução, e com colo desfavorável a indução deve começar pelo preparo cervical com misoprostol. A conduta de reavaliar em 3 dias é inaceitável em gestação já prolongada com queixa materna. A cesárea imediata não se justifica com perfil biofísico de 8. Iniciar ocitocina com colo desfavorável tende à falha de indução, além de rotular o traçado como reativo em desacordo com o exame. Resposta D

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Primigesta de 36 semanas, 37 anos de idade, diabética gestacional, controlada com dieta e atividade física até a 26ª semana, quando necessitou de insulina regular nas doses de 20 UI no café da manhã, 18 UI no almoço, 18 UI no jantar e 14 UI de insulina NPH às 21 horas. Teve bom controle glicêmico até a 35ª semana, quando apresentou vários episódios de hipoglicemia. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Insuficiência placentária. ✓

B. Hipoinsulinismo fetal.

C. Resistência periférica à insulina.

D. Elevação de lactogênio placentário. 9 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto cobrado é a interpretação da queda abrupta da necessidade de insulina no terceiro trimestre. A gestação é um estado progressivamente diabetogênico porque a placenta produz hormônios contrainsulínicos, sobretudo o lactogênio placentário, além de progesterona, cortisol e prolactina, o que faz a demanda de insulina crescer até próximo do termo. Quando uma gestante bem controlada passa a apresentar episódios repetidos de hipoglicemia com o mesmo esquema insulínico, como aqui na 35ª semana, a explicação mais provável é a queda da produção hormonal placentária por disfunção da placenta, ou seja, insuficiência placentária, sinal de alerta que obriga a intensificar a avaliação da vitalidade fetal. O hipoinsulinismo fetal está errado em dois níveis: o feto de mãe diabética desenvolve hiperinsulinismo, e a insulina fetal não atravessa a barreira placentária, de modo que não interfere na glicemia materna. O aumento da resistência periférica à insulina produziria o oposto do descrito, isto é, hiperglicemia e necessidade crescente de insulina. A elevação do lactogênio placentário também elevaria a demanda insulínica pelo seu efeito contrainsulínico; o que explica o quadro é justamente a sua queda. Resposta A

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Primigesta de termo encontra-se no período expulsivo há uma hora, a variedade de posição é OEA, no plano +3 de DeLee, quando é detectado líquido meconial +++/4. Cardiotocografia: desacelerações tardias em mais de 50% das contrações. Qual é a melhor conduta?

A. Aumentar o fluxo de ocitocina e estimular puxos prolongados.

B. Aguardar o delivramento espontâneo, mantendo a vigilância do bem-estar fetal.

C. Cesárea imediata.

D. Uso imediato do vacuoextrator ou fórceps. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é de sofrimento fetal agudo no segundo período do parto: desacelerações tardias, os clássicos DIP II, em mais de 50% das contrações traduzem insuficiência de troca uteroplacentária, e o líquido meconial espesso reforça a suspeita de hipóxia. O dado que define a conduta é a estática fetal: apresentação cefálica em variedade occípito-esquerda-anterior, favorável, e polo cefálico no plano +3 de DeLee, ou seja, profundamente insinuado, com a paciente já em período expulsivo. Nessa condição a via mais rápida e segura é abreviar o expulsivo com parto vaginal instrumentado, vácuo-extrator ou fórceps de alívio, que resolve em poucos minutos. Aumentar a ocitocina agrava a situação, porque mais contrações significam mais interrupções do fluxo no espaço intervilo e piora da hipóxia, e o estímulo a puxos prolongados reduz ainda mais a oxigenação fetal. Aguardar o desfecho espontâneo mantendo vigilância ignora um padrão de cardiotocografia já categoricamente anormal. A cesárea imediata é tecnicamente difícil e mais demorada com o polo cefálico em +3, exigindo desprendimento do polo encravado, e expõe mãe e feto a maior morbidade do que a instrumentação. Resposta D

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Primigesta de 32 semanas procura a maternidade com queixa de dor no baixo ventre há 8 horas, sem queixas urinárias. Exame físico: AU = 30 cm, apresentação cefálica, foco 144 bpm, DU de 1 contração de 20" em 20 minutos; toque: colo uterino grosso, posterior e impérvio, com apresentação alta e móvel. Qual é a mais adequada conduta?

- A. Coletar cultura de estreptococo do grupo B, prescrever corticoide e nifedipina.
- B. Coletar cultura de estreptococo do grupo B, prescrever antibiótico, corticoide e atosiban.
- C. Ampliar o período de observação, monitorar a evolução da dinâmica uterina e das condições cervicais. ✓**
- D. Liberar a gestante e prescrever progesterona natural micronizada e antiespasmódico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, que exige a associação de contrações uterinas regulares e frequentes com modificação cervical documentada. Aqui a gestante de 32 semanas tem dor abdominal, mas a dinâmica é de apenas uma contração de 20 segundos em 20 minutos, muito abaixo do limiar habitualmente exigido, e o toque mostra colo grosso, posterior e impérvio, com apresentação alta e móvel, isto é, sem qualquer modificação cervical. O quadro configura ameaça ou falso trabalho de parto, e a conduta correta é ampliar o período de observação, reavaliando a dinâmica uterina e as condições cervicais em algumas horas, além de afastar causas de dor abdominal, antes de rotular o caso e intervir. Prescrever corticoide e nifedipina medeia uma paciente que ainda não preenche critério para tocolise nem para maturação pulmonar. Associar antibiótico e atosiban acrescenta ainda um antimicrobiano sem foco definido, com bolsa íntegra e sem sinais de infecção. Liberar a gestante com progesterona micronizada e antiespasmódico é inseguro porque abandona a reavaliação cervical justamente na janela em que o diagnóstico se define, e a progesterona é estratégia de prevenção em colo curto, não de tratamento agudo. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Gestante, 42 anos de idade, 2G 1 parto normal há 20 anos, em seguimento pré-natal, traz a seguinte sorologia para sífilis: ■ ■ Teste rápido para sífilis: reagente ■ ■ Método Eletroquimioluminométrico com antígeno treponêmico (EQL): reagente ■ ■ VDRL: não reagente Nega diagnóstico e tratamento prévios para sífilis. Está assintomática. A hipótese diagnóstica e a conduta são, respectivamente:

- A. sífilis latente precoce; tratar com penicilina benzatina 2 400 000 UI via intramuscular.
- B. sífilis latente tardia; tratar com penicilina benzatina 7 200 000 UI via intramuscular. ✓**

- C. cicatriz sorológica por tratamento prévio não documentado; não tratar e solicitar controle com VDRL em 30 dias.
- D. sífilis secundária; tratar com penicilina benzatina 2 400 000 UI via intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso traz dois testes treponêmicos reagentes, o teste rápido e a eletroquimioluminescência, com teste não treponêmico (VDRL) não reagente, em gestante assintomática que nega diagnóstico e tratamento anteriores. Como os testes treponêmicos permanecem reagentes por toda a vida e o VDRL pode negativar tanto após tratamento quanto na infecção antiga não tratada, e como não há qualquer documentação de tratamento prévio nem elemento que date a infecção, a classificação obrigatória é de sífilis latente de duração ignorada, conduzida como latente tardia. O tratamento correspondente é penicilina benzatina 2.400.000 UI por via intramuscular por semana, durante três semanas, totalizando 7.200.000 UI, esquema que também é o único que trata adequadamente o feto e evita a sífilis congênita. Classificar como latente precoce exigiria evidência objetiva de infecção com menos de um ano, como soroconversão documentada ou contato sexual comprovado, e a dose única seria insuficiente. Assumir cicatriz sorológica sem tratamento prévio documentado é inaceitável em gestante, porque o custo do erro é a transmissão vertical. Sífilis secundária pressupõe manifestações clínicas, como roséola, lesões palmoplantares ou condiloma plano, ausentes nesta paciente. Resposta B

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Gestante, 39 anos de idade, 2G 1P normal anterior (nativo de termo, 3 950 gr), veio para consulta pré-natal de rotina. Os dados de seguimento estão a seguir. DUM: 03/01/2021 Peso inicial: 70 kg Est: 1,61 m IMC inicial: 27 kg/m² Data Peso (kg) PA (mmHg) Edema AU (cm) BCF (bpm) Idade gestacional Conduta 10/03/21 73,5 100 x 70 ausente ----- 9 sem + 3 dias rotina 14/04/21 75 100 x 70 ausente ----- 160 13 sem morfo 10 12/05/21 76,2 90 x 70 ausente 17 156 18 sem + 3 dias morfo 2o 06/06/21 77 110 x 70 ausente 21 136 22 sem + 3 dias rotina ok 05/07/21 78,8 100 x 60 ausente 25 126 Exames: 08/03/2021 Hb = 10,1, Ht = 31, Leucograma = 10 200, Plaquetas: 221 100, Glicemia de jejum: 94 mg/dL, Sorologias: VDRL não reagente/ Teste rápido não reagente, HIV: não reagente, HBsAg: não reagente, Hepatite C: não reagente, Toxoplasmose: IgG reagente; IgM não reagente, Rubéola: IgG reagente; IgM não reagente. A alternativa que descreve os exames que devem ser solicitados na consulta de 20 de julho é:

A. teste oral de tolerância à glicose, sorologias para HIV e sífilis.

B. hemograma, sorologias para HIV e sífilis. ✓

C. teste oral de tolerância à glicose, hemograma, sorologias para HIV, sífilis e toxoplasmose.

D. hemograma, sorologias para HIV e sífilis, pesquisa de estreptococo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o calendário de exames do terceiro trimestre e, principalmente, a leitura da glicemia de jejum do primeiro trimestre. Com DUM em 03/01/2021, a consulta de 20 de julho cai por volta de 28 a 29 semanas, época em que o pré-natal de rotina repete hemograma (a paciente iniciou com Hb 10,1 e Ht 31, ou seja, já anêmica) e as sorologias de rastreio de infecções passíveis de transmissão vertical e de aquisição durante a gestação: HIV e sífilis. É isso que a alternativa B reúne.

O detalhe que decide a questão é a glicemia de jejum de 94 mg/dL colhida em março: valor entre 92 e 125 mg/dL na gestação já fecha diagnóstico de diabetes mellitus gestacional pelo critério IADPSG/OMS adotado pelo Ministério da Saúde e pela FEBRASGO. Quem já tem diagnóstico não precisa de teste de rastreamento, e por isso o TOTG não deve ser solicitado. A erra por pedir TOTG em quem já é diabética gestacional e por não repetir o hemograma numa gestante que começou anêmica. C acumula os dois erros: o TOTG desnecessário e a sorologia de toxoplasmose, que não se repete em gestante com IgG reagente e IgM não reagente, pois esse padrão indica imunidade prévia. D acerta o hemograma e as sorologias, mas antecipa a pesquisa de estreptococo do grupo B, cuja coleta vaginal e anal está indicada entre 35 e 37 semanas, e não com 28. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Gestante, de 28 semanas, apresenta TTOG com sobrecarga de 75 g de glicose realizada com 26 semanas: 92-182-152 mg/dL. Recebe orientação quanto à dieta, atividade física e controle glicêmico. Retorna 7 dias depois dessa consulta, relatando ter seguido todas as orientações, perdeu 2 kg de peso. Dia 1 Dia 2 Dia 3 Dia 4 Dia 5 Dia 6 Dia 7 Jejum 95 93 97 101 99 95 96 1h pós-café 134 140 141 144 137 146 140 1h pós-almoço 128 145 135 140 133 144 139 1h pós-jantar 144 134 142 128 153 124 142 Com esse perfil glicêmico, a conduta correta será a seguinte:

- A. deve-se prescrever insulina regular às 22h para melhorar o nível glicêmico da manhã.
- B. deve-se reforçar dieta e atividade física por mais 15 dias, antes de propor medicação.
- C. os controles estão dentro do razoável, manter orientação de dieta e atividade física.

D. deve-se prescrever insulina, pois tem muitos controles inadequados. 10 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de diabetes mellitus gestacional já diagnosticado pelo TOTG com 75 g realizado às 26 semanas: basta um valor alterado, e aqui há dois (jejum 92 mg/dL, com ponto de corte 92, e 1 hora 182 mg/dL, com ponto de corte 180). A pergunta é sobre falha da terapia nutricional. As metas de controle na gestação são estritas: jejum abaixo de 95 mg/dL e 1 hora pós-prandial abaixo de 140 mg/dL. No perfil de sete dias, praticamente todos os jejuns estão iguais ou acima de 95 (95, 97, 101, 99, 95, 96) e há valores acima de 140 nas três refeições, em vários dias. Com mais de 30% dos controles fora do alvo após uma a duas semanas de dieta e exercício corretamente seguidos, a indicação é iniciar insulina, que segue sendo a droga de escolha na gestação. Some-se que a paciente perdeu 2 kg, o que mostra que não há margem para apertar mais a restrição alimentar sem prejudicar o crescimento fetal.

A erra na farmacologia: insulina regular tem ação rápida e é usada antes das refeições para o controle pós-prandial; a glicemia de jejum elevada se corrige com NPH ao deitar. Além disso, o problema aqui não é só o jejum. B propõe adiar mais 15 dias, o que expõe o feto a hiperglicemia sustentada e ao risco de macrosomia e distocia, quando o prazo de teste da dieta já se esgotou. C considera aceitáveis controles que estão fora das metas gestacionais, mais rígidas que as do diabetes fora da gravidez. Resposta D

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Primigesta, 10 semanas de gestação, refere sangramento vaginal. Relata náuseas e mamas aumentadas e doloridas há 5 semanas. Exame físico: bom estado geral, normotensa, útero amolecido e aumentado 2 vezes, colo impérvio, com sangramento em pequena quantidade. Ultrassonografia: con- cepto com comprimento cabeça-nádegas (CCN) compatível com a idade gestacional menstrual, vitalidade preservada, BCF 114 bpm, área de descolamento ovular com 2 cm. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Repouso relativo e uso de analgésicos se tiver cólica. ✓**
- B. Progesterona intravaginal e analgésicos.
- C. Antiespasmódicos intravenosos por 2 dias.
- D. Terbutalina ou nifedipina via oral por 2 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de ameaça de abortamento: sangramento vaginal em pequena quantidade, útero compatível, colo impérvio e ultrassonografia com embrião vivo, CCN compatível com a idade gestacional e área de descolamento ovular (hematoma subcoriônico) pequena, de 2 cm. Colo fechado com conceito vivo define o quadro e o separa do abortamento inevitável, incompleto ou retido. A conduta é expectante e ambulatorial: repouso relativo, analgésico se houver cólica, abstinência sexual e orientação sobre sinais de alarme (aumento do sangramento, eliminação de material, febre, dor intensa), com reavaliação clínica e ultrassonográfica. Não existe tratamento que interrompa o processo, e cerca de metade dessas gestações segue normalmente. B erra porque a progesterona vaginal não é conduta de rotina na ameaça de abortamento; o benefício descrito em ensaios recentes se restringe a mulheres com sangramento e história de abortamentos prévios, o que não é o caso desta primigesta. C não se justifica: não há espasmo uterino a tratar, e antiespasmódico intravenoso não altera desfecho nem é isento de risco. D é conceitualmente equivocada: terbutalina e nifedipina são tocolíticos, usados em trabalho de parto prematuro depois da viabilidade; com 10 semanas o miométrio não tem a contratilidade coordenada que esses fármacos bloqueiam, e o uso apenas expõe a gestante a taquicardia e hipotensão. Resposta A

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Qual dos pacientes a seguir possui maior risco para desenvolver glaucoma primário de ângulo aberto?

- A. 50 anos de idade e hipermetrope.
- B. 25 anos de idade e astigmatismo.
- C. 60 anos de idade e míope. ✓**
- D. 70 anos de idade e hipermetrope.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a diferença entre os fatores de risco do glaucoma primário de ângulo aberto e os do glaucoma de ângulo fechado, ponto clássico e fácil de confundir. No ângulo aberto, os fatores reconhecidos são idade avançada, história familiar em parentes de primeiro grau, ascendência africana, pressão intraocular elevada, córnea central fina e miopia. Já a hipermetropia é fator de risco para o ângulo fechado, porque o olho hipermetrope é curto no eixo anteroposterior, com câmara anterior rasa e ângulo iridocorneano estreito, predisposto ao bloqueio pupilar.

Assim, o perfil de maior risco entre os oferecidos é o paciente de 60 anos e míope, que soma idade avançada ao erro refrativo associado à doença. A tem idade menor e hipermetropia, que aponta para a outra forma de glaucoma. B é o de menor risco: 25 anos é faixa etária de baixíssima prevalência e astigmatismo não é fator de risco estabelecido para glaucoma. D é o distrator forte, pois traz a maior idade da série, mas o erro refrativo hipermetrópico direciona ao ângulo fechado, e não ao ângulo aberto perguntado no enunciado. Vale lembrar que o ângulo aberto é assintomático até fases avançadas, com perda de campo visual periférico e escavação do disco óptico, o que justifica o rastreamento em quem soma esses fatores. Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Mulher, 29 anos de idade, relata que seu ciclo menstrual nos últimos 12 meses variou de 29 a 32 dias. Pelo método de Ogino Knaus, qual o período fértil dessa mulher?

- A. Do 12º ao 24º dia do ciclo.
- B. Do 15º ao 18º dia do ciclo.
- C. Do 11º ao 21º dia do ciclo. ✓**
- D. Do 10º ao 20º dia do ciclo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a aplicação direta da tabelinha de Ogino-Knaus, método comportamental que estima o período fértil a partir do registro da duração dos ciclos nos últimos seis a doze meses. A regra é subtrair 18 do ciclo mais curto para obter o primeiro dia fértil e subtrair 11 do ciclo mais longo para obter o último dia fértil, contando sempre a partir do primeiro dia da menstruação. Esses números derivam da fisiologia: a fase lútea dura cerca de 14 dias, com variação de dois dias para mais ou para menos, e o espermatozoide sobrevive até cerca de três dias no trato genital feminino, o que amplia a janela para trás.

Com ciclos variando de 29 a 32 dias, o cálculo é 29 menos 18, igual a 11, e 32 menos 11, igual a 21. Logo, o período fértil vai do 11º ao 21º dia do ciclo, e é nesse intervalo que a mulher deve abster-se de relações ou usar método de barreira. A, do 12º ao 24º, e D, do 10º ao 20º, resultam de subtrações erradas e deslocam a janela em relação ao cálculo correto. B, do 15º ao 18º, corresponde a um período fértil estreito, como se fosse cravado em torno da ovulação de um ciclo fixo de 28 dias, o que ignora tanto a variabilidade dos ciclos relatada quanto a sobrevivência dos gametas. Resposta C

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Durante a pandemia de Covid-19, uma pesquisa online com adolescentes visou, através do uso de questionários de autor-relato, detectar uma associação entre sintomas de depressão, ansiedade, consumo abusivo de álcool e tempo gasto em frente às telas. Tratou-se de um estudo com coleta única de dados no tempo. Assinale a alternativa que representa um possível achado desse estudo.

- A. A densidade de incidência de depressão foi duas vezes maior que a densidade de incidência de ansiedade, independentemente do sexo.
- B. O risco relativo de consumo de álcool foi três vezes maior no sexo masculino do que no feminino (RR = 3,00).
- C. O abuso de álcool durante a pandemia foi causa dos sintomas de depressão desses jovens.

D. A prevalência de sintomas autorrelatados de ansiedade nessa amostra foi de 40%, e a razão de prevalência entre os sexos foi de 2,50. 11 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve um estudo com coleta única de dados no tempo, isto é, um estudo transversal (seccional), no qual exposição e desfecho são aferidos no mesmo momento. Isso limita as medidas que podem legitimamente sair da pesquisa: transversais estimam prevalência e comparam grupos por meio de razão de prevalência (ou odds de prevalência), nunca incidência. Por isso, o achado possível é o descrito na alternativa D, com prevalência de sintomas autorrelatados de ansiedade de 40% na amostra e razão de prevalência de 2,50 entre os sexos.

A fala em densidade de incidência, medida que exige seguimento de indivíduos livres do desfecho ao longo do tempo, com denominador em pessoas-tempo, algo impossível numa coleta única. B usa risco relativo, que também depende de incidência e, portanto, de desenho longitudinal, tipicamente coorte ou ensaio clínico. C comete o erro clássico do transversal: afirmar causalidade. Como exposição e desfecho foram medidos simultaneamente, não há como estabelecer a precedência temporal (o critério de temporalidade de Bradford Hill), e o quadro é ainda vulnerável à causalidade reversa, já que sintomas depressivos podem levar ao consumo abusivo de álcool tanto quanto o contrário. Some-se o viés de autorrelato dos questionários e de seleção da pesquisa online. Resposta D

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Em epidemiologia, taxas de mortalidade ajustadas por idade podem ser utilizadas para

- A. determinar o número de mortes em um dado grupo etário das populações comparadas.
- B. eliminar o efeito das diferenças etárias das populações na comparação de suas mortalidades. ✓**
- C. estimar as idades de óbito quando faltam tais informações nas taxas brutas de mortalidade.

D. corrigir as taxas brutas de mortalidade, estimando os erros de registro das idades.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito de padronização (ajuste) de taxas. A idade é o confundidor mais poderoso da mortalidade: populações mais envelhecidas morrem mais, qualquer que seja o perfil de risco. Comparar taxas brutas de dois municípios, países ou períodos com estruturas etárias distintas leva a conclusões falsas. A padronização, direta ou indireta, aplica a distribuição etária de uma população-padrão às taxas específicas por faixa de idade de cada população comparada, gerando taxas hipotéticas que responderiam à pergunta: qual seria a mortalidade se ambas tivessem a mesma composição por idade? É exatamente isso que a alternativa B enuncia, ao dizer que serve para eliminar o efeito das diferenças etárias na comparação.

A erra porque a taxa ajustada é um número artificial, útil apenas para comparação, e não informa o número real de mortes em qualquer grupo etário; para isso bastam os dados brutos. C inverte a lógica: o ajuste exige conhecer as taxas específicas por idade, não serve para estimar idades ausentes. D confunde padronização com correção de erros de registro ou de subnotificação, que é problema de qualidade do dado e demanda outras estratégias, como busca ativa e métodos de correção de sub-registro. Resposta B

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Em relação à notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, definida pela Portaria de Consolidação no 4 de 28 de setembro de 2017, assinale a alternativa correta.

- A. A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 48 horas desse atendimento.
- B. A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória pode ser realizada à autoridade de saúde por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento. ✓**
- C. Tentativa de suicídio, óbito infantil e óbito de membro de povo ou comunidade tradicional são agravos de notificação compulsória em todo o território nacional.
- D. O município deve incluir, em sua lista de notificação, doenças, agravos ou evento de saúde pública de notificação compulsória constantes da lista de sua respectiva região de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura literal das regras de notificação compulsória consolidadas na Portaria de Consolidação nº 4/2017 (que incorporou a Portaria nº 204/2016). A norma estabelece que a notificação compulsória é obrigação de médicos, outros profissionais de saúde e responsáveis por serviços públicos e privados, mas prevê expressamente que a comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública constante da lista pode ser feita à autoridade de saúde por qualquer cidadão que dela tenha conhecimento. Esse dispositivo amplia a vigilância para além do serviço assistencial e é o que torna a alternativa B correta. A erra no prazo: a notificação compulsória imediata deve ser feita em até 24 horas a partir do conhecimento do caso, pelo meio mais rápido disponível, e não em 48 horas. C mistura itens verdadeiros e falsos: a lista nacional inclui violência autoprovocada, o que abrange a tentativa de suicídio, e inclui óbito infantil e óbito materno, mas não traz óbito de membro de povo ou comunidade tradicional como agravo de notificação compulsória nacional. D troca faculdade por obrigação e inverte a lógica federativa: estados, Distrito Federal e municípios podem, e não devem, acrescentar à lista outras doenças e agravos de relevância para o seu perfil epidemiológico local, sendo a lista nacional o piso comum. Resposta B

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Um estudo caso-controle detectou 56 expostos em 100 casos e 40 expostos em 100 controles. Sabendo-se que a detecção de casos e de controles foi 100% acurada e que o questionário utilizado para detecção de exposição pregressa tinha sensibilidade de 80% e especificidade de 100%, qual seria o valor da odds ratio corrigida considerando a acurácia do questionário?

- A. 1,9
- B. 2,3 ✓**
- C. 1,7
- D. 2,1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o efeito da má classificação da exposição sobre a medida de associação em um estudo caso-controle. Com os dados observados, a odds ratio bruta é $(56/44)$ dividida por $(40/60)$, ou seja, $(56 \times 60)/(44 \times 40) = 1,9$. Mas o questionário tem sensibilidade de 80% e especificidade de 100%: isso significa que ele não gera falsos positivos, porém deixa de identificar 20% dos verdadeiros expostos, tanto entre casos quanto entre controles.

A correção é dividir os expostos observados pela sensibilidade. Entre os casos, $56/0,8 = 70$ expostos e, portanto, 30 não expostos; entre os controles, $40/0,8 = 50$ expostos e 50 não expostos. A odds ratio corrigida fica $(70 \times 50)/(30 \times 50) = 2,33$, ou seja, aproximadamente 2,3. O raciocínio ilustra um princípio central de epidemiologia: a má classificação não diferencial da exposição (que ocorre igualmente em casos e controles) atenua a associação, empurrando a medida em direção ao valor nulo de 1. Por isso a estimativa corrigida é maior que a observada. A, 1,7, é ainda menor que a bruta e caminhará no sentido oposto ao esperado pela atenuação. D, 2,1, não corresponde a nenhum passo válido do cálculo. Resposta B

QUESTÃO 46 — Gabarito C

A tabela do tipo 2 x 2 mostra os dados observados em um estudo de coortes que investigou a associação entre uma exposição e a incidência de uma doença em 5 anos. Adoecimento após 5 anos SIM NÃO Expostos 50 (a) (b) 950 Não expostos 80 (c) (d) 3.920 Os valores esperados para as caselas (a) e (c), respectivamente, em caso de não associação ou completa independência entre a exposição e a doença são:

- A. 20 e 110
- B. 0 e 130
- C. 26 e 104 ✓**
- D. 65 e 65

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede os valores esperados de uma tabela 2 x 2 sob a hipótese nula, isto é, supondo independência completa entre exposição e doença. É o mesmo cálculo que alimenta o teste do qui-quadrado: o valor esperado de cada casela é o produto do total da sua linha pelo total da sua coluna, dividido pelo total geral. Sob independência, a incidência da doença seria a mesma em expostos e não expostos, igual à incidência global. Nos dados, os expostos somam 1.000 (50 + 950), os não expostos somam 4.000 (80 + 3.920), o total geral é 5.000 e o total de doentes é 130. A incidência global é $130/5.000 = 2,6\%$. Aplicando essa proporção a cada grupo: casela (a) = $1.000 \times 130/5.000 = 26$ e casela (c) = $4.000 \times 130/5.000 = 104$. Repare que a soma dos esperados preserva o total de doentes ($26 + 104 = 130$), verificação rápida que descarta alternativas. A, 20 e 110, também soma 130, mas não respeita a proporção entre os grupos, que é de 1 para 4. B, 0 e 130, suporia que nenhum exposto adoeceria, o que é o oposto de independência. D, 65 e 65, dividiria os casos igualmente entre grupos de tamanhos muito diferentes, erro típico de quem ignora os totais marginais. Comparando o observado (50) com o esperado (26) nos expostos, aliás, sugere-se associação positiva. Resposta C

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Quanto ao Projeto Terapêutico Singular, é correto afirmar:

- A. é uma ferramenta para o estudo minucioso de todas as etapas da evolução da doença do indivíduo.
- B. tem como principal objetivo facilitar o estudo de casos complexos em situações de ensino-aprendizagem.
- C. é um importante dispositivo utilizado pelo médico para cuidar de casos complexos na atenção básica.
- D. é uma das ferramentas das equipes de saúde que auxilia na tomada de decisões acerca de um caso individual ou coletivo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, dirigido a um sujeito individual ou coletivo, construído em discussão coletiva por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial quando necessário. Suas etapas clássicas são o diagnóstico ampliado (que inclui os aspectos orgânicos, subjetivos e sociais), a definição de metas negociadas com o usuário, a divisão de responsabilidades com a designação de um profissional de referência e a reavaliação periódica. O adjetivo singular marca justamente o deslocamento do foco da doença para o sujeito e seu contexto de vida. É o que descreve a alternativa D, ao apresentá-lo como ferramenta da equipe de saúde que auxilia na tomada de decisões sobre um caso individual ou coletivo.

A erra ao reduzi-lo ao estudo da evolução da doença: o PTS não é história natural nem detalhamento fisiopatológico, é plano de cuidado que incorpora vulnerabilidades, rede social e desejo do usuário. B confunde o PTS com metodologia de ensino; ele pode ser usado na formação, mas seu objetivo primário é organizar o cuidado. C traz dois erros: atribui o PTS ao médico isoladamente, quando é construção coletiva e multiprofissional em que o usuário participa, e o restringe à atenção básica, sendo largamente empregado em CAPS, residências terapêuticas, hospitais e NASF. Resposta D

QUESTÃO 48 — Gabarito A

A tabela do tipo 2 x 2 refere-se a ensaio clínico aleatorizado para tratamento de uma doença comparando dois grupos: tratamento e controle. DOENÇA SIM NÃO TRATAMENTO 165 835 CONTROLE 185 815 Qual o valor do NNT e sua interpretação correta?

- A. 50; 1 caso de doença a menos para cada grupo de 50 tratados. ✓**
- B. 20; 1 caso de doença evitado para 19 casos de doença ocorridos.
- C. 20; 1 caso de doença a menos para cada grupo de 20 tratados.
- D. 50; 1 caso de doença evitado para 49 casos de doença ocorridos. 12 UFSP2104 | 003-Anestesiologia
Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o cálculo e, sobretudo, a interpretação do número necessário para tratar (NNT). O primeiro passo é obter o risco em cada braço: no grupo tratamento, $165/1.000 = 16,5\%$; no grupo controle, $185/1.000 = 18,5\%$. A redução absoluta de risco é a diferença entre eles, $18,5\% \text{ menos } 16,5\% = 2\%$, ou $0,02$. O NNT é o inverso da redução absoluta de risco: $1/0,02 = 50$.

A interpretação correta é que é preciso tratar 50 pacientes com a intervenção, em vez do controle, para evitar um caso da doença, ou seja, um caso a menos para cada grupo de 50 tratados. É isso que a alternativa A enuncia. B e C partem de um NNT de 20, que sairia de uma redução absoluta de 5%, valor que não corresponde aos dados da tabela; provavelmente derivam de erro de subtração ou do uso da redução relativa de risco (que aqui é de cerca de 11%). D chega ao número certo, 50, mas erra a leitura: o NNT não é uma razão entre casos evitados e casos ocorridos, e sim o número de pacientes que precisam receber o tratamento para que um desfecho seja evitado. Vale lembrar que o NNT depende do risco basal e do tempo de seguimento, de modo que só faz sentido comparado dentro do mesmo contexto clínico. Resposta A

QUESTÃO 49 — Gabarito B

O bairro do Jardim Peri na zona Norte de São Paulo foi fortemente acometido por enchentes em 19 de março de 2021. Uma comunidade que vive às margens de um córrego foi diretamente atingida por seu alagamento. Nessa situação, é função da Vigilância em Saúde Ambiental

- A. prestar assistência à saúde humana e animal dos afetados, caracterizando os riscos de adoecimento devido à exposição ao alagamento.
- B. informar aos serviços locais de assistência à saúde a possível chegada de casos de leptospirose ou outros agravos associados ao alagamento. ✓**
- C. realizar, após a resolução da enchente, a análise ambiental do solo e subsolo locais, procurando por uma possível contaminação.
- D. realizar a análise da água da enchente a fim de encontrar possíveis contaminantes, como metais pesados ou organoclorados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão delimita o escopo da Vigilância em Saúde Ambiental diante de um desastre natural com alagamento. O papel dessa vigilância é identificar os fatores ambientais de risco à saúde humana e articular essa informação com a rede assistencial e com os demais componentes da vigilância, e não executar a assistência. Em enchente que atinge comunidade às margens de córrego, o risco previsível e imediato é o de agravos de veiculação hídrica e de contato com água contaminada por urina de roedores, com destaque para a leptospirose, cuja incubação de 1 a 30 dias faz os casos baterem nas unidades dias após o evento. Comunicar antecipadamente os serviços locais para que suspeitem, notifiquem e iniciem tratamento precoce é justamente a ação que reduz a letalidade da forma grave.

A alternativa A descreve prestação de cuidado a pessoas e animais, atribuição da rede de atenção e da vigilância sanitária de zoonoses em outra frente, não da vigilância ambiental. A alternativa C propõe análise de solo e subsolo, ação típica do componente de vigilância de populações expostas a solo contaminado, pertinente a áreas com resíduos perigosos e sem tempestividade alguma neste cenário. A alternativa D transporta para a água da enchente a lógica do componente de vigilância da qualidade da água, que se ocupa da água destinada ao consumo humano; dosar metais pesados ou organoclorados na água da inundação não altera nenhuma conduta imediata de proteção da população exposta. Resposta B

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Qual das alternativas aponta ações de vigilância em saúde no Brasil recomendadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional?

- A. Utilização do recordatório de consumo alimentar referente ao último mês, obtenção das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura nas consultas de rotina nas unidades básicas de saúde.
- B. Execução bienal de mutirões de avaliação do estado nutricional com base no peso e estatura da população residente e dos estudantes das escolas públicas da área de abrangência das unidades básicas de saúde.
- C. Avaliação da oferta proporcional de alimentos ultraprocessados e dos macronutrientes da dieta nos domicílios e nas escolas públicas da área de abrangência das unidades básicas de saúde.
- D. Aplicação do formulário de marcador de consumo alimentar referente ao dia anterior e obtenção das medidas de peso e estatura nas consultas de rotina nas unidades básicas de saúde. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que monitora de forma contínua o estado nutricional e o consumo alimentar da população atendida na rede básica. Seus dois instrumentos padronizados são a antropometria, com peso e estatura para cálculo do IMC e dos índices por idade preconizados pela OMS, e o formulário de marcadores de consumo alimentar, que investiga o consumo do dia anterior, incluindo marcadores protetores e ultraprocessados, alinhado ao Guia Alimentar para a População Brasileira. A coleta é oportunística, feita nas consultas de rotina da unidade básica, com registro nominal, e não em campanhas periódicas.

A alternativa A erra no instrumento: o sistema não utiliza recordatório referente ao último mês, e sim marcadores do dia anterior, e a circunferência da cintura não integra a vigilância nutricional de rotina. A alternativa B contraria a lógica de registro contínuo ao propor mutirões bienais, o que produziria dados episódicos e sem valor para o monitoramento longitudinal. A alternativa C descreve avaliação de disponibilidade e composição de alimentos em domicílios e escolas, objeto de inquéritos populacionais como a Pesquisa de Orçamentos Familiares, e não da vigilância alimentar e nutricional executada na atenção primária. Resposta D

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Assinale a alternativa que aponta, respectivamente, o tipo e uma vantagem da estratégia de prevenção “distanciamento social”, adotada durante a pandemia de covid-19.

- A. Populacional; temporária e paliativa.
- B. De alto risco; motivacional para os profissionais de saúde.
- C. Populacional; busca a raiz do problema. ✓**
- D. De alto risco; apropriada ao comportamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a classificação clássica de Geoffrey Rose para estratégias de prevenção, que separa a abordagem de alto risco, dirigida aos indivíduos identificados como mais suscetíveis, da abordagem populacional, que desloca a distribuição do fator de risco em toda a população, independentemente do risco individual. O distanciamento social na pandemia de covid-19 foi aplicado indistintamente a toda a população, sem seleção prévia de indivíduos, o que o define como estratégia populacional. Entre as vantagens que Rose atribui a essa estratégia está o caráter radical, ou seja, atuar sobre a causa que está na raiz do problema, no caso a própria transmissão comunitária do vírus, e não apenas sobre suas consequências individuais.

A alternativa A acerta o tipo, mas atribui à estratégia populacional o defeito de ser paliativa e temporária, que Rose lista justamente como desvantagem da estratégia de alto risco, pois esta protege o indivíduo enquanto a intervenção dura e não modifica a causa subjacente. As alternativas B e D erram já na classificação, pois nenhuma medida aplicada à população inteira pode ser chamada de estratégia de alto risco; além disso, ser apropriada ao comportamento, citada em D, é vantagem da estratégia populacional, e a motivação do profissional de saúde, citada em B, é vantagem descrita para a abordagem de alto risco. Resposta C

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Em um ensaio clínico randomizado de um novo tratamento para o infarto agudo do miocárdio, a mortalidade no grupo tratado foi a metade daquela observada no grupo placebo; entretanto, a diferença não se mostrou significativa do ponto de vista estatístico. Dessa forma, conclui-se que

- A. não faz sentido continuar a desenvolver o tratamento.
- B. a redução da mortalidade é tão grande que se deve adotar o tratamento.
- C. se deve adicionar pacientes a esse ensaio clínico.
- D. se deve planejar um novo ensaio clínico com tamanho amostral maior. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário descreve o erro tipo II, ou seja, a falha em detectar como estatisticamente significativa uma diferença que provavelmente existe. Uma redução de metade da mortalidade no infarto agudo do miocárdio é magnitude de efeito clinicamente enorme; se ela não alcançou significância, a explicação mais plausível é poder estatístico insuficiente, quase sempre por tamanho amostral pequeno e número reduzido de desfechos. Ausência de significância não é prova de ausência de efeito, e a conduta científica correta é desenhar um novo ensaio com cálculo amostral que garanta poder adequado, tipicamente 80 a 90 por cento, para o tamanho de efeito estimado neste estudo.

A alternativa A comete exatamente o erro de interpretar p não significativo como demonstração de que o tratamento não funciona. A alternativa B faz o oposto e adota uma intervenção com base apenas na estimativa pontual, ignorando que o intervalo de confiança inclui a ausência de benefício. A alternativa C é a armadilha da questão: acrescentar pacientes a um ensaio já encerrado e reanalisar até que o valor de p fique abaixo de 0,05 é análise interina não planejada, que infla o erro tipo I e quebra a integridade do protocolo e da randomização. Resposta D

QUESTÃO 53 — Gabarito A

O volume máximo de oxigênio inalado (VO2 max) é usado como medida do condicionamento físico. Cem homens saudáveis participaram de uma pesquisa que objetivava verificar se o VO2 max, em mililitros por quilograma de peso por minuto, diminui quando se aumenta o tempo, em minutos, de realização de atividade física. Qual teste estatístico poderia ser utilizado para verificar se o VO2 max está relacionado com o tempo de atividade física?

- A. Teste de correlação de Pearson. ✓**
- B. Teste qui-quadrado de independência.
- C. Teste T para duas amostras dependentes.
- D. Análise de variância (ANOVA).

COMENTÁRIO OSCELABS

A escolha do teste estatístico depende do tipo das variáveis e da pergunta. Aqui há duas variáveis quantitativas contínuas medidas nos mesmos cem indivíduos, o consumo máximo de oxigênio em mililitros por quilo por minuto e o tempo de atividade física em minutos, e a pergunta é sobre associação entre elas, não sobre comparação de grupos. O instrumento adequado é o coeficiente de correlação de Pearson, que quantifica a força e o sentido da relação linear entre duas variáveis contínuas, com valores de menos 1 a mais 1, sendo o sinal negativo esperado se o consumo de oxigênio diminuir conforme o tempo aumenta. O uso pressupõe relação linear e distribuição aproximadamente normal; havendo violação, o análogo seria a correlação de Spearman.

O qui-quadrado de independência da alternativa B testa associação entre duas variáveis categóricas em tabela de contingência, o que exigiria categorizar arbitrariamente as duas medidas e perder informação. O teste t para amostras dependentes da alternativa C compara médias de uma mesma variável em dois momentos ou condições pareadas, situação inexistente aqui. A análise de variância da alternativa D compara médias de três ou mais grupos definidos por uma variável categórica, o que também não corresponde ao delineamento descrito. Resposta A

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Em um estudo sobre amamentação e inteligência, de acordo com a escolha da mãe, 165 crianças que eram muito pequenas ao nascer receberam leite materno, enquanto 145 receberam fórmula infantil. Na idade de 8 anos, o quociente de inteligência (QI) dessas crianças foi medido. O QI médio do grupo fórmula infantil foi de 92,8, enquanto o do grupo leite materno foi de 103,0. Por meio de um teste de comparação de médias, verificou-se diferença significativa entre essas duas médias ($p < 0,001$). Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

A. Se o tipo de leite ofertado não estiver relacionado ao QI subsequente, a probabilidade de se obter uma diferença no QI médio igual ou maior que a observada é menor do que 0,001. ✓

B. Há evidências causais de que a alimentação com fórmula para bebês muito pequenos reduz o QI aos 8 anos.

C. O tipo de leite ofertado à criança não tem relação com o QI subsequente.

D. A probabilidade de que o tipo de leite ofertado afete o QI subsequente é inferior a 0,001. 13 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a definição correta do valor de p , um dos conceitos mais distorcidos da estatística aplicada. O valor de p é a probabilidade de se obter um resultado tão extremo quanto ou mais extremo do que o observado, supondo verdadeira a hipótese nula, isto é, supondo que não haja relação entre o tipo de leite e o quociente de inteligência. É exatamente essa a formulação da alternativa A, que condiciona a probabilidade à hipótese nula e se refere à diferença observada nas médias, e não à veracidade da hipótese.

A alternativa B extrapola para causalidade um estudo observacional em que a exposição foi definida pela escolha materna, e não por sorteio; mães que optam por amamentar diferem sistematicamente em escolaridade, renda e estímulo cognitivo oferecido à criança, de modo que confundimento residual explica parte ou todo o efeito. A alternativa C afirma o contrário do que o teste mostrou, ignorando um resultado com p menor que 0,001. A alternativa D inverte o condicionamento e transforma o p em probabilidade de a hipótese alternativa ser verdadeira, leitura bayesiana que o teste de significância clássico não autoriza. Resposta A

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Diante de um paciente ambulatorial com doença crônica, evolutiva e progressiva, com prognóstico de vida encurtado a meses ou ano, candidato, portanto, a cuidados paliativos, qual é a conduta mais adequada?

A. Informar aos familiares sobre a situação e reforçar as esperanças do paciente.

B. Chamar a equipe de apoio psicológico para comunicar a impossibilidade de tratamento.

C. Fornecer respostas empáticas e providenciar conforto para o paciente e familiares. ✓

D. Dar alta do ambulatório e orientá-lo a procurar serviço de cuidados paliativos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso apresenta paciente ambulatorial com doença crônica, progressiva e incurável, com prognóstico estimado em meses a um ano, ou seja, elegível a cuidados paliativos concomitantes ao seguimento habitual, conforme a recomendação da Organização Mundial da Saúde de indicação precoce e não restrita à fase final de vida. Nesse contexto, a conduta central do médico é a comunicação centrada na pessoa, com respostas empáticas ao sofrimento, exploração das preocupações do paciente e da família e providências concretas de conforto, incluindo controle de sintomas e planejamento antecipado de cuidados. Empatia e conforto não são adjuvantes da conduta: são a conduta.

A alternativa A informa apenas os familiares e alimenta expectativas irreais, configurando conspiração do silêncio, que retira do paciente a autonomia sobre as próprias decisões. A alternativa B terceiriza à psicologia a comunicação que compete ao médico assistente e ainda transmite a mensagem equivocada de impossibilidade de tratamento, quando o cuidado paliativo é tratamento ativo. A alternativa D dá alta e transfere a responsabilidade, o que caracteriza abandono e contraria o modelo de cuidado compartilhado e longitudinal.

Resposta C

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Em uma UBS, uma criança com 7 dias de vida é atendida e em seu relatório de alta da maternidade consta o seguinte: Mãe com VDRL na ocasião do parto com título de 1/8 e teste treponêmico reagente, tratada adequadamente para sífilis 45 dias antes do parto. O recém-nascido, assintomático, tem título de VDRL 1/4, líquido sem alterações, hemograma normal e radiografia de ossos longos normal. Assinale a alternativa que contém ações de vigilância epidemiológica corretas para esse caso.

A. Notificar o caso de sífilis congênita em até 24 horas; realizar seguimento com testes não treponêmicos quantitativos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

B. Considerar como criança exposta à sífilis; realizar seguimento com testes não treponêmicos quantitativos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. ✓

C. Notificar o caso de sífilis congênita em até uma semana; realizar seguimento com testes treponêmicos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

D. Considerar como criança exposta à sífilis; realizar seguimento com testes treponêmicos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne todos os critérios de mãe adequadamente tratada: penicilina benzatina concluída 45 dias antes do parto, portanto mais de 30 dias antes, com teste treponêmico reagente e titulação não treponêmica de 1 para 8. O recém-nascido está assintomático, com líquido normal, hemograma normal, radiografia de ossos longos normal e VDRL de 1 para 4, ou seja, uma diluição abaixo do materno e sem a diferença de duas diluições, ou quatro vezes, que caracterizaria infecção. Pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de infecções sexualmente transmissíveis do Ministério da Saúde, essa criança não preenche definição de caso de sífilis congênita e é classificada como criança exposta à sífilis, sem notificação compulsória, mas com seguimento ambulatorial obrigatório com testes não treponêmicos quantitativos com 1, 3, 6, 12 e 18 meses, interrompendo-se após dois exames consecutivos não reagentes.

As alternativas A e C erram ao notificar como sífilis congênita um caso que não atende à definição, o que também distorce o indicador epidemiológico. As alternativas C e D erram no exame de seguimento: testes treponêmicos permanecem reagentes por anticorpos maternos transferidos pela placenta e só têm valor diagnóstico na criança após os 18 meses de idade, de modo que não servem para monitorar resposta ao longo do primeiro ano. Resposta B

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Mulher, 64 anos de idade, com câncer de mama, é acompanhada por oncologista em consultório particular. Os procedimentos diagnósticos foram efetuados por meio de seu convênio médico, com indicação de quimioterapia, de acordo com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. O plano de saúde da paciente não disponibiliza serviço de quimioterapia na região onde mora e ela foi encaminhada para o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) de um hospital público da região que atende exclusivamente pelo SUS. Nesse caso, a paciente

- A. tem direito a receber quimioterapia no CACON porque esse procedimento é realizado mediante Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alto Custo, que permite à Agência Nacional de Saúde Suplementar ressarcir os gastos para SUS.
- B. não tem direito a receber quimioterapia no CACON porque procedimentos contidos no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar devem ser realizados na rede assistencial própria ou contratada pela operadora.
- C. tem direito a receber quimioterapia no SUS, desde que acompanhada por UBS ou serviço ambulatorial especializado do SUS, e que seja solicitado o seu encaminhamento ao CACON por meio da Central de Regulação. ✓**
- D. não tem direito a receber quimioterapia no CACON porque a operadora está obrigada a fornecer o procedimento em caráter ambulatorial, uma vez que o convênio foi celebrado após a vigência da Lei no 9.656/98, que regula a saúde suplementar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o princípio da universalidade do acesso ao SUS, previsto na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90. Ter plano de saúde não exclui ninguém do sistema público, e a existência de convênio não pode ser usada como barreira de acesso a procedimento oncológico. A paciente, portanto, tem direito à quimioterapia no Centro de Alta Complexidade em Oncologia, mas o acesso obedece à lógica de rede e de regulação do SUS: ela precisa estar vinculada a uma unidade básica ou a serviço ambulatorial especializado do sistema, que solicita o encaminhamento por meio da Central de Regulação, respeitando os fluxos e a hierarquização da assistência de alta complexidade.

A alternativa A inverte a lógica do ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/98, que ocorre quando o SUS atende beneficiário de plano e cobra da operadora, e não como condição que gera o direito; além disso, a autorização de procedimento de alto custo é instrumento de faturamento, não de habilitação do direito. As alternativas B e D negam o acesso ao SUS, o que fere diretamente a universalidade; o fato de a operadora ter obrigação contratual de oferecer o procedimento do rol da agência reguladora não retira da cidadã o direito ao sistema público, apenas fundamenta eventual ressarcimento posterior. Resposta C

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Qual das ações faz parte da política de redução de danos em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas?

- A. Orientar práticas e distribuir insumos para reduzir consequências adversas do uso de drogas. ✓**
- B. Elaborar estratégias de redução do uso de drogas até atingir e manter o estado de abstinência.
- C. Aconselhar para a imediata abstinência do uso de drogas com o suporte de familiares.
- D. Informar crianças e adolescentes sobre riscos individuais e coletivos do uso de drogas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A redução de danos é a diretriz da Política do Ministério da Saúde para a atenção a usuários de álcool e outras drogas e parte de um pressuposto simples: a abstinência pode ser um objetivo, mas não é condição de acesso ao cuidado. O trabalho consiste em reduzir as consequências adversas do uso para quem está usando, com orientação sobre práticas de menor risco e oferta de insumos de proteção, como seringas e agulhas estéreis, cachimbos individuais, preservativos e material informativo, estratégia com forte evidência de impacto sobre transmissão de HIV e hepatites virais e sobre a vinculação do usuário ao serviço.

As alternativas B e C colocam a abstinência como meta obrigatória e imediata do plano de cuidado, exatamente o paradigma proibicionista que a redução de danos veio substituir, e ainda tendem a afastar do serviço quem não consegue ou não deseja parar. A alternativa D descreve ação de educação em saúde e prevenção primária dirigida a quem ainda não usa, atividade legítima e importante, mas que não se confunde com redução de danos, cujo alvo é a pessoa que já faz uso. Resposta A

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Lactente, 3 meses de idade, sexo feminino, nascida a termo, Apgar 9/10, apresenta estridor desde o nascimento. O diag- nóstico mais provável é

- A. estenose subglótica.
- B. paralisia bilateral de pregas vocais.
- C. hemangioma subglótico.

D. laringomalácia. 14 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O dado que orienta a resposta é o momento de instalação: estridor presente desde o nascimento em lactente nascido a termo, com boa vitalidade ao nascer. A laringomalácia é a causa mais comum de estridor congênito, responsável por cerca de dois terços dos casos, e decorre da flacidez das estruturas supraglóticas, que colapsam para dentro da via aérea na inspiração. Manifesta-se como estridor inspiratório que piora em decúbito dorsal, durante o choro, a alimentação e as infecções respiratórias, e melhora em posição prona ou com o pescoço estendido. O curso é benigno na maioria dos casos, com resolução espontânea até 12 a 24 meses; o diagnóstico é confirmado por nasofibrolaringoscopia.

A estenose subglótica da alternativa A é, na prática, quase sempre adquirida após intubação prolongada, história ausente neste lactente, e a forma congênita é bem mais rara. A paralisia bilateral de pregas vocais da alternativa B costuma cursar com estridor bifásico de instalação precoce, mas acompanhado de desconforto respiratório importante, choro fraco e frequente necessidade de via aérea artificial, quadro incompatível com o descrito. O hemangioma subglótico da alternativa C caracteristicamente não está presente ao nascimento: surge na fase proliferativa, entre o segundo e o sexto mês de vida, com estridor bifásico progressivo. Resposta D

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Qual esquema antirretroviral profilático deve ser recomen- dado para um recém-nascido de 28 semanas, cuja mãe foi diagnosticada com HIV no momento do parto?

- A. Zidovudina + Lamivudina por 28 dias + Nevirapina por 14 dias.
- B. Zidovudina por 28 dias. ✓**
- C. Zidovudina + Lamivudina + Raltegravir por 28 dias.
- D. Zidovudina por 28 dias + 3 doses de Nevirapina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a estratificação da profilaxia antirretroviral do recém-nascido exposto ao HIV, que no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde depende simultaneamente do risco de transmissão e da idade gestacional. Diagnóstico materno no momento do parto significa ausência de terapia antirretroviral e de supressão viral, portanto alto risco de transmissão vertical. Ainda assim, o fator que define o esquema aqui é a prematuridade extrema: em recém-nascidos com menos de 34 semanas não há dados de segurança e de posologia estabelecidos para lamivudina, raltegravir ou nevirapina, de modo que a profilaxia se restringe à zidovudina, iniciada preferencialmente nas primeiras 4 horas de vida e mantida por 28 dias, em dose ajustada à idade gestacional.

A alternativa A corresponde ao esquema indicado para recém-nascidos entre 34 e 37 semanas de alto risco, e não para 28 semanas. A alternativa C descreve o esquema tríplice com raltegravir, reservado aos recém-nascidos com 37 semanas ou mais em situação de alto risco. A alternativa D reproduz um regime de protocolos anteriores, com doses isoladas de nevirapina, que além de superado também não se aplica ao prematuro extremo. Resposta B

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Menino, 25 dias de idade, previamente hígido, há 2 dias apresenta febre intermitente de 38 a 39 °C e dor à movimentação da perna direita nas trocas de fraldas. Exame físico: dor e limitação à rotação interna do quadril direito. Você indica a punção articular. Além do *S. aureus*, os agentes etiológicos que seriam mais frequentes na cultura do líquido sinovial nesse caso são:

A. Estreptococos do grupo B e os bacilos Gram-negativos. ✓

B. Estreptococos e *Haemophilus influenzae*.

C. *Streptococcus pneumoniae* e Estreptococos do grupo A.

D. Estreptococos do grupo A e *Neisseria gonorrhoea*.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de artrite séptica de quadril em neonato de 25 dias, suspeita levantada pela tríade febre, dor à mobilização passiva percebida nas trocas de fralda e limitação da rotação interna — no lactente muito pequeno a irritabilidade ao manuseio e a pseudoparalisia substituem a queixa localizada, e a punção articular é o padrão para isolar o agente. A etiologia no período neonatal acompanha a flora do canal de parto: além do *S. aureus*, agente mais frequente em qualquer faixa etária, entram o *Streptococcus agalactiae* (estreptococo do grupo B) e os bacilos Gram-negativos entéricos, sobretudo *E. coli* — os mesmos germes da sepse neonatal, o que justifica o esquema empírico com oxacilina associada a cefalosporina de terceira geração após a coleta. Os distratores erram pela faixa etária: o *Haemophilus influenzae* tipo b praticamente desapareceu como causa de artrite após a vacinação conjugada e nunca foi agente do recém-nascido; o *Streptococcus pneumoniae* e o estreptococo do grupo A são agentes de lactentes maiores e pré-escolares, fora do período neonatal; a *Neisseria gonorrhoeae* causa artrite em adolescentes sexualmente ativos e, no recém-nascido, manifesta-se como oftalmia neonatal, não como monoartrite aos 25 dias. Resposta A

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Menino, 7 anos de idade, iniciou com artrite em joelho esquerdo há 5 dias, artrite em joelho direito há 2 dias e artrite em tornozelo direito há 1 dia. Exame físico: artrite em joelho e tornozelo direitos, com dor à mobilização dessas articulações. Exames laboratoriais: VHS = 50 mm/h, PCR = 15 mg/dL. O achado que corrobora o diagnóstico de febre reumática é

A. fotossensibilidade.

B. exantema.

C. adenomegalia.

D. sopro sistólico em foco mitral. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Escolar com poliartrite migratória de grandes articulações de membros inferiores, aditiva ao longo de cinco dias, com VHS e PCR muito elevados: o quadro é clássico de febre reumática, cujo diagnóstico obedece aos critérios de Jones (dois maiores, ou um maior mais dois menores, sempre com evidência de infecção estreptocócica prévia). A artrite já preenche um critério maior; o achado que agrega o segundo critério maior é a cardite, e ela se expressa no exame físico como sopro sistólico em foco mitral, correspondente à regurgitação mitral, que é a lesão valvar mais precoce e mais frequente da doença e a que determina o prognóstico e a duração da profilaxia secundária. A fotossensibilidade não pertence aos critérios e aponta para lúpus eritematoso sistêmico, um diferencial importante em artrite com provas inflamatórias altas. Exantema inespecífico também não conta: o critério maior cutâneo é o eritema marginado, com bordas serpiginosas, centro claro, em tronco e raiz de membros, evanescente e não pruriginoso — descrição que não se confunde com exantema genérico. A adenomegalia não figura em nenhum critério e desloca a hipótese para causas infecciosas, artrite idiopática juvenil sistêmica ou doença hematológica. Resposta D

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Menina, 1 ano de idade, foi trazida ao PS por profissionais da creche preocupados com possível violência física contra a menor. Na avaliação, lactente está irritada e apresenta hematomas em região de nádegas, com restante do exame físico normal. Pais chegam mais tarde, relatando que os hematomas eram devidos a queda da própria altura há 2 dias. Mostravam-se ansiosos e querendo levar sua filha embora. Qual a medida mais adequada?

- A. Alta hospitalar com os pais e envio de relatório para o Conselho Tutelar de referência.
- B. Solicitar a presença da segurança do hospital para evitar a evasão.
- C. Solicitar avaliação do profissional do serviço social para ele decidir a melhor conduta.

D. Buscar evidências de lesões específicas de violência física antes da conclusão do caso. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 1 ano com equimoses em nádegas e história de queda da própria altura: o ponto central é a incompatibilidade entre o mecanismo relatado e a topografia da lesão. Nádegas, tronco, orelhas, pescoço e face são áreas protegidas, pouco sujeitas a trauma acidental em quedas da própria altura, e hematomas nessas regiões em criança pequena constituem sinal de alerta forte para violência física. Por isso a conduta correta é completar a avaliação e buscar ativamente lesões específicas antes de concluir o caso: exame de pele integral, exame de cavidade oral e freios, fundoscopia, avaliação de dor à mobilização de segmentos, inquérito de sangramento e, conforme a idade e o achado, inquérito radiológico ósseo. Concluir agora, em qualquer direção, é precipitado. Dar alta com os pais apenas encaminhando relatório expõe a criança ao risco antes que ele seja avaliado — a notificação é obrigatória diante da suspeita, mas não substitui a proteção imediata nem a investigação. Chamar a segurança para impedir a evasão é medida coercitiva desproporcional como primeiro passo e rompe o vínculo sem qualquer ganho diagnóstico. Delegar a decisão ao serviço social transfere uma responsabilidade que é médica: a equipe multiprofissional é complementar, não decide no lugar do médico que examina. Resposta D

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Menino, 18 meses de idade, chega sem queixas em consulta regular de puericultura. Exame físico: massa endurecida em hipocôndrio esquerdo, imóvel com a respiração, hipospádia e membro inferior direito maior que o esquerdo, sem outras alterações. Com base no exame físico, qual a primeira hipótese diagnóstica?

- A. Carcinoma adrenal.
- B. Neuroblastoma.

C. Tumor de Wilms. ✓

D. Linfoma não Hodgkin.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente assintomático com massa endurecida em hipocôndrio esquerdo que não se move com a respiração — portanto retroperitoneal — descoberta em puericultura, associada a hipospádia e hemi-hipertrofia de membro inferior. Essa combinação de massa renal com malformação geniturinária e assimetria de crescimento é a assinatura do tumor de Wilms (nefroblastoma), que se associa a síndromes como WAGR, Denys-Drash e Beckwith-Wiedemann, justamente as que cursam com anomalias genitais e hemi-hipertrofia; é também o quadro típico do achado incidental em criança em bom estado geral, sem toxemia. O carcinoma adrenal cursa habitualmente com sinais de hiperfunção hormonal, virilização, pubarca precoce ou hipercortisolismo, ausentes aqui, e não guarda relação com hipospádia. O neuroblastoma costuma ultrapassar a linha média, apresentar calcificações, comprometimento do estado geral, dor óssea, proptose ou nódulos subcutâneos, e não tem a associação com malformações geniturinárias descrita. O linfoma não Hodgkin abdominal é tipicamente mesentérico ou da região ileocecal, com massa móvel, sintomas B e evolução rápida, sem qualquer vínculo com hemi-hipertrofia ou hipospádia. Resposta C

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Menino, 10 meses de idade, com peso de 10 kg, dá entrada no PS com quadro de insuficiência respiratória aguda. Na avaliação inicial, apresenta sonolência, FC = 65 bpm, FR = 14 irpm e SpO₂ = 89% em ar ambiente. A conduta recomendada de acordo com o PALS (Pediatric Advanced Life Support) é

A. ventilação com bolsa-máscara. ✓

B. oxigenoterapia com máscara não reinalante.

C. ventilação não invasiva.

D. cateter nasal de alto fluxo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 10 meses em insuficiência respiratória aguda com sonolência, frequência cardíaca de 65 bpm, frequência respiratória de 14 irpm e saturação de 89%: os três achados juntos configuram falência respiratória descompensada com bradicardia hipoxêmica, situação que o PALS trata como iminência de parada cardiorrespiratória. Em criança, bradicardia é hipóxia até prova em contrário, e frequência respiratória de 14 irpm nessa idade significa hipoventilação — o paciente não está apenas hipoxêmico, está deixando de ventilar. O tratamento é ventilação com bolsa-máscara com oxigênio a 100 por cento, que corrige simultaneamente a hipoxemia e a hipercapnia e costuma reverter a bradicardia; se a frequência cair abaixo de 60 bpm com má perfusão apesar de oxigenação e ventilação adequadas, inicia-se compressão torácica. A máscara não reinalante oferta oxigênio, mas depende de um esforço respiratório eficaz que este lactente não tem. A ventilação não invasiva exige drive respiratório preservado e algum nível de colaboração, sendo contraindicada com rebaixamento do sensório pelo risco de aspiração. O cateter nasal de alto fluxo também pressupõe respiração espontânea eficaz e não resolve hipoventilação com sonolência. Resposta A

QUESTÃO 66 — Gabarito C

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, além da terapia de reidratação, qual dos seguintes medicamentos deve ser prescrito para criança com idade inferior a 5 anos e quadro de diarreia aguda ou diarreia persistente?

A. Nitazoxanida.

B. Racecadotril.

C. Zinco. ✓D. Probiótico *Saccharomyces boulardii*.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o protocolo de manejo da diarreia aguda na infância da Organização Mundial da Saúde, incorporado pelo Ministério da Saúde. Além da terapia de reidratação oral, da manutenção da alimentação e do aleitamento, a única medicação de prescrição universal para menores de 5 anos com diarreia aguda ou persistente é o zinco, por 10 a 14 dias, na dose de 10 mg ao dia abaixo de 6 meses e 20 mg ao dia acima dessa idade. A justificativa é consistente: o zinco reduz a duração e a gravidade do episódio, diminui o volume das perdas e reduz a incidência de novos episódios nos meses seguintes, efeito especialmente relevante em populações com carência do micronutriente. A nitazoxanida é antiparasitário e antiviral sem indicação no protocolo de diarreia aguda inespecífica. A racecadotril, inibidor da encefalinase, pode reduzir o débito fecal em situações selecionadas, mas não faz parte da recomendação da OMS nem do Ministério da Saúde como prescrição de rotina. Os probióticos, incluindo o *Saccharomyces boulardii*, têm evidência heterogênea e não são recomendados universalmente nesses protocolos. Vale lembrar que antiespasmódicos e antieméticos de rotina permanecem contraindicados. Resposta C

QUESTÃO 67 — Gabarito B

O pediatra, ao conversar com a mãe de Pedro sobre a doença de seu filho, percebe que ela reage expressando raiva e proferindo palavras ofensivas de forma agressiva. A reação do pediatra adequada diante dessa situação é

A. interromper a conversa.

B. legitimar e validar a emoção da mãe. ✓

C. pedir que se acalme e relaxe, caso haja risco de agressão física.

D. conduzir um processo de reflexão com a mãe. 15 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de comunicação clínica e cobra o manejo da emoção intensa na consulta. Diante de raiva e palavras ofensivas, a resposta tecnicamente correta é a resposta empática: nomear, legitimar e validar a emoção da mãe, reconhecendo o que ela sente antes de qualquer tentativa de esclarecer, corrigir ou convencer. É o que descrevem os protocolos de comunicação de más notícias e as ferramentas de resposta empática, como o NURSE, cuja premissa é que a informação só é processada depois que a emoção é acolhida; validar não significa concordar com o conteúdo agressivo, significa reconhecer a legitimidade do sentimento diante do adoecimento do filho. Interromper a conversa rompe o vínculo, deixa a família sem informação e tende a escalar o conflito. Pedir que a pessoa se acalme ou relaxe é justamente a intervenção que invalida a emoção, comunica julgamento e costuma intensificar a reação. Conduzir um processo de reflexão é intervenção cognitiva legítima, mas prematura: sem o acolhimento prévio da emoção, a mãe não tem disponibilidade psíquica para raciocinar sobre a doença. Resposta B

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Em um banco de dados de variantes genéticas descritas no gene CFTR, encontram-se os seguintes exemplos: · Variante A: c.1521_1523delCTT - patogênica. · Variante B: c.1687T>G - patogênica. · Variante C: c.601G>A - significado incerto. · Variante D: c.224G>A - benigna. O diagnóstico molecular de fibrose cística é confirmado quando um indivíduo apresenta a(s) variante(s)

A. D em homozigose.

B. B e C em cis.

C. A e B em cis.

D. A e B em trans. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra interpretação de variantes moleculares aplicada a uma doença de herança autossômica recessiva. A fibrose cística exige duas variantes patogênicas no gene CFTR, uma em cada alelo, ou seja, em trans — cada uma herdada de um dos genitores, de modo que nenhuma cópia funcional do gene reste. É o caso de A, que corresponde à deleção de três nucleotídeos do clássico F508del, com B, também classificada como patogênica: em trans, os dois alelos estão comprometidos e o diagnóstico molecular está confirmado. A variante D em homozigose não confirma nada, pois variantes benignas por definição não causam doença. As combinações em cis reprovam pelo mesmo motivo: duas variantes no mesmo cromossomo deixam o alelo homólogo íntegro e produzem apenas um portador assintomático, e é por isso que A e B em cis não fecham diagnóstico. Além disso, a combinação de B com C carrega uma variante de significado incerto, que pela classificação vigente não pode ser usada como critério diagnóstico até ser reclassificada. Resposta D

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Menino, 5 anos de idade, faz acompanhamento por asma em uma UBS há 6 meses. Na última consulta, há 3 meses, foi prescrito beclometasona, 100 mcg/dia, spray oral para uso contínuo e salbutamol, 400 mcg/dose, spray oral, para os sintomas e agudizações. Neste retorno, a mãe refere que, nos últimos 30 dias, o filho apresentou um episódio de despertar noturno por tosse e um episódio semanal de chiado e tosse ao jogar bola. Durante a consulta, constatou-se boa adesão ao tratamento, uso adequado dos dispositivos inalatórios e ausência de outras morbidades no período interconsulta. A conduta a ser tomada para essa criança, em relação à medicação de manutenção, é prescrever

A. beclometasona 400 mcg/dia spray oral, associado a anti-leucotrieno 5 mg/dia.

B. beclometasona 200 mcg/dia spray oral. ✓

C. a associação formoterol 6 mcg/ budesonida 200 mcg, pó para aspiração de 12/12 horas.

D. a associação salmeterol 25 mcg/ fluticasona 125 mcg, spray oral de 12/12 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pré-escolar de 5 anos em uso de corticoide inalatório em dose baixa (beclometasona 100 mcg ao dia) que, nos últimos 30 dias, apresentou um despertar noturno e sintomas semanais ao esforço: pela avaliação de controle do GINA para menores de 6 anos, isso caracteriza asma parcialmente controlada. Como a adesão, a técnica inalatória e os fatores associados já foram checados e estão adequados — passo obrigatório antes de qualquer mudança de dose — a conduta é subir de etapa, e o próximo degrau nessa faixa etária é dobrar a dose do corticoide inalatório, passando para beclometasona 200 mcg ao dia. Aumentar para 400 mcg associando antileucotrieno pula etapas e expõe a criança a dose alta sem necessidade, já que o controle ainda pode ser obtido com dose dobrada. As associações com formoterol e com salmeterol falham porque broncodilatador de longa duração não é recomendado nem licenciado nessa faixa etária, faltando evidência de segurança e eficácia abaixo dos 6 anos; no caso do formoterol com budesonida, soma-se o problema do dispositivo de pó seco, que exige fluxo inspiratório que um pré-escolar em geral não sustenta. Resposta B

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Recém-nascido a termo, peso de nascimento de 3 250 g, adequado para a idade gestacional, nascido de parto cesáreo, chega à primeira consulta com dez dias de vida. A mãe é primípara e hígida. Atualmente, a criança está recebendo o leite materno em pequena quantidade e fórmula láctea a cada três horas, iniciada há um dia. Ao exame, observa-se fissuras em ambos os mamilos; à tentativa de amamentar, a criança abocanha o mamilo e a mãe apresenta dor intensa. Assinale as medidas que poderiam ter sido adotadas para evitar a situação atual.

A. Observação com correção do posicionamento e da pega desde as primeiras mamadas e continuidade da orientação após a alta. ✓

- B. Suplementação com fórmula apropriada em bico orto- dômico, orientada antes da alta hospitalar e uso de conchas para amamentação.
- C. Aumento do intervalo entre as mamadas, estímulo à sucção com uso de chupeta e uso de sutiã apropriado para lactantes.
- D. Uso de hidratante na região da aréola durante a gestação e introduzir o dedo indicador na boca da criança para interromper a sucção se for necessário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido de 10 dias com fissuras mamilares bilaterais, dor intensa à mamada e criança que abocanha apenas o mamilo: o diagnóstico é trauma mamilar por pega inadequada, e a introdução recente de fórmula é consequência, não causa, do problema. A questão pede prevenção, e a medida que evita esse desfecho é a observação sistemática da mamada com correção do posicionamento e da pega desde as primeiras mamadas ainda na maternidade, com continuidade da orientação após a alta — pega correta significa boca bem aberta abocanhando também a aréola, queixo tocando a mama, lábio inferior evertido e mais aréola visível acima que abaixo, o que distribui a pressão sobre a aréola e poupa o mamilo. Suplementar com fórmula em bico, mesmo ortodômico, e usar conchas não previne fissura: interfere no padrão de sucção, reduz o estímulo à produção láctea e as conchas ainda mantêm umidade e pressão sobre o mamilo. Aumentar o intervalo entre as mamadas e estimular chupeta agrava, pois reduz a produção e desorganiza a sucção. Hidratante na aréola durante a gestação não tem evidência de prevenção, e introduzir o dedo para interromper a sucção é técnica correta de manejo pontual, mas não impede a lesão causada pela pega errada. Resposta A

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Menino, 1 ano e 2 meses de idade, é acompanhado em puericultura na UBS desde o nascimento, apresentando crescimento e desenvolvimento adequados. Na consulta de hoje, a mãe mostrou-se preocupada, pois o filho fala pouco e ainda não anda sozinho, diferentemente da outra filha que nessa idade falava bastante e andava pela casa sozinha. Ao avaliar os marcos do desenvolvimento, o médico observou que o menino fica de pé com apoio e troca passos, faz movimento de pinça ao pegar uma “bolinha de papel”, aponta com o indicador quando quer um objeto e fala “papá, mamá, qué, dá, não”. Qual é o diagnóstico mais provável do desenvolvimento?

- A. Atraso no desenvolvimento motor grosseiro; desenvolvimento motor fino e de linguagem dentro do esperado.
- B. Atraso do desenvolvimento motor fino; desenvolvimento motor grosseiro e de linguagem dentro do esperado.
- C. Atraso do desenvolvimento da linguagem; desenvolvimento motor grosseiro e motor fino dentro do esperado.

D. Desenvolvimento motor grosseiro, motor fino e de linguagem dentro do esperado. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 1 ano e 2 meses trazido por comparação com a irmã, situação frequente em puericultura e que costuma gerar falsa preocupação. O que importa é confrontar cada eixo com os marcos esperados para a idade, como faz a Caderneta da Criança. No motor grosseiro, ficar de pé com apoio e trocar passos é adequado aos 14 meses, já que a marcha independente pode surgir até os 15 a 18 meses, e só se considera atraso quando não anda sozinho após esse limite. No motor fino, o movimento de pinça é esperado por volta dos 9 aos 12 meses e está presente. Na linguagem, além de já falar cinco palavras com significado, ele aponta com o indicador para pedir objetos, marco de comunicação social precoce e um dos melhores indicadores de que a linguagem está se desenvolvendo bem. Ou seja, os três eixos estão dentro do esperado e a conduta é tranquilizar a mãe e manter o seguimento. Rotular atraso motor grosseiro ignora a janela até os 18 meses; rotular atraso motor fino contraria a pinça já adquirida; rotular atraso de linguagem desconsidera tanto o vocabulário quanto o apontar protoimperativo descrito. Resposta D

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Na pneumonia na infância, quais características semiológicas sugerem etiologia por *Mycoplasma pneumoniae*?

- A. Ausência de febre, taquidispneia leve, derrame pleural.
- B. Idade pré-escolar, insuficiência respiratória, curso agudo.

C. Crises de tosse seca, bom estado geral, faringite. ✓

- D. Respiração soprosa, estertores crepitantes, toxemia. 16 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão contrasta o padrão semiológico da pneumonia atípica com o da pneumonia bacteriana típica. O *Mycoplasma pneumoniae* predomina em escolares e adolescentes, tem início insidioso e curso arrastado, e produz o quadro conhecido como pneumonia ambulante: crises de tosse seca, muitas vezes paroxística e persistente por semanas, com estado geral preservado, febre baixa ou ausente e sintomas de via aérea superior associados, como faringite, cefaleia e mialgia. Outro traço característico é a dissociação clínico-radiológica, com ausculta pobre ou sibilos difusos frente a um infiltrado intersticial extenso. Ausência de febre com derrame pleural não combina: derrame significativo aponta para etiologia bacteriana típica, sobretudo pneumococo e *S. aureus*. Idade pré-escolar com curso agudo e insuficiência respiratória sugere vírus ou pneumococo, não micoplasma. Respiração soprosa, estertores crepitantes localizados e toxemia compõem exatamente a síndrome de consolidação da pneumonia pneumocócica, o oposto semiológico do que se espera na infecção por micoplasma. Resposta C

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Menino, 4 anos e 4 meses, apresenta escore Z de estatura para idade (E/I) de + 0,86 e de Índice de Massa Corporal de + 2,78. Com esses dados, o diagnóstico nutricional é de

- A. risco de sobrepeso.

B. sobrepeso. ✓

- C. eutrofia.
- D. obesidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a classificação do estado nutricional por escores Z das curvas da OMS em pré-escolar. Como a criança tem 4 anos e 4 meses, valem os pontos de corte para menores de 5 anos, nos quais o IMC para idade se classifica assim: acima de +1 até +2, risco de sobrepeso; acima de +2 até +3, sobrepeso; acima de +3, obesidade. Com IMC/I de +2,78, o menino cai exatamente na faixa de sobrepeso. A estatura para idade de +0,86 está na normalidade (entre -2 e +2), o que afasta comprometimento estatural e mostra que o problema nutricional é isolado de excesso de peso. Risco de sobrepeso exigiria escore entre +1 e +2, valor menor que o apresentado. Eutrofia exigiria IMC/I entre -2 e +1. Obesidade, nessa faixa etária, só a partir de +3. O detalhe que derruba o candidato é confundir com a régua dos maiores de 5 anos, na qual os cortes descem um degrau: sobrepeso acima de +1 e obesidade acima de +2 — aí sim +2,78 seria obesidade. Resposta B

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Você está diante de um recém-nascido a termo que acabou de nascer de parto vaginal sem intercorrências. Esse bebê apresenta choro vigoroso e, com cerca de 2 minutos, o obs- tetra realiza o clampeamento do cordão umbilical. Assinale a alternativa com a melhor descrição das alterações cardiorres- piratórias que estão ocorrendo nesse momento.

- A. O clampeamento do cordão aumenta o shunt direito esquerdo pelo canal arterial e forame oval.

B. O clameamento do cordão aumenta o retorno venoso para as câmaras esquerdas.

C. O choro vigoroso auxilia na reabsorção do líquido pulmonar e faz com que a resistência vascular pulmonar diminua. ✓

D. O choro vigoroso mantém o forame oval aberto para garantir o débito do ventrículo esquerdo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a fisiologia da transição cardiorrespiratória ao nascimento. A aeração pulmonar produzida pelas primeiras respirações efetivas, traduzidas na vinheta pelo choro vigoroso, desloca o líquido dos alvéolos para o interstício, os linfáticos e os capilares; a distensão alveolar somada à elevação da PaO_2 promove vasodilatação do leito pulmonar, derrubando a resistência vascular pulmonar e multiplicando o fluxo sanguíneo para os pulmões. Esse é exatamente o evento central do momento descrito, o que valida a alternativa. O clameamento do cordão retira o leito placentário de baixa resistência e eleva a resistência vascular sistêmica, revertendo o shunt pelo canal arterial, que passa a ser esquerda-direita, em vez de aumentar o shunt direita-esquerda. O clameamento também interrompe o retorno pela veia umbilical e pelo ducto venoso, reduzindo o retorno venoso às câmaras direitas; o maior enchimento das câmaras esquerdas decorre do retorno venoso pulmonar aumentado, e não do clameamento em si. E o estabelecimento da respiração eleva a pressão no átrio esquerdo acima da do direito, fechando funcionalmente o forame oval, em vez de mantê-lo aberto. Resposta C

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Menina, 5 anos de idade, é levada ao PS após uma primeira crise convulsiva generalizada. Na anamnese, mãe refere que a criança apresenta cefaleia matinal e vômitos há 4 meses. O plantonista solicitou tomografia de crânio que diagnosticou um tumor. Considerando o diagnóstico dessa criança, é correto afirmar:

A. a localização mais comum desse tumor é na fossa posterior. ✓

B. crises convulsivas são a manifestação clínica mais frequente.

C. na radiografia de crânio, foram encontradas lesões líticas na calota craniana.

D. as metástases ocorrem principalmente para o pulmão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia matinal com vômitos há quatro meses e primeira crise convulsiva em pré-escolar compõem o quadro clássico de hipertensão intracraniana por tumor do sistema nervoso central, o tumor sólido mais comum da infância. Na criança, ao contrário do adulto, a maioria das neoplasias cerebrais é infratentorial: a fossa posterior concentra meduloblastoma, astrocitoma pilocítico cerebelar, ependimoma e glioma de tronco, e é o bloqueio do fluxo líquórico no quarto ventrículo que explica a cefaleia que piora ao acordar, os vômitos e a ataxia. A manifestação clínica mais frequente é justamente a síndrome de hipertensão intracraniana, e não a crise convulsiva, que predomina em lesões supratentoriais corticais e aqui surgiu apenas como evento tardio. Lesões líticas na calota craniana apontam para histiocitose de células de Langerhans ou metástase de neuroblastoma, não para tumor primário do sistema nervoso central. E a disseminação desses tumores se dá preferencialmente pelo neuroeixo, via líquor, com implantes leptomeningeos na medula — metástase extraneural, inclusive pulmonar, é rara. Resposta A

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Menino, 8 anos de idade, com diagnóstico de obesidade e antecedente de hipodisplasia renal bilateral, apresenta clearance de creatinina de 85 ml/min/1,73 m² (estável nas últimas 3 consultas) e microalbuminúria de 24 horas de 550 mg. Nas últimas 3 consultas, vem mantendo níveis tensionais acima do percentil 95 + 12 mmHg. Realizou fundo de olho e ecocardiograma, sem alterações. Qual seria a classe de anti-hipertensivos mais indicada para esse paciente?

A. Betabloqueador.

B. Bloqueador de canal de cálcio.

C. Diurético tiazídico.

D. Inibidor da enzima conversora de angiotensina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de criança com doença renal crônica por hipodisplasia renal bilateral, já com albuminúria elevada (550 mg em 24 horas) e hipertensão estágio 2 confirmada, acima do percentil 95 mais 12 mmHg em três consultas. Nesse cenário o alvo terapêutico não é apenas o número da pressão arterial: é a redução da proteinúria, o principal determinante modificável de progressão da nefropatia. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina vasodilatam preferencialmente a arteríola eferente, reduzem a pressão intraglomerular, diminuem a proteinúria e retardam a perda de função renal, por isso são a primeira escolha na criança com doença renal crônica proteinúrica, exigindo controle de potássio e creatinina após o início. Betabloqueador controla a pressão sem qualquer efeito antiproteinúrico e não é primeira linha na hipertensão pediátrica de causa renal. Bloqueador de canal de cálcio di-hidropiridínico dilata sobretudo a arteríola aferente e pode até aumentar a proteinúria. Diurético tiazídico é adjuvante, não tem ação antiproteinúrica e perde eficácia à medida que a filtração glomerular cai. Resposta D

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Menino, 8 anos de idade, com história de perder fezes nas rou- pas há 1 ano. Evacua 2 vezes na semana, fezes que entopem o vaso sanitário. Ao exame físico, apresenta-se eutrófico, pre- sença de massa abdominal palpável em hipogástrio e toque retal com grande quantidade de fezes endurecidas na ampola retal que se encontra ampla. A conduta inicial considerando o diagnóstico clínico é

A. prescrever desimpactação, considerando o diagnóstico de impactação fecal secundária à constipação intestinal funcional. ✓

B. prescrever laxativo oral em dose de manutenção, consi- derando o diagnóstico de constipação intestinal funcional.

C. solicitar ultrassonografia abdominal, considerando que a impactação fecal indica constipação intestinal orgânica.

D. encaminhar para cirurgião pediátrico, considerando a gravidade do caso e provável diagnóstico de doença de Hirschsprung.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escape fecal há um ano em escolar que evacua duas vezes por semana fezes calibrosas que entopem o vaso sanitário, com massa palpável em hipogástrio e toque revelando ampola ampla repleta de fezes endurecidas, preenche os critérios de Roma para constipação intestinal funcional com impactação fecal — o escape é retenção com transbordamento, não incontinência primária. O tratamento tem sequência obrigatória: primeiro desimpactar, com polietilenoglicol em dose alta por via oral ou enemas, e só então manter laxativo em dose de manutenção, associado a treino de toalete, hidratação e ajuste dietético. Iniciar direto a manutenção é o erro mais comum na prática e perpetua o escape, porque o bolo endurecido continua ocupando o reto.

Ultrassonografia abdominal não diagnostica constipação nem define organicidade, e a impactação fecal é achado esperado da forma funcional, não sinal de alarme para causa orgânica. Doença de Hirschsprung cursa com atraso na eliminação de mecônio, sintomas desde o período neonatal, ampola retal vazia e estreita ao toque e ausência de escape fecal — o oposto do descrito, de modo que não há indicação de encaminhamento cirúrgico. Resposta A

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Homem, 25 anos de idade, apresenta lesões lineares salien- tes e eritematosas no pé direito há 2 semanas. Qual é o diag- nóstico mais provável?

A. Tungíase.

B. Cercariose.

C. Ancilostomose. ✓

D. Miíase. 17 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões lineares, salientes, serpiginosas e eritematosas no pé de adulto jovem, com evolução de semanas, descrevem a larva migrans cutânea, o popular bicho-geográfico, causada pela penetração ativa na pele de larvas de ancilostomídeos de cães e gatos (*Ancylostoma braziliense* e *Ancylostoma caninum*) presentes em areia ou solo contaminado por fezes. Como o homem é hospedeiro acidental, a larva não completa o ciclo e permanece migrando na epiderme, desenhando o trajeto serpiginoso e pruriginoso que avança alguns milímetros por dia; o tratamento é albendazol ou ivermectina, com tiabendazol tópico nas formas localizadas. Tungíase produz pápula amarelada com ponto escuro central, tipicamente periungueal ou plantar, sem trajeto linear. Cercariose, ou dermatite cercariana, dá pápulas e urticas pruriginosas dispersas logo após contato com água doce contaminada, também sem trajeto migratório. Miíase se apresenta como nódulo furunculoide com orifício central por onde a larva respira, ou como ferida infestada por larvas visíveis. Cabe a ressalva de que, em rigor terminológico, ancilostomose designa a parasitose intestinal por *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*, enquanto a lesão descrita é a larva migrans cutânea causada pelo mesmo gênero — a banca nomeou o agente, e é ele que responde à vinheta. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Homem, 34 anos de idade, apresenta níveis de fosfatase alcalina persistentemente elevados. Retocolite ulcerativa diagnosticada há 3 anos. Exame físico e demais exames laboratoriais sem alterações. Qual é o diagnóstico que melhor explica a alteração apresentada?

A. Calculose biliar.

B. Colangite esclerosante primária. ✓

C. Hepatite medicamentosa.

D. Hepatite autoimune.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fosfatase alcalina persistentemente elevada, de forma isolada e assintomática, em homem jovem com retocolite ulcerativa é a apresentação típica da colangite esclerosante primária, a principal manifestação extraintestinal hepatobiliar da doença inflamatória intestinal. A associação é forte e assimétrica: a grande maioria dos portadores de colangite esclerosante primária tem doença inflamatória intestinal, sobretudo retocolite, e o padrão laboratorial é colestático, com fosfatase alcalina e gama-GT altas e transaminases pouco alteradas, muitas vezes antes de qualquer sintoma. A confirmação vem da colangiorrressonância, que mostra estenoses e dilatações alternadas nas vias biliares intra e extra-hepáticas, no aspecto em contas de rosário; o seguimento exige vigilância para colangiocarcinoma e para câncer colorretal. Calculose biliar cursa com dor biliar e alteração enzimática flutuante ligada a episódios obstrutivos, não com colestase persistente silenciosa. Hepatite medicamentosa exige relação temporal com um fármaco, que o enunciado não cita, e costuma ter padrão hepatocelular ou misto. Hepatite autoimune predomina em mulheres e cursa com transaminases elevadas, hipergamaglobulinemia e autoanticorpos, também em padrão hepatocelular. Resposta B

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Paciente com infarto agudo do miocárdio é atendido em PS de hospital que não dispõe de serviço de hemodinâmica. A conduta imediata mais adequada é

A. trombólise farmacológica e transferência para hospital com serviço de hemodinâmica se não houver sinais de reperfusão.

B. remoção para hospital com serviço de hemodinâmica desde que seja possível chegar ao local em até 120 minutos. ✓

C. trombólise farmacológica e transferência programada para realização de cateterismo após 48 horas.

D. remoção para hospital com serviço de hemodinâmica com início de trombólise farmacológica durante o transporte.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a escolha da estratégia de reperfusão no infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST atendido em serviço sem hemodinâmica. A angioplastia primária é a reperfusão preferencial sempre que factível em tempo hábil: se o tempo previsto entre o primeiro contato médico e a abertura do vaso culpado for de até 120 minutos, transfere-se o paciente para o serviço com hemodinâmica, sem trombolisar. Ultrapassado esse limite, faz-se fibrinólise nos primeiros 30 minutos da chegada e transfere-se em seguida para coronariografia entre 2 e 24 horas, na estratégia fármaco-invasiva, ou imediatamente diante de critérios de falha de reperfusão. Trombolisar e só transferir se não houver sinais de reperfusão descreve a angioplastia de resgate isolada, conduta superada: hoje todo paciente trombolisado segue para cateterismo. Programar o cateterismo para depois de 48 horas perde a janela recomendada de 2 a 24 horas, que reduz reinfarto e isquemia recorrente. E iniciar trombólise durante o transporte rumo a um hospital com hemodinâmica é contraditório, pois se o destino é a angioplastia em tempo adequado o trombolítico apenas acrescenta risco hemorrágico. Resposta B

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Mulher, 28 anos de idade, sem antecedentes patológicos, procurou PS com queixa de palpitações de início súbito, sem outros sintomas associados, há 1 hora. Ao exame físico, PA = 110 x 70 mmHg, FC = 170 bpm, SpO₂ = 99%. ECG de admissão a seguir. Qual é o tratamento indicado?

A. Amiodarona intravenosa.

B. Betabloqueador intravenoso.

C. Cardioversão elétrica.

D. Adenosina intravenosa. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, sem cardiopatia conhecida, com palpitações de início súbito, frequência de 170 bpm e pressão arterial preservada, configura taquicardia supraventricular paroxística, na imensa maioria das vezes por reentrada nodal — arritmia que começa e termina de forma abrupta, com frequência regular e alta. Como a paciente está hemodinamicamente estável (PA 110x70 mmHg, saturação 99%, sem dor torácica, sem congestão e sem rebaixamento de consciência), a conduta é escalonada e começa pelas manobras vagais; não havendo reversão, indica-se adenosina intravenosa em bolus rápido seguido de flush de soro, que bloqueia transitoriamente o nó atrioventricular e interrompe o circuito de reentrada, revertendo a arritmia na maioria dos casos. Amiodarona não é droga de primeira linha nessa arritmia e tem início de ação lento para a finalidade. Betabloqueador intravenoso, assim como verapamil ou diltiazem, é opção de segunda linha, reservada à falha da adenosina ou ao controle subsequente. Cardioversão elétrica sincronizada é reservada à instabilidade — hipotensão, dor anginosa, congestão pulmonar ou rebaixamento —, situação que a vinheta expressamente afasta. Resposta D

QUESTÃO 82 — Gabarito C

Homem, 60 anos de idade, comparece ao PS com mono- artrose de joelho direito e febre de 38 °C há dois dias. Nos últimos dois anos, apresentou episódios recorrentes de artrose de primeira metatarsofalangiana, com duração de 3 a 7 dias. É etilista (três latas de cerveja ao dia) e hipertenso. Está em uso irregular de enalapril 10 mg, hidroclorotiazida 25 mg e alopurinol 300 mg. A melhor conduta nesse caso é

- A. prescrever cefuroxima, manter uso diário do alopurinol e colchicina em caso de dor.
- B. dar orientações de uso do alopurinol diariamente e controle do ácido úrico.

C. fazer artrocentese e enviar o líquido sinovial para análise por suspeita de artrose infecciosa. ✓

- D. prescrever colchicina, anti-inflamatório não hormonal e reavaliar em 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda de grande articulação acompanhada de febre é artrose séptica até prova em contrário, e essa é a chave da questão, mesmo diante de um paciente com história convincente de gota: episódios recorrentes e autolimitados de artrose da primeira metatarsofalangiana, etilismo, uso de hidroclorotiazida (fármaco hiperuricemiante) e alopurinol irregular. Os dois diagnósticos não se excluem — o paciente gotoso também adoece de infecção articular, e o único exame que separa um do outro é a artrocentese com análise do líquido sinovial: contagem total e diferencial de células, pesquisa de cristais sob luz polarizada, com urato monossódico em agulha e birrefringência negativa, além de bacterioscopia pelo Gram e cultura. Prescrever cefuroxima antes de puncionar reduz a chance de isolar o agente e compromete a condução do caso. Apenas orientar uso diário de alopurinol e controle do ácido úrico ignora a articulação inflamada e febril à frente e não trata crise alguma, além de que o alopurinol não se ajusta no meio do surto sem cobertura anti-inflamatória. E prescrever colchicina com anti-inflamatório e reavaliar em 48 horas assume gota sem excluir infecção: se for séptica, essas 48 horas custam cartilagem e podem custar a articulação. Resposta C

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Além da densidade mineral óssea, avaliada pela densitometria, a osteoporose pode ser diagnosticada por

A. presença de fratura por fragilidade. ✓

- B. trabecular bone score (TBS).
- C. ultrassom de calcâneo.
- D. tomografia computadorizada quantitativa de alta resolução.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra o conceito de que osteoporose é uma doença, e não apenas um número de densitometria: o critério densitométrico da OMS, com T-score menor ou igual a -2,5 em coluna lombar, colo femoral ou fêmur total, é somente um dos caminhos diagnósticos. O outro é clínico — a ocorrência de fratura por fragilidade, isto é, fratura após trauma de baixa energia, como queda da própria altura, sobretudo em vértebra, quadril e úmero proximal, sela o diagnóstico de osteoporose independentemente do valor da densidade mineral óssea, inclusive em paciente com T-score na faixa de osteopenia. O trabecular bone score avalia a textura e a microarquitetura ósseas a partir da própria imagem do DXA de coluna e serve para refinar a estimativa de risco, inclusive ajustando o FRAX, mas não é critério diagnóstico. O ultrassom de calcâneo é ferramenta de rastreamento populacional, sem os pontos de corte validados da OMS e sem valor diagnóstico. A tomografia computadorizada quantitativa de alta resolução mede densidade volumétrica e propriedades estruturais, com aplicação essencialmente de pesquisa, sem substituir o DXA nem definir o diagnóstico. Resposta A

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Mulher, 32 anos de idade, apresenta amenorreia há 6 meses e as seguintes dosagens hormonais: prolactina = 76 ng/mL (VR até 30 ng/mL), FSH = 2 U/L (VR 2,5 a 10 U/L na fase folicular). A alternativa que contém as hipóteses diagnósticas mais prováveis é:

- A. adenoma hipofisário não secretor; menopausa precoce.
- B. prolactinoma; uso crônico de losartana.
- C. adenoma hipofisário não secretor; uso crônico de glicazida.

D. prolactinoma; hipotireoidismo primário. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária com prolactina moderadamente elevada (76 ng/mL) e FSH baixo (2 U/L) indica hiperprolactinemia inibindo a secreção pulsátil de GnRH e, por consequência, derrubando as gonadotrofinas: é um hipogonadismo hipogonadotrófico. Duas hipóteses explicam bem esse par de resultados. O prolactinoma, adenoma hipofisário secretor de prolactina, é a causa tumoral mais comum de hiperprolactinemia e cursa com esses valores nos microadenomas. E o hipotireoidismo primário eleva a prolactina porque o TRH aumentado estimula os lactotrofos — razão pela qual TSH e beta-hCG são obrigatórios antes de qualquer exame de imagem na investigação da hiperprolactinemia. Menopausa precoce, ou insuficiência ovariana prematura, está excluída pelo próprio laboratório: nela o FSH estaria alto, acima de 25 a 40 U/L, e não em 2 U/L. Losartana não figura entre os fármacos hiperprolactinemiantes, grupo que reúne antipsicóticos, metoclopramida, antidepressivos tricíclicos, metildopa, verapamil e estrógenos. Gliclazida, sulfonilureia usada no diabetes tipo 2, também não eleva prolactina; e, embora o adenoma não secretor possa aumentar discretamente a prolactina por compressão da haste hipofisária, a segunda hipótese dessas alternativas as invalida. Resposta D

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Mulher, 75 anos de idade, procurou o PS com petéquias e equimoses pelo corpo, gengivorragia e epistaxe. Refere vacinação para influenza há 15 dias. O hemograma mostrou plaquetas de 5.000/mm³ (VR 150.000-450.000) sem anemia ou leucocitose/ leucopenia. O mielograma evidenciou medula normal com aumento da série megacariocítica. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Púrpura trombocitopênica trombótica.
- B. Púrpura de Henoch-Schönlein.

C. Púrpura trombocitopênica imune. ✓

- D. Coagulação intravascular disseminada. 18 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de plaquetopenia isolada e grave com sangramento de pele e mucosas, o padrão clássico de destruição periférica de plaquetas. Dois dados fecham o raciocínio: o hemograma mostra apenas plaquetas de 5.000/mm³, sem anemia e sem alteração de série branca, e o mielograma traz medula normal com hiperplasia megacariocítica. Medula produzindo bem e plaqueta baixa no sangue periférico significa consumo/destruição fora da medula, mecanismo da púrpura trombocitopênica imune, que no adulto costuma ser um diagnóstico de exclusão e classicamente pode ser deflagrada por infecção viral ou vacinação recente, como a antinfluenza há 15 dias.

A púrpura trombocitopênica trombótica não se sustenta porque exige anemia hemolítica microangiopática, com esquizócitos, LDH e bilirrubina indireta elevadas e Coombs negativo, além de disfunção neurológica e renal, nada disso presente aqui. A púrpura de Henoch-Schönlein é uma vasculite por IgA que cursa com púrpura palpável em membros inferiores e nádegas, dor abdominal, artralgia e nefrite, mas com contagem de plaquetas normal, justamente o oposto do exposto. A coagulação intravascular disseminada consome plaquetas e também fatores de coagulação, alargando TP e TTPa, elevando D-dímero e reduzindo fibrinogênio, e sempre aparece atrelada a uma doença de base grave como sepse, neoplasia ou complicação obstétrica, ausente nesta vinheta. Resposta C

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Mulher, 22 anos de idade, com asma desde a infância, está em uso regular e adequado de budesonida 200 mcg duas vezes ao dia. Nega exacerbação da doença no último ano, mas nas últimas 4 semanas, refere falta de ar ao caminhar, acordando pelo menos uma vez à noite com peito apertado. Tem usado broncodilatador de resgate 2-3 vezes por semana conforme orientado na última consulta. O escore do Teste de Controle da Asma (ACT) foi 18. A mais adequada conduta farmacológica é

- A. associar prednisona oral 40 mg ao dia, por 5 dias.
- B. aumentar a dose de budesonida para 400 mcg, 2 vezes ao dia. ✓**
- C. associar formoterol 12 mcg e aumentar budesonida para 400 mcg, 2 vezes ao dia.
- D. manter a dose de budesonida de 200 mcg, 2 vezes ao dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra avaliação de controle e degrau terapêutico na asma. A paciente está em uso regular de corticoide inalatório em dose baixa e, nas últimas 4 semanas, tem dispneia aos esforços, despertar noturno e uso de resgate mais de duas vezes por semana; o ACT de 18 (abaixo de 20) confirma asma não controlada. Não há exacerbação em curso, e sim controle insuficiente na manutenção, o que indica step up do tratamento de base. A conduta assinalada é subir a dose do corticoide inalatório de 200 para 400 mcg duas vezes ao dia, ou seja, passar de dose baixa para dose média, que é uma opção reconhecida de escalonamento antes ou junto de outras associações.

Prednisona oral por 5 dias trata exacerbação aguda, com dispneia importante, taquipneia e queda de pico de fluxo, cenário que a vinheta explicitamente nega. Manter a mesma dose ignora o achado central da questão, que é a asma fora de controle documentada por sintomas diurnos, noturnos e pelo ACT. Associar formoterol e simultaneamente dobrar o corticoide inalatório promove dois degraus de uma vez, mudança maior do que a necessária diante de uma paciente sem exacerbação no último ano e sem fatores de risco descritos. Vale registrar que o ponto é discutível: as diretrizes atuais privilegiam a associação de corticoide inalatório com formoterol como passo preferencial para o paciente sintomático em dose baixa, e por isso a alternativa que inclui o LABA é defensável na prática; ainda assim, o gabarito oficial adota a escalada isolada da dose do corticoide inalatório. Resposta B

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Mulher, 75 anos de idade, independente funcional e com auto-nomia, refere que, recentemente, vem apresentando marcha muito instável, com muitos tropeços e tendência a quedas. Antecedente de etilismo. No exame físico, observa-se que, ao ficar em pé, seus pés ficam afastados e há importante desequilíbrio dinâmico. Teste de Romberg: negativo. Qual é a hipótese mais provável?

- A. Desequilíbrio relacionado a marcha ceifante que é típica do paciente com Doença de Parkinson.
- B. Desequilíbrio relacionado à propriocepção, pois é uma paciente etilista com provável lesão nervosa dos músculos envolvidos no levantamento dianteiro do pé.
- C. Marcha escarvante devida à diminuição da flexão e extensão dos membros inferiores, resultando em abdução exagerada do membro durante a marcha.

D. Marcha atáxica que deve ter relação com lesão cerebelar, que muitas vezes está presente em pacientes etilistas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve um distúrbio da marcha em idosa etilista, e cada elemento do exame aponta para a topografia da lesão. Base alargada ao ficar em pé, desequilíbrio dinâmico importante, tropeços e quedas compõem a marcha atáxica, e o Teste de Romberg negativo é o dado que decide a questão: no Romberg negativo o desequilíbrio não melhora nem depende do fechamento dos olhos, o que afasta a ataxia sensitiva por perda proprioceptiva e aponta para origem cerebelar. O alcoolismo crônico é causa clássica de degeneração cerebelar, com acometimento preferencial do vermis anterior, justamente a região que controla a marcha e o equilíbrio de tronco.

A marcha ceifante não é de doença de Parkinson e sim do hemiparético espástico, em geral sequela de acidente vascular cerebral, com o membro inferior circundando o quadril; o parkinsoniano tem passos curtos, arrastados, com festinação e redução do balanço dos braços. A hipótese proprioceptiva exigiria Romberg positivo, com piora nítida ao fechar os olhos, e ainda erra o conceito ao atribuir a alteração a lesão dos músculos e não da via sensitiva ou do nervo periférico. A marcha escarvante decorre de pé caído por lesão do nervo fibular, obrigando o paciente a elevar exageradamente o joelho para não arrastar a ponta do pé, e não de abdução exagerada do membro nem de redução de flexão e extensão como está descrito. Resposta D

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Mulher, 30 anos de idade, G6P5A1, apresenta queda de cabelos, unhas quebradiças e intensa fraqueza. O hemograma evidenciou: Hb = 3,5 g/dL e plaquetas = 750.000/mm³, além de saturação da transferrina de 6%. O diagnóstico mais provável é

- A. talassemia major.
- B. anemia ferropriva. ✓**
- C. anemia ferropriva com trombocitemia essencial concomitante.
- D. anemia ferropriva com síndrome mieloproliferativa crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de anemia carencial grave em multipara, e o painel de ferro entrega o diagnóstico. Saturação de transferrina de 6%, muito abaixo do limite de 20%, é marcador direto de deficiência de ferro; a Hb de 3,5 g/dL mostra instalação lenta e bem tolerada, típica de perda crônica, e a história de seis gestações com cinco partos explica a espoliação. Queda de cabelo e unhas quebradiças, que podem evoluir para coiloníquia, são manifestações epiteliais clássicas da ferropenia. As plaquetas de 750.000/mm³ não devem confundir: trombocitose reativa é achado esperado na anemia ferropriva, atribuída ao estímulo cruzado sobre a megacariopoese, e regride com a reposição de ferro.

A talassemia major se manifesta ainda nos primeiros meses ou anos de vida, com anemia microcítica dependente de transfusão, hepatoesplenomegalia e ferro normal ou elevado, incompatível com uma primeira apresentação aos 30 anos e com saturação de transferrina de 6%. Trombocitemia essencial exige plaquetas persistentemente elevadas com exclusão obrigatória de causas reativas, sobretudo a própria ferropenia, e habitualmente pesquisa de JAK2, CALR ou MPL. Pelo mesmo motivo não cabe falar em síndrome mieloproliferativa crônica: não há esplenomegalia, leucocitose com desvio ou qualquer dado que sustente clone medular. Resposta B

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Diversos medicamentos usados na prática clínica em doses habituais podem provocar delirium em idosos. Assinale a alternativa que, segundo os critérios de Beers, apresenta fármacos a serem evitados em idosos pelo potencial risco de confusão mental.

- A. Benzodiazepínicos e inibidores de bomba protônica.
- B. Anti-histamínicos de primeira geração e inibidores da acetilcolinesterase.

C. Antidepressivos tricíclicos e relaxantes musculares. ✓

- D. Antipsicóticos e inibidores seletivos da recaptação de serotonina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os critérios de Beers, a lista da Sociedade Americana de Geriatria de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. O mecanismo pedido é o risco de confusão mental e delirium, que na lista corresponde essencialmente à carga anticolinérgica: antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina, nortriptilina e imipramina, e relaxantes musculares de ação central, como ciclobenzaprina, orfenadrina e carisoprodol, somam efeito anticolinérgico e sedativo em um cérebro com reserva colinérgica reduzida, precipitando delirium, além de causarem hipotensão postural, retenção urinária e quedas.

Os benzodiazepínicos de fato constam de Beers e precipitam delirium, mas o inibidor de bomba de prótons é listado por outros desfechos, como infecção por *Clostridioides difficile*, perda óssea e fratura, e não por confusão mental, o que invalida o par. Os anti-histamínicos de primeira geração são anticolinérgicos potentes e entram na lista, porém os inibidores da acetilcolinesterase fazem exatamente o oposto: aumentam a acetilcolina e são o tratamento sintomático da demência, não causa de delirium. Antipsicóticos são restringidos em idosos, mas pelo risco de acidente vascular cerebral e aumento de mortalidade em demência, e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina aparecem por hiponatremia e quedas, de novo um par que não corresponde ao mecanismo anticolinérgico cobrado. Resposta C

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Mulher, 25 anos de idade, é atendida no PS com PA = 180/100 mmHg após ter utilizado cocaína. Nega comorbidades e não apresenta disfunções orgânicas. Qual é a droga de escolha para tratar essa urgência hipertensiva?

- A. Captopril.
- B. Nitroprussiato de sódio.

C. Propranolol.

D. Diazepam. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de crise adrenérgica induzida por cocaína em paciente jovem sem lesão de órgão-alvo, ou seja, urgência e não emergência hipertensiva. O ponto da questão é que a hipertensão aqui é consequência da hiperestimulação simpática central causada pela droga, e não de doença hipertensiva estabelecida. Por isso o tratamento de escolha é o benzodiazepínico: o diazepam reduz o tônus simpático central, controla agitação, taquicardia e a própria pressão arterial, tratando a causa e não apenas o número, e é a recomendação consagrada para toxicidade cardiovascular por cocaína.

O captopril até pode ser usado como anti-hipertensivo oral, mas atua a jusante do problema e não controla a descarga adrenérgica, agitação ou risco de arritmia. O nitroprussiato de sódio é droga intravenosa reservada à emergência hipertensiva com disfunção de órgão-alvo, como edema agudo de pulmão, dissecação de aorta ou encefalopatia, situações que a vinheta nega expressamente ao afirmar ausência de disfunções orgânicas. O propranolol é o erro clássico: o betabloqueio não seletivo deixa a estimulação alfa sem oposição, podendo agravar a vasoconstrição, precipitar vasoespasmos coronarianos e elevar ainda mais a pressão, motivo pelo qual betabloqueadores puros são evitados na intoxicação por cocaína. Resposta D

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Homem, 34 anos de idade, apresenta há 3 dias tosse com expectoração amarela, sem sangue, dor torácica posterior direita que piora com a tosse ou respiração profunda, e sem falta de ar. Previamente saudável, refere alergia na infância com uso de sulfa, amoxicilina e anti-inflamatórios não hormonais. Exame físico: febril (38,9 °C), PA = 110 / 80 mmHg, FC = 88 bpm, FR = 16 irpm, SpO2 97% em ar ambiente, presença de estertores finos na base pulmonar direita, sem outras alterações. Radiografia de tórax: consolidação em lobo inferior direito. Qual é a conduta mais adequada?

A. Quinolona respiratória por via oral. ✓

B. Macrolídeo ou betalactâmico por via oral.

C. Ceftriaxone e claritromicina por via intravenosa.

D. Piperacilina-tazobactam por via intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de pneumonia adquirida na comunidade típica, com tosse produtiva, dor pleurítica, febre, estertores finos na base direita e consolidação de lobo inferior direito na radiografia. A estratificação define o resto: paciente de 34 anos, previamente hígido, sem confusão, com frequência respiratória de 16 irpm, pressão arterial normal e saturação de 97%, portanto CURB-65 igual a zero e classe de baixo risco, o que autoriza tratamento ambulatorial por via oral. O detalhe que direciona a escolha é a alergia relatada a sulfa, amoxicilina e anti-inflamatórios, que retira os betalactâmicos do arsenal e deixa a quinolona respiratória, como levofloxacino ou moxifloxacino, em monoterapia oral com cobertura de pneumococo e de germes atípicos.

A opção que oferece macrolídeo ou betalactâmico falha justamente por incluir a classe contraindicada pela alergia, e o macrolídeo isolado ainda carrega o problema das taxas crescentes de resistência do pneumococo. Ceftriaxona com claritromicina intravenosa é esquema de paciente internado, além de novamente esbarrar no betalactâmico, e não há qualquer critério de internação nesta vinheta. A piperacilina-tazobactam amplia cobertura para *Pseudomonas* e anaeróbios, indicada apenas em pneumonia grave ou com fatores de risco para germe resistente, o que representa exagero terapêutico em um jovem hígido e ambulatorial. Resposta A

QUESTÃO 92 — Gabarito B

Das medidas terapêuticas a seguir, aquela que tem maior impacto na redução da mortalidade por choque anafilático é

- A. expansão volêmica.
- B. precocidade na administração de adrenalina. ✓**
- C. associação de bloqueador H1 e bloqueador H2.
- D. precocidade na administração de corticosteroide. 19 UFSP2104 | 003-Anestesiologia Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre hierarquia terapêutica na anafilaxia, e a resposta é a única intervenção com impacto demonstrado em mortalidade: adrenalina administrada precocemente, por via intramuscular na face anterolateral da coxa, na dose de 0,01 mg/kg até 0,3 a 0,5 mg, repetível a cada 5 a 15 minutos. O racional é fisiopatológico e imediato: o efeito alfa-1 reverte a vasodilatação e o edema de via aérea, o beta-1 sustenta débito cardíaco e o beta-2 broncodilata e reduz a liberação adicional de mediadores por mastócitos e basófilos. O retardo na primeira dose é o fator mais consistentemente associado a óbito e a reação bifásica nas séries de anafilaxia fatal.

A expansão volêmica é adjuvante relevante, porque há extravasamento maciço para o terceiro espaço, mas isoladamente não reverte o mecanismo nem substitui a adrenalina. A associação de bloqueadores H1 e H2 alivia sintomas cutâneos como prurido e urticária, tem início de ação lento e nenhum efeito sobre obstrução de via aérea ou colapso circulatório. O corticosteroide tem latência de horas para efeito genômico, sendo historicamente usado na tentativa de prevenir a resposta bifásica, hipótese que a evidência atual não sustenta bem, e de forma alguma constitui medida de resgate. Resposta B

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Homem, 28 anos de idade, previamente hígido, há 3 dias apresenta urina escura e edema de membros inferiores, iniciados 1 dia após quadro de odinofagia. Ao exame físico: afebril, PA = 150/100 mmHg, FC = 89 bpm, FR = 17 irpm, SpO2 = 98%. Exames laboratoriais: creatinina sérica = 1,4 mg/dL; exame de urina I com 1,2 g/L de proteína, hemácias = 296.000/campo (normal até 10/campo), dismorfismo eritrocitário presente e leucócitos = 08/campo (normal até 10/campo). RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo; níveis de complemento sérico C3 = 120 mg/dL (VR: 90-180 mg/dL), C4 = 37 (VR: 15-53 mg/dL) e CH50 = 125 U/CAE (VR: 60-165 U/CAE). Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Nefropatia por imunoglobulina A. ✓**
- B. Nefrite por lúpus eritematoso sistêmico.
- C. Glomerulonefrite da crioglobulinemia.
- D. Glomerulonefrite pós-estreptocócica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome nefrítica em homem jovem, com hematúria macroscópica traduzida por urina escura, hipertensão, edema, elevação discreta de creatinina e sedimento urinário com dismorfismo eritrocitário, o que confirma origem glomerular do sangramento. Dois dados fecham a etiologia. O primeiro é a cronologia: a hematúria começou 1 dia após a odinofagia, ou seja, é sinfaringítica, sincrônica com a infecção de via aérea superior, marca registrada da nefropatia por imunoglobulina A, ou doença de Berger. O segundo é o complemento inteiramente normal, com C3, C4 e CH50 dentro dos valores de referência, o que coloca o caso no grupo das glomerulonefrites normocomplementêmicas.

A glomerulonefrite pós-estreptocócica é a armadilha da questão, mas exige período de latência de 1 a 3 semanas após faringoamigdalite e cursa com consumo de C3, que permanece baixo por cerca de 8 semanas, incompatível com o C3 de 120 mg/dL e com o intervalo de apenas um dia. A nefrite lúpica consome C3 e C4, predomina em mulheres jovens e viria acompanhada de manifestações sistêmicas como artrite, lesões cutâneas, citopenias e autoanticorpos, nada relatado. A glomerulonefrite da crioglobulinemia cursa com queda desproporcional de C4, associa-se tipicamente à hepatite C e se apresenta com púrpura palpável, artralgia e neuropatia periférica. Resposta A

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Homem, 69 anos de idade, procura o PS com queixa de diarreia líquida iniciada há 4 dias e redução do volume urinário nas últimas 24 horas. Faz acompanhamento clínico para tratamento de insuficiência cardíaca em uso de carvedilol, enalapril e furosemida. Exames laboratoriais: creatinina = 1,5 mg/dL (VR: 0,8-1,2 mg/dL); ureia = 90 mg/dL (VR: 20-45 mg/dL); potássio = 4,9 mEq/L (VR: 3,5-5,0 mEq/L). Urina I: densidade 1.035 (VR: 1.005-1.030), presença de grande quantidade de cilindros hialinos, sem outras alterações. Fração de excreção urinária de sódio de 3% e fração de ureia: 28%. O diagnóstico mais provável é

A. necrose tubular aguda tóxica.

B. necrose tubular aguda isquêmica.

C. lesão pré-renal por hipoperfusão. ✓

D. nefrite intersticial aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a diferenciação entre azotemia pré-renal e necrose tubular aguda em um cardiopata desidratado. O contexto já sugere hipoperfusão: diarreia líquida há 4 dias, oligúria e uso crônico de furosemida, enalapril e carvedilol, combinação que compromete tanto o volume circulante quanto a autorregulação glomerular. Os exames confirmam. A relação ureia sobre creatinina muito elevada, com ureia de 90 para creatinina de 1,5, a densidade urinária de 1.035 mostrando capacidade tubular de concentração preservada e o sedimento com cilindros hialinos, que são cilindros normais de proteína de Tamm-Horsfall e não sinal de lesão, apontam para túbulo íntegro respondendo à hipovolemia. A fração de excreção de sódio de 3% pareceria contradizer isso, mas está falseada pelo diurético de alça, que força natriurese; por isso se recorre à fração de excreção de ureia, e o valor de 28%, abaixo de 35%, confirma o padrão pré-renal.

A necrose tubular aguda isquêmica traria densidade urinária fixa em torno de 1.010, cilindros granulosos pigmentados e fração de excreção de ureia acima de 35%. A necrose tubular tóxica exige exposição a nefrotóxico, como aminoglicosídeo, contraste ou anfotericina, ausente na história. A nefrite intersticial aguda cursa com leucocitúria estéril, eosinofilia, cilindros leucocitários e frequentemente febre e rash após introdução de droga, e o exame de urina aqui não mostra qualquer alteração desse tipo. Resposta C

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Mulher, 75 anos de idade, chega ao PS acompanhada por familiar devido a alteração de comportamento iniciado há dois dias. Já está em seguimento com o geriatra há 3 anos por dificuldade de realizar as atividades domésticas, confundindo o nome de pessoas, com discurso repetitivo e bastante esquecida. Exame físico: inquieta, desatenta durante a consulta e sem déficits motores. O diagnóstico mais provável do quadro de base e do quadro agudo são, respectivamente:

- A. depressão crônica e quadro infeccioso sem foco aparente.
- B. comprometimento cognitivo leve e acidente vascular cerebral.
- C. doença de Alzheimer e primeiro episódio psicótico.

D. síndrome demencial e delirium. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta pede dois diagnósticos e cada um tem sua âncora temporal. O quadro de base tem 3 anos de evolução, com dificuldade para realizar atividades domésticas, ou seja, perda funcional, além de anomia ao confundir nomes de pessoas, discurso repetitivo e esquecimento: declínio cognitivo progressivo com comprometimento da funcionalidade define síndrome demencial. O quadro agudo tem 2 dias, com alteração de comportamento, inquietação e desatenção durante a consulta, sem déficits motores. Desatenção de início agudo e curso flutuante em paciente com demência prévia é delirium, e a demência é justamente o principal fator predisponente para ele.

Depressão crônica não explica a perda funcional progressiva com anomia ao longo de 3 anos, e nomear apenas um quadro infeccioso sem foco confunde uma possível causa do delirium com o diagnóstico sindrômico pedido. Comprometimento cognitivo leve, por definição, preserva a independência nas atividades de vida diária, o que não ocorre aqui, e acidente vascular cerebral produziria déficit neurológico focal, expressamente negado no exame. Doença de Alzheimer é etiologia plausível, mas o enunciado não fornece elementos para cravá-la, e primeiro episódio psicótico aos 75 anos é raro e não se caracteriza por desatenção flutuante aguda, e sim por delírios e alucinações estruturados com sensorio preservado. Resposta D

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Mulher, 75 anos de idade, queixa-se de dor ocular de forte intensidade à direita, associada a náuseas e piora da acuidade visual no mesmo olho há um dia, que não melhorou com analgésicos. Não apresenta nenhum antecedente clínico, cirúrgico e oftalmológico, exceto por uso de óculos desde a infância. Exame físico: olho direito com hiperemia de vasos conjuntivais; olho esquerdo sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Úlcera de córnea; tampão com cicatrizante.
- B. Conjuntivite viral; investigação de covid-19.
- C. Esclerite; colírio com corticoide.

D. Glaucoma agudo; iridotomia a LASER em ambos os olhos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne a tríade que define a emergência oftalmológica mais cobrada em prova: dor ocular unilateral de forte intensidade, náuseas e redução da acuidade visual no mesmo olho, com hiperemia conjuntival e sem melhora com analgésico. Isso é glaucoma agudo por fechamento angular, no qual o bloqueio pupilar impede o fluxo do humor aquoso da câmara posterior para a anterior, empurrando a íris periférica contra a malha trabecular e elevando abruptamente a pressão intraocular. O perfil também ajuda: mulher idosa, hipermetrópe de longa data, com olho pequeno e câmara anterior rasa. Após a redução medicamentosa da pressão, o tratamento definitivo é a iridotomia periférica a LASER, e ela deve ser feita nos dois olhos, porque a conformação anatômica de ângulo estreito é bilateral e o olho contralateral tem alto risco de crise, o que justifica a iridotomia profilática.

A úlcera de córnea cursa com história de trauma, uso de lente de contato ou olho seco, apresenta defeito epitelial que cora com fluoresceína e secreção, sem náusea, e oclusão com tampão é contraindicada diante de suspeita de infecção. A conjuntivite viral dá sensação de corpo estranho, secreção aquosa e adenopatia pré-auricular, sem dor intensa e sem baixa de acuidade visual significativa. A esclerite provoca dor profunda que irradia para a hemiface e piora à palpação, com hiperemia violácea dos vasos esclerais profundos, associa-se a doenças reumatológicas e é tratada com anti-inflamatório sistêmico ou imunossupressão, não com colírio de corticoide isolado. Resposta D

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Mulher, 68 anos de idade, está internada na UTI por covid-19 no 9º dia de início de sintomas, sob ventilação mecânica. RT-PCR positivo para doença no 4º dia de sintomas. A recomendação adequada quanto a duração do isolamento respiratório é

- A. isolamento por 20 dias desde o início dos sintomas e há pelo menos 24 horas sem febre. ✓**
- B. isolamento por 14 dias como recomendado a todos pacientes com covid-19.
- C. isolamento por 10 dias após a data do primeiro teste RT-PCR positivo.
- D. isolamento até a negatificação do RT-PCR coletado a cada 3 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Caso de covid-19 grave, em UTI sob ventilação mecânica: o ponto cobrado é que a duração do isolamento respiratório se define pela gravidade do quadro e pelo tempo de sintomas, e não pelo resultado do RT-PCR. Nos casos graves ou críticos, assim como em imunossuprimidos, as recomendações do Ministério da Saúde e do CDC estendem o isolamento para 20 dias contados do início dos sintomas, exigindo ainda pelo menos 24 horas sem febre sem uso de antitérmico e melhora dos sintomas respiratórios. Como a paciente está no 9º dia sob ventilação mecânica, ela se enquadra exatamente nesse critério, o que valida a alternativa A. A alternativa B aplica 14 dias como regra universal, prazo que não corresponde nem ao caso leve ou moderado (10 dias) nem ao caso grave (20 dias). A alternativa C erra duas vezes: a contagem parte do início dos sintomas e não da data do primeiro exame positivo, e 10 dias é o critério de doença leve, não de doença crítica. A alternativa D reproduz o erro clássico de usar o RT-PCR como teste de cura: a detecção de RNA viral persiste por semanas, corresponde a fragmentos não viáveis e não traduz transmissibilidade, motivo pelo qual não se coleta PCR seriado para liberar isolamento.

Resposta A

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Mulher, 25 anos de idade, refere disúria e polaciúria há 6 dias, evoluindo com dor lombar e febre, com necessidade de internação. Sem doenças prévias. Ao exame físico, apresenta-se torporosa, com temperatura de 38 °C, PA = 80/60 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 24 irpm. Após expansão volêmica e coleta de hemocultura e urocultura, qual é a estratégia de tratamento antimicrobiano mais adequada?

- A. Combinação de antibióticos para cobertura de bactérias gram-negativas multirresistentes.**

B. Por se tratar de paciente jovem e sem comorbidades, pode-se aguardar os resultados das culturas para o início da terapia antimicrobiana.

C. Antibiótico de amplo espectro na primeira hora de evolução, considerando cobertura para bactérias gram-negativas. ✓

D. Cobertura para agentes multirresistentes por conta da gravidade, seguida de escalonamento com os resultados da hemocultura e/ou urocultura. Confidencial até o momento da aplicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com cistite que evoluiu para dor lombar e febre, ou seja, pielonefrite aguda, agora com disfunção orgânica: torpor, PA de 80/60 mmHg, FC de 110 bpm e FR de 24 irpm caracterizam sepse com choque séptico de foco urinário. A regra central do Surviving Sepsis Campaign é administrar antimicrobiano endovenoso de amplo espectro dentro da primeira hora do reconhecimento do choque, imediatamente após a coleta de culturas, que nunca deve atrasar a droga, e com espectro dirigido ao agente provável do sítio, que no trato urinário são as enterobactérias gram-negativas, sobretudo *E. coli*. É o que descreve a alternativa C. A alternativa A propõe combinação para multirresistentes sem que exista qualquer fator de risco: paciente jovem, sem comorbidades, sem internação recente, sem sondagem e sem uso prévio de antibiótico. A alternativa B é a conduta mais perigosa da questão, pois cada hora de atraso do antimicrobiano no choque séptico aumenta a mortalidade, e ser jovem não protege. A alternativa D confunde gravidade com risco de resistência: a gravidade determina a pressa e a via, não a necessidade de cobrir germe multirresistente, e o movimento correto após o resultado das culturas é o descalonamento, não o escalonamento.

Resposta C

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Homem, 20 anos de idade, é levado ao PS por episódio de agressividade há 1 dia. A mãe refere que ele passou a ficar mais calado e isolado, há 8 meses. Ele abandonou o emprego, pois se sentia desconfortável com os colegas, alegando que comentavam sobre ele e queriam lhe prejudicar frente ao chefe. Passou a escutar vozes, que o xingavam em alguns momentos, falava coisas sem sentido e tinha crises de choro. Chegou a relatar a sua mãe que pensava em se jogar na frente do trem para acabar com seu sofrimento. Vem progressivamente piorando. Faz uso regular de maconha há 1 ano, sendo o último consumo há 2 meses. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Episódio depressivo grave, com sintomas psicóticos.

B. Transtorno psicótico induzido por drogas (cannabis).

C. Esquizofrenia paranoide. ✓

D. Transtorno delirante persistente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 20 anos com quadro insidioso de 8 meses, muito além do limite de 6 meses exigido pelos critérios: retraimento social, delírio persecutório estruturado (a crença de que os colegas comentavam sobre ele e queriam prejudicá-lo), alucinações auditivas depreciativas, discurso desorganizado e deterioração funcional clara, com abandono do emprego e piora progressiva. Esse conjunto preenche os critérios de esquizofrenia, e o predomínio de delírio persecutório associado a alucinações auditivas, sem que a desorganização ou o embotamento dominem o quadro, define o subtipo paranoide. A alternativa A não se sustenta porque o choro e a ideação suicida são secundários ao sofrimento psicótico e não configuram um episódio depressivo maior que preceda e explique a psicose, como se exige na depressão psicótica. A alternativa B esbarra na cronologia: o último uso de cannabis foi há 2 meses e o quadro continua piorando, enquanto a psicose induzida por substância exige relação temporal com intoxicação ou abstinência e tende a remitir em dias a semanas após a suspensão. A alternativa D exige delírio isolado, sem alucinações proeminentes, sem desorganização do pensamento e com funcionamento global preservado fora do tema delirante, o oposto do que se descreve aqui.

Resposta C

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Homem, 42 anos de idade, é trazido pelo SAMU ao PS, restrito à maca, por estar agitado e falando sozinho na rua. Trata-se de um morador de rua, com trajas sujos e higiene pessoal precária. Está muito agitado, confuso, desorientado no tempo e no espaço, assustado, fala de uma perseguição e refere ver bichos e vultos. Exame físico: desidratado 2+/4+, descorado 2+/4+, temperatura 37,8 °C, FC = 108 bpm, sudorese profusa e tremores grosseiros das mãos; roncosp e estertores na base do hemitórax esquerdo. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A. Manter a contenção física, glicose hipertônica IV, haloperidol IM.
- B. Manter a contenção física, hidratação IV, tiamina IV, diazepam IV. ✓**
- C. Retirar a contenção física, exames laboratoriais e de imagem, antibioticoterapia.
- D. Retirar a contenção física, prometazina IM, hidratação IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em situação de rua, com quadro agudo de agitação, confusão mental, desorientação no tempo e no espaço, alucinações visuais (bichos e vultos), temor persecutório, febrícula, taquicardia, sudorese profusa e tremores grosseiros das mãos: é o quadro clássico de delirium tremens, a forma grave da síndrome de abstinência alcoólica. O tratamento se apoia em benzodiazepínico endovenoso titulado, o diazepam, única classe que controla a hiperatividade autonômica, previne convulsões e reduz mortalidade, associado a hidratação venosa pelas perdas e a tiamina parenteral, obrigatória antes de qualquer aporte de glicose para não precipitar encefalopatia de Wernicke. A contenção física se mantém enquanto houver risco de auto ou heteroagressão, até que a sedação faça efeito, exatamente como propõe a alternativa B. A alternativa A inverte a ordem ao dar glicose hipertônica antes da tiamina e escolhe haloperidol, que não trata a abstinência e reduz o limiar convulsivo. A alternativa C retira a contenção de um paciente agitado e confuso e prioriza propedêutica e antibiótico; a provável pneumonia sugerida pelos estertores é comorbidade a tratar, mas não é a conduta imediata. A alternativa D também remove a contenção e usa prometazina, anti-histamínico com efeito anticolinérgico que agrava o delirium.

Resposta B