



UNIFESP — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Mulher, 45 anos de idade, é admitida no PS com palpitações há 2 horas. Sem outras queixas. Exame físico: PA = 110/70 mmHg; FC = 148 bpm. ECG com flutter atrial com resposta ventricular 2:1. Qual é a conduta mais adequada para a reversão da arritmia?

- A. Desfibrilação elétrica.
- B. Metoprolol intravenoso.
- C. Cardioversão elétrica. ✓**
- D. Adenosina intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Flutter atrial com resposta 2:1 (FC ~150 bpm) instalado há 2 horas: como o objetivo declarado é REVERTER a arritmia, a cardioversão elétrica sincronizada é a estratégia de maior sucesso — o flutter responde mal a antiarrítmicos e reverte com baixa energia. Desfibrilação (A) é choque NÃO sincronizado, reservada à FV/TV sem pulso, e pode induzir FV aqui. Metoprolol (B) controla a frequência, mas não reverte o ritmo. Adenosina (D) apenas desmascara o flutter ao lentificar o nó AV — é diagnóstica, não terapêutica. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Homem, 65 anos de idade, apresenta cansaço, falta de ar e edema de membros inferiores há 2 meses. Exame físico: sopro sistólico em crescendo-decrescendo na borda esternal superior esquerda, com o paciente sentado e inclinado para frente. Qual é a doença valvar mais provável?

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro sistólico em crescendo-decrescendo (ejetivo) nos focos da base, em idoso com dispneia, fadiga e congestão, é a assinatura da estenose aórtica degenerativa calcificada — a valvopatia mais prevalente após os 65 anos. A tríade angina/síncope/dispneia marca a fase sintomática, de alta mortalidade sem troca valvar. Dupla lesão aórtica (B) exigiria também sopro diastólico aspirativo. As lesões mitrais (C e D) produzem sopro em foco mitral: holossistólico irradiado para axila na insuficiência e ruflar diastólico na estenose. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Mulher, 35 anos de idade, comparece em consulta com exame de TSH solicitado por outro médico. A paciente não apresenta queixas. Exame físico: IMC = 29,5 kg/m², tireoide de difícil palpação; sem outras alterações. TSH = 6,5 mUI/L (VR 0,45-4,5). Qual é a conduta mais adequada?

- A. Solicitar dosagem de TSH em 2 a 3 meses. ✓**
- B. Solicitar dosagem de T4 livre, T3 e anticorpo anti-tiroperoxidase.
- C. Iniciar o tratamento com 1,6 mcg/kg/dia de levotiroxina.
- D. Prosseguir a investigação com ultrassonografia da tireoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH discretamente elevado (6,5) em paciente ASSINTOMÁTICA, com exame único: a primeira conduta é repetir a dosagem em 2 a 3 meses, porque até um terço das elevações leves normaliza espontaneamente (doença não tireoidiana, variação circadiana, recuperação de infecção, obesidade). Só depois de confirmada a alteração cabe complementar com T4 livre e anti-TPO (B). Levotiroxina (C) em subclínico com TSH < 10 e sem sintomas não tem benefício demonstrado. Ultrassonografia (D) avalia a anatomia, nunca a função — indica-se para nódulo ou bócio. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Paciente com doença do refluxo gastroesofágico de longa data, assintomático após 5 anos de uso de omeprazol. A endoscopia digestiva alta atual mostra permanência de lesão esofágica compatível com esôfago de Barrett, com biópsias revelando ausência de displasia. Quando deve ser realizada a próxima endoscopia?

- A. Entre 3 e 5 anos. ✓**
- B. Em 6 meses.
- C. Em 12 meses.
- D. Somente se os sintomas retornarem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Esôfago de Barrett SEM displasia confirmada em biópsias: a vigilância endoscópica recomendada é a cada 3 a 5 anos, pois o risco de progressão para adenocarcinoma é baixo (~0,3%/ano). Intervalos de 6 (B) e 12 meses (C) pertencem à displasia de baixo grau não tratada. Abandonar a vigilância e reendoscopar só se houver sintomas (D) é o erro clássico: o Barrett é assintomático justamente por causa do controle do refluxo com IBP, e a ausência de sintomas não reduz o risco neoplásico. Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Mulher, 40 anos de idade, tem diagnóstico de hipertensão arterial há 5 anos e faz uso de losartana 100 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e amlodipina 5 mg/dia. Traz MRPA com médias de PA de 152/96 mmHg. Exame físico: PA 150/90 mmHg, FC 70 bpm; IMC 23 kg/m²; sem outras alterações. Exames laboratoriais: creatinina = 0,7 mg/dL (VR 0,6-1,2), potássio = 3,0 mEq/L (VR 3,5-5,5), sódio = 138 mEq/L (VR 135-145). Qual é a investigação inicial mais adequada para estabelecer a etiologia da hipertensão arterial?

- A. Dosagem de aldosterona plasmática e atividade da renina plasmática. ✓**
- B. Dosagem de cortisol sérico após 1 mg de dexametasona.
- C. Dosagem de cortisol em urina de 24 horas em 3 amostras.
- D. Tomografia computadorizada de abdome com protocolo para feocromocitoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão resistente (3 fármacos, incluindo diurético) em mulher jovem, magra, com HIPOCALEMIA espontânea e função renal normal: o quadro aponta hiperaldosteronismo primário, a causa endócrina mais comum de HAS secundária. O rastreamento inicial é a relação aldosterona plasmática/atividade de renina plasmática. Cortisol pós-dexametasona (B) e cortisol urinário (C) investigam Cushing, sem estigmas aqui. Tomografia para feocromocitoma (D) inverte a ordem: primeiro dosam-se metanefrinas, e faltam sintomas adrenérgicos paroxísticos. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Homem, 45 anos de idade, apresenta icterícia de longa duração, sem sinais de insuficiência hepática ao exame físico. Exames laboratoriais mostram transaminases normais e fosfatase alcalina 4 vezes acima do limite superior da normalidade. Recentemente, iniciou quadro de diarreia muco sanguinolenta com 4 episódios ao dia e discreto emagrecimento. Quais são as hipóteses diagnósticas mais prováveis?

- A. Cirrose hepática e amebíase.
- B. Hepatite autoimune e doença de Crohn.
- C. Colangite esclerosante primária e retocolite ulcerativa. ✓**
- D. Câncer de cólon e metástases hepáticas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Padrão COLESTÁTICO puro (fosfatase alcalina 4x com transaminases normais) somado a diarreia mucossanguinolenta: é colangite esclerosante primária associada a retocolite ulcerativa. Cerca de 70-80% dos portadores de CEP têm doença inflamatória intestinal, predominando a RCU, e a colangite frequentemente precede os sintomas intestinais. Hepatite autoimune (B) cursa com transaminases elevadas, não colestase isolada. Cirrose (A) traria estigmas de insuficiência hepática, ausentes. Câncer de cólon com metástases (D) não explica icterícia de longa duração em paciente estável. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Homem, 82 anos de idade, assintomático, apresenta hemograma com 154.000 linfócitos maduros/mm³, Hb de 11,2 g/dL (padrão normocítico e normocrômico) e 210.000 plaquetas/mm³. Exame físico sem alterações. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta mais adequada para confirmá-la?

- A. Linfoma linfocítico agudo; imunofenotipagem de sangue periférico.
- B. Leucemia linfocítica aguda; PET-TC oncológico e cariótipo de medula óssea.
- C. Leucemia linfocítica crônica agudizada; mielograma.
- D. Leucemia linfocítica crônica; imunofenotipagem de sangue periférico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfocitose absoluta muito elevada, de linfócitos MADUROS, em idoso assintomático, com anemia leve e plaquetas normais: é leucemia linfocítica crônica. O diagnóstico se faz por imunofenotipagem de sangue periférico, que demonstra a clonalidade B com o padrão CD5+/CD19+/CD23+ e cadeia leve restrita — mielograma e biópsia medular não são necessários. As opções com leucemia/linfoma AGUDO (A e B) exigiriam blastos, não linfócitos maduros, e cursariam com quadro clínico exuberante. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Homem, 54 anos de idade, hipertenso, é trazido ao PS com quadro de febre e rebaixamento de nível de consciência. Apresenta dor em flanco direito, disúria e polaciúria há três dias. Exame físico: FC = 120 bpm; PA = 80/40 mmHg; T = 38 °C; tempo de enchimento capilar = 5 segundos. Exames laboratoriais: hemograma com leucócitos = 19.000 cél/mm³ (desvio à esquerda), creatinina = 2,7mg/dL e lactato arterial = 36mg/dL; urina 1 com leucocitúria, hematúria e presença de nitrito. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável e as orientações da Campanha de Sobrevivência a Sepse de 2021, qual é a conduta imediata mais adequada?

- A. Iniciar ceftriaxona e manter por pelo menos 10 dias.
- B. Coletar hemoculturas e urocultura assim que houver estabilidade hemodinâmica.
- C. Fazer expansão volêmica com cristaloides para atingir 30mL/Kg nas primeiras 3 horas. ✓**
- D. Administrar noradrenalina em dose inicial 0,1 mcg/kg/min.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico de foco urinário (pielonefrite com nitrito e leucocitúria) — hipotensão, TEC de 5 s, lactato alto e disfunção renal. Pelo pacote de 1 hora da Surviving Sepsis Campaign 2021, a hipoperfusão exige cristalóide 30 mL/kg nas primeiras 3 horas. Ceftriaxona (A) é correta, mas o foco da alternativa é a duração, não a conduta imediata. Hemoculturas (B) devem ser colhidas ANTES do antibiótico, e jamais se aguarda estabilidade hemodinâmica. Noradrenalina (D) entra na hipotensão refratária à volemia, não antes dela. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Mulher, 56 anos de idade, refere crescimento progressivo de lesão na face há 3 anos. Ao exame dermatológico, apresenta pápula da cor da pele de 5 milímetros e superfície perlácea na região malar direita com telangiectasia na porção inferior. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Carcinoma espinocelular; radioterapia local.
- B. Melanoma
- C. Queratoacantoma; criocirurgia com halo de 5 milímetros.
- D. Carcinoma basocelular; exérese com margem de 5 milímetros. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pápula perolada com telangiectasias, de crescimento lento por anos, em área fotoexposta da face: carcinoma basocelular, o tumor cutâneo mais frequente. O tratamento padrão é a exérese cirúrgica com margem de 4 a 5 mm em lesões de baixo risco. Carcinoma espinocelular (A) costuma ser ceratósico/ulcerado e de crescimento mais rápido. Melanoma (B) seria pigmentado, assimétrico e de bordas irregulares. Ceratoacantoma (C) tem evolução rápida em semanas, com cratera córnea central. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Mulher, 54 anos de idade, refere episódios de alteração de coloração das mãos e pés, caracterizada por palidez, cianose e eritema, episódicas, geralmente desencadeadas pelo frio, há 6 meses. Há 2 anos apresenta queimação retroesternal pós alimentares, com pouca melhora após uso de inibidor de bomba de próton. Nega outras queixas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Miopatia inflamatória idiopática.
- B. Esclerose sistêmica. ✓**
- C. Artrite reumatoide.
- D. Lúpus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fenômeno de Raynaud trifásico (palidez, cianose e eritema desencadeados pelo frio) associado a refluxo refratário a IBP em mulher de meia-idade: a combinação de vasculopatia com dismotilidade esofágica é altamente sugestiva de esclerose sistêmica — o Raynaud costuma ser a primeira manifestação, precedendo o espessamento cutâneo em meses a anos. Miopatia inflamatória (A) cursaria com fraqueza proximal e elevação de CPK. Artrite reumatoide (C) exige poliartrite simétrica de pequenas articulações. LES (D) traria manifestações cutâneas, renais ou hematológicas. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Homem, 69 anos de idade, procura PS por sangramento ativo em lesão de perna esquerda após trauma em portão há 1 hora. Tem histórico de diabetes mellitus e hipertensão arterial de longa data, em tratamento regular. Trazia últimos exames realizados quatro meses antes com HbA1C = 8,2% e creatinina = 2,9 mg/dL. Exame físico: lesão cutânea sem sinais de infecção, mas com sangramento não contido por compressas locais. Exames laboratoriais: Hb = 9,4 g/dL, VCM = 87 fL (VR: 80-100 fL); leucócitos 7.230/ mm³; plaquetas = 158.000/ mm³; creatinina = 3,4 mg/dL. Considerando as comorbidades do paciente, qual é a causa mais provável para a persistência do sangramento?

- A. Carência de vitamina K.
- B. Disfunção plaquetária. ✓**
- C. Deficiência de antitrombina III.
- D. Deficiência de fator VIII.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento persistente com plaquetas em número NORMAL, TP/TTPA não alterados e creatinina de 3,4 mg/dL: é a disfunção plaquetária da uremia. Toxinas retidas alteram a interação GPIIb/IIIa-fator de von Willebrand, prejudicando a adesão e a agregação — a plaquetopatia é qualitativa, não quantitativa. O manejo inclui desmopressina, crioprecipitado, correção da anemia e diálise. Carência de vitamina K (A) alargaria o TP; deficiência de fator VIII (D) alargaria o TTPA e daria história familiar; deficiência de antitrombina III (C) causa trombose, não sangramento. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Mulher, 56 anos de idade, hipertensa há 8 anos, apresenta níveis de PA mensurados em sua residência acima de 140/90 mmHg. Está em uso de losartana 100 mg/dia, amlodipina 10 mg/dia e clortalidona 25 mg/dia. Não há evidências de má aderência. Exame físico: PA = 162/98 mmHg; FC = 82 bpm; IMC = 24,2 kg/m². Exames laboratoriais: creatinina = 0,82 mg/dL; potássio = 4,2 mEq/L; urina 1 normal; USG Doppler das artérias renais normal. Outras causas de hipertensão secundárias foram excluídas. Qual é a estratégia terapêutica mais adequada para o controle pressórico desta paciente?

- A. Aumentar amlodipina para 10 mg duas vezes ao dia.
- B. Associar clonidina 0,100 mg duas vezes ao dia.
- C. Aumentar a clortalidona 50 mg ao dia.

D. Associar espironolactona 25 mg/dia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão resistente verdadeira: PA descontrolada em consultório e domicílio com três fármacos em dose plena, incluindo diurético, boa adesão e causas secundárias excluídas. A quarta droga de escolha é a espironolactona 25 mg/dia, consagrada pelo estudo PATHWAY-2 como superior a betabloqueador e alfabloqueador nesse cenário — o potássio de 4,2 permite o uso com segurança. Amlodipina já está na dose máxima habitual (A). Clonidina (B) tem efeito rebote e má tolerância. Aumentar clortalidona (C) traz risco de hipocalemia sem o mesmo ganho pressórico. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Homem, 18 anos de idade, previamente hígido, chega ao PS com queixa de falta de ar iniciada há 1 hora. Exame físico: Escala de Coma de Glasgow = 14, pupilas isocóricas fotorreagentes, FR = 30 irpm, SpO₂ = 70%, ausculta respiratória abolida em hemitórax direito, PA = 80/40 mmHg, FC = 133 bpm, tempo de enchimento capilar = 4 segundos, ausculta cardíaca sem alterações. Qual é o achado esperado na ultrassonografia à beira leito?

- A. Sinal do código de barras em hemitórax direito. ✓**
- B. Sobrecarga de câmaras direitas.
- C. Linhas B em todo hemitórax direito.
- D. Líquido no espaço pericárdico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem hígido com dispneia súbita, murmúrio ABOLIDO em hemitórax direito, hipoxemia grave, hipotensão e TEC alargado: pneumotórax hipertensivo. À ultrassonografia à beira do leito o ar na cavidade abole o deslizamento pleural, e o modo M mostra apenas linhas horizontais — o sinal do código de barras (ou da estratosfera), em vez do sinal da praia. Sobrecarga de câmaras direitas (B) sugeriria TEP; linhas B (C) traduzem síndrome intersticial/congestão, incompatível com ausculta abolida; derrame pericárdico (D) daria tamponamento, com ausculta pulmonar preservada. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Homem, 55 anos de idade, refere dispneia aos esforços de longa data, intensificada no último ano, com necessidade de descansar após andar cerca de 50 metros no plano. Tem tosse produtiva há 2 anos e sibilos eventuais. Procurou PS três vezes no último ano, sendo o último episódio há 2 meses, durante os quais foi medicado com nebulização e antibióticos. Está em uso de salbutamol spray, 02 jatos a cada 4 horas, com alívio parcial dos sintomas. Tem hipertensão arterial (em uso de losartana 50 mg/dia) e é tabagista de 60 anos-maço. Exames realizados: hemoglobina = 15,0 g/dL; leucócitos totais = 8500 céls/mm³ (350 eosinófilos/mm³); radiografia de tórax = hiperinsuflação pulmonar; espirometria = VEF1 pós-broncodilatador 35% do previsto. Considerando o diagnóstico mais provável e as diretrizes GOLD 2022 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), qual é o estágio atual da doença e a terapia farmacológica mais indicada?

- A. GOLD 3D; formoterol/budesonida 12/400 mcg 2x/dia + tiotrópio 5 mcg/dia. ✓**
- B. GOLD 3B; formoterol 12 mcg 2x/dia + tiotrópio 5 mcg/dia.
- C. GOLD 4D; formoterol/budesonida 12/400 mcg 2x/dia + tiotrópio 5 mcg/dia.
- D. GOLD 2C; tiotrópio 5 mcg/dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tabagista de 60 anos-maço, VEF1 pós-broncodilatador de 35% do previsto: obstrução GRAVE, ou seja, GOLD 3 (30-49%) — abaixo de 30% seria GOLD 4. Dispneia limitante a 50 metros e três exacerbações no último ano com uso de antibiótico colocam o paciente no grupo D do GOLD 2022 (muitos sintomas e alto risco). Com exacerbações frequentes, a terapia indicada é a tripla LABA/CI associada a LAMA, e a eosinofilia de 350/mm³ reforça o benefício do corticoide inalatório. As demais erram o estágio espirométrico ou subtratam o risco de exacerbação. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Homem, 60 anos de idade, é trazido ao PS por familiares com relato de falta de ar há 1 semana com piora nas últimas 24 horas. Exame físico: Escala de Coma de Glasgow = 13, pupilas isocóricas fotorreagentes, sem sinais neurológicos focais, ausculta cardíaca sem alterações, FC = 120 bpm, PA = 70/40mmHg, tempo de enchimento capilar = 5 segundos, ausculta respiratória com estertores grossos em base direita, FR = 30 irpm, SpO₂ = 80%, exame abdominal sem alterações, membros inferiores sem alterações. Qual é a conduta mais adequada para este paciente?

A. Coleta de bilirrubina, creatinina, lactato, gasometria e contagem plaquetária para cálculo do SOFA.

B. Coleta de culturas, antibioticoterapia de amplo espectro, expansão volêmica e oxigênio por cateter nasal. ✓

C. Oxigênio por cateter nasal, angiotomografia de tórax com protocolo para TEP e anticoagulação com heparina não-fracionada.

D. Ventilação não-invasiva, dobutamina 2,5 a 20 mcg/kg/min em bomba de infusão contínua, furosemida 1mg/kg e decúbito elevado a 45°.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque com foco infeccioso pulmonar (estertores em base direita, hipoxemia, taquipneia, rebaixamento e TEC de 5 s): choque séptico. As quatro medidas do pacote inicial são exatamente coleta de culturas, antibiótico de amplo espectro precoce, ressuscitação volêmica e oxigenoterapia. Calcular SOFA (A) é estratificação, não tratamento, e atrasa a terapia. Investigar TEP (C) não se sustenta diante do foco pulmonar evidente. Dobutamina com furosemida (D) trataria choque cardiogênico/edema agudo, mas a ausculta cardíaca é normal e não há congestão sistêmica. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Mulher, 75 anos de idade, apresenta dor, limitação aos movimentos e rigidez matinal em ombros e quadris há um mês, com pouca melhora com dipirona e diclofenaco. Refere febre baixa não aferida e inapetência, sem perda de peso. Extensa investigação evidenciou anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina: 10,2 g/dL); VHS = 102 mm/1ª hora e PCR = 78 mg/L. O PET-CT com 18F-FDG mostrou captação intensa em aorta torácica e abdominal, artérias axilares e ombros e quadris. Quais são os diagnósticos mais prováveis?

A. Polimialgia reumática e arterite de células gigantes. ✓

B. Doença aterosclerótica e osteoartrite de ombros e quadris.

C. Aortite isolada e osteoartrite de ombros e quadris.

D. Arterite de Takayasu e artropatia microcristalina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com dor e rigidez matinal em cinturas escapular e pélvica, VHS acima de 100 e PCR elevada: polimialgia reumática. O PET-CT com captação em aorta torácica e abdominal e em artérias axilares acrescenta o diagnóstico de arterite de células gigantes de grandes vasos — as duas doenças coexistem em até 20% dos casos e compartilham o mesmo espectro fisiopatológico. Aterosclerose e osteoartrite (B e C) não geram captação inflamatória de FDG nem VHS de 102. Takayasu (D) acomete mulheres abaixo dos 40 anos. Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Homem, 69 anos de idade, está internado para tratamento de Covid-19 grave. Está sob ventilação mecânica, pressão controlada, com $\text{FiO}_2 = 60\%$, $\text{PEEP} = 12 \text{ cmH}_2\text{O}$ e relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 180 \text{ mmHg}$. Nas 24 horas subsequentes, evoluiu hemodinamicamente estável, em uso de baixa dose de noradrenalina, piora radiológica do pulmão, relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 = 140 \text{ mmHg}$ e volume urinário de 50 mL. Exames laboratoriais: creatinina = 4,8 mg/dL, ureia = 94 mEq/L, potássio=5,8 mEq/L, $\text{HCO}_3=13 \text{ mEq/L}$. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A. Passagem de cateter venoso de duplo lúmen e início de hemodiálise. ✓**
- B. Passagem de cateter peritoneal e início de diálise peritoneal.
- C. Infusão contínua de altas doses de diurético de alça e avaliação de débito urinário
- D. Correção da acidose metabólica com bicarbonato venoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão renal aguda oligoanúrica (50 mL em 24 h) com creatinina de 4,8, ureia alta, potássio de 5,8 e bicarbonato de 13: há indicação clássica de terapia dialítica de urgência pela combinação de hipercalemia, acidose metabólica e sobrecarga de volume em pulmão já comprometido, sem resposta esperada a medidas conservadoras. Diálise peritoneal (B) é ineficiente e piora a mecânica ventilatória na SDRA. Diurético em alta dose (C) não corrige uremia nem hipercalemia e retarda a diálise. Bicarbonato isolado (D) trata só um dos distúrbios e aporta sódio e volume. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Menino, 10 anos de idade, há 1 mês foi ferido por um gato, evoluindo com lesão na mão direita que progrediu com surgimento de novas lesões no antebraço direito. Sem doenças prévias. Ao exame dermatológico, vários nódulos ulcerados de 0,3 cm a 1,5 cm em disposição linear seguindo linfático como conta de rosário, acometendo dorso da mão direita e antebraço direito. Qual é a hipótese mais provável?

- A. Dermatofitose.
- B. Doença da arranhadura de gato.
- C. Micobacteriose atípica.
- D. Esporotricose. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulos ulcerados dispostos LINEARMENTE ao longo do trajeto linfático, em rosário, após arranhadura de gato: é o padrão esporotricóide clássico da esporotricose, micose de implantação por *Sporothrix*, cuja transmissão zoonótica por gatos é hoje a principal no Brasil. Tratamento com itraconazol. Dermatofitose (A) dá placas anulares descamativas, não nódulos ulcerados. Doença da arranhadura do gato (B) cursa com linfadenopatia regional única e pápula no sítio de inoculação. Micobacteriose atípica (C) também pode ser esporotricóide, mas o antecedente felino direciona a hipótese. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Sepse é definida pela presença de disfunção orgânica ameaçadora a vida, decorrente da resposta desregulada do organismo frente a um processo infeccioso. Em relação aos critérios atuais para o diagnóstico de seps, marque a assertiva correta:

- A. Um dos critérios diagnósticos de seps é a identificação da disfunção orgânica por meio do quick-SOFA, utilizado por sua praticidade e sensibilidade e especificidade elevadas.
- B. A presença de disfunção em um único órgão ou sistema, mesmo que na suspeita de infecção, não fecha critério para o diagnóstico de seps.

C. O escore SOFA não deve ser utilizado em pacientes com disfunção orgânica prévia, devendo-se utilizar os critérios de síndrome de resposta inflamatória sistêmica.

D. O critério operacional para definição de disfunção orgânica é a variação de dois pontos no escore SOFA, que leva em conta a disfunção respiratória, hematológica, hepática, cardiovascular, neurológica e renal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo Sepsis-3, sepsis é infecção suspeita ou confirmada somada a disfunção orgânica, definida operacionalmente pela variação de 2 ou mais pontos no escore SOFA, que contempla os sistemas respiratório, hematológico, hepático, cardiovascular, neurológico e renal. O qSOFA (A) é ferramenta de triagem à beira do leito, com alta especificidade mas BAIXA sensibilidade, e deixou de ser critério diagnóstico. A disfunção de um único órgão já fecha o critério (B é falsa). Em disfunção prévia, usa-se o delta do SOFA sobre o basal, e os critérios de SIRS foram abandonados (C é falsa). Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Mulher, 34 anos de idade, procura o PS com dispneia progressiva nas últimas 2 semanas, com piora nas últimas 24 horas, associada a dor torácica ventilatório dependente em hemitórax direito há 2 horas. Está gestante de 30 semanas com pré-natal sem intercorrências e bom desenvolvimento fetal. Tem asma desde a infância com episódios de tosse, chiado e falta de ar no inverno, sem crises durante a gestação. Ao exame: BEG, afebril, taquipneica; PA= 100/60 mmHg, FC= 110 bpm, FR= 32 irpm, SpO₂= 93%; ausculta respiratória com sons pulmonares globalmente reduzidos e raros sibilos; abdome gravídico; edema maleolar bilateral, sem sinais de empastamento. Exames: ECG= taquicardia sinusal; Rx de tórax= sem alterações; gasometria arterial em ar ambiente com pH= 7,45, PaO₂= 66 mmHg, PaCO₂= 31 mmHg, HCO₃⁻ = 20 mEq/L, SpO₂ = 93%. Hemograma e função renal normais. Considerando o quadro atual, qual é a conduta mais adequada?

A. Contraindicar a angiotomografia de tórax, considerando o risco de teratogenicidade.

B. Excluir o diagnóstico de tromboembolia pulmonar aguda se o dímero-D for negativo

C. Aplicar uma dose de 60 mg de enoxaparina e encaminhar a paciente para angiotomografia de tórax ✓

D. Solicitar ultrassonografia com Doppler de membros inferiores e angioressonância de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 30 semanas com dispneia, dor pleurítica, taquicardia, hipoxemia e radiografia normal: alta probabilidade clínica de tromboembolia pulmonar. A conduta é anticoagular empiricamente com heparina de baixo peso molecular e confirmar com angiotomografia. O exame NÃO é contraindicado (A): a dose fetal é muito baixa e o risco do TEP não tratado supera em muito o da radiação. O dímero-D (B) eleva-se fisiologicamente na gestação e um valor negativo tem pouco valor no terceiro trimestre. Angioressonância (D) usa gadolínio, evitado na gravidez, e tem menor acurácia. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Durante a pandemia de Covid-19, pesquisadores brasileiros conduziram um estudo transversal com o objetivo de avaliar padrões de uso de álcool na população brasileira. Para tal, foi criado um questionário virtual, cujo link de acesso foi compartilhado em diferentes redes sociais. O questionário apresentava questões que solicitavam o relato sobre o volume de álcool consumido no mês da pesquisa. Este volume de álcool deveria ser calculado pelos participantes a partir de tabelas que apresentavam equivalência entre o volume consumido dos diferentes tipos de bebida alcoólicas e a concentração de etanol por volume em cada uma delas. Quais tipos de vieses são encontrados neste estudo?

A. Viés de compatibilidade e seleção

B. Viés de confundimento e de informação

C. Viés de confundimento e de traço.

D. Viés de seleção e de informação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois vieses se somam. O recrutamento por link em redes sociais gera amostra de conveniência e autoseleção — quem tem acesso digital e interesse no tema responde —, produzindo viés de SELEÇÃO, com perda de representatividade da população brasileira. E a aferição da exposição depende de autorrelato com cálculo feito pelo próprio participante a partir de tabelas de equivalência, o que gera erro de mensuração e subnotificação do consumo: viés de INFORMAÇÃO. Confundimento (B e C) é distorção por terceira variável, não um problema de coleta. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

A profissão médica reúne uma série de gratificações psicológicas, dentre elas o sentir-se competente, receber reconhecimento e gratidão. No decorrer da formação e da vida profissional, entretanto, o médico se defronta com dificuldades que podem não corresponder ao que é esperado como gratificação. O grau de idealização da profissão gera expectativas e, se não correspondidas, geram frustrações repercutindo na sua saúde. Sobre esta afirmação, qual é a alternativa mais adequada?

A. Não se sustenta, pois pesquisas mostram que a percepção dos médicos em relação às mudanças na sua vida profissional melhoram ao longo dos anos para a maior parte dos itens avaliados.

B. Corresponde à realidade, pois pesquisas mostram que, mesmo com a atenção dos cursos médicos para a formação, médicos apresentam prevalência alta de sintomas psiquiátricos, fadiga e ideação suicida ✓

C. Não se sustenta, dado que uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina mostra que os médicos referem ser acometidos com a mesma frequência pelas doenças que mais incidem na população geral.

D. Corresponde à realidade, tanto que nos cursos médicos, ao longo da formação, o aluno é preparado para enfrentar estas situações de frustração, de forma que elas dificilmente afetem sua saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A afirmação corresponde à realidade e é sustentada por evidência nacional e internacional: estudantes de medicina e médicos apresentam prevalência elevada de sintomas depressivos e ansiosos, burnout, fadiga e ideação suicida, superior à da população geral de mesma faixa etária. A idealização da profissão e a distância entre expectativa e realidade do trabalho são fatores reconhecidos. As alternativas que negam o fenômeno (A e C) contrariam os dados disponíveis, e afirmar que a graduação prepara o aluno de modo que a frustração não afete sua saúde (D) é justamente o que a literatura refuta. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

A diminuição de recursos federais para o SUS nos próximos anos, indicada no gráfico abaixo, que apresenta a projeção do orçamento da União (em reais) destinado às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), per capita e per capita para população idosa, deve-se a:

A. revogação da Emenda Constitucional-29, que regulamentava a aplicação de recursos em saúde e obrigava a União a recompor, anualmente, o valor correspondente ao crescimento do PIB e à variação da inflação, e o comprometimento mínimo de 12% para Estados e 15% para municípios dos seus orçamentos.

B. aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional-86, que regulamenta a aplicação de recursos em saúde e passou a obrigar a União a destinar 15% da Receita Corrente Líquida para a saúde, mantendo a obrigatoriedade de comprometimento mínimo de 12% para Estados e 15% para municípios dos seus orçamentos.

C. implementação dos dispositivos previstos na Lei Federal 141 (2012), que define o que pode ser contabilizado como gasto na área da saúde e fixa percentuais mínimos de investimento por parte da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

D. aprovação pelo Congresso Nacional da Emenda Constitucional-95, que ao entrar em vigor, determinou que o orçamento do Ministério da Saúde passe a ser reajustado apenas pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), congelando a partir de 2018 os recursos para o SUS por 20 anos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A queda projetada do gasto federal per capita em saúde decorre da Emenda Constitucional 95/2016, o chamado Novo Regime Fiscal ou teto de gastos, que congelou as despesas primárias da União por 20 anos, corrigindo-as apenas pela inflação (IPCA), sem acompanhar o crescimento do PIB, da população nem o envelhecimento populacional. A EC-29 (A) não foi revogada e é o marco que vinculou percentuais mínimos. A EC-86 (B) alterou a base de cálculo da União, mas não explica o congelamento. A Lei 141/2012 (C) regulamenta o que é gasto em saúde, sem impor teto. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Para que um determinado território estadual se constitua numa região de atenção à saúde, é necessário que ela tenha, no mínimo, ações e serviços de:

A. urgência e emergência. ✓

B. terapia intensiva coronariana.

C. terapia renal substitutiva.

D. assistência de alta complexidade em oncologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo Decreto 7.508/2011, uma região de saúde só pode ser instituída quando contiver, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Das opções apresentadas, apenas urgência e emergência integra esse rol mínimo. Terapia intensiva coronariana, terapia renal substitutiva e oncologia de alta complexidade (B, C e D) são serviços de média e alta densidade tecnológica, pactuados em nível macrorregional ou estadual, e não condicionam a existência da região. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

O modelo de atenção à saúde indígena desenvolvido no país, expresso na proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada em 2002, e organizado em um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), parte dos mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É correto afirmar que o modelo de atenção à saúde indígena:

A. trabalha com o contexto sociopolítico atual e as especificidades regionais, com acesso a saberes, práticas de saúde e formas de interpretar o processo saúde/doença. ✓

B. é pautado nas bases técnico-científicas que demonstram o avanço da cultura humanística e das ciências na sociedade e suas consequências ao desenvolvimento social.

C. tem como referência os conhecimentos em biomedicina, um vasto campo de teorias e práticas em saúde asseguradas por experimentos e métodos avaliativos reconhecidos globalmente.

D. é constituído por formas históricas e saberes tradicionais que coexistem harmonicamente nas sociedades urbanizadas e grupos indígenas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNASPI estrutura um modelo DIFERENCIADO de atenção: parte dos princípios do SUS, mas reconhece a diversidade sociopolítica e as especificidades regionais de cada povo, garantindo acesso e articulação entre a biomedicina e os saberes e práticas tradicionais de saúde, com sua própria leitura do processo saúde-doença. É o fundamento da atenção diferenciada nos DSEI. As alternativas que ancoram o modelo exclusivamente na biomedicina ou no avanço técnico-científico (B e C) contrariam essa premissa, e afirmar coexistência harmônica em sociedades urbanizadas (D) ignora o conflito intercultural real. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Mulher, 30 anos de idade, mora na rua, no centro da cidade de São Paulo. Durante a pandemia, perdeu o trabalho como manicure e passou a viver como trabalhadora do sexo. Atualmente, tem poucos clientes e, para comer todo dia, depende de doações. Esta situação de insegurança alimentar, frequente para outras mulheres no território, é vivenciada por ela com ansiedade, influenciando em seu consumo de álcool e outras drogas. Ela tem um companheiro com quem tem uma relação afetiva estável. Nesta semana, procurou a UBS devido a atraso menstrual e foi feito o diagnóstico de gestação. Para a equipe elaborar um Projeto Terapêutico Singular, qual é a alternativa mais adequada?

- A. Construir projetos de cuidado para esta mulher e conduzir ações coletivas de saúde. ✓**
- B. Definir políticas públicas socioeconômicas e elaborar medidas de saúde populacionais.
- C. Orientar condutas médicas de mudanças de estilo de vida e a aderência da paciente.
- D. Possibilitar aos profissionais de saúde prevenir e tratar as doenças causadas diretamente por esta condição de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas construído pela equipe COM o usuário, a partir da singularidade do caso e do território, articulando o cuidado individual (gestação de risco, uso de álcool e outras drogas, insegurança alimentar, vínculo com a rede intersetorial) a ações coletivas dirigidas a um problema compartilhado por outras mulheres da área. Definir políticas socioeconômicas (B) foge à governabilidade da equipe. Orientar mudança de estilo de vida e cobrar adesão (C) culpabiliza a paciente e ignora os determinantes sociais. A opção D reduz o PTS ao adoecimento biológico. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

A saúde da população negra tem sido comprometida em relação ao acesso aos serviços de saúde, o que caracteriza uma situação de não reconhecimento de necessidades específicas dessa população aliada a atos sistemáticos de intolerância e atitudes racistas no cotidiano dos serviços. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), no Brasil, a partir de 2013, configurou novos caminhos que viabilizassem mudanças dessa situação. Quais são as bases e diretrizes do SUS que orientaram a construção da PNSIPN?

- A. Estimulou a produção nacional de pesquisas, formulou hipóteses a partir da literatura nacional e internacional e definiu a política com base exclusivamente no princípio da universalidade.
- B. Partiu de consulta aos gestores da saúde e profissionais de serviço, considerou a literatura internacional e propôs a descentralização e regionalização como diretrizes essenciais na organização desta política.
- C. Recorreu a estudos científicos que demonstraram as desigualdades no acesso a serviços de saúde pela população negra, incluiu o quesito cor na coleta de informações em saúde e estabeleceu diálogo com os movimentos sociais, a partir do princípio de participação social. ✓**
- D. Recorreu a estudos e evidências científicas que demonstraram as desigualdades no acesso a serviços de saúde pela população negra, considerou a literatura internacional e adotou a hierarquização do sistema de saúde como diretriz essencial para a efetividade do sistema.

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNSIPN foi construída sobre três pilares: evidências científicas que documentaram as desigualdades raciais no acesso e na qualidade da atenção, a inclusão do quesito cor/raça nos sistemas de informação em saúde — sem o qual o racismo institucional permanece invisível nos dados — e o diálogo permanente com os movimentos sociais negros, expressão do princípio da participação social. As demais alternativas trocam essa base por descentralização, regionalização ou hierarquização, diretrizes gerais de organização do SUS que não são o eixo estruturante desta política específica. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

A Notificação de Receita é um documento padronizado que, acompanhado da prescrição, autoriza a dispensação/venda de medicamentos sujeitos a controle especial. Sobre as diferentes Notificações de Receitas, qual é a alternativa correta?

- A. "A1" e "A2" (entorpecentes) e "A3" (psicotrópicas) são de cor azul e impressas às expensas do profissional médico.
- B. "B1" e "B2" (psicotrópicas) são de cor amarela e são impressas às expensas da Autoridade Sanitária.
- C. "B1" e "B2" (psicotrópicas) são de cor amarela e impressas às expensas do profissional médico.
- D. "A1" e "A2" (entorpecentes) e "A3" (psicotrópicas) são de cor amarela e impressas às expensas da Autoridade Sanitária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Portaria SVS/MS 344/1998, a Notificação de Receita A — que abrange A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicas anorexígenas) — é de cor AMARELA e fornecida pela autoridade sanitária, com numeração controlada, exatamente por se tratar das substâncias de maior potencial de abuso. A Notificação B, para psicotrópicas (B1) e imunossupressoras/anorexígenas (B2), é AZUL e impressa às expensas do prescritor. A cor branca corresponde à Notificação C, dos retinoides e talidomida. As demais alternativas invertem cores e responsabilidade de impressão. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

No Brasil, a tomada de decisão para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 é um desafio devido sua grande extensão territorial, heterogeneidade demográfica, social e econômica. Estudar a relação entre indicadores de saúde, demográficos, sociais, econômicos e a mortalidade por Covid-19 é de extrema importância neste contexto. Qual teste estatístico deve ser utilizado para verificar se a mortalidade por Covid-19 está relacionada com o número de leitos de UTI, Índice de Gini (numericamente, varia entre 0 e 1), Índice de Desenvolvimento Humano (numericamente, varia entre 0 e 1) e taxa de analfabetismo?

- A. Teste T de Student para duas populações independentes.
- B. Teste de Correlação de Pearson. ✓**
- C. Teste Qui-quadrado de Independência.
- D. Teste de McNemar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Todas as variáveis do estudo são quantitativas contínuas — mortalidade por Covid-19, número de leitos de UTI, índice de Gini, IDH e taxa de analfabetismo. Para medir a força e o sentido da associação linear entre variáveis contínuas, o teste apropriado é a correlação de Pearson. O teste t (A) compara MÉDIAS entre dois grupos, não mede associação. Qui-quadrado (C) aplica-se a variáveis categóricas em tabelas de contingência. McNemar (D) compara proporções em amostras pareadas, como antes e depois no mesmo indivíduo. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para as atividades da Atenção Básica no manejo operacional das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), selecione a alternativa correta.

- A. Notificar imediatamente as IST, com finalidade de bloqueio da cadeia epidemiológica.
- B. Iniciar o tratamento e referir os casos de IST para serviços especializados com recursos laboratoriais para seguimento.
- C. Promover capacitações para os profissionais de saúde da atenção básica.

D. Realizar consulta imediata no caso de úlceras genitais, corrimentos genitais masculinos e femininos e de verrugas anogenitais. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O manejo operacional das IST na Atenção Básica preconizado pelo Ministério da Saúde tem como pilar o atendimento IMEDIATO, na primeira consulta, dos casos de úlcera genital, corrimento uretral, corrimento vaginal e verrugas anogenitais, com abordagem sindrômica, tratamento na hora e manejo das parcerias — a estratégia que efetivamente interrompe a cadeia de transmissão. Nem toda IST é de notificação imediata (A). Referir os casos a serviço especializado (B) contraria a lógica da abordagem sindrômica na própria unidade. Capacitação (C) é atribuição de gestão, não atividade operacional de manejo. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Em relação aos princípios éticos que devem orientar os ensaios clínicos aleatorizados, qual é a afirmativa correta?

- A. O estudo pode ser continuado mesmo que se obtenha a evidência de benefício do tratamento em análise interina.
- B. Deve ser usado o maior tamanho de amostra possível com o intuito de representar a variabilidade étnica.
- C. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido garante a anonimização ou pseudoanonimização dos dados.

D. É vetado deixar de administrar aos participantes do estudo medicamento de eficácia comprovada e que lhe trará benefícios. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

É vedado privar o participante de tratamento com eficácia comprovada e benefício estabelecido — princípio da Declaração de Helsinque, segundo o qual o uso de placebo só se justifica quando não existe intervenção comprovadamente eficaz. Diante de benefício claro em análise interina, o comitê independente deve INTERROMPER o estudo, e não continuá-lo (A). O tamanho da amostra deve ser o mínimo necessário para responder à pergunta, por respeito ao princípio da não maleficência (B). O TCLE trata de informação e consentimento voluntário, e não é o instrumento que garante anonimização (C). Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Homem, 35 anos de idade, foi vítima de acidente no ambiente de trabalho com estilhaço de metal que atingiu e perfurou seu olho direito há seis horas, causando amaurose total à direita. Seus óculos de proteção estavam no bolso do uniforme. Trabalha em uma serralheria que emprega 50 pessoas. Após o atendimento de urgência, qual é a alternativa que indica uma ação de atenção ao trabalhador e a proposta de uma medida de prevenção coletiva mais adequadas a esta situação?

A. Emissão de Comunicado de Acidente de Trabalho; verificação do funcionamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. ✓

- B. Encaminhamento para acompanhamento oftalmológico; reorganização do processo de trabalho visando maior margem de manobra.

- C. Inscrição em programa de treinamento para readaptação funcional; aquisição de Equipamento de Proteção Individual mais efetivo.
- D. Encaminhamento para Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para estabelecer o nexo causal; estudo de ergonomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas frentes são cobradas: a ação individual de atenção ao trabalhador é a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), obrigatória e que assegura os direitos previdenciários e alimenta a vigilância epidemiológica; a medida de prevenção COLETIVA é verificar o funcionamento da CIPA, obrigatória em empresa com 50 empregados e responsável por mapear riscos e fiscalizar o uso dos EPI. Fornecer EPI mais eficaz (C) é proteção individual, não coletiva. Acompanhamento oftalmológico e nexo causal no CEREST (B e D) são condutas assistenciais e periciais, não preventivas coletivas. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Sobre as atuais recomendações de metas de um paciente com diabetes mellitus segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Qual é a alternativa correta?

- A. As metas glicêmicas iniciais são definidas pela idade e sobrepeso do paciente com diabetes.
- B. A meta de Hb1Ac considera < 7,0% como limite superior de controle em pacientes com diabetes.
- C. A fragilidade do paciente no momento da avaliação é definidora das metas glicêmicas. ✓**
- D. A meta de glicemia define 100 mg/dL como limite superior da efetividade do controle glicêmico de jejum.

COMENTÁRIO OSCELABS

As diretrizes atuais da SBD abandonaram a meta única em favor da INDIVIDUALIZAÇÃO: idosos frágeis, com múltiplas comorbidades, expectativa de vida reduzida ou histórico de hipoglicemia grave devem ter metas mais frouxas (HbA1c de 7,5 a 8,5%), enquanto jovens recém-diagnosticados sem complicações toleram alvos mais rigorosos. Fixar HbA1c abaixo de 7,0% como limite universal (B) ou glicemia de jejum de 100 mg/dL como teto (D) ignora essa individualização e aumenta o risco de hipoglicemia. Sobrepeso isolado (A) não define a meta glicêmica. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

O trabalho em equipe consiste em estratégia para a integração das especialidades médicas e das múltiplas profissões, essencial para o desenvolvimento do cuidado integral do paciente. Assinale a alternativa que contém um atributo e um instrumento para o trabalho em equipe efetivo.

- A. Especialização dos saberes; conversa informal.
- B. Divisão de responsabilidades; auditoria de prontuários.
- C. Reflexividade; apoio matricial. ✓**
- D. Heterogeneidade dos objetivos; controle de produtividade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O trabalho em equipe efetivo depende da reflexividade — capacidade do grupo de examinar criticamente seus próprios objetivos, processos e resultados, com comunicação horizontal — e tem no apoio matricial o instrumento organizacional que articula equipe de referência e especialistas, ampliando a clínica sem fragmentar o cuidado. Especialização dos saberes e conversa informal (A) reforçam o trabalho fragmentado. Auditoria e controle de produtividade (B e D) são instrumentos de gestão de desempenho, não de integração, e heterogeneidade de objetivos é o oposto do que a equipe precisa. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Em relação à prevenção primária de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em adultos. Qual é a alternativa mais adequada?

- A. O uso de metformina é a primeira opção para prevenir ou postergar o aparecimento de DM2 nos grupos de risco.
- B. Mudança de estilo de vida são capazes de prevenir ou postergar o aparecimento de DM2 em curto e longo prazos. ✓**
- C. É necessária perda de peso de 10 a 15% em pessoas com sobrepeso ou obesidade para prevenir ou postergar DM2.
- D. A realização de atividade física moderada por 30 minutos três vezes por semana é capaz de prevenir ou postergar DM2.

COMENTÁRIO OSCELABS

A prevenção primária do DM2 tem na mudança de estilo de vida sua intervenção de primeira linha, com eficácia demonstrada a curto e a longo prazo pelo Diabetes Prevention Program e pelo estudo finlandês DPS — a redução de incidência persiste por mais de uma década após o fim da intervenção, efeito que a metformina não reproduz. A metformina (A) é opção adjuvante em subgrupos de altíssimo risco, não primeira escolha. Perda de 5 a 7% do peso já é suficiente, não 10 a 15% (C). A meta de atividade física é de 150 minutos semanais, e não 90 (D). Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Um bairro da zona sul do município de São Paulo teve em sua formação a instalação de diversas indústrias químicas e petroquímicas, responsáveis por um importante passivo ambiental, com contaminação de solo e água subterrânea por metais pesados, solventes clorados e halogenados e outras substâncias químicas perigosas à saúde humana. Posteriormente, houve aumento do interesse imobiliário na região, com a mudança do uso do solo, de industrial para residencial, comercial e de serviços. Das funções abaixo, qual é a de responsabilidade da Vigilância em Saúde Ambiental nesta situação?

- A. Identificar a população exposta aos contaminantes e, em conjunto com a atenção básica, estruturar um protocolo de atenção à saúde dessa população com identificação e tratamento precoces de possíveis efeitos resultantes desta exposição. ✓**
- B. Realizar a análise do solo e da água da região a fim de encontrar os contaminantes presentes nos compartimentos ambientais atingidos, e a delimitação da pluma de contaminação de cada substância identificada, como metais pesados, por exemplo.
- C. Uma vez identificados os contaminantes e a extensão da contaminação de cada compartimento ambiental atingido, demandar a remediação da área pelo poluidor, que se não cumprida, resultará na autuação do poluidor pela Vigilância em Saúde Ambiental.
- D. Controle do processo de remediação da área através de estudos toxicológicos periódicos dos contaminantes presentes no solo da região e cuidado à saúde dos trabalhadores das indústrias com a identificação de tratamento de efeitos resultantes desta exposição.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de área contaminada com mudança de uso do solo, cabe à Vigilância em Saúde Ambiental o olhar sobre a POPULAÇÃO: identificar e cadastrar os expostos, estimar a exposição e, junto com a atenção básica, estruturar protocolo de acompanhamento com identificação e tratamento precoces dos efeitos à saúde. A caracterização da pluma de contaminação, a exigência de remediação ao poluidor e a autuação (B, C e D) são atribuições dos órgãos de controle ambiental, como a CETESB, e não do setor saúde. O eixo da vigilância em saúde é o dano humano, não o compartimento ambiental. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Conforme a bula de teste para Covid-19 adquirido na farmácia, este tem 99,1% de sensibilidade e 95,5% especificidade para IgM e 88% de sensibilidade e 90% de especificidade para IgG. Qual das alternativas indica a interpretação correta destes dados?

- A. 0,9% de resultado falso-negativo para IgM e 88% de resultado verdadeiro-positivo para IgG. ✓**
- B. 0,9% de resultado falso-positivo para IgM e 12% de resultado falso-negativo para IgG.
- C. 99,1% de resultado falso-negativo para IgM e 88% de resultado falso-negativo para IgG.
- D. 0,9% de resultado verdadeiro-negativo para IgM e 12% de resultado falso-positivo para IgG.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sensibilidade é a proporção de DOENTES corretamente identificados. Com 99,1% de sensibilidade para IgM, o complemento (0,9%) corresponde aos doentes com teste negativo, isto é, os falso-negativos. E a sensibilidade de 88% para IgG significa que, entre os doentes, 88% terão resultado positivo — verdadeiro-positivos. As demais alternativas confundem os complementos: falso-positivo é o complemento da ESPECIFICIDADE (4,5% para IgM e 10% para IgG), e verdadeiro-negativo é a própria especificidade. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Homem, 40 anos de idade, procura PS com quadro de hiperemia, dor e edema palpebrais à esquerda há 2 dias. Nega piora da acuidade visual e doenças pregressas. Ao exame oftalmológico: acuidade visual de 20/20 em ambos olhos, reflexos pupilares isofotorreagentes, limitação à adução do olho direito e disco óptico sem edema. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Hemograma e antibioticoterapia oral.
- B. Tomografia de órbitas com contraste e antibioticoterapia venosa. ✓**
- C. Dosagem de TSH e T4L, e descompressão orbitária.
- D. Provas reumatológicas e pulsoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperemia e edema palpebral acompanhados de LIMITAÇÃO DA MOTILIDADE OCULAR indicam acometimento pós-septal: celulite orbitária, e não pré-septal. O comprometimento da musculatura extrínseca obriga a tomografia de órbitas com contraste, para avaliar extensão, sinusopatia associada e abscesso subperiosteal, e o tratamento é antibioticoterapia VENOSA com internação, pelo risco de perda visual, trombose de seio cavernoso e abscesso cerebral. Antibiótico oral (A) só se aplica à celulite pré-septal. Orbitopatia de Graves e doença inflamatória orbitária (C e D) não cursam com quadro agudo febril de 2 dias. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Mulher, 75 anos de idade, relata preocupação com riscos de efeitos colaterais oculares da polifarmácia após ler uma publicação na Internet. Exame físico: visando avaliar a profundidade da câmara anterior, observa-se região de penumbra sobre a parte nasal da íris após incidência de luz paralela ao rosto da paciente. Qual das seguintes medicações presentes na prescrição da paciente tem menor risco de precipitar glaucoma de ângulo fechado?

- A. Escitalopram.
- B. Clonazepam.
- C. Ipratrópio.
- D. Atorvastatina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste de iluminação oblíqua com penumbra sobre a íris nasal revela câmara anterior RASA — a paciente tem ângulo estreito e risco de glaucoma agudo. Precipitam o fechamento angular os fármacos que provocam midríase ou deslocamento anterior do diafragma iridocristaliniano: anticolinérgicos como o ipratrópio (inclusive por nebulização junto ao rosto), antidepressivos serotoninérgicos como o escitalopram e, em menor grau, benzodiazepínicos. A atorvastatina não tem qualquer efeito sobre a musculatura íria nem sobre o corpo ciliar. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Mulher, 44 anos de idade, 3G 3P, apresenta dismenorreia progressiva há 2 anos, associada a aumento do volume menstrual e dispáureia, há 8 meses, dificultando o relacionamento sexual. Ao exame: útero aumentado 2 vezes de tamanho, consistência amolecida. US pélvico: útero heterogêneo, focos hiperecogênicos puntiformes em meio a trama miometrial, espessura endometrial 8 mm, volume uterino: 178 ml, ovários sem alterações. A conduta mais adequada é:

- A. prescrever danazol via oral.
- B. realizar histerectomia sub-total. ✓**
- C. prescrever análogo de GnRH subcutâneo.
- D. realizar embolização das artérias uterinas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Útero difusamente aumentado, de consistência AMOLECIDA, heterogêneo ao ultrassom com focos hiperecogênicos no miométrio, em multipara de 44 anos com dismenorreia progressiva, sangramento aumentado e dispáureia: adenomiose sintomática. Com prole constituída e sintomas incapacitantes, o tratamento definitivo é a histerectomia. Danazol (A) tem efeitos androgênicos importantes e caiu em desuso. Análogo de GnRH (C) só oferece alívio temporário, servindo como ponte pré-operatória. Embolização (D) tem melhor evidência em miomatose, com resultados menos consistentes na adenomiose difusa. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Menina, 5 anos de idade, é trazida pela mãe ao ginecologista, por corrimento abundante há 30 dias. Ao exame: hímen íntegro, corrimento branco, fluído, sem odor, consistência mucoide, pH 4,2, teste das aminas negativo, ausência de lesões em vulva. A melhor conduta a ser realizada é:

- A. encaminhar o caso ao conselho tutelar, comunicar autoridade policial pela alta possibilidade de abuso sexual.
- B. orientar uso de roupas íntimas de material não sintético e limpeza local com água corrente e sabonete neutro. ✓**
- C. realizar exame ginecológico sob sedação para busca de corpo estranho vaginal.
- D. dosar FSH e LH sérico e realizar radiografia dos punhos para investigação de puberdade precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento branco, fluído, MUCOIDE, sem odor, pH ácido de 4,2, teste das aminas negativo, hímen íntegro e vulva sem lesões: não há sinal de infecção nem de abuso. O quadro é de vulvovaginite inespecífica, a causa mais comum na infância, favorecida pelo hipoestrogenismo, pela proximidade anatômica com o ânus e por irritantes locais. A conduta é higiênico-comportamental: roupa íntima de algodão, higiene com água e sabonete neutro. Notificar abuso (A) sem qualquer indício é iatrogênico. Exame sob sedação (C) se reserva a corrimento fétido, purulento ou sanguinolento. Investigação de puberdade precoce (D) exigiria telarca ou pubarca. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Mulher, 47 anos de idade, deu entrada no PS com crise hipertensiva. Exames complementares revelaram ureia 60mg/dL e creatinina de 7 mg/dL, US de vias urinárias com dilatação ureteral bilateral acentuada. Refere diagnóstico recente de carcinoma epidermóide de colo de útero, ainda sem tratamento. A conduta mais adequada do ponto de vista oncológico é:

- A. radioterapia associada a quimioterapia sensibilizadora. ✓**
- B. cirurgia de Wertheim Meigs.
- C. traquelectomia radical e parametrectomia.
- D. imunoterapia com pembrolizumabe (anti PD-L1).

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma epidermóide de colo com hidronefrose bilateral e insuficiência renal caracteriza estágio IIIB pela FIGO — a obstrução ureteral pelo tumor define, por si só, doença localmente avançada, independentemente do volume aparente da lesão. Do ponto de vista oncológico, o tratamento padrão é a radioterapia (externa e braquiterapia) com quimioterapia sensibilizante à base de platina, após desobstrução urinária. Cirurgia de Wertheim-Meigs (B) limita-se aos estádios iniciais, até IB2/IIA1. Traquelectomia (C) é conservadora, para tumores mínimos com desejo de fertilidade. Pembrolizumabe (D) fica para doença metastática ou recorrente. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Mulher, 64 anos de idade, refere 2 episódios de sangramento vaginal no último mês, em pequena intensidade, com duração de 2 dias. Ultrassonografia endovaginal revela eco endometrial de 15 mm. Qual é a melhor conduta?

- A. Ressonância magnética da pelve.
- B. Teste da progesterona.
- C. Histeroscopia diagnóstica.
- D. Biópsia com cureta de Nowak. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pós-menopausa com eco endometrial de 15 mm (muito acima do corte de 4-5 mm) exige diagnóstico HISTOLÓGICO — a suspeita é de câncer de endométrio até prova em contrário. A biópsia ambulatorial com cureta de Nowak é o primeiro passo, disponível, barata e com boa acurácia no endométrio espessado difusamente. Ressonância (A) serve ao estadiamento, depois do diagnóstico. Teste da progesterona (B) não tem lugar diante de espessamento e sangramento suspeitos. A histeroscopia (C) fica reservada a amostra insuficiente, sangramento persistente ou lesão focal. Resposta D.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Mulher, 72 anos de idade, encontra-se em cirurgia para câncer de endométrio e a avaliação intraoperatória do produto de histerectomia total e salpingooforectomia bilateral mostrou ser um carcinoma endometrial, do tipo endométrioide grau 1, superficialmente invasor, estroma do colo livre. Neste caso, qual (is) procedimento (s) cirúrgicos ainda falta (m) ser realizado (s):

- A. Linfadenectomia pélvica bilateral.
- B. Nenhum outro procedimento é necessário. ✓**
- C. Linfadenectomia pélvica bilateral e para-aórtica.
- D. Linfadenectomia pélvica bilateral e para-aórtica, omentectomia infra-cólica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma endometriode GRAU 1, com invasão miometrial superficial (menos de 50%) e estroma cervical livre: é doença estágio IA de baixo risco, cuja probabilidade de acometimento linfonodal é inferior a 5%. A histerectomia total com salpingooforectomia bilateral já completa o tratamento cirúrgico, e a linfadenectomia agrega morbidade (linfedema, linfocele, lesão vascular) sem ganho de sobrevida. Linfadenectomia pélvica e para-aórtica (A e C) reserva-se a grau 3, invasão profunda ou histologia não endometriode. Omentectomia (D) é conduta do tipo seroso/carcinossarcoma. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito A

Mulher, 42 anos de idade, assintomática retorna ao ambulatório com resultado de mamografia (4 incidências básicas): BI-RADS 0, mamas lipossustituídas e microcalcificações agrupadas em área de 8mm). Qual é o complemento de imagem que deve ser solicitado?

A. Ampliação ✓

B. Compressão

C. Ultrassom

D. Ressonância magnética.

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 0 significa exame INCOMPLETO, que exige complementação. Diante de microcalcificações agrupadas em mamas lipossustituídas, o complemento correto é a incidência com ampliação (magnificação), que melhora a resolução espacial e permite caracterizar número, forma, densidade e distribuição das calcificações — dados que definem a suspeição. A compressão localizada (B) é útil em assimetrias e distorções, não em calcificações. A ultrassonografia (C) não avalia microcalcificações e tem baixo rendimento em mama lipossustituída. Ressonância (D) não é método de caracterização inicial. Resposta A.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Mulher, 32 anos de idade, IG I Parto vaginal há 4 meses, refere incontinência urinária de esforço durante a gestação, com piora no puerpério. Refere perda ao tossir, espirrar e carregar o bebê no colo. Qual é a conduta mais adequada?

A. Cirurgia de sling retropúbico.

B. Cirurgia de colpopfixação retropúbica.

C. Fisioterapia do assoalho pélvico. ✓

D. Injeção periuretral com agente de preenchimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Incontinência urinária de esforço iniciada na gestação e agravada no puerpério, apenas 4 meses após parto vaginal: o tratamento inicial é conservador, com fisioterapia do assoalho pélvico e treinamento muscular supervisionado, que é primeira linha para IUE e tem eficácia comprovada no pós-parto, período em que ainda há recuperação espontânea da musculatura e do tecido conjuntivo. Sling e colpopfixação (A e B) são procedimentos definitivos, indicados apenas após falha do tratamento conservador e com prole constituída. Agente de preenchimento (D) tem resultado transitório e indicação restrita. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Mulher, 56 anos de idade, menopausa aos 49 anos, com antecedente de câncer de mama in situ há 5 anos, procura o ambulatório com queixa de fogachos e secura vaginal há 1 ano. Qual é a alternativa correta quanto ao manejo dos sintomas?

- A. Terapia hormonal com estrogênio associado ao progestagênio, uma vez que a paciente tem útero e não teve câncer de mama invasivo.
- B. Uso de antidepressivos recaptadores de serotonina, para melhora dos fogachos, e hidratante vaginal para atrofia genital. ✓**
- C. A terapia hormonal está contraindicada pois a paciente está fora da janela de oportunidade e pelo aumento do risco cardiovascular.
- D. Uso do estrogênio vaginal como primeira escolha para melhora da atrofia genital e fogachos, pois o câncer de mama era in situ.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de câncer de mama, ainda que in situ, contraindica a terapia hormonal sistêmica — o carcinoma ductal in situ é lesão hormônio-responsiva e precursora, e a segurança da reposição não está estabelecida. O manejo é não hormonal: inibidores da recaptção de serotonina ou de serotonina-noradrenalina (paroxetina, venlafaxina) para os fogachos e hidratante ou lubrificante vaginal para a atrofia. As alternativas A e D oferecem estrogênio sistêmico ou vaginal como primeira escolha, o que não é recomendado nessa paciente; e o estrogênio vaginal não trata fogachos. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Paciente com 33 semanas de gestação, quartigesta com 3 cesáreas anteriores, previamente assintomática, procura o pronto socorro queixando-se de sangramento vaginal moderado. Sabidamente, possui placenta de inserção baixa centro-total com sinais de acretismo em região ístmica uterina. Não apresenta dinâmica uterina, feto ativo. Ao exame especular, conteúdo sanguinolento residual, sem sangramento ativo. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Resolução imediata da gestação por via alta, abdicando-se da corticoterapia.
- B. Corticoterapia, internação para controle clínico, cesárea eletiva após 36a semana. ✓**
- C. Resolução da gestação por via alta, aguardando 48h da corticoterapia.
- D. Controle clínico domiciliar, retornar se novo episódio de sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Placenta prévia centro-total com sinais de acretismo, 33 semanas, sangramento que CESSOU, sem dinâmica uterina e feto ativo: há tempo para a conduta expectante hospitalar. Faz-se corticoterapia para maturação pulmonar, internação com controle clínico, reserva de hemocomponentes e planejamento de cesárea eletiva em centro com equipe multidisciplinar por volta de 36 semanas. Resolver imediatamente sem corticoide (A) ou em 48 h (C) impõe prematuridade desnecessária a uma paciente estável. Alta domiciliar (D) é inaceitável no acretismo, pelo risco de hemorragia catastrófica longe do hospital. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Mulher, 24 anos de idade, refere aumento progressivo e lento, há 10 anos, de pelos em face, tórax, braço e região sacral. Apresenta ciclos menstruais regulares, com intervalo de 34 dias, fluxo e duração normais, com cólicas e sintomas pré-menstruais leves. Nuligesta, vida sexual ativa em uso de condom. Exame físico: IMC = 27 kg/m², ausência de acantose nigricans, índice de Ferriman = 13. Qual é a provável etiologia?

- A. Tumor virilizante do ovário.
- B. Hirsutismo idiopático. ✓**

- C. Síndrome dos Ovários Policísticos.
D. Resistência periférica à insulina hiperinsulinismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hirsutismo de instalação LENTA e progressiva por 10 anos, com ciclos regulares e ovulatórios, sem sinais de virilização (clitoromegalia, engrossamento da voz, alopecia) e sem acantose nigricans: trata-se de hirsutismo idiopático, diagnóstico de exclusão em que há hipersensibilidade da unidade pilosebácea aos androgênios circulantes normais. Tumor virilizante (A) instala-se em meses, com androgênios muito elevados e virilização franca. SOP (C) exigiria disfunção ovulatória ou hiperandrogenismo laboratorial, ausentes. Resistência insulínica (D) costuma vir com acantose. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Paciente 30 anos, 3ª gestação, 14 semanas. Na 1ª gestação teve pré-eclâmpsia com 31 semanas, parto cesáreo de emergência. Na 2ª gestação entrou em trabalho de parto prematuro, evoluindo para parto normal com 32 semanas. Mesmo parceiro. Qual é a orientação no pré-natal?

- A. Ácido fólico, sulfato ferroso e progesterona.
B. Ácido acetilsalicílico, progesterona e sulfato ferroso. ✓
C. Ácido fólico, heparina de baixo peso molecular e progesterona.
D. Sulfato ferroso, ácido acetilsalicílico e heparina de baixo peso molecular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois indicações profiláticas se somam. Pré-eclâmpsia prévia com parto prematuro é fator de ALTO risco: indica-se ácido acetilsalicílico em baixa dose, iniciado idealmente entre 12 e 16 semanas. Parto prematuro espontâneo anterior indica progesterona vaginal a partir do segundo trimestre. Some-se o sulfato ferroso, profilaxia universal de anemia no pré-natal. O ácido fólico (A e C) tem seu papel na prevenção de defeitos do tubo neural até a 12ª semana, já ultrapassada. Heparina de baixo peso (C e D) só se indica com trombofilia documentada ou evento tromboembólico prévio. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Preenche critérios diagnósticos para SAAF:

- A. paciente com tromboflebite de membro inferior e FAN positivo.
B. paciente com dois abortos Anticardiolipina IgA positivo.
C. paciente com pré-eclâmpsia com 38 semanas e TTPA alargado.
D. paciente com perda fetal de 13 semanas e anti-beta2 glicoproteína 1 positivo em título alto. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios de Sydney exigem um critério clínico e um laboratorial confirmado após 12 semanas. A perda fetal com 13 semanas (morte de feto morfológicamente normal a partir da 10ª semana) é critério clínico obstétrico, e o anti-beta-2-glicoproteína I em título ALTO é critério laboratorial. Anticardiolipina IgA (B) não é critério — valem apenas IgG e IgM em título médio ou alto. FAN (A) não integra os critérios de SAAF. Pré-eclâmpsia a termo (C) não é critério obstétrico, que exige insuficiência placentária antes de 34 semanas; TTPA alargado isolado não substitui a pesquisa do anticoagulante lúpico. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Qual das opções abaixo é uma contraindicação absoluta ao tratamento com trombólise endovenosa com rtPA em paciente com acidente vascular cerebral isquêmico?

- A. Gravidez.
- B. Uso de varfarina com resultado de RNI 1,9. ✓**
- C. Crise epiléptica no início dos sintomas.
- D. Início dos sintomas há quatro horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uso de anticoagulante oral com RNI acima de 1,7 é contraindicação ABSOLUTA à trombólise com rtPA, pelo risco proibitivo de transformação hemorrágica — e o RNI de 1,9 ultrapassa esse limiar. A gravidez (A) é contraindicação relativa, e a trombólise pode ser considerada individualmente. Crise epiléptica no início do quadro (C) deixou de ser absoluta, sendo permitida quando o déficit é atribuível ao AVC e não a paralisia de Todd, idealmente com neuroimagem confirmando isquemia. Quatro horas de evolução (D) está dentro da janela estendida de 4,5 horas. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Gestante de 24 semanas esteve internada por 3 dias, com quadro de mal-estar, náusea, cefaleia, dor lombar a direita e febre de 39°C. Afirma ter recebido antibióticos por via endovenosa durante a internação. Retorna ao hospital, 7 dias após a alta, referindo febre há 48 horas, fraqueza intensa e dor lombar. Exame físico: REG, descorada +, desidrata 2+, pulso 110 bpm, PA 90 x 55 mmHg; murmúrio vesicular diminuído base direita. Abdomen: AU = 24cm, DU ausente, BCF = 168 BPM, doloroso flanco direito, sem sinais de irritação peritoneal. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Pneumonia hospitalar.
- B. Pielonefrite complicada. ✓**
- C. Apendicite aguda complicada.
- D. Meningite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante que retorna com febre, dor lombar direita e sinais de sepse SETE dias após alta de internação por pielonefrite tratada com antibiótico venoso: a persistência ou recidiva precoce indica pielonefrite complicada, com abscesso renal ou perinéfrico, obstrução ou germe resistente — a investigação pede imagem renal e reavaliação do esquema antimicrobiano. Pneumonia hospitalar (A) não explica a dor em flanco, e o murmúrio reduzido em base direita é achado comum de derrame reacional. Apendicite (C) daria dor em fossa ilíaca com irritação peritoneal, ausente. Meningite (D) exigiria sinais meníngeos. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Paciente com atraso menstrual de 7 semanas, assintomática, realiza ultrassom obstétrico inicial, visibilizado saco gestacional tópico e regular, embrião vivo compatível com a idade gestacional, vesícula vitelínica presente, ausência de áreas de descolamento ovular. Em região anexial, visibilizada formação cística anecoica de aproximadamente 6cm de diâmetro, com reforço acústico posterior, sem septos ou áreas sólidas, vascularização periférica exuberante ao estudo Doppler. Frente a esses achados, qual é a conduta recomendada?

- A. Expectante, reavaliar imagem anexial em ultrassom seriado. ✓**
- B. Laparotomia exploradora ainda no 1o trimestre da gestação.
- C. Videolaparoscopia eletiva após a 12a semana de gestação.
- D. Solicitar ressonância nuclear magnética e marcadores tumorais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Formação anexial ANECOICA, unilocular, de 6 cm, com reforço acústico posterior, sem septos, sem componente sólido e com vascularização apenas periférica: são todos critérios de benignidade e o quadro típico do cisto de corpo lúteo do primeiro trimestre, essencial para a manutenção da gestação até a transição luteoplacentária. A conduta é expectante com ultrassom seriado, pois a maioria regride até o segundo trimestre. Cirurgia no primeiro trimestre (B e C) traz risco de abortamento e de remoção do corpo lúteo. Ressonância e marcadores (D) não se justificam, e o CA-125 eleva-se fisiologicamente na gravidez. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Secundigesta, 38 anos de idade, com idade gestacional de 10 semanas, apresenta glicemia de jejum de 94 mg/dL, colhida há 2 dias. A gestação anterior, há 5 anos, transcorreu sem complicações e com parto normal a termo de recém-nascido com peso adequado (3300g). Qual deve ser a orientação, baseado no resultado laboratorial apresentado?

- A. Solicitar nova glicemia de jejum e Hb glicada após as 12 semanas.
- B. Solicitar curva glicêmica com 24 semanas.
- C. Não é necessário solicitar exames adicionais. ✓**
- D. Solicitar curva glicêmica com 28 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo critério do Ministério da Saúde e da IADPSG, glicemia de jejum entre 92 e 125 mg/dL em QUALQUER momento da gestação já fecha o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional. O valor de 94 mg/dL na 10ª semana, portanto, é diagnóstico, e não exige nenhum exame adicional para confirmação — a paciente segue direto para orientação nutricional, automonitorização e seguimento de gestação de alto risco. Repetir a glicemia ou pedir hemoglobina glicada (A) e solicitar TOTG com 24 ou 28 semanas (B e D) são condutas para quem tem glicemia de jejum NORMAL, abaixo de 92. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Gestante de 10 semanas procura o pronto socorro queixando-se de dor abdominal há 2 dias, periumbilical com irradiação para região lombar e fossa ilíaca direita, associada à inapetência. Há 4 horas, iniciou quadro de febre (38°C), vômitos e parada de eliminação de gases e fezes. Nega alteração do hábito urinário, disúria ou polaciúria. Ao ultrassom, gestação tópica, feto vivo, sem sinais de descolamento ovular, presença de discreta quantidade de líquido livre em região anexial direita. Hemograma com 18.800 leucócitos, desvio até metamielócitos. O Hospital não dispõe de ressonância nuclear magnética e não é possível transferência hospitalar neste momento. Qual é a conduta recomendada?

- A. Tomografia computadorizada de abdome para elucidar diagnóstico.
- B. Antibioticoterapia intravenosa e reavaliação clínica após 24 horas.
- C. Analgesia plena, antiemético, enterocisma e reavaliação após evacuação.
- D. Cirurgia de urgência, preferencialmente por via laparoscópica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 10 semanas com dor que migrou da região periumbilical para a fossa ilíaca direita, anorexia, febre, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, leucocitose com desvio até metamielócitos e líquido livre: apendicite aguda complicada. Com quadro clínico e laboratorial já definidos, a conduta é cirúrgica de URGÊNCIA, preferencialmente por videolaparoscopia, segura no primeiro e segundo trimestres. Tomografia (A) expõe o feto sem mudar a conduta. Antibiótico com reavaliação em 24 h (B) e analgesia com enterocisma (C) postergam a cirurgia e aumentam o risco de perfuração e perda fetal. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Menino, 1 ano e 10 meses, comparece à consulta de puericultura e a mãe refere que ele não fala nenhuma palavra, mas entende ordens e aponta o que quer. Na consulta, permaneceu muito atento ao celular, interagindo pouco com o entorno e com as pessoas. Quando solicitado, removeu seus sapatos com ajuda, empilhou 3 potes, apontou algumas figuras de animais e objetos e chutou bola. Não emitiu palavras durante a consulta. No prontuário da criança constava crescimento e desenvolvimento adequados até 1 ano e 2 meses de idade, quando o atendimento foi interrompido devido à pandemia. Criança nascida a termo, sem referências de intercorrências no pré-natal e no parto. Testes de triagem neonatal normais. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Complementar as informações sobre antecedentes patológicos pessoais e familiares e iniciar terapia fonoaudiológica.
- B. Encaminhar para serviço de neurologia para realização de avaliação global do desenvolvimento.
- C. Encaminhar para serviço de psiquiatria para realização do checklist para autismo em crianças pequenas.
- D. Complementar as informações sobre ambiente psicossocial e rotina da criança e solicitar avaliação audiológica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de quase 2 anos que NÃO fala, mas compreende ordens, aponta o que quer, empilha objetos e retira sapatos: a linguagem receptiva e o gesto comunicativo estão preservados, o que torna o transtorno do espectro autista menos provável e aponta atraso isolado de linguagem expressiva. Antes de qualquer encaminhamento especializado, é obrigatório investigar o ambiente psicossocial (interrupção do acompanhamento na pandemia, tempo excessivo de tela, pouca interação) e afastar deficiência AUDITIVA — causa tratável e frequente de atraso de fala, que a triagem neonatal normal não exclui. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Primigesta de 27 semanas é internada com o diagnóstico de rotura das membranas. Na internação recebeu ciclo de corticoide (betametasona) e foi pesquisada a presença de Estreptococo beta hemolítico. Exames laboratoriais: Hb 11,3; Ht 34%; leucograma 8700 sem desvio; PCR 4,3. Ultrassonografia: feto único em apresentação pélvica, placenta corporal anterior grau 0, ILA 5,6 cm (normal de 8 a 18 cm), peso estimado 950g (entre o percentil 10 e 50). No 3º dia de internação, paciente evolui com contrações uterinas ritmadas (3 em 10 minutos) e dolorosas. Qual é a melhor conduta?

- A. Prescrever dose de ataque de ampicilina e de sulfato de magnésio e realizar parto cesariana. ✓**
- B. Prescrever ampicilina e sulfato de magnésio até o parto, preferencialmente por via vaginal.
- C. Prescrever ampicilina e sulfato de magnésio até cessarem as contrações e concomitantemente inibir o parto com nifedipina.
- D. Prescrever ampicilina e sulfato de magnésio até cessarem as contrações e concomitantemente inibir o parto com terbutalina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas com 27 semanas que evolui, no terceiro dia, para trabalho de parto ESTABELECIDO (3 contrações em 10 minutos): a tocólise está contraindicada em RPM com trabalho de parto instalado e o ciclo de corticoide já foi completado. Faz-se ampicilina (profilaxia do estreptococo do grupo B, com pesquisa ainda pendente) e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, e a apresentação PÉLVICA em feto de 950 g indica a via alta. As alternativas C e D insistem na inibição do parto, contraindicada, e a B propõe via vaginal em pélvico extremo. Resposta A.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Paciente na 1ª consulta de pré-natal, traz resultado de citologia cervicovaginal com atípias em células escamosas - não se podendo excluir lesão de alto grau. Realiza colposcopia na 14ª semana de gestação, evidenciando epitélio acetobranco espesso em topografia de JEC, adentrando canal endocervical, associado a vasos atípicos e ulceração sangrante ao toque da pinça Cherron. Qual é a conduta recomendada?

A. Biópsia dirigida em região de maior suspeita colposcópica. ✓

B. Coleta de nova citologia com ênfase no tecido endocervical.

C. Seguimento apenas sem necessidade de biópsia.

D. Indicar conização cervical por cirurgia de alta frequência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colposcopia com epitélio acetobranco espesso, vasos ATÍPICOS e ulceração sangrante ao toque configura achado maior com suspeita de invasão. Na gestação, a biópsia dirigida à área de maior suspeita é segura, tem baixo risco de sangramento e é indispensável para afastar carcinoma invasor, que mudaria toda a condução obstétrica. Repetir a citologia (B) não resolve, pois a citologia já indicou não se poder excluir alto grau. Apenas seguir (C) é inaceitável diante de vasos atípicos. Conização na gestação (D) tem morbidade elevada e reserva-se à suspeita de microinvasão que altere a conduta. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Menino, 3 anos e 2 meses de idade, apresenta índices antropométricos: estatura para idade = +2,2 escores Z e índice de massa corporal para idade = -2,2 escores Z. Segundo a OMS, qual é o diagnóstico da sua condição nutricional?

A. Magreza com alta estatura.

B. Magreza com estatura adequada. ✓

C. Eutrofia com estatura adequada.

D. Eutrofia com baixa estatura.

COMENTÁRIO OSCELABS

São dois índices independentes. O IMC para idade de -2,2 escores Z está abaixo de -2, o que classifica MAGREZA. A estatura para idade de +2,2 escores Z está acima de -2 e, pelas curvas da OMS adotadas pelo Ministério da Saúde, toda criança acima desse ponto de corte é classificada como estatura ADEQUADA para a idade — não existe categoria diagnóstica de alta estatura nessa classificação, o que elimina a alternativa A. As opções com eutrofia (C e D) ignoram o IMC abaixo de -2, e a baixa estatura exigiria escore inferior a -2. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Menina, 13 anos de idade, previamente hígida, relata que há 2 semanas percebeu múltiplas manchas no tronco e membros. Nega uso de medicamentos e casos de hemorragia em seus familiares. Exame físico: petéquias e equimoses difusas, sem outras alterações. Hemograma: eritrócitos = 4.300.000/mm³; hemoglobina = 13,5 g/dL; hematócrito = 42 %; VCM = 90 fl; HCM = 31 pg; CHCM = 33 g/dL; RDW = 13%; leucócitos = 7000/mm³; bastões = 4%; segmentados = 60%; linfócitos = 28%; monócitos = 5%; plaquetas = 4000/mm³. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a plaquetopenia ocorre por:

A. hipoplasia megacariocítica

B. destruição no sistema reticuloendotelial ✓

C. infiltração medular por doença linfoproliferativa.

D. efeito citotóxico viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Plaquetopenia GRAVE e isolada, em adolescente previamente hígida, com as demais séries absolutamente normais e sem visceromegalias: é púrpura trombocitopênica imune. O mecanismo é a produção de autoanticorpos (geralmente anti-GPIIb/IIIa) que opsonizam as plaquetas, as quais são então destruídas por macrófagos do sistema reticuloendotelial, sobretudo no baço — a megacariocitopoese medular está normal ou aumentada. Hipoplasia megacariocítica (A) e infiltração medular (C) cursariam com alteração das outras séries. O efeito citotóxico viral direto (D) não é o mecanismo predominante da PTI. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Menino, 4 anos de idade, apresenta há 4 meses febre e infecções recorrentes. Há 10 dias acorda com dor nas pernas e há 7 dias tem febre diária e adinamia. Exame físico: palidez cutânea e mucosa, esplenomegalia e adenomegalia generalizada. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual é o eritrograma esperado?

- A. Anemia microcítica, hiperocrômica com reticulócitos normais.
- B. Anemia macrocítica, normocrômica com reticulócitos normais.
- C. Anemia normocítica, normocrômica com reticulócitos diminuídos. ✓**
- D. Anemia microcítica, hipocrômica com reticulócitos diminuídos

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre prolongada, infecções recorrentes, dor em membros inferiores, palidez, hepatoesplenomegalia e adenomegalia generalizada em pré-escolar: leucemia linfoblástica aguda. A infiltração blástica da medula causa falência da hematopoese normal, produzindo anemia NORMOCÍTICA e NORMOCRÔMICA com reticulócitos DIMINUÍDOS — o padrão hipoproliferativo por substituição medular. Anemia microcítica e hipocrômica (D) sugere ferropenia ou talassemia; macrocitose (B) aponta carência de B12/folato ou aplasia; anemia hiperocrômica (A) não é padrão de doença medular infiltrativa. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Menino, 4 anos de idade, portador de doença renal crônica estágio 3b por displasia renal, apresenta falha de crescimento persistente, definida como estatura abaixo do 3º percentil para a idade e sexo, e velocidade de crescimento abaixo do 25º percentil nos últimos 6 meses. Trouxe exames na consulta de rotina: creatinina = 1,4 mg/dL, ureia = 68 mg/dL, sódio = 138 mmol/L, HCO₃ = 24 mmol/L, hemoglobina = 12 g/dL, vitamina D = 35 ng/mL, PTH = 110 pg/mL. Qual é a conduta adequada?

- A. Iniciar terapia de substituição renal.
- B. Otimizar o aporte proteico e calórico. ✓**
- C. Iniciar terapia com hormônio de crescimento.
- D. Otimizar a reposição de bicarbonato e vitamina D.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com DRC estágio 3b e déficit de crescimento, mas com os principais fatores corrigíveis JÁ compensados: sem anemia (Hb 12), sem acidose (HCO₃ 24), vitamina D adequada e PTH controlado. Nessa sequência terapêutica, o passo seguinte é otimizar o aporte calórico e proteico, pois a desnutrição por baixa ingesta e anorexia urêmica é a causa mais frequente de falha de crescimento na DRC pediátrica. Hormônio de crescimento (C) só entra após pelo menos 3 meses de suporte nutricional otimizado sem resposta. Diálise (A) não está indicada no estágio 3b, e bicarbonato e vitamina D (D) já estão adequados. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Lactente, 18 meses de idade, portador de mielomeningocele, apresentou anafilaxia intraoperatória durante a sua terceira intervenção cirúrgica. Qual é a causa mais provável?

- A. Alergia ao relaxante muscular
- B. Alergia ao látex. ✓**
- C. Reação ao anestésico geral.
- D. Hipersensibilidade a dipirona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anafilaxia intraoperatória em criança com mielomeningocele submetida a MÚLTIPLAS cirurgias: a causa mais provável é alergia ao látex. A exposição repetida a luvas, sondas e cateteres desde o período neonatal sensibiliza esses pacientes, que constituem, junto aos portadores de malformações urológicas e aos profissionais de saúde, o grupo de maior risco — daí a recomendação de ambiente látex-free desde a primeira cirurgia. Relaxantes musculares (A) são a principal causa de anafilaxia anestésica na população geral, mas o antecedente aqui é altamente específico. Dipirona e anestésico geral (C e D) são causas menos frequentes. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Menino, 9 meses de idade, previamente hígido, passou a tarde com uma cuidadora e, ao chegar em casa, apresentava-se sonolento e não aceitou o jantar. Cerca de uma hora depois, foi trazido pela mãe ao PS com episódio de convulsão. Segundo a mãe, o paciente não apresentava febre, alterações de estado geral ou recusa alimentar anteriormente ao quadro. Após cessação do episódio convulsivo, observa-se criança não responsiva, com escoriações na face e no dorso. Assinale a alternativa que indica os exames necessários para elucidação diagnóstica.

- A. Exame do líquido cefalorraquidiano, hemograma, gasometria arterial.
- B. Ultrassonografia de abdome, eletrólitos, dosagem de lactato.
- C. Urina tipo I, hemograma, eletrólitos, ultrassonografia de abdome.
- D. Tomografia de crânio, fundoscopia, radiografias de corpo inteiro. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente previamente hígido que fica sob cuidados de terceiros e retorna sonolento, com crise convulsiva AFEBRIL, não responsivo e com escoriações na face e no dorso: a hipótese principal é traumatismo craniano abusivo. A investigação obrigatória é tomografia de crânio (hematoma subdural, hemorragias de diferentes idades), fundoscopia (hemorragias retinianas, presentes na maioria dos casos) e inventário radiológico de esqueleto (fraturas em variados estágios de consolidação). Punção lombar e exames metabólicos (A, B e C) investigam infecção e distúrbios hidroeletrólíticos, que não explicam as lesões cutâneas. Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Os indicadores de aleitamento materno no Brasil apresentaram melhora significativa nos últimos 40 anos. Tal fato se dá devido a políticas públicas integradas em nível hospitalar, atenção básica e social. A Lei 12.265/2006 (NBCAL) representou um marco importante na proteção da amamentação. Esta lei versa sobre:

- A. a regulação das práticas abusivas de propaganda e marketing das indústrias de alimentos, mamadeiras e bicos visando proteger a amamentação. ✓**
- B. o direito da licença maternidade de 12 meses para mulheres que possuem emprego formal em empresas cidadãs.
- C. a ampliação do repasse de verbas para os hospitais que adotem a iniciativa Hospital Amigo da Criança e os 10 passos de promoção e proteção da amamentação.

D. o direito da mulher amamentar em espaços públicos abertos ou fechados, sem risco de constrangimento, advertência ou punição.

COMENTÁRIO OSCELABS

A NBCAL é a norma brasileira que regula a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras: proíbe a promoção comercial no ponto de venda, a distribuição de amostras, as imagens que idealizem o uso e a publicidade dirigida a mães e profissionais de saúde. Seu objetivo é proteger o aleitamento materno da pressão da indústria. Licença-maternidade ampliada (B) é matéria da Empresa Cidadã; incentivo financeiro à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (C) e o direito de amamentar em espaços públicos (D) são objeto de outras normas. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Recém-nascido pré-termo de 30 semanas interna em UTI neonatal para realizar fototerapia por icterícia e para ganhar peso. Não apresenta outras intercorrências perinatais. Qual dos exames de imagem abaixo é necessário ser realizado neste contexto e para pesquisar qual patologia?

A. Radiografia de tórax para pesquisa de taquipneia transitória do recém-nascido.

B. Ultrassonografia transfontanelar para pesquisa de hemorragia da matriz germinativa. ✓

C. Ultrassonografia de abdome total para avaliação hepática.

D. Radiografia de tórax e abdome para pesquisa de infecções congênitas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Todo recém-nascido pré-termo com menos de 32 semanas ou menos de 1500 g deve fazer ultrassonografia transfontanelar de rotina, mesmo assintomático, para rastrear hemorragia da matriz germinativa peri-intraventricular — estrutura ricamente vascularizada e frágil, que involui com a maturidade e cujo sangramento costuma ser silencioso, com implicações prognósticas e de seguimento. A triagem se faz na primeira semana, com repetição posterior. Radiografia de tórax (A e D) só se houver desconforto respiratório, e a taquipneia transitória é diagnóstico clínico. Ultrassom de abdome (C) não tem indicação de rotina na icterícia do pré-termo. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Menino, 5 anos de idade, recebeu alta hospitalar há 15 dias com diagnóstico de asma e foi encaminhado para acompanhamento. Apresenta crises recorrentes de sibilância desde os 4 anos, que ocorrem a cada 2 a 3 meses, desencadeadas por resfriado, mudança de tempo e contato com poeira, com boa resposta ao salbutamol. Atualmente tem apresentado tosse e chiado no peito ao correr, ao rir e ainda acorda à noite por tosse e falta de ar de 1 a 2 vezes por semana. Qual a conduta recomendada de acordo com o GINA 2022 para o tratamento de manutenção da asma?

A. Formoterol 6 mcg (aerossol) com espaçador e máscara.

B. Budesonida 200 mcg (cápsula inalatória).

C. Beclometasona 100 mcg (aerossol) com espaçador e máscara. ✓

D. Fluticasona 250 mcg (aerossol) com espaçador e máscara e anti-leucotrieno 4mg via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 5 anos com sintomas ao esforço e ao rir e despertares noturnos 1 a 2 vezes por semana: asma NÃO controlada, com indicação de tratamento de manutenção. No menor de 6 anos, o controlador de escolha é corticoide inalatório em dose baixa, e o único dispositivo adequado nessa faixa é o aerossol dosimetrado acoplado a espaçador com máscara. Formoterol (A) não é aprovado abaixo dos 6 anos e não é controlador isolado. Cápsula inalatória (B) exige fluxo inspiratório e coordenação incompatíveis com a idade. Corticoide em dose alta somado a antileucotrieno (D) é grau excessivo para o início do tratamento. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Menino, 3 meses de idade, vem apresentando irritabilidade constante e choro intenso à manipulação. Exame físico: regular estado geral, choroso, eupneico, descorado ++/4. Abdome com fígado palpável a 3 cm do rebordo costal (RC) direito e baço a 2 cm do RC esquerdo; sem outras alterações. Exame laboratorial: VDRL positivo 1/64. Conceitualmente, qual manifestação tardia da doença ele pode apresentar?

- A. Pseudoparalisia de Parrot.
- B. Deficiência auditiva. ✓**
- C. Pneumonia alba.
- D. Síndrome nefrótica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com hepatoesplenomegalia, irritabilidade, dor à manipulação, anemia e VDRL 1/64: sífilis congênita. A questão pede a manifestação TARDIA, que por definição surge após os 2 anos de idade — a surdez neurossensorial por lesão do VIII par integral, junto com ceratite intersticial e dentes de Hutchinson, a tríade de Hutchinson, além de nariz em sela, tibia em sabre e fronte olímpica. Pseudoparalisia de Parrot, pneumonia alba e síndrome nefrótica (A, C e D) são manifestações PRECOCES, do primeiro ano, como as já apresentadas pela criança. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Considerando a Lei 14.154, de 26 de maio de 2021, a respeito da ampliação da triagem neonatal biológica em todo o país, a incorporação de técnicas de biologia molecular será fundamental para a triagem de:

- A. galactosemia
- B. imunodeficiências primárias. ✓**
- C. deficiência de G6PD.
- D. mucopolissacaridose do tipo 1.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 14.154/2021 amplia o Teste do Pezinho de 6 para 50 doenças, escalonadas em cinco etapas. As imunodeficiências primárias, sobretudo a imunodeficiência combinada grave e a agamaglobulinemia, dependem obrigatoriamente de técnicas de biologia MOLECULAR, com quantificação de TRECs e KRECs por PCR em tempo real a partir do sangue seco em papel-filtro. Galactosemia e deficiência de G6PD (A e C) são rastreadas por ensaios enzimáticos e mucopolissacaridose tipo I (D) por dosagem enzimática, todas metodologias bioquímicas. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Menino, 1 ano e 8 meses de idade, foi diagnosticado há 1 dia com meningite por *Neisseria meningitidis*. Reside com os pais e 1 irmão de 4 anos com vacinação completa. Frequenta a creche cuja classe tem 8 crianças com situação vacinal desconhecida e 2 professoras. Há 3 dias passou 1 dia na casa da madrinha grávida de 20 semanas, pois estava com febre e não pôde ir à creche. A quimioprofilaxia com rifampicina, iniciada preferencialmente nas primeiras 48 horas, está indicada para:

- A. todos os contatos domiciliares, para os comunicantes da creche (alunos e professoras) e para a madrinha, por dois dias. ✓**
- B. todos os contatos domiciliares, para os alunos da creche e para madrinha, por quatro dias.
- C. os contatos domiciliares não vacinados, para os comunicantes da creche (alunos e professoras) e para a madrinha, por quatro dias.
- D. todos os contatos domiciliares e para os comunicantes da creche (alunos e professoras), por dois dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

A quimioprofilaxia da doença meningocócica alcança os contatos ÍNTIMOS nos 7 dias que antecederam o adoecimento, independentemente do estado vacinal: todos os moradores do domicílio, todos os contatos da creche (crianças e professoras, ambiente de contato prolongado e próximo) e a madrinha, que conviveu com o caso índice em período de transmissibilidade. A gestação não contraindica a rifampicina nessa indicação, existindo ceftriaxona como alternativa. O esquema é rifampicina de 12 em 12 horas por 2 DIAS, totalizando 4 doses — as alternativas com 4 dias erram a duração, e a C exclui indevidamente os vacinados. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Recém-nascido (RN) do sexo feminino, com idade gestacional de 39 semanas, peso de nascimento de 3200g, filho de mãe primigesta, não teve intercorrências na gestação e no parto. Exame físico com 18 horas de vida: icterício zona II, sem outras alterações. Tipagens sanguíneas: Mãe O Rh positivo e RN A Rh positivo. Assinale a alternativa correta sobre a avaliação laboratorial do RN.

- A. Podem ser encontrados esferócitos no esfregaço de sangue do RN. ✓**
- B. Níveis normais de hemoglobina e hematócrito descartam o diagnóstico.
- C. O teste do eluato positivo indica maior gravidade da hemólise.
- D. O teste de Coombs direto negativo descarta o diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe O e recém-nascido A, icterício já nas primeiras 24 horas: incompatibilidade ABO. No esfregaço, a remoção parcial da membrana eritrocitária pelos macrófagos esplênicos gera ESFERÓCITOS, achado característico dessa hemólise. O Coombs direto é frequentemente fraco ou negativo na incompatibilidade ABO, pela baixa densidade de antígenos na hemácia neonatal, e portanto NÃO afasta o diagnóstico (D é falsa). Hemoglobina e hematócrito normais também não excluem, pois a hemólise costuma ser leve e compensada (B é falsa). O eluato positivo confirma o anticorpo, mas não gradua a gravidade (C é falsa). Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Menino, 4 anos de idade, é acompanhado no ambulatório de nefrologia pediátrica desde os 2 anos de idade com diagnóstico de síndrome nefrótica corticorresistente. Foi admitido em unidade de emergência com quadro de descompensação clínica com anasarca e febre associada dor abdominal difusa de forte intensidade com início há 24 horas. Exame físico: anasarca, macicez móvel e descompressão brusca positiva difusamente no abdome. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o principal agente etiológico implicado?

- A. *Escherichia coli*.
- B. *Staphylococcus aureus*

C. Streptococcus pneumoniae ✓

D. Haemophilus influenzae tipo B.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica descompensada com anasarca, ascite (macicez móvel), febre e dor abdominal com descompressão brusca positiva: peritonite bacteriana espontânea. O agente clássico é o Streptococcus pneumoniae, favorecido pela perda urinária de imunoglobulinas e de fatores do complemento (properdina e fator B), que compromete a opsonização de germes encapsulados — daí também a importância da vacinação antipneumocócica nesses pacientes. E. coli (A) é o segundo agente mais frequente, mas não o principal. S. aureus (B) e H. influenzae tipo B (D) são incomuns nesse contexto. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Menino, 8 anos de idade, apresenta artrite em joelhos e tornozelos há 9 meses, com piora progressiva. Relata dor nestas articulações e na região lombar, especialmente depois de acordar pela manhã. Nega febre, emagrecimento ou adinamia. Exames laboratoriais: hemograma normal e aumento da proteína C reativa (25 mg/L) e da velocidade de hemossedimentação (55 mm na 1ª hora). Qual achado no exame físico é mais provável de ser encontrado neste caso?

A. Nódulos subcutâneos em superfícies extensoras das mãos.

B. Exantema maculopapular em tronco e membros superiores.

C. Dor à palpação das enteses em membros inferiores. ✓

D. Sopro sistólico rude no foco mitral e no foco aórtico

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino acima de 6 anos com oligoartrite de membros inferiores persistente somada a dor LOMBAR e inflamatória (pior ao acordar) e provas inflamatórias elevadas: artrite relacionada a entesite, a forma juvenil do espectro das espondiloartrites, associada ao HLA-B27. O achado esperado ao exame é a dor à palpação das enteses, sobretudo na inserção do tendão calcâneo, na fáscia plantar e no tubérculo tibial. Nódulos subcutâneos (A) e sopros (D) apontam febre reumática ou AIJ fator reumatoide positivo. Exantema evanescente (B) é da forma sistêmica, que cursa com febre alta em picos, negada aqui. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Menino, 9 meses de idade, apresenta febre (39°C) e diarreia há 1 dia. A mãe refere 6 evacuações nas últimas 24 horas, com sangue, muco e pus nas fezes e nega problemas anteriores de saúde. Exame físico: paciente está choroso, toma água oferecida pela mãe com avidez e apresenta choro sem lágrimas. Qual é a conduta mais adequada?

A. Hidratação parenteral e antibiótico parenteral.

B. Reidratação oral na unidade de saúde e probiótico.

C. Hidratação por via parenteral e antibiótico pela via oral.

D. Reidratação oral na unidade de saúde e antibiótico via oral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com disenteria (fezes com sangue, muco e pus) e febre alta, apresentando sede ávida e ausência de lágrimas — sinais de desidratação sem choque, ou seja, plano B. A conduta é reidratação oral com SRO na unidade de saúde, sob supervisão, associada a antibiótico por VIA ORAL, pois a disenteria febril em menor de 1 ano tem indicação de tratamento antimicrobiano (habitualmente por Shigella). A hidratação parenteral (A e C) reserva-se ao plano C, com choque ou falha da via oral. Probiótico (B) não substitui o antibiótico na disenteria invasiva. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Menino, 3 anos de idade, é internado por pneumonia com derrame pleural. Qual alternativa abaixo indica drenagem do derrame?

- A. Derrame visível no Rx de tórax.
- B. Glicose menor que 60 mg/dl no líquido pleural.
- C. Bactérias positivas ao Gram no líquido pleural. ✓**
- D. Aspecto seroso macroscopicamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A presença de bactérias ao Gram no líquido pleural caracteriza derrame parapneumônico COMPLICADO (empiema em formação) e é, por si só, indicação formal de drenagem torácica — junto com pus franco, cultura positiva, pH abaixo de 7,2 e loculações. Derrame apenas visível na radiografia (A) pode ser pequeno e não complicado, sem indicação de dreno. Glicose abaixo de 60 (B) é sugestiva, mas o ponto de corte consagrado para drenagem é 40 mg/dL. Aspecto seroso macroscópico (D) fala justamente a favor de derrame não complicado, tratável apenas com antibiótico. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Adolescente, portadora de doença falciforme Hb SC, está internada há 5 dias, com dor intensa na perna esquerda, com dificuldade para deambular, com pouca resposta a opióide e febril desde o segundo dia de internação, sem foco evidente ao exame físico. Ultrassonografia mostrou abaulamento periosteal em tíbia. Quais são os agentes etiológicos mais prováveis?

- A. Klebsiella sp. e salmonela
- B. Staphylococcus aureus e Streptococcus pneumoniae
- C. Streptococcus pneumoniae e salmonela.
- D. Staphylococcus aureus e salmonela. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor óssea intensa refratária a opioide, febre e abaulamento periosteal ao ultrassom em adolescente com doença falciforme: osteomielite. Nesses pacientes, o Staphylococcus aureus continua sendo o agente mais frequente — como na população geral —, mas a Salmonella tem prevalência desproporcionalmente alta, favorecida pelos microinfartos intestinais e pela asplenia funcional, que compromete a depuração de germes encapsulados. O esquema empírico deve cobrir ambos. As demais combinações omitem um dos dois agentes essenciais. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Mulher, 78 anos de idade, sofreu queda ao solo sem desnível. Apresenta-se consciente, hemodinamicamente estável e com vias aéreas pervias. É trazida ao Pronto-socorro sobre uma maca por incapacidade para deambular por dor. Após realização da radiografia de pelve, constatou-se uma fratura desviada e instável do colo do fêmur direito. Assinale a alternativa que descreve CORRETAMENTE a deformidade clínica do membro que essa paciente tipicamente apresenta e os músculos que contribuem para o desvio desta fratura.

- A. Encurtamento com rotação lateral. Músculos tensor da fáscia lata e quadríceps femural.
- B. Encurtamento com rotação medial. Músculos glúteo médio e iliopsoas
- C. Encurtamento com rotação lateral. Músculos glúteo médio e iliopsoas. ✓**
- D. Encurtamento com rotação medial. Músculos tensor da fáscia lata e quadríceps femural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na fratura desviada do colo do fêmur, o membro assume encurtamento com ROTAÇÃO LATERAL. O encurtamento decorre da tração ascendente exercida pelo glúteo médio e pelos demais abdutores sobre o trocanter maior, e a rotação externa resulta da ação do iliopsoas, que se insere no trocanter menor e é potente rotador lateral e flexor do quadril. Rotação medial (B e D) é a deformidade típica da luxação posterior do quadril, não da fratura do colo. Tensor da fáscia lata e quadríceps (A e D) não são os principais deformantes desse traço de fratura. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Homem, 53 anos de idade, apresenta quadro de hematúria. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Cálculo renal.

B. Câncer de Bexiga urinária. ✓

C. Hiperplasia da Próstata

D. Infecção do trato urinário

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematúria em homem acima de 50 anos, sem dor e sem outros sintomas, é câncer urotelial de bexiga até prova em contrário — a hematúria indolor é a manifestação inicial em cerca de 85% dos casos, e o tabagismo é o principal fator de risco. A investigação obrigatória é uretrocistoscopia com imagem do trato urinário superior. Cálculo renal (A) cursa com cólica típica. Hiperplasia prostática (C) pode sangrar, mas predomina com sintomas obstrutivos em faixa etária mais avançada. Infecção urinária (D) traria disúria, polaciúria e febre, ausentes aqui. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Menino, 14 anos de idade, apresenta dor leve no joelho direito, mais frequente à noite. Refere um trauma leve no local há 03 meses. Nega febre, mas observa calor local. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, deambula sem alteração de marcha. O joelho encontra-se edemaciado sem rubor, sem dor a palpação de proeminências ósseas. Arco de movimento 0 a 110° de flexão. Testes de Appley e McMurray negativos. Exames complementares apresentam-se alterados: níveis séricos elevados de Fosfatase Alcalina e na radiografia do joelho, esclerose difusa na metáfise distal do fêmur. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Osteomielite.

B. Osteossarcoma. ✓

C. Lesão do menisco.

D. Doença de Osgood-Schlatter.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente na fase de estirão com dor no joelho de predomínio NOTURNO, calor local, edema sem rubor, fosfatase alcalina elevada e esclerose na metáfise distal do fêmur: osteossarcoma, o tumor ósseo maligno primário mais frequente na infância, com predileção pela metáfise dos ossos longos ao redor do joelho. O trauma leve é apenas o achado que chamou atenção para a lesão. Osteomielite (A) cursaria com febre e sinais flogísticos exuberantes. Lesão meniscal (C) é afastada pelos testes de Appley e McMurray negativos. Osgood-Schlatter (D) dói na tuberosidade tibial, com dor à palpação da proeminência óssea. Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Homem, 64 anos de idade, chega ao pronto socorro com quadro de perda ponderal de 10 kg há 3 meses, empachamento pós-prandial e vômitos há 2 semanas. Refere que os episódios de vômitos apresentam o alimento ingerido e acontecem 2 horas após as refeições. Não há presença de bile. Refere melhora após os vômitos. Tem antecedentes de tabagismo, etilismo e laparotomia exploradora prévia há 12 anos por ferimento de arma de fogo. Ao exame físico o paciente apresenta-se emagrecido, sem dor a palpação, com abdome levemente distendido em andar superior esquerdo. Qual é a hipótese diagnóstica sindrômica mais compatível com o quadro clínico descrito e sua principal causa etiológica?

- A. Síndrome de mau esvaziamento gástrico e neoplasia do cárdia.
- B. Abdome agudo obstrutivo por neoplasia colorretal.
- C. Abdome agudo obstrutivo por aderências.
- D. Síndrome de mau esvaziamento gástrico e neoplasia de região antro pilórica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos com alimento ingerido HORAS após a refeição, sem bile, com alívio após o episódio, associados a empachamento e perda ponderal de 10 kg: síndrome de mau esvaziamento gástrico, ou seja, obstrução da via de saída do estômago. A ausência de bile localiza a obstrução acima da papila, e a etiologia mais provável em homem de 64 anos, tabagista e etilista com emagrecimento é a neoplasia da região antro pilórica. Neoplasia de cárdia (A) causaria disfagia, não estase gástrica. Obstrução colorretal ou por aderências (B e C) daria parada de eliminação de gases e fezes, distensão difusa e vômitos fecaloides. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Qual o teste de maior acurácia para o diagnóstico de TVP (trombose venosa profunda) com ultrassonografia?

- A. Imagem de trombo no interior da veia.
- B. Diminuição de compressibilidade da veia, avaliada com imagem em corte transversal. ✓**
- C. Ausência de oscilação espectral com a respiração.
- D. Ausência de fluxo no modo color.

COMENTÁRIO OSCELABS

O critério ultrassonográfico de maior acurácia para trombose venosa profunda é a redução ou perda da COMPRESSIBILIDADE da veia, avaliada em corte transversal com a pressão do transdutor — a veia normal colaba completamente, a veia trombosada não. É o fundamento do ultrassom de compressão, com sensibilidade e especificidade acima de 95% no segmento femoropoplíteo. A visualização direta do trombo (A) depende da idade do coágulo, e o trombo agudo é frequentemente anecoico. A perda da fasicidade respiratória (C) e a ausência de fluxo ao Doppler colorido (D) são sinais indiretos, operador-dependentes e menos acurados. Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Homem, 60 anos de idade, assintomático, ao realizar ultrassom abdominal de rotina apresentou dilatação da aorta abdominal abaixo das artérias renais de 4,5 cm. Seguindo a recomendação da Diretriz Brasileira para o tratamento do aneurisma de aorta abdominal. Qual é a melhor abordagem para o caso?

- A. Angiotomografia de aorta abdominal.
- B. Ultrassonografia com Doppler a cada 6 meses. ✓**
- C. Correção cirúrgica endovascular.
- D. Correção cirúrgica aberta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 4,5 cm em paciente ASSINTOMÁTICO: está abaixo do limiar de correção, que é de 5,5 cm no homem (5,0 cm na mulher), crescimento acima de 1 cm/ano ou surgimento de sintomas. Para diâmetros entre 4,0 e 5,4 cm, a recomendação é vigilância por ultrassonografia com Doppler a cada 6 meses, associada ao controle rigoroso de pressão, cessação do tabagismo e estatina. Angiotomografia (A) é o exame do planejamento cirúrgico, não do seguimento. Correção endovascular ou aberta (C e D) neste diâmetro expõe o paciente a risco operatório sem ganho de sobrevida. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Mulher, 54 anos de idade, refere dor e abaulamento em região inguinal direita aos esforços há cerca de 2 meses. Exame físico: pequeno abaulamento redutível na altura da prega inguinal. Ultrassonografia: hérnia unilateral redutível com anel herniário estimado de 2 cm. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Herniorrafia inguinal por inguinotomia.
- B. Herniorrafia inguinal independente da via.
- C. Conduta expectante.
- D. Herniorrafia inguinal por videolaparoscopia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hérnia inguinal sintomática em MULHER: a recomendação das diretrizes internacionais é a abordagem por videolaparoscopia (TAPP ou TEP). A razão é anatômica e prática — a prevalência de hérnia femoral concomitante ou oculta é bem maior no sexo feminino, e a via posterior permite inspecionar e cobrir simultaneamente todos os orifícios miopectíneos, reduzindo recidiva e reoperação por hérnia femoral não diagnosticada. A inguinotomia (A) não permite essa inspeção. A opção B ignora a especificidade do sexo. Conduta expectante (C) só se cogita em homem oligossintomático, e a paciente tem dor. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Para qual dos seguintes pacientes a biópsia do linfonodo sentinela seria recomendada?

- A. Melanoma com espessura de Breslow de 2,3 mm, não ulcerado, da parede torácica, com linfonodo axilar esquerdo clinicamente palpável, firme/fixo de 2 cm.
- B. Melanoma com espessura de Breslow de 0,6 mm, não ulcerado, da parede torácica, sem linfonodos clinicamente palpáveis.
- C. Melanoma com espessura de Breslow de 2,3 mm, da parede torácica, não ulcerado, sem linfonodos clinicamente palpáveis. ✓**
- D. Melanoma com espessura de Breslow de 0,4 mm, não ulcerado, da parede torácica, sem linfonodos clinicamente palpáveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

A biópsia do linfonodo sentinela está indicada em melanoma com Breslow igual ou superior a 0,8 mm (ou menor, se ulcerado ou com alto índice mitótico) e SEM linfonodos clinicamente comprometidos — é exatamente o caso da lesão de 2,3 mm sem linfonodo palpável. Com linfonodo palpável firme e fixo (A), a doença já é clinicamente evidente: faz-se punção ou biópsia diagnóstica e linfadenectomia terapêutica, e o sentinela perde sentido. Nos melanomas finos de 0,4 e 0,6 mm não ulcerados (B e D), o risco de metástase oculta é muito baixo e o procedimento não se justifica. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Lactente, sexo masculino, seis meses de idade, apresenta episódio súbito de enterorragia com moderada repercussão hemodinâmica. Qual é o exame mais adequado para o esclarecimento diagnóstico?

- A. Ultrassonografia de abdome.
- B. Tomografia computadorizada de abdome.

C. Mapeamento com Tc99. ✓

- D. Endoscopia digestiva alta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enterorragia SÚBITA, volumosa e indolor, com repercussão hemodinâmica, em lactente previamente hígido: divertículo de Meckel com mucosa gástrica ectópica, cuja secreção ácida ulcera a mucosa ileal adjacente. O exame de escolha é a cintilografia com pertecnato de tecnécio-99m, captado pelas células mucossecretoras gástricas heterotópicas. A ultrassonografia (A) tem baixo rendimento para o divertículo. A tomografia (B) raramente o identifica no sangramento ativo. A endoscopia alta (D) investiga sangramento acima do ângulo de Treitz, que se manifestaria como melena ou hematêmese. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Homem, 44 anos de idade, chega ao pronto socorro imediatamente após ter sofrido uma lesão na ponta do polegar esquerdo enquanto trabalhava com uma serra de mesa. O exame físico mostra uma ferida de 1,5 x 1,5 cm envolvendo a ponta do polegar com osso visível na base da ferida. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Sutura primária.
- B. Enxerto de pele total.
- C. Fechamento por segunda intenção.

D. Retalho local. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda de substância na polpa do polegar com OSSO EXPOSTO na base da ferida: não há leito receptor vascularizado, e por isso o enxerto de pele total (B) não pega. O polegar responde por cerca de 40% da função da mão e exige cobertura estável, com boa sensibilidade e coxim de proteção — daí a indicação de retalho local (tipo Moberg, retalho em V-Y ou tenar), que traz tecido próprio com pele, subcutâneo e vascularização. A sutura primária (A) é impossível pela perda tecidual. O fechamento por segunda intenção (C) só se aplica a lesões pequenas sem exposição óssea. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Homem, 30 anos de idade, vítima de queimadura de segundo grau superficial em toda a face por líquido aquecido. Apresenta queimadura de espessura total de pele em ambas as pálpebras inferiores. Nesta situação deve-se:

- A. Aguardar a epitelização por segunda intenção.
- B. Realizar retalho músculo cutâneo de vizinhança.
- C. Realizar tarsorrafia bilateral e aguardar epitelização.

D. Realizar enxerto de pele total. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura de ESPESSURA TOTAL das pálpebras inferiores não epitelize e evolui inevitavelmente com retração cicatricial e ectrópio, expondo a córnea e ameaçando a visão. A conduta é excisão da escara e enxerto de pele TOTAL, que sofre menos contração secundária do que o enxerto de espessura parcial — princípio válido para as áreas nobres da face. Aguardar epiteliação (A) é o que produz o ectrópio. Retalho miocutâneo (B) tem morbidade desnecessária, ainda mais com a face queimada. Tarsorrafia (C) é medida temporária de proteção corneana, não tratamento definitivo da perda cutânea. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Lactente, 5 meses de vida, apresenta episódios repetidos de abaulamento endurecido, hiperemiado e doloroso em região perianal. Foi submetido a tratamento com antibioticoterapia oral em todas as ocasiões, porém houve recidiva da lesão no mesmo local após o término do tratamento. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. A. Retocolite ulcerativa.
- B. B. Anomalia anorretal.
- C. C. Fístula perianal. ✓**
- D. D. Alergia alimentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento perianal endurecido, hiperemiado e doloroso que RECIDIVA sempre no MESMO local após cursos repetidos de antibiótico: o abscesso perianal do lactente tem por substrato uma fístula perianal originada de cripta anal infectada, quase sempre em meninos no primeiro ano de vida. Sem tratar o trajeto fistuloso, a recidiva é a regra. Retocolite ulcerativa (A) é excepcional nessa idade e cursaria com diarreia sanguinolenta. Anomalia anorretal (B) seria detectada ao nascimento. Alergia alimentar (D) causa proctocolite com sangue nas fezes, não abscesso. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Mulher, 55 anos de idade, é atendida na sala de emergência com quadro de dispneia e cornagem. Após instalação de cateter de oxigênio a 5 litros por minuto a paciente apresenta melhora, porém permanece com o quadro de respiração ruidosa. Durante investigação verifica-se que a paciente esteve internada em UTI há um mês, necessitou de ventilação mecânica e foi submetida a intubação orotraqueal. Qual é a melhor conduta?

- A. Intubação orotraqueal.
- B. Broncoscopia. ✓**
- C. Traqueostomia.
- D. Cricotiroidostomia

COMENTÁRIO OSCELABS

Cornagem (estridor inspiratório) surgindo cerca de um mês após intubação orotraqueal prolongada em UTI: o quadro é de estenose traqueal pós-intubação, complicação típica desse intervalo. A broncoscopia é o exame que define o diagnóstico, localiza e mede a extensão e o grau da estenose e ainda permite tratamento imediato (dilatação, laser), orientando a decisão definitiva. Intubar às cegas (A) pode ser impossível ou agravar a lesão. Traqueostomia (C) sem conhecer o nível da estenose pode ser feita no segmento errado. Cricotireoidostomia (D) é medida de exceção na via aérea impossível, e a paciente melhorou com oxigênio. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

92. Criança, 10 anos de idade, dá entrada no PS vítima de atropelamento há 30 minutos. Exame físico: taquipneia e choque. Durante o atendimento inicial constata-se pneumotórax à direita, além de fratura de fêmur. Realiza-se então a drenagem pleural à direita e reposição volêmica, com estabilização dos parâmetros hemodinâmicos. Raio X de tórax: dreno pleural bem locado, pneumomediastino e expansão pulmonar parcial do pulmão direito. Assinale a alternativa correta.

- A. O choque é explicado pelo fato do pulmão não estar expandido.
- B. O pneumotórax deve ser redrenado no segundo espaço intercostal.
- C. Deve ser investigada uma possível rotura de brônquio. ✓**
- D. O pneumomediastino é decorrente de lesão de esôfago.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumomediastino associado a expansão pulmonar apenas PARCIAL apesar de dreno bem posicionado, em vítima de atropelamento: o achado obriga a investigar rotura de brônquio, lesão traqueobrônquica cuja tríade clássica é escape aéreo persistente, enfisema de mediastino e pulmão que não expande — pode ainda aparecer o sinal do pulmão caído. A confirmação é por broncoscopia. O choque (A) na criança traumatizada decorre de hemorragia, não de atelectasia. Redrenar (B) não resolve enquanto houver fístula brônquica. Lesão esofágica (D) é rara no trauma fechado e viria com derrame e mediastinite. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito B

Mulher, 85 anos de idade, pesando 45 kg, e com 1,65m de altura. Será submetida a desbridamento e troca de curativo à vácuo em membro inferior esquerdo. Tem antecedente de AVC isquêmico e síndrome coronariana aguda. É optado por realização de raquianestesia com punção entre L2-L3. Em relação ao anestésico local e técnica para raquianestesia. Qual é a conduta adequada?

- A. Utilizar 10 mg de bupivacaína 0,5% isobárica mantendo o paciente sentado por 5 min após a punção.
- B. Utilizar 10 mg de bupivacaína 0,5% isobárica colocando o paciente em decúbito dorsal logo após a punção. ✓**
- C. Utilizar 20 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica colocando o paciente em decúbito dorsal logo após a punção.
- D. Utilizar 20 mg de bupivacaína 0,5% hiperbárica colocando o paciente em decúbito lateral direito logo após a punção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa de 45 kg, com AVC e síndrome coronariana prévios, para procedimento em membro inferior: a prioridade é um bloqueio de dispersão previsível e o mínimo de repercussão hemodinâmica. A bupivacaína ISOBÁRICA em dose reduzida distribui-se pouco pela gravidade, produzindo bloqueio mais limitado e estável, e o decúbito dorsal logo após a punção é adequado justamente porque a posição não determina a dispersão da solução isobárica. As opções com 20 mg de solução hiperbárica (C e D) dobram a dose e, com o posicionamento gravitacional, arriscam bloqueio simpático alto, com hipotensão perigosa em cardiopata e portadora de doença cerebrovascular. Resposta B.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Lactente, sexo masculino, 9 meses de idade, apresenta dor e distensão abdominal súbitas seguidas de vômitos. Exame físico: desidratado ++, abdome distendido e RHA aumentados com timbre metálico. Toque retal: presença de muco sanguinolento no reto. Qual é o tratamento inicial?

- A. Enema opaco com pressão positiva.
- B. Ultrassonografia abdominal com enema salino.

C. Tratamento cirúrgico imediato.

D. Hidratação + antibioticoterapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com dor abdominal súbita, vômitos, distensão, ruídos hidroaéreos metálicos e muco sanguinolento ao toque retal: intussuscepção intestinal com obstrução instalada. Antes de qualquer tentativa de redução, o tratamento INICIAL é a estabilização — hidratação venosa para corrigir a desidratação de segundo grau, descompressão gástrica e antibioticoterapia, dado o risco de translocação e de isquemia da alça. Só com a criança estável se procede à redução hidrostática ou pneumática guiada por imagem, e a cirurgia imediata (C) fica reservada a peritonite, perfuração ou falha da redução. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Homem, 28 anos de idade, previamente hígido, foi submetido a drenagem pleural no 5º espaço intercostal por pneumotórax espontâneo. No momento imediato após a drenagem pleural já apresentava escape aéreo pelo dreno. No 8º dia de internação hospitalar ainda mantinha fístula aérea. Em relação aos dados apresentados na história clínica, Como isso se mostra no frasco de drenagem e qual é a melhor conduta?

A. Oscilação ampla da coluna de líquido do sêlo d'algua; colocar um dreno de tórax mais calibroso.

B. Borbulhamento do líquido no frasco do dreno; cirurgia. ✓

C. Borbulhamento do líquido no frasco de drenagem; realizar a pleurose com talco.

D. Oscilação intermitente da coluna de líquido; cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fístula aérea que persiste ao oitavo dia de drenagem, em pneumotórax espontâneo primário de jovem: no frasco, o ar que escapa do parênquima atravessa o selo d'água e produz BORBULHAMENTO contínuo — a simples oscilação da coluna líquida traduz apenas a transmissão da pressão pleural, sem fuga aérea. Escape aéreo mantido além de 5 a 7 dias é indicação cirúrgica: videotoracoscopia com ressecção das bolhas apicais e pleurodese, que trata a fístula e previne a recidiva. Trocar por dreno mais calibroso (A) não fecha a fístula, e a pleurodese isolada com talco (C) não resolve o vazamento parenquimatoso. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Mulher, 76 anos de idade, apresenta na radiografia de tórax um alargamento do mediastino antero superior com desvio da traqueia para lado direito. Exame físico: BEG e eupneica. Ausculta pulmonar: observa-se MV + bilateralmente sem RA. Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, normofonéticas e sem sopros. Frequência cardíaca: 72 bpm. O abdome encontra-se globoso à inspeção, flácido, indolor e sem visceromegalias à palpação. Qual é a hipótese diagnóstica?

A. Teratoma.

B. Linfoma de mediastino.

C. Timoma.

D. Bócio intratorácico ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Alargamento do mediastino ântero-superior com DESVIO DA TRAQUEIA em mulher idosa oligossintomática: o quadro é típico do bócio mergulhante, extensão intratorácica de bócio cervical, responsável pela maioria das massas dessa topografia em pacientes desta faixa etária, e que caracteristicamente desloca e comprime a traqueia lateralmente. Timoma (C) associa-se a miastenia gravis e costuma ser mais central. Linfoma (B) cursa com sintomas B, adenomegalias e acomete pacientes mais jovens. Teratoma (A) é tumor germinativo de adultos jovens. Confirma-se com tomografia e avaliação funcional da tireoide. Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Homem, 23 anos de idade, dá entrada no PS após sofrer acidente motociclístico há 25 minutos. Exame físico: hematoma subgaleal frontoparietal esquerdo, agitação psicomotora, pupilas isocóricas e fotorreagentes, presença de clônus patelar inesgotável e hemiplegia esquerda. Escala de Coma de Glasgow: melhor resposta motora- 6; melhor resposta ocular-4 e melhor resposta verbal-3. Tomografia axial de crânio: lesão hiperdensa com 20 mm de diâmetro, na topografia do ramo posterior direito da cápsula interna. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Lesão axonal difusa. ✓**
- B. Hemorragia subaracnóidea traumática.
- C. Contusão cerebral à contragolpe.
- D. Hemorragia perimesencefálica não-aneurismática

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma por desaceleração com déficit neurológico grave (hemiplegia, clônus inesgotável, agitação) DESPROPORCIONAL ao achado tomográfico, com lesão hemorrágica pequena e profunda na cápsula interna: é o padrão da lesão axonal difusa. As forças de cisalhamento rompem axônios na interface entre substância branca e cinzenta, no corpo caloso, na cápsula interna e no tronco, produzindo apenas focos hemorrágicos puntiformes na tomografia inicial. Contusão por contragolpe (C) localiza-se na superfície de polos frontais e temporais. Hemorragia subaracnóidea traumática (B) distribui-se por sulcos e cisternas. A hemorragia perimesencefálica (D) é entidade espontânea, não traumática. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Homem, 40 anos de idade, encontra-se internado na enfermaria em 4º pós-operatório de pneumonectomia direita por sequela de tuberculose. Durante o seguimento do pós- operatório, a radiografia do 1º PO mostrava cavidade pleural à direita e a radiografia de tórax atual revela cavidade pleural direita com nível hidroaéreo. O paciente encontra-se eupneico e com boa evolução clínica. Qual é a melhor conduta?

- A. Manter seguimento clínico. ✓**
- B. Drenagem pleural em selo d'alguia.
- C. Toracocentese diagnóstica.
- D. Drenagem pleural balanceada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Após pneumonectomia, a cavidade pleural vazia preenche-se progressivamente de líquido ao longo de semanas, e o nível hidroaéreo que sobe de forma gradual é a evolução ESPERADA em paciente eupneico e com boa evolução clínica. A conduta é apenas manter o seguimento clínico e radiológico. Drenar essa cavidade (B e D) é potencialmente fatal: a saída rápida do líquido desloca o mediastino para o lado operado e provoca colapso hemodinâmico. A toracocentese diagnóstica (C) só se justifica com suspeita de empiema ou fístula broncopleural — febre, queda do nível hidroaéreo, escarro abundante —, ausentes aqui. Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Menino, 2 anos de idade, vem encaminhado por diagnóstico de distopia testicular. Exame físico: pênis de 4 cm, uretra tópica e com boa exposição de glândula. Testículos não palpáveis bilateralmente. Antecedentes familiares: irmão mais velho faleceu após quadro de vômitos na primeira semana de vida. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Correção cirúrgica imediata.**

- B. Correção cirúrgica a partir dos 5 anos.
- C. Ultrassonografia pélvica. ✓**
- D. Tratamento hormonal com gonadotrofina coriônica

COMENTÁRIO OSCELABS

Testículos NÃO palpáveis BILATERALMENTE somados ao antecedente de irmão falecido com vômitos na primeira semana de vida — quadro compatível com crise perdedora de sal — obrigam a afastar hiperplasia adrenal congênita virilizante em indivíduo geneticamente feminino, e não criptorquidia simples. O primeiro passo é a ultrassonografia pélvica em busca de útero e gônadas, complementada por cariótipo e dosagem de 17-hidroxiprogesterona. Operar (A e B) antes de definir o sexo genético e a etiologia é inaceitável. Gonadotrofina coriônica (D) não tem indicação no distúrbio de diferenciação sexual. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Recém-nascido do sexo feminino, com desenvolvimento neuropsicomotor normal, apresenta-se mais “irritada” e letárgica há 15 dias, segundo a mãe. Refere que as “veias do rosto e da cabeça” se tornaram aparentes e que a criança está sempre “olhando para baixo”. Com este quadro clínico, qual é o melhor exame inicial a ser solicitado?

- A. Ultrassonografia transfontanelar. ✓**
- B. Tomografia axial de crânio sem contraste.
- C. Ressonância magnética de crânio.
- D. Punção lombar com manometria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascida com irritabilidade, letargia, ingurgitamento das veias do couro cabeludo e desvio do olhar para baixo — o sinal do sol poente: é hidrocefalia com hipertensão intracraniana. Com a fontanela anterior ainda aberta, o exame inicial de escolha é a ultrassonografia transfontanelar, que avalia o tamanho ventricular e busca hemorragia ou malformação, à beira do leito, sem radiação e sem sedação. Tomografia (B) irradia e a ressonância (C) exige sedação, ficando ambas para a caracterização posterior. A punção lombar (D) é contraindicada na hipertensão intracraniana, pelo risco de herniação. Resposta A.