



UNIFESP — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Mulher, 27 anos de idade, 55 kg e 1,65 m, submetida a raquianestesia e anestesia geral para tratamento cirúrgico de endometriose. Durante avaliação pré-anestésica foi identificado alto risco para náusea e vômito no pós-operatório. Com objetivo de reduzir o risco de ocorrência de complicação no pós-operatório, qual é a conduta mais adequada?

- A. Anestesia balanceada com propofol, remifentanil e sevoflurano.
- B. Anestesia inalatória com sevoflurano e óxido nitroso.
- C. Anestesia combinada com propofol e isoflurano.
- D. Anestesia venosa total com propofol e remifentanil. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Alto risco de náusea e vômito pós-operatório (NVPO): mulher jovem, não tabagista, cirurgia ginecológica, opioide. A estratégia mais eficaz de redução de risco é evitar os gatilhos anestésicos — halogenados e óxido nitroso — optando por anestesia venosa total com propofol (que tem efeito antiemético próprio) e remifentanil. As opções A, B e C mantêm sevoflurano/isoflurano/N₂O, justamente os agentes emetogênicos. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

75 anos de idade, apresenta dor abdominal em cólica de forte intensidade e com 36 horas de evolução, de localização difusa, acompanhado de náuseas e vômitos. Nas últimas 24 horas, nega eliminação de gases e fezes. Exame físico: REG, descorada, FC 90 bpm, PA 150 x 95 mm Hg, temperatura 37,5 °C; abdômen globoso, distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, hipertimpanismo difuso e doloroso à palpação, mas sem sinais de irritação peritoneal. A sequência do Rx de abdome em três posições evidenciou estômago e alças intestinal difusamente dilatadas, níveis hidroaéreos e pneumocolangiograma presente. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Hérnia interna
- B. Trombose mesentérica
- C. Íleo biliar ✓**
- D. Neoplasia colorretal obstrutiva

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com obstrução intestinal (dor em cólica, parada de eliminação de gases e fezes, níveis hidroaéreos) e o achado que fecha o diagnóstico: pneumobília (pneumocolangiograma) no Rx. A tríade de Rigler — obstrução + aerobília + cálculo ectópico — define íleo biliar, por fístula colecistoentérica com impactação do cálculo no íleo terminal. Hérnia interna e neoplasia obstrutiva não cursam com ar nas vias biliares; trombose mesentérica da dor desproporcional e acidose, não pneumobília. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Homem, 24 anos de idade, é admitido no PS por acidente automobilístico. Exame físico: via aérea pérvia, pneumotórax esquerdo com fratura linear da 3ª, 4ª e 5ª costelas, estável hemodinamicamente, sinais de trauma raquimedular em L3-L4, múltiplas fraturas em membros superiores e inferiores. Exames de imagem: ausência de outras lesões no abdômen e na pelve. Com relação à drenagem da via urinária, qual é a conduta mais

- A. Sondagem vesical de demora. ✓**
- B. Cistostomia supra-púbica.
- C. Cateterismo intermitente.
- D. Nefrostomia bilateral guiada por radiointervenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado estável com trauma raquimedular e múltiplas fraturas de membros: há necessidade de monitorizar débito urinário e o paciente não tem condições de autocateterismo nem mobilidade. Sem lesão de uretra ou pelve documentada, a sondagem vesical de demora e a via correta. Cistostomia e nefrostomia são invasivas e reservadas a lesão uretral ou obstrução alta; cateterismo intermitente e conduta de reabilitação tardia da bexiga neurogênica, não da fase aguda. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Homem, 48 anos de idade, previamente assintomático, comparece ao PS com dor torácica de forte intensidade, em aperto, com início súbito e irradiação para dorso e região interescapular, há 2 horas. Exame físico: sudoreico, FC 100 bpm, PA 190 x 100 mm Hg nos quatro membros, pulsos rítmicos e presença de sopro diastólico suave, 4+/6+, no foco aórtico. Após análise do eletrocardiograma, qual é a conduta mais adequada?

- A. Cirurgia de emergência ✓**
- B. Angioplastia primária da artéria culpada
- C. Passagem de balão intra-aórtico
- D. Trombólise com alteplase

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica súbita, lancinante, com irradiação para dorso e região interescapular, hipertensão grave e sopro diastólico aórtico (insuficiência aórtica aguda) = dissecação aguda de aorta tipo A. Com acometimento da aorta ascendente, o tratamento é cirurgia de emergência. Trombólise (D) e catástrofe na dissecação; angioplastia primária (B) e balão intra-aórtico (C) tratam síndrome coronariana, e o balão é formalmente contraindicado aqui. Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Mulher, 47 anos de idade, antecedente de colelitíase, dá entrada no PS com queixa de dor epigástrica há 8 horas. Exame físico: estável hemodinamicamente, com abdômen distendido, doloroso difusamente no andar superior e DB negativa. Exames laboratoriais: leucograma 14.120 células/mm³ (80% de neutrófilos), PCR 32 mcg/dL e amilase 1.340 mcg/dL. Qual é a conduta nutricional mais adequada?

- A. Dieta oral após melhora da dor e da amilase.
- B. Dieta oral entre 24 a 48 horas. ✓**
- C. Dieta enteral por sonda pós-pilórica.
- D. Dieta parenteral por acesso venoso central.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite aguda biliar leve, hemodinamicamente estável. A conduta nutricional moderna abandonou o 'repouso pancreático': a dieta oral precoce, entre 24 e 48 horas, reduz infecção, tempo de internação e translocação bacteriana. Não se espera normalizar amilase nem cessar a dor (A) — a enzima não guia dieta. Sonda pós-pilórica (C) só se houver intolerância oral; nutrição parenteral (D) é última linha, por mais infecção de cateter. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Um recém-nascido de 48 horas de vida apresenta vômitos biliosos e grande distensão abdominal. Eliminou mecônio 16 horas após o nascimento. Rx abdominal: intensa distensão de alças. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Megacólon congênito.
- B. Atresia jejunal. ✓**
- C. Íleo meconial.
- D. Obstrução duodenal.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN com vômitos biliosos, grande distensão abdominal e intensa distensão de alças ao Rx: obstrução intestinal congênita. O padrão de múltiplas alças dilatadas, com mecônio já eliminado, aponta atresia jejunal. Obstrução duodenal (D) dá a 'dupla bolha', sem distensão difusa. Íleo meconial (C) cursa com atraso ou ausência de eliminação de mecônio e fibrose cística. Megacólon congênito (A) dá o retardo na eliminação de mecônio além de 48 horas e quadro mais insidioso. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Recém-nascido de 35 semanas de idade gestacional, apresenta desconforto respiratório logo após o nascimento. Ao exame, está cianótico +/4+, com murmúrio vesicular presente bilateralmente com roncosp disseminados; sopro sistólico rude no foco aórtico; abdome globoso, distendido, flácido, RHA + e normais, ausência de orifício anal; apresenta escoliose e deformidade em perna e pé à direita. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Ultrassonografia de abdome.
- B. Ecocardiograma com doppler.
- C. Tomografia computadorizada de tórax.
- D. Passagem de sonda nasogástrica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

RN prematuro com ausência de orifício anal, sopro cardíaco, anomalias vertebrais (escoliose) e de membros: associação VACTERL. Antes de qualquer imagem, a prioridade é descartar atresia de esôfago — o componente com maior risco imediato de aspiração. Passar a sonda nasogástrica e o teste inicial: se ela para no coto proximal, o diagnóstico está feito. Ecocardiograma, USG e TC vêm depois, na investigação complementar da associação. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Homem, 18 anos de idade, vítima de acidente por queda de moto, apresenta lesão na face posterior do antebraço direito. Exame físico: lesão de aproximadamente 25 x 7 cm, com sangramento e sujidade local, exposição da musculatura e gordura e sem exposição de vasos, nervos, tendões ou osso. Radiografia: ausência de fraturas. Submeteu-se a lavagem com desbridamento pela equipe da Cirurgia Geral. Após 10 dias, foi solicitada uma interconsulta para a equipe de Cirurgia Plástica. Qual é a conduta mais adequada para a cobertura?

- A. Enxerto de pele total.
- B. Enxerto de pele parcial. ✓**
- C. Retalho microcirúrgico.
- D. Fechamento por segunda intenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferida extensa (25x7 cm) em antebraço, já desbridada, com leito de músculo e gordura granulada e SEM exposição de estruturas nobres (osso, tendão, vaso, nervo). Leito bem vascularizado aceita enxerto — e o enxerto de pele parcial é a escolha, pois pega melhor em leito de granulação e permite cobrir grandes áreas. Enxerto total (A) exige leito ótimo e área pequena; retalho microcirúrgico (C) só se houver exposição de nobres; segunda intenção (D) daria retração inaceitável. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Homem, 78 anos de idade, realizou ultrassonografia abdominal que evidenciou dilatação da aorta abdominal abaixo das artérias renais de 4,5 cm de diâmetro e 10 cm de extensão. Qual é a conduta mais adequada?

A. Acompanhamento seriado com ultrassom a cada 6 meses. ✓

B. Tratamento endovascular com prótese reta.

C. Cirurgia convencional.

D. Tratamento endovascular com prótese bifurcada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal de 4,5 cm em homem assintomático. O limiar de intervenção é 5,5 cm no homem, ou crescimento maior que 0,5 cm em 6 meses / 1 cm ao ano, ou sintomas. Abaixo disso, o risco cirúrgico supera o de ruptura: a conduta é vigilância com ultrassom seriado semestral, além de controle de fatores de risco. Correção endovascular ou aberta (B, C, D) é prematura nesse diâmetro. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Um ensaio clínico randomizado é considerado "duplo-cego" quando são mascarados para o desfecho em questão: (Acesso direto)

A. Participantes e equipe.

B. Participantes, equipe e avaliadores de desfecho. ✓

C. Equipe e avaliadores de desfecho.

D. Participantes e avaliadores de desfecho.

COMENTÁRIO OSCELABS

Repare no detalhe do enunciado: o mascaramento é definido EM RELAÇÃO AO DESFECHO em questão. Para que um desfecho fique protegido de vies, precisam desconhecer a alocação os participantes (evita vies de resposta e de placebo), a equipe que assiste e administra a intervenção (evita vies de desempenho) e quem aferir o desfecho (evita vies de aferição). As opções A, C e D deixam sempre uma dessas partes sabendo o grupo, abrindo brecha para vies. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Homem, 70 anos de idade, com doença diverticular do cólon, apresenta-se estável hemodinamicamente, com dor abdominal intensa, febre e leucocitose. A tomografia computadorizada mostra um abscesso pericólico de 5 cm associado a diverticulite aguda. Qual é a conduta inicial mais adequada?

A. Antibióticos intravenosos e observação.

B. Colectomia segmentar de urgência.

C. Cirurgia laparoscópica para drenagem e lavagem peritoneal.

D. Drenagem percutânea do abscesso guiada por imagem. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda complicada com abscesso pericólico maior que 4-5 cm (Hinchey Ib/II) em paciente estável: a conduta inicial é drenagem percutânea guiada por imagem associada a antibiótico. Abscessos menores que 4 cm respondem ao antibiótico (A). Cirurgia de urgência (B) e lavagem laparoscópica (C) ficam para peritonite purulenta ou fekal difusa (Hinchey III/IV) ou falha do tratamento conservador. A colectomia eletiva, se indicada, é discutida a frio. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Homem, 35 anos de idade, foi submetido à descorticação pulmonar devido empiema pleural em fase fibrinopurulenta. No pós-operatório, permaneceu com febre e a radiografia de tórax mostrou uma coleção pleural septada e única. O débito do dreno permanece com aspecto purulento. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Trocar antibiótico.
- B. Redrenar o tórax.
- C. Pleurostomia. ✓**
- D. Aspiração contínua.

COMENTÁRIO OSCELABS

Empiema já submetido a descorticação que persiste com febre, débito purulento e cavidade ÚNICA e septada residual: é falha do tratamento definitivo, com espaço pleural infectado que o pulmão não consegue expandir para ocupar. Nesse cenário indica-se a pleurostomia — drenagem aberta com janela torácica —, que permite esvaziamento contínuo e curativos. Trocar antibiótico (A) não resolve cavidade não drenada; nova drenagem fechada (B) e aspiração contínua (D) já se mostraram insuficientes contra a septação. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Homem, 70 anos de idade, apresenta adenocarcinoma em lobo superior do pulmão esquerdo. Durante estadiamento da neoplasia observou-se comprometimento dos linfonodos das cadeias 4 ipsilateral e 7. Não foram identificadas metástases no PET-CT. Qual a conduta mais adequada?

- A. Tratamento não cirúrgico. ✓**
- B. Lobectomia superior esquerda.
- C. Pneumonectomia esquerda.
- D. Segmentectomia esquerda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de pulmão com linfonodos da cadeia 4 ipsilateral e da cadeia 7 (subcarinal) comprometidos = N2 multiestação, estágio IIIA/IIIB. Doença N2 volumosa ou multinível não se beneficia de ressecção de entrada: o tratamento é não cirúrgico, com quimiorradioterapia, com ou sem consolidação imunoterápica. Lobectomia, pneumonectomia e segmentectomia (B, C, D) valem para doença N0/N1 ou N2 mínima após discussão multidisciplinar. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher, 32 anos, vem ao ambulatório com tubo T devido estenose traqueal. Refere que está com esta órtese há 7 meses. Durante investigação complementar é realizada uma broncoscopia que evidencia estenose fixa, compreendendo 1º e 2º anéis traqueais sem processo inflamatório local. Qual a conduta mais adequada?

- A. Realizar a troca do tubo T.

B. Programar traqueoplastia. ✓

C. Corticoterapia.

D. Cânula metálica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Estenose traqueal FIXA (madura, cicatricial), curta — 1º e 2º anéis — e sem inflamação ativa, após 7 meses de tubo T. Lesão madura e curta e candidata ideal ao tratamento definitivo: ressecção do segmento com traqueoplastia e anastomose termino-terminal. Trocar o tubo T (A) só perpetua a ortese; corticoide (C) age em componente inflamatório, ausente aqui; cânula metálica (D) e paliacão. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Homem, 65 anos de idade, apresenta sangramento na urina há 6 meses. Exame físico: BEG, FC 80 bpm, PA 120x80 mm Hg, T 36,5 °C, e abdômen indolor à palpação. Exames: Hb 12,3 d/dL, leucócitos 9.000 células/mm³, plaquetas 170.000/mm³, Na 144 mEq/L, K 4,0 mEq/L, U 30 mg/dL, C 1,2 mg/dL, TGO 30 U/L, TGP 40 U/L, FA 30 U/L, GGT 50 U/L. Ultrassonografia do abdômen: lesão polipoide da bexiga de 3 cm na parede lateral direita, com presença de fluxo ao estudo Doppler. Submeteu-se à ressecção transuretral da lesão vesical. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Carcinoma espinocelular.

B. Carcinoma urotelial. ✓

C. Adenocarcinoma.

D. Carcinoma de pequenas células.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematuria em homem de 65 anos com lesão polipoide vesical vascularizada: cerca de 90% dos tumores de bexiga são carcinoma urotelial (de células transicionais), fortemente associado ao tabagismo e a aminas aromáticas. Carcinoma espinocelular (A) e a excreção ligada a irritação crônica (sonda de demora, litíase, esquistossomose vesical); adenocarcinoma (C) associa-se a uraco e extrofia; carcinoma de pequenas células (D) é raro e agressivo. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Homem, 74 anos de idade, apresenta dor abdominal supra-púbica de forte intensidade, com última micção há 16 horas e perda urinária em gotas, em pouco volume. Exame físico: REG, afebril, globo vesical palpável. Exames laboratoriais: C 1,3 mg/dL, U 60 mg/dL, hemograma sem alteração. Realizado sondagem vesical de alívio, com saída de 1.300 mL de urina concentrada, e alívio do desconforto. Qual é a conduta mais adequada?

A. Treinar cateterismo intermitente.

B. Passagem de sonda vesical de demora. ✓

C. Iniciar terapia combinada com alfa-bloqueador e inibidor de 5-alfa-redutase.

D. Solicitar estudo urodinâmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retenção urinária aguda por provável HPB (globo vesical, 1.300 mL, perda por transbordamento). Após a desobstrução, o objetivo é permitir nova tentativa de micção espontânea, e a chance de sucesso aumenta com a terapia combinada alfabloqueador + inibidor de 5-alfa-redutase, apropriada em próstata de volume aumentado. Sonda de demora (B) e cateterismo intermitente (A) não tratam a causa; urodinâmica (D) não é necessária na retenção obstrutiva típica. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Mulher, 62 anos de idade, em estado crítico após sepse grave, necessita de acesso vascular central para administração de medicamentos e monitorização hemodinâmica. Após a punção venosa, a ultrassonografia revela a presença de bolhas de ar entre a agulha de punção e a veia jugular interna. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Aspirar as bolhas de ar com seringa e prosseguir com a inserção do cateter no mesmo sítio.
- B. Realizar nova punção em outro local, sob orientação ultrassonográfica. ✓**
- C. Injetar contraste venoso sob orientação ultrassonográfica para confirmar a punção correta.
- D. Abandonar a inserção do acesso por veia jugular interna e considerar o acesso femoral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bolhas de ar ENTRE a agulha e a veia jugular ao ultrassom significam que o ar foi injetado no tecido, ou seja, a agulha NAO esta intraluminal — e pior, o plano ficou opacificado, com risco de puncao inadvertida de carotida ou cupula pleural. O correto e abandonar aquele ponto e repuncionar em outro sitio sob visualizacao ultrassonografica. Prosseguir no mesmo local (A) ou injetar contraste (C) aumenta a complicacao; migrar para a femoral (D) e desnecessario de imediato. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Homem, 60 anos de idade, realizou endoscopia digestiva alta por melena sem repercussão hemodinâmica. O laudo apresenta lesão ulcerada bem delimitada de 8 mm na pequena curvatura do antro, com fundo recoberto por fibrina. A biópsia revelou gastrite crônica e presença de *Helicobacter pylori*. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Nova endoscopia com biópsia. ✓**
- B. Eco-endoscopia.
- C. Angiotomografia.
- D. Claritromicina 500 mg e amoxicilina 1 g, de 12/12 horas, por 7 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera gastrica, mesmo de aspecto benigno, obriga controle endoscopico com nova biopsia — cerca de 3 a 5% escondem adenocarcinoma ulcerado, e a biopsia inicial que mostrou apenas gastrite cronica pode ter sido de area nao representativa. Erradicar o *H. pylori* e necessario, mas o esquema da alternativa D esta incompleto (falta o inibidor de bomba de protons). Eco-endoscopia (B) e angiotomografia (C) nao tem papel numa ulcera sem sangramento ativo. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Mulher, 44 anos de idade, apresenta quadro súbito de vertigem rotatória intensa há 3 horas, associada a náuseas, vômitos, sudorese profusa e mal-estar, que pioram à movimentação cefálica. Nega sintomas auditivos associados. Antecedentes: diabetes tipo 1 em uso de insulina, dislipidemia em uso de atorvastatina, hipertensão arterial em uso de anlodipino. Refere cefaleia por abuso de analgésico, em seguimento. Exame físico: PA100x60 mmHg, FC 98 bpm, Sat O2 98% em ar ambiente, dextro 113 mg/dL, REG, descorada (1+/4+), desidratada (2+/4+), eupneica. Nistagmo: espontâneo horizontal para a direita, semi-espontâneo presente ao olhar para a direita (horizontal para a direita) e ao olhar para a esquerda (horizontal para a direita), sendo mais intenso com o olhar para a direita e ausente com o olhar para cima e para baixo. HIT (head impulse test): presença de sacada corretiva ao virar a cabeça para a esquerda. Otoscopia: membranas timpânicas íntegras e translúcidas, meato acústico externo livre. Paciente não tolerou testes de Romberg, Fukuda e manobras posicionais por quadro de vômitos e mal-estar. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Migrânea vestibular.
- B. Acidente Vascular Cerebral.
- C. Vertigem Posicional Paroxística Benigna.

D. Neurite vestibular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome vestibular aguda (vertigem contínua, náusea, nistagmo) com nistagmo espontâneo HORIZONTAL unidirecional — sempre para a direita, obedecendo a lei de Alexander —, sem sintomas auditivos e com HIT POSITIVO (sacada corretiva). HIT positivo e o marcador de lesão periférica: neurite vestibular. No AVC (B) o HIT costuma ser normal, com nistagmo que muda de direção. VPPB (C) da crises breves posicionais, não quadro contínuo de 3 horas. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Homem, 35 anos de idade, vem ao ambulatório de joelho após 3 semanas de acidente de carro no qual sofreu trauma direto no seu joelho esquerdo contra o painel do carro. Refere que na ocasião percebeu grande hematoma, inchaço e dor no joelho. Foi ao pronto socorro e realizou radiografias sem fraturas, sendo recomendado anti-inflamatórios e crioterapia. Exame físico: aumento da translação posterior do joelho esquerdo e deslizamento posterior da tíbia. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Lesão do ligamento cruzado posterior. ✓**
- B. Lesão do ligamento cruzado anterior.
- C. Lesão do ligamento menisco-femoral.
- D. Lesão do ligamento oblíquo posterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma direto na tuberosidade anterior da tibia contra o painel do carro (dashboard injury) e o mecanismo clássico de lesão do ligamento cruzado posterior. O exame confirma: aumento da translação posterior e gaveta posterior / sinal do sag. O LCA (B) é lesado por torção em valgo-rotação, com gaveta ANTERIOR e Lachman positivos. Ligamento menisco-femoral e oblíquo posterior (C, D) são estruturas acessórias, sem esse padrão isolado. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Homem, 65 anos de idade, apresentou dor precordial no domicílio, de forte intensidade, com irradiação para membro superior esquerdo e sudorese, porém só procurou atendimento médico 14 horas após o quadro, quando a dor já havia cessado. O exame cardíaco inicial não mostrou alterações significativas. ECG: supradesnívelamento do segmento ST de aproximadamente 1 mm nas derivações D2, D3 e aVF, com inversão de onda T e onda Q patológica nas mesmas derivações. Após 48 horas, notou-se um sopro holossistólico em ápice, irradiado para axila, associado a hipotensão arterial e má perfusão periférica. Qual é a explicação mais provável para o quadro?

- A. Ruptura do músculo papilar posterior. ✓**
- B. Ruptura da parede livre de ventrículo esquerdo.
- C. Comunicação interventricular.
- D. Insuficiência aórtica.

COMENTÁRIO OSCELABS

IAM inferior (supra em D2, D3 e aVF) que evolui em 48 horas com sopro holossistólico apical irradiado para axila, hipotensão e má perfusão: insuficiência mitral aguda por ruptura do músculo papilar posteromedial, que tem irrigação única (coronária direita / descendente posterior) e por isso é vulnerável. CIV (C) dá sopro em borda esternal esquerda com fremito. Ruptura de parede livre (B) cursa com tamponamento e dissociação eletromecânica, sem sopro. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Mulher, 70 anos de idade, com hipertensão, osteoartrose e osteoporose em coluna lombar (T-score -2,9), realiza investigação laboratorial com os seguintes resultados: creatinina = 0,9 mg/dL (VR 0,6 a 1,1 mg/dL), TSH = 3,0 mUI/L (VR 0,44 a 5,4 mUI/L), PTH = 15 pg/mL (VR 22 a 84 pg/mL), cálcio total = 10,7 mg/dL (VR 8,6 a 10,3 mg/dL). Qual medicamento listado abaixo pode causar a alteração laboratorial observada?

- A. Denosumabe
- B. Glicocorticoide
- C. Diurético tiazídico ✓**
- D. Cloroquina

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipercalcemia (Ca 10,7) com PTH BAIXO (15) exclui hiperparatireoidismo primário e aponta causa exógena. Os diuréticos tiazídicos aumentam a reabsorção tubular distal de cálcio e são causa clássica de hipercalcemia leve com PTH suprimido — inclusive em paciente hipertensa como esta. Denosumabe (A) causa HIPOcalcemia; glicocorticoide (B) reduz absorção intestinal de cálcio e agrava a osteoporose; cloroquina não altera a calcemia. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Homem, 55 anos de idade, com histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica sofre uma parada cardiorrespiratória em atividade elétrica sem pulso enquanto estava na UTI. A equipe inicia as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) imediatamente, mas não há retorno da circulação espontânea após 5 minutos. Durante a ressuscitação, o monitor de capnografia mostra um valor de dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO₂) de 8 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) é registrada como 15 mmHg durante as compressões torácicas. Qual deve ser a próxima ação para melhorar a qualidade da RCP?

- A. Manter as compressões torácicas sem alterações e aumentar a frequência da ventilação por minuto.
- B. Reduzir o número de compressões, uma vez que os valores de ETCO₂ e PAD indicam uma velocidade de compressão excessiva.

C. Ajustar a profundidade e frequência das compressões torácicas para aumentar os valores de ETCO₂ e PAD. ✓

D. Continuar as compressões torácicas sem alterações e administrar uma dose adicional de epinefrina.

COMENTÁRIO OSCELABS

ETCO₂ de 8 mmHg (alvo acima de 10, idealmente acima de 20) e PA diastólica de 15 mmHg (alvo acima de 20-25) durante a RCP indicam compressões de BAIXA qualidade, com débito insuficiente. A resposta é otimizar a mecânica: corrigir profundidade (5-6 cm), frequência (100-120/min), permitir retorno total do tórax e revezar o compressor. Hiperventilar (A) piora o retorno venoso; reduzir compressões (B) inverte a interpretação; mais adrenalina (D) não compensa compressão ruim. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Mulher, 60 anos de idade, em amenorreia há quatro anos, foi recentemente diagnosticada com anemia e na investigação apresenta os seguintes exames: TSH = 1,97 mUI/mL (VR 0,45 a 4,5 mUI/mL), T₄ livre = 0,3 ng/dL (VR 0,9 a 1,8 ng/dL), FSH = 4,0 mUI/mL (VR 3,6 a 16,6 mUI/mL), LH = 1,6 mUI/mL (VR 1,1 a 11,1 mUI/mL), cortisol = 6,6 mcg/dL (VR 5,0 a 25 mcg/dL), ACTH = 12,6 pg/mL (VR < 46 pg/mL), IGF-1 = 64 ng/mL (VR 83 a 241 ng/mL), prolactina = 80 ng/dL (VR 5 a 25 ng/dL). A ressonância magnética da sela túrcica evidenciou lesão hipofisária de 3,5 x 2,8 x 3,1 cm em região selar compatível com adenoma hipofisário. Qual é a alternativa mais adequada?

A. É possível excluir o diagnóstico de hipotireoidismo devido aos níveis normais de TSH.

B. Para a confirmação do diagnóstico de deficiência de GH é necessária a dosagem do GH basal.

C. Trata-se de pan-hipopituitarismo por apresentar deficiência de mais de um setor de hormônios adeno-hipofisários. ✓

D. O nível elevado de prolactina descarta o diagnóstico de hipopituitarismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

T₄ livre baixo com TSH 'normal' e hipotireoidismo CENTRAL — o TSH inapropriadamente normal não exclui nada (derruba A). Há ainda IGF-1 baixo (deficiência de GH), gonadotrofinas inapropriadamente baixas em mulher com 4 anos de amenorreia e cortisol limitrofe: mais de um eixo adeno-hipofisário acometido = pan-hipopituitarismo, por macroadenoma de 3,5 cm. GH basal (B) não diagnostica deficiência, exige teste de estímulo; a hiperprolactinemia aqui é por efeito haste (derruba D). Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Homem, 70 anos de idade, com diagnóstico de miocardiopatia dilatada por doença de Chagas é admitido no PS por piora da dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema de membros inferiores bilateralmente até a região escrotal e ganho de peso. Exame físico: sonolência, PA = 90/50 mmHg, FC = 100 bpm em ritmo sinusal, FR = 30 rpm, SpO₂ = 90% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar = 4 s, ausculta cardíaca com presença de terceira bulha e sopro holossistólico de foco mitral 3+/6+, ausculta pulmonar reduzida em campos médio-inferiores bilateralmente. Qual é o perfil clínico-hemodinâmico da insuficiência cardíaca e a estratégia terapêutica inicial mais adequada?

A. Perfil C; furosemida e captopril

B. Perfil B; furosemida e captopril

C. Perfil B; furosemida, nitroprussiato de sódio e dobutamina

D. Perfil C; furosemida e dobutamina ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Congestão (ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema, B3, estertores) somada à má perfusão (sonolência, PA 90/50, enchimento capilar 4 s) = perfil C, o clássico 'úmido e frio'. O tratamento combina diurético de alça para descongestionar e inotrópico (dobutamina) para restaurar a perfusão. Perfil B (B, C) está errado, pois há hipoperfusão. Captopril (A) e nitroprussiato (C) são vasodilatadores mal tolerados com sistólica de 90 mmHg. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Mulher, 87 anos de idade, viúva, mora com a filha. A paciente apresenta quadro de perambulação noturna, choro fácil, agressividade verbal. Há 4 anos, apresenta perda de memória recente gradual e lentamente e, há 1 ano, piora da funcionalidade, com necessidade de ajuda para banho, higiene pessoal, alimentação e uso de fraldas. Diante da principal hipótese diagnóstica, quais são as escalas mais indicadas para avaliação do estágio da doença?

- A. Avaliação Geriátrica Ampla e velocidade de marcha
- B. Timed Up and Go Test e Clinical Dementia Rating
- C. Estágio de Avaliação Funcional e Clinical Dementia Rating ✓**
- D. Estágio de Avaliação Funcional e Short Physical Performance Battery

COMENTÁRIO OSCELABS

Demência provavelmente de Alzheimer em fase avançada: declínio de memória há 4 anos, dependência para banho, higiene, alimentação e uso de fraldas, com sintomas psicológicos e comportamentais. Para ESTADIAR a doença usam-se o FAST (Estágio de Avaliação Funcional) e o CDR (Clinical Dementia Rating). Velocidade de marcha, Timed Up and Go e SPPB (A, B, D) medem mobilidade e fragilidade, não estágio de demência. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Homem, 66 anos de idade, portador de doença renal crônica, evoluiu com febre durante sessão de hemodiálise. Foi coletada hemocultura que mostrou crescimento de *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina. Qual é a opção terapêutica mais adequada para o caso de bacteremia?

- A. Vancomicina ✓**
- B. Ceftriaxona
- C. Cefuroxima
- D. Ampicilina

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteremia por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA) em paciente em hemodiálise — cenário típico de infecção relacionada a cateter. O tratamento de escolha é a vancomicina, tendo a daptomicina como alternativa. Betalactâmicos como ceftriaxona, cefuroxima e ampicilina (B, C, D) são inúteis no MRSA, cuja resistência decorre da PBP2a codificada pelo gene *mecA*, que reduz a afinidade por toda a classe. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Homem, 27 anos de idade, previamente hígido, foi vítima de acidente automobilístico com sangramentos. Apresenta, à avaliação, PA = 94/52 mmHg, oligúria, creatinina = 1,9 mg/dL (VR 0,7 a 1,3 mg/dL), ureia = 96 mg/dL (VR 20 a 50 mg/dL), K = 6,1 mEq/L (VR 3,5 a 5,1 mEq/L), densidade urinária = 1036 (VR 1005 a 1030), fração de excreção de ureia = 27% e urina I com presença de cilindros hialinos abundantes. Qual é o tratamento mais adequado neste momento?

- A. Diálise de urgência.
- B. Reposição de volume. ✓**
- C. Droga inotrópica.
- D. Furosemida intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma com sangramento e hipotensão (PA 94/52) evoluindo com oligúria: os índices urinários mostram um rim que ainda funciona e está poupando volume — densidade urinária alta (1036), fração de excreção de ureia abaixo de 35% e cilindros HIALINOS, não granulados pigmentares. Isso é injúria renal PRE-RENAL, cujo tratamento é reposição volêmica. Dialise (A) não está indicada de imediato; furosemida (D) agravaria a hipovolemia; inotrópico (C) trata choque cardiogênico. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Mulher, 65 anos de idade, é viúva, tem diagnóstico de artrite reumatoide e é atendida em uma UBS. Ela mora com sua filha de 25 anos que não trabalha porque apresenta um quadro de depressão grave. A paciente nunca teve um emprego formal, nunca contribuiu com a Previdência Social e, na última consulta, foi atendida pela assistente social que a orientou a buscar um benefício. Qual é o benefício no qual a paciente se enquadra?

- A. Aposentadoria por idade
- B. Benefício de Prestação Continuada ✓**
- C. Aposentadoria por invalidez
- D. Auxílio doença

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 65 anos, sem qualquer contribuição previdenciária e em vulnerabilidade social: enquadra-se no Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS), assistencial e não previdenciário, de um salário mínimo, destinado a idosos a partir de 65 anos ou pessoas com deficiência, com baixa renda familiar per capita. Aposentadoria por idade, por invalidez e auxílio-doença (A, C, D) são benefícios previdenciários e exigem carência e contribuição. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

A sepse é uma disfunção orgânica com risco de morte, causada por uma resposta à infecção. O diagnóstico precoce e o atendimento sistematizado ao paciente séptico têm grande impacto no prognóstico. Qual é a conduta que comprovadamente aumenta a chance de sobrevivência do paciente?

- A. Uso de corticosteroide e expansão de volume na presença de choque séptico
- B. Administração de antimicrobianos de amplo espectro dirigidos ao foco infeccioso na primeira hora ✓**
- C. Transfusão de concentrado de hemácias para manter a dosagem de hemoglobina acima de 10 g/dL
- D. Monitorização hemodinâmica invasiva com cateter venoso central, para controle da pressão venosa central e saturação venosa central

COMENTÁRIO OSCELABS

Das medidas do pacote da sepse, a de impacto mais robusto e reprodutível na mortalidade e a administração PRECOCE de antimicrobiano de amplo espectro dirigido ao foco, idealmente na primeira hora — cada hora de atraso aumenta a letalidade. Corticoide (A) só no choque refratário a volume e vasopressor, com benefício restrito. Transfundir para Hb acima de 10 (C) e estratégia liberal já refutada (alvo 7 g/dL). Metas de PVC e SvcO₂ (D) foram abandonadas após ProCESS, ARISE e ProMISe. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Mulher, 66 anos de idade, é atendida em consulta de rotina por diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. Exame físico: PA = 140/96 mmHg. Exames laboratoriais: taxa de filtração glomerular estimada = 28 mL/min/1,73 m², proteinúria = 1,9 g/24h. Qual é a conduta mais apropriada?

- A. Prescrever inibidores da enzima conversão da angiotensina ou bloqueadores dos receptores da angiotensina II. ✓**
- B. Evitar bloqueadores do sistema renina-angiotensina devido à função renal diminuída.
- C. Não iniciar drogas anti-hipertensivas uma vez que a pressão arterial está controlada.
- D. Iniciar bloqueador de canal de cálcio para diminuir proteinúria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal crônica com TFG de 28 mL/min, proteinúria de 1,9 g/24h e PA 140/96, portanto NAO controlada. IECA e BRA são a base do tratamento: reduzem a pressão intraglomerular, a proteinúria e retardam a progressão — o benefício persiste mesmo com TFG reduzida (derruba B; suspende-se apenas por hipercalemia refratária ou queda maior que 30% da TFG). A PA não está na meta (derruba C) e bloqueador de canal de cálcio diidropiridínico não reduz proteinúria (derruba D). Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Mulher, 70 anos de idade, com histórico de insuficiência cardíaca, foi admitida na UTI com choque cardiogênico após um infarto agudo do miocárdio. Exame físico: PA = 95/60 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 25 irpm, SpO₂ = 90% com máscara de oxigênio; extremidades frias, pele úmida e distensão jugular. Qual é a escolha mais adequada de agente inotrópico para esta paciente?

- A. Dopamina
- B. Noradrenalina
- C. Dobutamina ✓**
- D. Adrenalina

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque cardiogênico pós-IAM com PA 95/60 (ainda não profundamente hipotensa), extremidades frias e congestão: o problema dominante é o baixo débito. A dobutamina, agonista beta-1, aumenta contratilidade e débito cardíaco, sendo o inotrópico de escolha. Noradrenalina (B) é vasopressor, associada se a sistólica cair abaixo de 90. Dopamina (A) traz mais arritmia e maior mortalidade nesse cenário; adrenalina (D) eleva lactato e eventos arritmicos. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Mulher, 37 anos de idade, é admitida no PS com febre, disúria e lombalgia à direita. Exame físico: paciente torporosa, T = 38,4 °C, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, PA = 88/46 mmHg, FC = 108 bpm, FR = 10 irpm, SpO₂ = 83%. Exames laboratoriais: creatinina = 1,4 mg/dL; sódio = 145 mEq/L; potássio = 4,7 mEq/L; cloro = 105 mmol/L; gasometria arterial com pH = 7,19, pCO₂ = 40 mmHg, pO₂ = 79 mmHg, bicarbonato = 10 mEq/L. Qual é o distúrbio ácido-base observado?

- A. Acidose respiratória com ânion-gap elevado e resposta metabólica compensatória não adequada
- B. Equilíbrio ácido-base ajustado com resposta compensatória adequada

C. Acidose metabólica com ânion-gap elevado e resposta respiratória compensatória não adequada ✓

- D. Alcalose respiratória aguda com ânion-gap normal e resposta metabólica adequada

COMENTÁRIO OSCELABS

pH 7,19 com bicarbonato de 10 mEq/L = acidose METABOLICA. Anion gap = 145 - (105 + 10) = 30, elevado, compatível com lactato de sepse urinária. A compensação esperada pela fórmula de Winter seria pCO₂ = 1,5 x 10 + 8 = 23 +/- 2 mmHg; a paciente está com pCO₂ de 40 mmHg e FR de 10 irpm — resposta respiratória INADEQUADA, sinal de fadiga e rebaixamento, com indicação de suporte ventilatório. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Mulher, 28 anos de idade, refere dor e edema em mãos, punhos e tornozelos há 6 meses. Nega outras queixas em outros órgãos ou sistemas. Exame físico: edema e dor à palpação em punhos e articulações metacarpofalângicas bilateralmente. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual dos exames abaixo apresenta melhor valor preditivo positivo para o diagnóstico da doença?

- A. Fator reumatoide
- B. FAN

C. Anti-CCP ✓

- D. Proteína C reativa ultrasensível

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simétrica de pequenas articulações (punhos e metacarpofalângicas) há mais de 6 semanas em mulher jovem: artrite reumatoide. Entre os exames listados, o anti-CCP (antipeptídeo citrulinado cíclico) tem especificidade em torno de 95%, portanto o melhor valor preditivo positivo, além de marcar doença erosiva. O fator reumatoide (A) é menos específico, positivo em hepatite C, Sjögren e idosos; FAN (B) é inespecífico e a PCR ultrasensível (D) só mede inflamação. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Homem, 40 anos de idade, está em tratamento para hanseníase dimorfo-virchowiana há 2 meses com poliquimioterapia multibacilar. Refere, há três dias, “caroços” dolorosos na face, tronco e membros, associados a febre de 38,5°C, edema nas mãos e pés, e dor no trajeto dos nervos ulnares bilateralmente. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Suspender o tratamento para a hanseníase e iniciar anti-inflamatórios não hormonais.
- B. Manter o tratamento para a hanseníase e associar claritromicina.
- C. Suspender o tratamento para a hanseníase e iniciar metotrexato via oral.

D. Manter o tratamento para a hanseníase e iniciar prednisona e talidomida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulos subcutaneos dolorosos, febre, edema de maos e pes e neurite ulnar bilateral em hanseníase multibacilar: reação tipo 2 (eritema nodoso hansenico), mediada por imunocomplexos. Regra de ouro: a poliquimioterapia NUNCA e suspensa na reação (derruba A e C). O tratamento e talidomida associada a corticoide, obrigatorio pelo comprometimento neural, para evitar sequela incapacitante. Claritromicina (B) não tem papel reacional. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Mulher transgênero, 35 anos de idade, realizou cirurgia plástica há 3 semanas. Procura PS após síncope, dor torácica e dispneia. Faz uso de estrogênio nos últimos 10 anos e há 3 meses trocou para injetável. Exame físico: REG, T = 37,1°C, PA = 90/50 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 22 irpm, SpO₂ = 94% (ar ambiente). Ausculta pulmonar e cardíaca normais. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, qual é a conduta mais apropriada?

- A. Angiotomografia de tórax e infusão endovenosa de heparina não fracionada em bomba de infusão continua nas próximas 48h
- B. Dímero-D e heparina de baixo peso molecular em dose profilática enquanto aguarda o resultado do exame
- C. Dímero-D, angiotomografia de tórax e heparina de baixo peso molecular em dose plena nas primeiras 48h seguida de anticoagulante de ação direta

D. Ecodopplercardiograma e infusão endovenosa de rt-PA em 2h ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pos-operatorio recente somado a estrogenioterapia (fator trombogenico), com síncope, dor toracica, hipotensao (PA 90/50) e taquicardia: tromboembolismo pulmonar de ALTO RISCO. Com instabilidade hemodinamica não se espera exame confirmatorio: o ecocardiograma a beira do leito documenta disfuncao de ventriculo direito e a trombolise com rt-PA e imediata. D-dimero (B, C) e inutil em alta probabilidade e a anticoagulacao isolada (A, B, C) e insuficiente no TEP macico. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Mulher, 30 anos de idade, previamente hígida, é admitida no PS com dor torácica, expectoração amarelada e febre há cinco dias, apresentando hoje dispneia. Na triagem, foi constatado: PA = 85/40 mmHg, FC = 130 bpm, FR = 28 irpm e SpO₂ = 85%. A paciente foi levada à sala de emergência. Exames: gasometria arterial pH = 7,23, PaCO₂ = 30 mmHg, PaO₂ = 55 mmHg, bicarbonato = 16 mEq/L e lactato = 35 mg/L. De acordo com a Campanha de Sobrevivência à Sepse, qual é a alternativa correta?

- A. Como há insuficiência respiratória, a expansão volêmica deve ser realizada com volumes menores que 30 mL/kg, a fim de se evitar congestão volêmica e piora da dispneia.
- B. Um vasopressor pode ser iniciado em veia periférica mesmo antes de completar a expansão volêmica, até que se obtenha um acesso venoso profundo. ✓**
- C. Como o paciente não tem choque séptico, devemos esperar os exames para confirmação da hipótese de infecção nas próximas 3 horas, antes de se iniciar antibioticoterapia.
- D. Como se trata de foco pulmonar, não é necessária a coleta de hemoculturas dada a sua baixa positividade nesse cenário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico de foco pulmonar (PA 85/40, lactato elevado, disfunção respiratória). O ponto que a Surviving Sepsis reforçou: o vasopressor pode e deve ser iniciado por VEIA PERIFÉRICA junto com a expansão, sem esperar o acesso central — atraso na PAM alho custa vidas. A expansão mantém-se em 30 mL/kg mesmo com hipoxemia (derruba A); há choque séptico, então o antibiótico é imediato (derruba C); e hemoculturas devem ser colhidas antes do antibiótico (derruba D). Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Homem, 67 anos de idade, procurou PS com quadro de três dias febre, dor torácica em base direita ventilatório-dependente e tosse produtiva com expectoração esverdeada. Exame físico: REG, orientado, T axilar = 38 °C, PA = 110/70 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 32 irpm, SpO₂ = 95% em ar ambiente; expansibilidade torácica discretamente diminuída em hemitórax direito; na base direita, observa-se frêmito toracovocal aumentado, som respiratório abolido e broncofonia aumentada. Exames: glicemia = 420 mg/dL; ureia = 70 mg/dL; creatinina = 1,3 mg/dL; TGO = 24 U/L; TGP = 20 U/L; hemograma com 14.000 leucócitos com desvio à esquerda; PCR = 35 mg/dL. Aplique o escore de gravidade CURB-65 e indique o local de tratamento recomendado.

- A. CURB-65 = 2; tratamento hospitalar.
- B. CURB-65 = 4; tratamento em unidade de terapia intensiva.
- C. CURB-65 = 3; tratamento hospitalar. ✓**
- D. CURB-65 = 2; tratamento ambulatorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

CURB-65 nesta pneumonia: Confusão ausente (0); Ureia 70 mg/dL, acima de 50 (1 ponto); FR 32, maior ou igual a 30 (1 ponto); PA 110/70, sem hipotensão (0); idade 67, maior ou igual a 65 (1 ponto). Total de 3 pontos — gravidade que indica internação hospitalar, com consideração de UTI apenas se houver critérios adicionais, como choque ou necessidade de ventilação. Escore 0-1 permite ambulatorio; 4 ou mais aponta UTI. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Mulher, 32 anos de idade, previamente hígida procura pronto atendimento com queixas de poliartralgia migratória de grandes e pequenas articulações há 10 dias, após viagem de férias. No momento refere dor e limitação de movimento em punho direito. Nega trauma e febre. Exame físico: edema, eritema e dor em punho direito. Ultrassom: tenossinovite em punho direito. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é a conduta mais adequada?

- A. Ceftriaxona ✓**
- B. Oxacilina
- C. Prednisona
- D. Metotrexato

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com poliartralgia MIGRATORIA, tenossinovite (achado quase patognomônico) e quadro após viagem: infecção gonocócica disseminada — a tríade clássica e artrite migratória, tenossinovite e lesões cutâneas pustulosas. O tratamento é ceftriaxona parenteral, com cobertura concomitante para clamídia. Oxacilina (B) cobre estafilococo, agente da artrite séptica monoarticular não migratória; corticoide e metotrexato (C, D) tratariam doença autoimune, com risco de agravar infecção. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Homem, 28 anos de idade, apresenta lesões de pele há 4 dias, após 10 dias do início do uso de carbamazepina. Exame físico: lesões em alvo atípico na pele, vesículas e bolhas sobre base eritematosa difusa, com áreas de descolamento da pele (total cerca de 10% de pele descolada), erosões na mucosa oral e na glândula e eritema conjuntival. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Pênfigo vulgar.
- B. Síndrome de Stevens-Johnson. ✓**
- C. Eritema polimorfo menor.
- D. Necrólise epidérmica tóxica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reação adversa grave à carbamazepina, com latência típica de 1 a 3 semanas, lesões em alvo atípico, bolhas, acometimento de DUAS mucosas (oral e genital) e conjuntivite. O que separa as síndromes e a ÁREA de descolamento: menos de 10% = Stevens-Johnson; 10 a 30% = superposição; acima de 30% = necrólise epidérmica tóxica (derruba D). Eritema polimorfo menor (C) não acomete mucosas nem faz bolhas difusas; pênfigo vulgar (A) e autoimune, crônico, sem gatilho medicamentoso agudo. Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Homem, 63 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial crônica e uso ocasional de álcool, é trazido ao PS após sua esposa encontrá-lo caído no chão do banheiro. Ele está confuso, queixando-se de dor de cabeça intensa e apresenta fraqueza no lado direito do corpo. Exame Físico: PA = 190/110 mmHg, FC = 88 bpm; hemiparesia direita e afasia parcial. Não há sinais de trauma externo. Tomografia computadorizada de crânio realizada à admissão: hematoma intracerebral de aproximadamente 40 mL localizado no lobo temporal esquerdo, sem sinais de herniação ou edema cerebral significativo. Qual é a conduta mais adequada, considerando que está dentro de 3 horas do início dos sintomas?

- A. Controle ✓**
- B. Administração imediata de manitol intravenoso.
- C. Elevação da cabeceira do leito a 30 graus e controle glicêmico.
- D. Realização imediata de craniotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia intraparenquimatosa de 40 mL sem herniação, dentro de 3 horas do ictus e com PA 190/110. A conduta com melhor evidência e o controle intensivo e precoce da pressão arterial nas primeiras 24 horas — alvo em torno de 140 mmHg de sistólica —, associado ao controle de temperatura, glicemia e coagulopatia. Manitol (B) só na hipertensão intracraniana estabelecida. Craniotomia (D) não está indicada em hematoma lobar sem deterioração ou desvio significativo. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Homem, 28 anos de idade, apresenta lesões de pele há 4 dias, após 10 dias do início do uso de carbamazepina. Exame físico: lesões em alvo atípico na pele, vesículas e bolhas sobre base eritematosa difusa, com áreas de descolamento da pele (total cerca de 10% de pele descolada), erosões na mucosa oral e na glândula e eritema conjuntival. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Pênfigo vulgar.
- B. Síndrome de Stevens-Johnson. ✓**
- C. Eritema polimorfo menor.
- D. Necrólise epidérmica tóxica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Farmacodermia grave por carbamazepina, com lesões em alvo atípico, bolhas, erosões em mucosa oral e genital e comprometimento ocular. O critério decisivo é a extensão do descolamento cutâneo: cerca de 10% caracteriza síndrome de Stevens-Johnson; acima de 30% seria necrose epidérmica tóxica (derruba D). Eritema polimorfo menor (C) e autolimitado, sem mucosite extensa; penfigo vulgar (A) e doença bolhosa autoimune crônica, com Nikolsky positivo, mas sem gatilho medicamentoso agudo. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Em um estudo randomizado, controlado, que investigou os efeitos da tração controlada do cordão umbilical na terceira fase do trabalho de parto sobre a hemorragia pós-parto, a redução do risco associada à intervenção foi não significativa ($RR = 0,95$; $IC_{95\%} = 0,79$ a $1,15$). Com base neste resultado, qual é a alternativa correta?

- A. O intervalo de confiança de 95% quantifica a imprecisão da amostra em estimar o parâmetro populacional do risco relativo de hemorragia pós-parto. ✓**
- B. Se o tamanho da amostra do estudo fosse aumentado, a largura do intervalo de confiança de 95% aumentaria.
- C. Um intervalo de confiança de 99% para o risco relativo populacional seria mais estreito do que o intervalo de confiança de 95% apresentado.
- D. Pode-se inferir que 95% das amostras do grupo de intervenção perderam entre 0,79 e 1,15 vezes mais sangue do que o grupo controle.

COMENTÁRIO OSCELABS

O intervalo de confiança de 95% expressa a PRECISÃO da estimativa amostral em relação ao parâmetro populacional — quanto mais estreito, mais precisa. Aumentar o tamanho amostral ESTREITA o intervalo (derruba B). Elevar a confiança de 95% para 99% ALARGA o intervalo (derruba C). E o IC não descreve percentuais de participantes nem volume de sangue perdido (derruba D): ele se refere ao parâmetro, não aos indivíduos. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Criança, 10 anos de idade, refugiada, é atendida no pronto-socorro apresentando febre e deficiência motora flácida de início súbito. A situação vacinal é ignorada. Considerando a(s) hipótese(s) diagnóstica(s) mais provável(eis), a conduta adequada neste momento, em relação à vigilância epidemiológica, é notificar o caso às autoridades de saúde:

- A. após resultado positivo da cultura de líquido.
- B. após resultado positivo da cultura de fezes.
- C. em até 24 horas após o atendimento. ✓**
- D. após resultado positivo da cultura de fezes e líquido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficiência motora flácida AGUDA em menor de 15 anos, com vacinação ignorada e condição de refugiada: é caso de paralisia flácida aguda, agravado de notificação COMPULSORIA IMEDIATA, em até 24 horas, independentemente de confirmação laboratorial — a vigilância de PFA e o pilar da manutenção do Brasil livre de poliomielite. Esperar cultura de fezes ou de líquido (A, B, D) inviabilizaria a resposta rápida e a busca de contatos. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Nos anos 90, após a criação do SUS e a partir da luta do movimento indígena, foi regulamentada a Lei Arouca, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), com o objetivo de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde e contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. Como é estruturado o atendimento aos povos indígenas dentro do SasiSUS?

- A. É um sistema de saúde à parte do SUS, gerido pelo Ministério dos Povos Indígenas (MPI) e se organiza em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que executam ações de atenção à saúde, saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social dos povos indígenas.
- B. É gerido pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) e organiza o atendimento das populações indígenas por meio de missões periódicas realizadas por equipes multiprofissionais com objetivo de trazer as pessoas doentes para atendimento nos serviços do SUS mais próximos de seus territórios.
- C. É gerido pelo Ministério dos Povos Indígenas (MPI) e prevê o atendimento das pessoas indígenas nos serviços de atenção primária, secundária, terciária e quaternária destinados à toda população.
- D. É gerido pela Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) e se organiza em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que executam ações de atenção à saúde, saneamento básico, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social dos povos indígenas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado pela Lei Arouca (Lei 9.836/1999), é parte INTEGRANTE do SUS, não um sistema paralelo (derruba A). É gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), do Ministério da Saúde, e se organiza territorialmente em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que executam atenção à saúde, saneamento, gestão, apoio técnico e apoio ao controle social. FUNAI (B) e MPI (C) não gerem o subsistema. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Um estudo clínico está investigando a eficácia de um novo medicamento para reduzir o risco de determinada doença em pacientes de alto risco. O estudo envolveu 1000 pacientes, divididos igualmente em dois grupos: um grupo recebeu o novo medicamento e o outro grupo recebeu um placebo. Após um ano de acompanhamento, 100 pacientes no grupo do novo medicamento e 250 pacientes no grupo do placebo foram acometidos pela doença. Podemos concluir que a eficácia do novo medicamento foi de:

- A. 30%.
- B. 60%. ✓**
- C. 20%.
- D. 40%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Eficácia (redução relativa de risco) = (risco no controle - risco na intervenção) / risco no controle. Risco no placebo = 250/500 = 50%; risco no medicamento = 100/500 = 20%. $RRR = (0,50 - 0,20) / 0,50 = 0,30 / 0,50 = 60\%$. Cuidado com a pegadinha: 30% (A) é a redução ABSOLUTA de risco e 40% (D) é a razão de riscos. O NNT, derivado da redução absoluta de 30%, seria de cerca de 3,3 pacientes. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Gestores municipais e estaduais de saúde em todo o país contratam cada vez mais Organizações Sociais de Saúde (OSS) para a gestão de serviços de saúde. Sobre este modelo de gestão, qual é a alternativa correta?

- A. Entidades privadas, sem fins lucrativos, que atendem aos requisitos da lei, podem ser qualificadas como OSS e receber recursos, bens e servidores públicos para realizar atividades como a gestão de serviços de atenção básica, especializada e hospitalar. ✓**
- B. As OSS relacionam-se com o Poder Público mediante contrato de gestão, conforme definido na lei municipal ou estadual que a instituiu, tendo autonomia para definir o perfil assistencial e o volume de serviços ofertados ao SUS por serem entidades privadas.
- C. As OSS integram a administração pública e executam tanto serviços assistenciais (atenção básica, especializada e hospitalar), como aqueles que requerem poder de polícia (regulação, controle e avaliação, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental).
- D. Entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, que atendem aos requisitos da lei, podem ser qualificadas como OSS e receber recursos, bens e servidores públicos para realizar a gestão do SUS e de serviços de atenção básica, especializada e hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Organizações Sociais de Saúde são entidades PRIVADAS e SEM FINS LUCRATIVOS que, uma vez qualificadas conforme a lei (Lei 9.637/1998 e leis locais), firmam contrato de gestão e podem receber recursos, bens e servidores públicos para gerir serviços assistenciais. Entidades com fins lucrativos não se qualificam (derruba D). Não tem autonomia para definir sozinhas o perfil assistencial, que vem do contrato de gestão (derruba B), nem integram a administração pública ou exercem poder de polícia (derruba C). Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

A notificação de gestantes diagnosticadas com HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é uma etapa fundamental para a vigilância epidemiológica, visando o controle da transmissão vertical do vírus. Com base nos protocolos de notificação e seguimento de gestantes com HIV no Brasil, qual das alternativas está correta?

- A. A notificação de gestantes com HIV deve ser realizada preferencialmente no momento do parto.
- B. B. A notificação de gestantes com HIV deve ocorrer tão logo seja feito o diagnóstico, independentemente do trimestre gestacional ou do uso de terapia antirretroviral. ✓**
- C. C. A notificação é flexibilizada para gestantes com HIV que estejam em terapia antirretroviral e apresentem carga viral indetectável.
- D. D. A notificação de casos de gestantes com HIV é dispensável em gestantes que já foram notificadas em gestação anterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com HIV e agravo de notificação compulsória, e o registro no SINAN deve ocorrer TÃO LOGO o diagnóstico seja feito, em qualquer trimestre, independentemente do uso de terapia antirretroviral ou da carga viral, porque é ele que dispara o seguimento e as ações de prevenção da transmissão vertical. Notificar só no parto (A) perde a janela de intervenção; carga viral indetectável (C) e gestação previamente notificada (D) não dispensam a nova notificação. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

O Plano Municipal de Saúde (PMS) constitui-se no instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde na gestão municipal do SUS, sendo a base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde local para o período de quatro anos. A qual instância o PMS deve ser submetido para apreciação e aprovação?

- A. Câmara Municipal de Vereadores.
- B. Conselho Municipal de Saúde. ✓**
- C. Tribunal de Contas do Estado.
- D. Secretaria Municipal de Saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento quadrienal de planejamento do SUS municipal e, pela Lei 8.142/1990 e pelo Decreto 7.508/2011, deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde — instância deliberativa de controle social, com composição paritária de usuários. A Câmara de Vereadores (A) aprova o orçamento, não o plano; o Tribunal de Contas (C) fiscaliza a execução; a Secretaria (D) elabora o plano, não o aprova. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

No atendimento dentro da Unidade Básica de Saúde, cada profissional faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, de acordo com seu núcleo de conhecimento profissional. A discussão de casos clínicos em equipe, principalmente os mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importante. Este modelo corresponde a:

- A. atenção no modelo biomédico.
- B. ação de gestão de conflitos.
- C. clínica ampliada. ✓**
- D. ações de macrogestão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quando cada profissional recorta o caso pelo seu núcleo de saber e a equipe se reúne para discutir, ampliando o olhar sobre o sujeito para além da doença, o dispositivo se chama clínica ampliada — eixo da Política Nacional de Humanização, que trabalha com projeto terapêutico singular e corresponsabilização. O modelo biomédico (A) é o oposto, fragmentado e centrado na doença. Gestão de conflitos (B) e macrogestão (D) são dimensões administrativas, não clínicas. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

O SUS está organizado de forma regionalizada e hierarquizada para formar as Redes de Atenção à Saúde no âmbito de Regiões de Saúde. Qual é o serviço necessário para que um território seja reconhecido como Região de Saúde?

- A. Centro de alta complexidade em oncologia.
- B. Centro de Terapia Renal Substitutiva.
- C. Maternidade de alto risco.
- D. Unidade Básica de Saúde. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo Decreto 7.508/2011, para ser instituída a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Entre as opções, apenas a Unidade Básica de Saúde representa esse piso obrigatório, a atenção primária, porta de entrada preferencial. Oncologia de alta complexidade, terapia renal substitutiva e maternidade de alto risco (A, B, C) são referências regionais, não requisitos. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Para determinar se, de fato, um programa de rastreamento de câncer de próstata é benéfico para aumento da longevidade de homens ("prolongar vidas"), qual dos seguintes desfechos clínicos é o mais adequado?

- A. Redução na mortalidade geral. ✓**
- B. Redução na mortalidade específica por câncer de próstata.
- C. Aumento na sobrevida em 5 anos.
- D. Redução na taxa de detecção de câncer de próstata metastático.

COMENTÁRIO OSCELABS

Para provar que um rastreamento realmente prolonga vidas, o desfecho mais robusto é a mortalidade GERAL, por todas as causas — o único imune aos vieses clássicos do rastreio. A mortalidade específica (B) sofre com erro de atribuição de causa e com mortes decorrentes do próprio tratamento. Sobrevida em 5 anos (C) é distorcida pelos vieses de antecipação diagnóstica (lead time) e de duração (length time). Detectar menos doença metastática (D) é desfecho intermediário. Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Você quer diagnosticar hipertensão arterial (PAx140/90 mmHg) e está usando um esfigmomanômetro que, por um defeito, sempre marca 140/90 mmHg ou mais, indicando corretamente as pressões acima destas. Indique o ponto da curva ROC (imagem a seguir) que representa a sensibilidade e a especificidade desse instrumento.

- A. I
- B. IV ✓**
- C. III
- D. II

COMENTÁRIO OSCELABS

Um aparelho que SEMPRE marca 140/90 mmHg ou mais rotula todo mundo como hipertenso: detecta 100% dos doentes (sensibilidade = 1) e não identifica nenhum sadio (especificidade = 0, portanto 1 menos especificidade = 1). Na curva ROC esse par corresponde ao vértice superior DIREITO do gráfico, o ponto IV. É o exemplo didático do teste inútil: sensível ao extremo, porém sem qualquer poder discriminatório. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Em um estudo observacional, prospectivo, analítico foi avaliada a relação entre fumar e a incidência de acidente vascular cerebral (AVC) em mulheres com idade entre 30-55 anos, acompanhadas por um período de 10 anos que, no início do estudo, não tinham história de doença coronariana, AVC ou câncer. Os pesquisadores calcularam a incidência de AVC em mulheres fumantes e em mulheres não fumantes, resultando em uma força de associação de 2,8 IC95% (2,4-3,9). Com esse resultado podemos afirmar que:

- A. Faltou o cálculo do p para afirmarmos que mulheres fumantes possuem 2,8 vezes o risco de ter AVC em relação a mulheres não fumantes.
- B. Faltou o cálculo do p para afirmarmos que mulheres fumantes possuem 2,8 vezes a chance de ter AVC em relação a mulheres não fumantes.
- C. Mulheres fumantes possuem 2,8 vezes a chance de ter AVC em relação a mulheres não fumantes.
- D. Mulheres fumantes possuem 2,8 vezes o risco de ter AVC em relação a mulheres não fumantes. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Estudo observacional PROSPECTIVO que calcula INCIDENCIA em expostos e nao expostos e uma coorte — e a medida de associacao da coorte e o RISCO relativo, nao a chance (odds), propria do caso-controle, o que derruba B e C. Como o IC95% de 2,4 a 3,9 NAO inclui o valor nulo 1, a associacao ja e estatisticamente significante, sem necessidade do valor de p (derruba A). Fumantes tem 2,8 vezes o risco de AVC. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Mulher, 65 anos de idade, faz acompanhamento ambulatorial devido a hipertensão arterial sistêmica há 20 anos, diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, sem outros antecedentes patológicos. Faz uso de anlodipino 10 mg 1x/dia, losartana 50 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25mg 1x/dia, metformina 500 mg 3x/dia, ácido acetil salicílico 100 mg 1x/dia. Queixa-se de edema de membros inferiores iniciado há 3 meses. Exame físico: PA = 118/78 mmHg, edema de membros inferiores +/4, frio, mole, indolor, pulsos cheios e simétricos, panturrilhas livres, sem outras alterações. Exames: hemoglobina glicada = 7,8%, relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina = 210 mg/g (VR < 30 mg/g). Considerando efeitos adversos de medicamentos, a renoproteção e a prevenção de eventos cardiovasculares, quais são as condutas mais adequadas?

- A. Substituir bloqueador do canal de cálcio; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2); suspender uso de ácido acetilsalicílico. ✓**
- B. Substituir losartana; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2 (iSGLT2); suspender uso de ácido acetilsalicílico.
- C. Substituir bloqueador do canal de cálcio; iniciar semaglutida subcutâneo; manter uso de ácido acetilsalicílico.
- D. Substituir losartana; iniciar semaglutida; suspender uso de ácido acetilsalicílico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres decisoes: (1) o edema frio, mole e indolor, com pulsos cheios, e classico do anlodipino — troca-se o bloqueador de canal de calcio; (2) DM2 com albuminuria de 210 mg/g tem indicacao formal de iSGLT2, por renoprotecao e reducao de eventos cardiovasculares; (3) AAS em prevencao PRIMARIA aumenta sangramento sem beneficio liquido e deve ser suspenso. A losartana e protetora e nao se mexe nela (derruba B e D); semaglutida nao substitui o iSGLT2 aqui. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Homem, 66 anos de idade, é avaliado em consulta ambulatorial com queixa de prurido na glândula, hiperemia local e aumento da produção de esmegma. Trata-se de paciente com antecedente de obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crônica, estágio 4 A2 filtração glomerular estimada de 28 mL/min/1,73m² e relação albumina/ creatinina em amostra isolada de urina de 200 mg/g (VR < 30 mg/g). Faz uso de metformina 850mg 3x/dia e dapagliflozina 10 mg/dia. Qual é a conduta mais adequada neste momento em relação ao tratamento do diabetes?

- A. A dapagliflozina deve ser suspensa devido à infecção urogenital.
- B. A metformina deve ser substituída devido ao risco de acidose láctica. ✓**
- C. A metformina deve ser mantida para aumentar a atividade da enzima piruvato carboxilase.
- D. A dapagliflozina deve ser suspensa devido ao risco de cetoacidose euglicêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Taxa de filtração glomerular de 28 mL/min/1,73m², ou seja, DRC estágio 4: a metformina é contraindicada abaixo de 30 mL/min pelo risco de acidose láctica e deve ser substituída. A dapagliflozina se mantém — a balanopostite por candida e complicação esperada dos iSGLT2, tratada topicamente sem suspender a droga (derruba A) — e o benefício renal e cardiovascular supera o risco de cetoacidose euglicêmica, que é raro (derruba D). A metformina inibe a gliconeogênese, não ativa a piruvato carboxilase (derruba C). Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

A Força Tarefa Americana para Serviços Preventivos (US Preventive Service Task Force) atualizou sua recomendação para rastreamento de câncer de mama em mulheres, sugerindo mamografias bienais a partir dos 40 anos de idade, ao invés dos 50 anos de idade. Considerando que a prevalência de câncer de mama é menor em mulheres jovens, qual é o impacto esperado desta nova Recomendação na performance do teste diagnóstico?

- A. A sensibilidade da mamografia será maior.
- B. A especificidade da mamografia será menor.
- C. O valor preditivo positivo da mamografia será menor. ✓**
- D. A razão de verossimilhança positiva será menor.

COMENTÁRIO OSCELABS

O valor preditivo positivo depende da PREVALÊNCIA: quanto menor a prevalência na população testada, maior a proporção de resultados positivos que são falsos e, portanto, menor o VPP. Rastrear mulheres de 40 a 49 anos, faixa de menor prevalência, reduz o VPP e aumenta falso-positivos, biópsias e ansiedade. Sensibilidade, especificidade e razões de verossimilhança (A, B, D) são propriedades intrínsecas do teste e não variam com a prevalência. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

A codeína e o tramadol podem ser prescritos em dois tipos de notificação de receitas, segundo a Portaria 344/98. Para decisão do tipo de notificação a ser utilizada lança-se mão dos chamados "adendos de lista", os quais preveem os tipos de notificação conforme a unidade posológica e concentração. Sendo assim, quais as notificações de receitas possíveis de serem elaboradas para estes opioides?

- A. Notificação de Receita A - acima de 100 mg e Notificação de Receita B - psicotrópico - acima de 100 mg.
- B. Notificação de Receita B - acima de 100 mg e Receituário Sujeito a Controle Especial - abaixo de 100 mg.
- C. Notificação de Receita B - acima de 100 mg e Notificação de Receita C2 - abaixo de 100 mg.
- D. Notificação de Receita A - acima de 100 mg e Receituário Sujeito a Controle Especial - abaixo de 100 mg. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Portaria SVS/MS 344/98 e seus adendos, codeína e tramadol tem enquadramento dependente da concentração por unidade posológica: acima de 100 mg exigem Notificação de Receita A, o talonário amarelo de entorpecentes; abaixo de 100 mg podem ser prescritos em Receituário de Controle Especial, branco e em duas vias. A Notificação B (azul) destina-se a psicotrópicos e a C2 a retinóides — não se aplicam a esses opioides. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Homem, 63 anos de idade, diabético tipo 2 bem controlado, apresentou queda ao solo há 3 horas, com trauma lateral do quadril direito, evoluindo com dor intensa, encurtamento aparente e rotação externa do membro inferior direito e sem alterações neurovasculares agudas. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Osteossíntese com placa e parafusos.
- B. Osteossíntese com haste bloqueada intramedular por via retrógrada
- C. Osteossíntese com parafusos canulados.

D. Artroplastia total do quadril. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda com trauma lateral do quadril evoluindo com dor, encurtamento e rotação externa: fratura de colo femoral DESVIADA em idoso. Nesse cenário a osteossíntese tem alta taxa de necrose avascular e pseudoartrose, e a artroplastia é a escolha; no idoso ativo, hígido e independente prefere-se a TOTAL, que oferece melhor função e menos dor que a parcial. Parafusos canulados (C) ficam para fraturas não desviadas ou pacientes jovens; placa e haste retrograda (A, B) não tratam colo femoral. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Considerando adultos acima de 40 anos de idade, não gestantes, assintomáticos, independentemente da presença de outros fatores de risco, para quais condições é recomendado o rastreamento populacional?

- A. Diabetes tipo 2 e hipertensão arterial. ✓**
- B. Câncer de mama e câncer de próstata.
- C. Câncer colorretal e diabetes tipo 2.
- D. Câncer de mama e hipertensão arterial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento POPULACIONAL universal, independentemente de fatores de risco, em adultos acima de 40 anos assintomáticos: hipertensão arterial, por aferição periódica, e diabetes tipo 2, por glicemia. Câncer de mama entra só a partir dos 50 anos no SUS e o de próstata NÃO tem rastreio populacional recomendado, por dano superior ao benefício (derrubam B e D). Câncer colorretal (C) inicia aos 45-50 anos, também fora da faixa proposta. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Durante a epidemia de Zika no nordeste do Brasil, um estudo foi conduzido para investigar a associação entre a infecção congênita pelo vírus Zika e a microcefalia em recém-nascidos. Os pesquisadores selecionaram neonatos com microcefalia e neonatos sem microcefalia. Em seguida, eles investigaram retrospectivamente a exposição materna à infecção pelo vírus Zika confirmada por testes laboratoriais em ambos os grupos. Qual é o desenho de estudo utilizado neste caso?

- A. Estudo de coorte.

B. Ensaio clínico.

C. Estudo de caso-controle. ✓

D. Estudo transversal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O pesquisador partiu do DESFECHO — selecionou neonatos COM e SEM microcefalia — e investigou retrospectivamente a exposição materna ao Zika. Começar pelo desfecho e ir atrás da exposição define o estudo caso-controle, ideal para desfechos raros e para epidemias, cuja medida de associação é o odds ratio. Coorte (A) parte da exposição; ensaio clínico (B) aloca a intervenção; transversal (D) mede exposição e desfecho simultaneamente. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Mulher, 30 anos de idade, previamente saudável, vem apresentando nos últimos 3 meses quadro progressivo de fraqueza, envolvendo principalmente o segmento craniocervical. Relata engasgos frequentes, voz anasalada e percebe também que no final do dia sua pálpebra direita está um pouco mais “caída” em relação à pálpebra esquerda, além da presença de discreta diplopia, também pior no final do dia. Nega outras doenças ou história familiar de doença neurológica. Nesta situação clínica quais exames seriam os mais adequados a serem solicitados?

A. Biópsia muscular com imuno-histoquímica.

B. Ressonância magnética de coluna cervical e crânio.

C. Eletromiografia e anticorpos anti-receptor de acetilcolina. ✓

D. Líquor e bandas oligoclonais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza craniocervical FLUTUANTE com fadigabilidade (ptose e diplopia que pioram no fim do dia), disfagia e voz anasalada em mulher jovem: miastenia gravis, doença da junção neuromuscular. A confirmação vem da eletromiografia com estimulação repetitiva (decremento) ou fibra única, associada à dosagem do anticorpo anti-receptor de acetilcolina. Biópsia muscular (A) investiga miopatia; RM (B) e bandas oligoclonais (D) buscam causa central. Não esquecer a TC de tórax para timoma. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Homem, 23 anos de idade, apresenta alta estatura, pectus excavatum, escoliose, aracnodactilia, frouxidão ligamentar, luxação de cristalino em olho esquerdo e discreta dilatação de aorta ascendente. A história familiar revela que sua mãe tem luxação de cristalino bilateral e prolapso da valva mitral, enquanto uma irmã do paciente tem alta estatura, pectus excavatum, escoliose e prolapso da valva mitral. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o padrão de herança implicado nesta condição?

A. Herança autossômica recessiva

B. Herança autossômica dominante ✓

C. Herança mitocondrial

D. Herança ligada ao X

COMENTÁRIO OSCELABS

Alta estatura, aracnodactilia, pectus excavatum, escoliose, ectopia lentis e dilatacao da aorta ascendente definem síndrome de Marfan, por mutacao no gene FBN1 (fibrilina-1). O heredograma confirma o padrao: mae e irma afetadas, acometimento em todas as geracoes e de ambos os sexos — heranca autossomica DOMINANTE, com expressividade variavel. Homocistinuria, recessiva, e o diferencial, mas cursa com luxacao inferior do cristalino, deficiencia intelectual e trombose. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Mulher, 45 anos de idade, hipertensa e diabética dá entrada no pronto-socorro com rebaixamento do nível de consciência há 4 horas. Familiares relatam que ela se queixou de forte cefaleia repentina há 6 horas. Exame oftalmológico: fundo de olho com hemorragia vítrea e subhialoidea. O diagnóstico mais provável é:

- A. Status Epilético
- B. Hemorragia Subaracnoide ✓**
- C. Tumor em sistema nervoso central
- D. Coma hiperglicêmico

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia subita, a pior da vida, seguida de rebaixamento do nivel de consciencia, com hemorragia vitrea e sub-hialoidea ao fundo de olho — a síndrome de Terson, marcador de hipertensao intracraniana aguda por sangramento: hemorragia subaracnoidea, tipicamente por rotura de aneurisma sacular. Status epileptico (A) nao explica a cefaleia sentinela nem a hemorragia retiniana; tumor (C) tem curso progressivo; coma hiperglicemico (D) instala-se em dias, com desidratacao. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Mulher, 54 anos de idade, refere sangramento genital progressivo há 2 anos. Biopsia endometrial: adenocarcinoma endometrial do tipo seroso. Estudo imuno-histoquímico: expressão anormal para p53. Ressonância Magnética da Pelve: doença restrita ao útero, ausência de linfonodomegalias pélvicas e para-aórticas. Tomografia de abdome superior e tórax: sem alterações. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Histerectomia total com congelação intraoperatória e linfadenectomia pélvica e periaórtica apenas se invasão miometrial maior que 50%.
- B. Quimioterapia e radioterapia neoadjuvante seguida de histerectomia total e salpingooforectomia bilateral 4 a 6 semanas após.
- C. Imunoterapia devido mutação de p53 seguido de radioterapia e quimioterapia sistêmica.
- D. Histerectomia total, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica bilateral e para-aórtica, omentectomia infra cólica e coleta de lavado peritoneal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma endometrial SEROSO com p53 aberrante e histologia tipo 2, de alto risco, com padrao de disseminacao peritoneal semelhante ao ovariano — mesmo com doenca aparentemente restrita ao utero. Por isso o estadiamento cirurgico e completo: histerectomia total, salpingooforectomia bilateral, linfadenectomia pelvica e para-aortica, omentectomia infracolica e lavado peritoneal. Linfadenectomia condicionada a invasao miometrial (A) vale para o tipo endometriode; neoadjuvancia e imunoterapia primaria (B, C) nao sao padrao. Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Mulher, 54 anos de idade, 4G 4Partos normais, refere perda urinária aos grandes esforços (tosse e atividade física) há 3 meses. Nega outras queixas. Ao exame físico observou-se o seguinte POP-Q: Aa=-1 Ba=-1 C=-7 HG=5 CP=2 CVT=10 Ap=-1 Bp=-1 D= -9. Qual é a conduta mais adequada?

A. Fisioterapia do assoalho pélvico ✓

B. Cirurgia de Burch

C. Mirabegrona

D. Pessário vaginal em anel

COMENTÁRIO OSCELABS

O POP-Q mostra todos os pontos em -1 ou mais negativos, com C em -7: não há prolapso significativo. O quadro é de incontinência urinária de ESFORÇO pura, com apenas 3 meses de sintomas e sem tentativa terapêutica previa. A primeira linha é conservadora: fisioterapia do assoalho pélvico, com exercícios supervisionados e boa taxa de resposta. Burch (B) e cirurgia, reservada a falha do tratamento conservador; mirabegrona (C) trata bexiga hiperativa; pessário (D) trata prolapso. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Mulher, 48 anos de idade, submeteu-se à histerectomia total abdominal por mioma uterino há 4 meses. Refere ter realizado conização por NIC 3 com margens livres há 8 anos. Segundo as Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero a conduta é:

A. Descontinuar o exame citológico.

B. Realizar pesquisa vaginal de HPV 16.

C. Realizar vaginoscopia anual.

D. Manter o rastreio colpocitológico trienal. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Histerectomia por doença BENIGNA em paciente com antecedente de NIC 3 tratada há 8 anos: pelas Diretrizes Brasileiras, interromper o rastreio só vale para mulheres histerectomizadas por causa benigna e SEM história de lesão intraepitelial de alto grau. Com NIC 3 previa, mantém-se a citologia de fundo de saco vaginal trienal até completar 10 anos de seguimento. Descontinuar o exame (A), pesquisar apenas HPV 16 (B) e vaginoscopia anual (C) não são condutas preconizadas. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Mulher, 44 anos de idade, multipara, realizou a primeira mamografia da vida (quatro incidências básicas) que mostrou mamas lipossustituídas com presença de calcificações heterogêneas localizadas na região retroareolar da mama esquerda, BI-RADS 0. Qual é o complemento mamográfico adicional necessário para a classificação adequada?

A. Compressão localizada

B. Incidência craniocaudal exagerada

C. Ampliação ✓

D. Incidência em perfil absoluto

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 0 significa exame INCONCLUSIVO, com necessidade de complementação. Para caracterizar CALCIFICAÇÕES — morfologia, número e distribuição — a incidência indicada e a ampliação (magnificação), que aumenta a resolução espacial e permite classificá-las como benignas ou suspeitas. A compressão localizada (A) serve para avaliar assimetrias e distorções, não microcalcificações. Craniocaudal exagerada (B) alcança o prolongamento axilar e o perfil absoluto (D) ajuda a localizar, mas não caracteriza. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Mulher, 61 anos de idade, refere aumento progressivo e intenso de pelos pelo corpo, queda de cabelos importante, engrossamento da voz e aumento do clitóris há 6 meses. Qual é a hipótese mais provável?

- A. Tecoma ovariano.
- B. Tumor da suprarrenal.
- C. Hipertecose. ✓**
- D. Tumor das células da granulosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher na pos-menopausa com virilização franca — hirsutismo intenso, alopecia androgenética, engrossamento da voz, clitoromegalia — instalada em MESES. A hipertecose ovariana é a causa mais frequente de hiperandrogenismo grave nessa faixa: luteinização de células da teca no estroma, com produção mantida de testosterona. Tumor de suprarrenal (B) eleva mais o SDHEA e costuma dar sintomas sistêmicos; tecoma (A) e tumor de células da granulosa (D) são predominantemente ESTROGENICOS, com sangramento e hiperplasia endometrial. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Mulher, 26 anos de idade, 3G 3 partos normais, vem ao ambulatório solicitar método contraceptivo. Refere fluxo menstrual abundante com 10 dias de duração acompanhado de cólica menstrual forte nos 3 primeiros dias. Ultrassonografia pélvica: útero com volume 180 mL, presença de nódulo intramural medindo 35x30 mm com distorção do eco endometrial de 10 mm, ovário direito volume 8 mL e ovário esquerdo com cisto simples 20x25 mm e volume 15mL. Qual dos métodos contraceptivos é o mais adequado?

- A. Injetável com estradiol e medroxiprogesterona. ✓**
- B. DIU liberador de levonorgestrel.
- C. Pílula com etinilestradiol e ciproterona.
- D. Pílula com noretisterona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave está no ultrassom: nódulo intramural de 35x30 mm que DISTORCE o eco endometrial. Cavidade uterina distorcida contraindica o dispositivo intrauterino, inclusive o de levonorgestrel, pelo risco de má adaptação, expulsão e falha (derruba B). Restam os hormonais sistêmicos, e o injetável mensal com estradiol e medroxiprogesterona oferece boa eficácia e controle de fluxo. Ciproterona (C) e escolha para hiperandrogenismo e noretisterona isolada (D) tem pior controle de ciclo. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Mulher, 41 anos de idade, nuligesta, refere que não menstrua há 8 meses e apresenta ondas de calor eventuais e sudorese noturna duas vezes por mês. Como método contraceptivo utiliza pílula contendo 4mg de drospirenona. Realizou duas coletas sanguíneas com 14 dias de intervalo, respectivamente: 1ª. Coleta FSH= 87 mIU/mL; estradiol= 2 pg/mL e 2ª coleta FSH 61mIU/mL; estradiol 4 pg/mL. Qual é a conduta mais

- A. Suspender a drospirenona e observar.
- B. Prescrever estradiol e progesterona. ✓**
- C. Prescrever isoflavona.
- D. Encaminhar para coleta de óvulos.

COMENTÁRIO OSCELABS

FSH persistentemente elevado (87 e 61 mIU/mL) em duas coletas, com estradiol muito baixo, amenorreia de 8 meses e sintomas vasomotores aos 41 anos: insuficiência ovariana prematura. A conduta e terapia hormonal com estradiol associado a progesterona, para proteção endometrial, mantida ao menos até a idade média da menopausa, prevenindo osteoporose e risco cardiovascular. Apenas suspender a drospirenona e observar (A) deixa a paciente hipoestrogenica; isoflavona (C) é insuficiente; captação de ovulos (D) é inviável com essa reserva. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Mulher, 32 anos de idade, primigesta, na 12ª semana de gestação, está realizando pré-natal em Unidade Básica de Saúde. Exame físico: PA 120 x 80 mmHg, ausência de edemas. Exame obstétrico: útero aumentado para 12 semanas, batimentos cardíacos fetais = 144 bpm ao sonar. A glicemia de jejum apresenta resultado de 90 mg/dL. Qual é a conduta mais

- A. Perfil glicêmico, hemoglobina glicada e avaliação da vitalidade fetal.
- B. Repetir a glicemia de jejum com 28 semanas e 34 semanas.
- C. Orientar exercícios físicos e dieta, com glicemia de jejum em 2 semanas.
- D. Realizar curva glicêmica com 75 g de glicose no segundo trimestre. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 90 mg/dL no primeiro trimestre e NORMAL — o ponto de corte para diabetes gestacional é 92 mg/dL e 126 mg/dL define diabetes prévio. Portanto o rastreamento segue o fluxo padrão: teste oral de tolerância a glicose com 75 g entre 24 e 28 semanas, ou seja, no segundo trimestre. Perfil glicêmico e vitalidade fetal (A) não se justificam; repetir apenas a glicemia de jejum (B) perde casos que só aparecem no TOTG; dieta e exercício como investigação (C) não substituem o teste. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Um casal formado por um homem de 28 anos de idade e uma mulher nuligesta de 27 anos idade, refere 2 anos de tentativas de gestação. Ele, com histórico de uretrite tratada, exame físico sem alterações e espermograma normal. Ela, saudável, com ciclos menstruais regulares, sem queixas de dismenorreia ou dispareunia e com exame físico sem alterações. Qual é o próximo exame na investigação da infertilidade desse casal?

- A. Avaliação hormonal para ele.
- B. Ressonância magnética de pelve para ela.
- C. Histerossalpingografia para ela. ✓**
- D. Cariótipo para ambos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infertilidade de 2 anos com espermograma normal e mulher com ciclos regulares, o que indica ovulação, e exame físico normal: falta avaliar o fator TUBOPERITONEAL, sobretudo pelo antecedente de uretrite no parceiro, que sugere risco de doença inflamatória pélvica e obstrução tubária. A histerossalpingografia e o exame de escolha, avaliando cavidade uterina e permeabilidade das trompas. Avaliação hormonal masculina (A) com espermograma normal e desnecessária; RM (B) e cariótipo (D) não são passos iniciais. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

Gestante, 25 anos de idade, apresenta tipagem sanguínea B negativo e o esposo O positivo. Na 21ª semana, após realizar exames laboratoriais de rotina, apresentou pela primeira vez o coombs indireto positivo e com titulação inicial de 1:128, que passou para 1:128 após 3 semanas. Qual é a conduta mais adequada?

A. Avaliação do pico sistólico da artéria cerebral média. ✓

B. Repetição da pesquisa de anticorpos irregulares em 1 semana.

C. Cordocentese e dosagem de hemoglobina.

D. Cordocentese e transfusão intrauterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante Rh negativo aloimunizada, com Coombs indireto positivo em título ascendente (1:128, muito acima do crítico de 1:16): o próximo passo NÃO é repetir sorologia, e sim avaliar anemia fetal de forma não invasiva pela dopplervelocimetria do pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média. Valores acima de 1,5 MoM indicam anemia moderada a grave e só então se procede a cordocentese com transfusão intrauterina, procedimento invasivo que não se indica às cegas (C, D). Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Gestante, 32 anos de idade, III G, IP, idade gestacional de 10 semanas pela DUM, apresentou sangramento vaginal, submetendo-se à curetagem uterina com diagnóstico de abortamento incompleto. O aspecto macroscópico e o resultado do exame histopatológico do material da cavidade uterina é de mola hidatiforme completa. Exames laboratoriais: hCG: 250.000 UI/L antes da curetagem, 50.000 UI/L após 7 dias, 70.000 UI/L após 14 dias e 85.000 UI/L após 21 dias do procedimento. Nessa última avaliação, observou-se o aparecimento de lesão arroxeada na parede vaginal posterior, com 2 cm de diâmetro. Qual é a conduta mais adequada?

A. Biópsia excisional da lesão vaginal e exame anátomo patológico.

B. Nova curetagem uterina e biópsia da lesão vaginal.

C. Repetição da dosagem sérica do hCG em 7 dias.

D. Estadiamento juntamente com quimioterapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Após esvaziamento de mola completa, o hCG que cai, estaciona e volta a SUBIR (50.000, 70.000 e 85.000) caracteriza neoplasia trofoblástica gestacional pos-molar. A lesão arroxeada na parede vaginal é metástase, e biopsia-a (A, B) é proscrito, pelo risco de hemorragia incoercível. A conduta é estadiar — imagem de tórax, abdome e crânio, com escore FIGO/OMS — e iniciar quimioterapia. Nova curetagem (B) e repetir o hCG (C) apenas retardam o tratamento. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Secundigesta, 39 anos de idade, 26 semanas, diabética gestacional controlada com dieta, vem à consulta de pré-natal. Hemoglobina de 10,9 g/dL, hematócrito 32%, VCM 78 fL, HCM 25 pg, ferritina 10 ng/mL, eletroforese de hemoglobina normal. Qual é a conduta mais

- A. Ferro oral na dose de 30 mg/dia e reavaliação em 8 semanas.
- B. Ferro oral na dose de 160 a 200 mg/dia e reavaliação em 4 semanas. ✓**
- C. Sacarato de hidróxido de ferro parenteral e reavaliação em 1 semana.
- D. Aumentar ingestão de ferro na dieta e reavaliação em 8 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcítica e hipocromica (Hb 10,9; VCM 78; HCM 25) com ferritina de 10 ng/mL e eletroforese normal: anemia FERROPRIVA na gestação, já que ferritina abaixo de 30 indica deficiência. O tratamento exige dose terapêutica, de 160 a 200 mg de ferro elementar ao dia, com reavaliação em 4 semanas — espera-se elevação de cerca de 1 g/dL de hemoglobina nesse período. 30 mg/dia (A) e dose PROFILÁTICA; dieta isolada (D) não corrige déficit; ferro parenteral (C) fica para intolerância oral ou má absorção. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Gestante 38 anos, primigesta, com 36 semanas de gestação, com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional estabelecido com 13 semanas tendo sido iniciada Insulinização com 25 semanas e desde então vem mantendo cerca de 80 a 85% dos valores do controle glicosimétrico dentro do normal. Exame físico: IMC = 32 Kg/m², altura uterina = 35 cm. Ultrassom: peso estimado = 2890 gramas e o maior bolsão de líquido amniótico: 5 cm. Qual é a conduta mais adequada em relação à resolução da gravidez?

- A. Cesárea eletiva entre 38 0/7 e 38 6/7 semanas.
- B. Indução do parto entre 39 0/7 e 39 6/7 semanas. ✓**
- C. Indução do parto entre 37 6/7 e 38 6/7 semanas.
- D. Cesárea eletiva entre 37 0/7 e 38 0/7 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes mellitus gestacional em uso de INSULINA, porém com bom controle (80 a 85% dos valores na meta), feto com peso adequado e líquido amniótico normal. Nesse cenário a resolução recomendada é a indução do parto entre 39 0/7 e 39 6/7 semanas — antecipar sem indicação aumenta morbidade respiratória neonatal. Cesárea eletiva (A, D) só tem indicação obstétrica ou com peso fetal estimado acima de 4.000 a 4.500 g; resolver antes de 39 semanas (C, D) exigiria mau controle ou complicação. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Mulher 40 anos de idade, IIIIG, IP, IIA com o mesmo parceiro. Os abortamentos ocorreram entre 7 e 8 semanas de gestação. Os cariótipos do casal são normais. Exames laboratoriais: anticorpo anticardiolipina IgA = 22 mg/dL que se manteve positivo após 12 semanas de intervalo, mutação em heterozigose G20210 A da protrombina, reação para Citomegalovírus com IgG positivo e IgM negativo. Chega ao pré-natal com 6 semanas de atraso menstrual. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Mediar com aspirina e enoxaparina.
- B. Orientar seguimento pré-natal rotineiro.
- C. Mediar com heparina até 42 dias após resolução da gestação.
- D. Orientar pesquisa de aneuploidia durante a gravidez. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Armadilha dupla. O anticorpo anticardiolipina de classe IgA NAO e criterio laboratorial de síndrome antifosfolípide (so IgG e IgM, em titulo medio a alto), e a mutacao G20210A da protrombina em HETEROZIGOSE nao justifica anticoagulacao em perdas embrionarias precoces — logo, nada de AAS com enoxaparina nem heparina puerperal (derrubam A e C). O que realmente muda a conduta e a idade materna de 40 anos, que eleva o risco de aneuploidia e indica rastreamento especifico na gestacao. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Gestante, 36 anos de idade, IG 38 semanas e 3 dias, com gestação gemelar dicoriônica, apresenta diabetes mellitus gestacional. Possui bom controle glicêmico, alcançado com orientação dietética. Exames: taxas de hemoglobina glicada que variaram entre 4,9 e 5,4% e ultrassonografia recente mostrando o feto I em apresentação cefálica e peso estimado no percentil 35, e o feto II em apresentação pélvica e peso estimado no percentil 38 da curva própria para gestação gemelar. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Indução do trabalho de parto. ✓**
- B. Retorno para controle em 7 dias.
- C. Parto cesáreo.
- D. Perfil biofísico em dias alternados até 40 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestacao gemelar DICORIONICA de 38 semanas e 3 dias, com diabetes gestacional bem controlado apenas com dieta e ambos os fetos com peso adequado. O termo da gemelar dicorionica e 38 semanas — a partir dai o risco de obito fetal supera o da prematuridade. Como o PRIMEIRO feto esta cefalico, a via vaginal e permitida, pois a apresentacao do segundo gemelar nao contraindica, e a conduta e induzir o trabalho de parto. Aguardar (B, D) prolonga o risco; cesarea (C) nao tem indicacao. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Parturiente de risco habitual, 26 anos de idade, 38 semanas de gestação, primigesta, encontra-se em trabalho de parto espontâneo, sem bloqueio neuraxial. Exame obstétrico: frequência cardíaca fetal basal de 136 batimentos por minuto e com desacelerações precoces repetitivas à cardiotocografia, apresentação cefálica em OP e plano +3 de DeLee. Após 4 horas na fase ativa do período expulsivo, refere estar exausta e não consegue mais realizar puxos. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Hiperoxigenação materna e continuação do período expulsivo.
- B. Realizar operação cesariana.
- C. Aplicação de vácuo-extrator ou fórceps. ✓**
- D. Hidratação materna e tocolise com terbutalina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Periodo expulsivo prolongado com mae exausta, incapaz de realizar puxos, apresentacao cefalica no plano +3 de DeLee, portanto bem baixa, e cardiotocografia tranquilizadora — desaceleracoes PRECOCES sao fisiologicas, por compressao do polo cefalico. Com a cabeca insinuada e baixa, a solucao e o parto instrumentado, com vacuo-extrator ou forcipe. Cesarea (B) com polo em +3 e tecnicamente dificil e mais morbida; hiperoxigenacao (A) e tocolise (D) nao resolvem exaustao materna. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Mulher, 33 anos de idade, nulípara, deseja engravidar. Realizou cirurgia de alta frequência no colo do útero. Anatomia patológica: neoplasia intraepitelial escamosa de alto grau extensa, com foco de invasão de 4mm, presença de êmbolos carcinomatosos em vasos linfáticos, margens livres para componente invasor e intraepitelial. Qual é a conduta mais

- A. Nova cirurgia de alta frequência e reavaliação em 3 meses.
- B. Liberar para gestação com cerclagem após 6 meses.
- C. Traquelectomia radical e linfadenectomia pélvica bilateral. ✓**
- D. Realizar cerclagem e liberar para gestação imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma de colo uterino com invasão de 4 mm (estadio IA2) e, decisivo, EMOBOS linfovculares — o que eleva o risco de acometimento linfonodal e afasta condutas conservadoras simples. Como a paciente deseja gestar, a conduta que preserve a fertilidade sem abrir mão da radicalidade oncológica e a traquelectomia radical com linfadenectomia pélvica bilateral. Nova cirurgia de alta frequência (A) e cerclagem com liberação para gestar (B, D) ignoram a doença invasora com invasão vascular. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Menina, 4 anos de idade, é contato domiciliar da mãe recentemente diagnosticada com tuberculose pulmonar. A criança está assintomática e apresentou teste tuberculínico de 6 mm. O exame de RX de tórax da criança não apresentou anormalidades. Qual é a conduta mais adequada para essa criança?

- A. Realizar um novo teste tuberculínico em 3 meses e reavaliar a necessidade de tratamento profilático.
- B. Não iniciar esquema terapêutico no momento e apenas monitorar a criança, já que está assintomática e com RX normal.
- C. Iniciar esquema terapêutico completo para tuberculose ativa devido ao contato próximo e alto risco de doença instalada.
- D. Iniciar isoniazida por 6 meses ou rifampicina por 4 meses e realizar acompanhamento clínico regular. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 4 anos, contato domiciliar de tuberculose pulmonar, assintomática, com radiografia normal e PPD de 6 mm — em contatos, o corte de positividade é 5 mm, independentemente de BCG previo. Trata-se de infecção latente, e o tratamento é isoniazida por 6 meses ou rifampicina por 4 meses, esta preferida em menores de 10 anos, por melhor adesão e menor hepatotoxicidade. Repetir o PPD (A) ou apenas observar (B) deixa a criança sob risco de forma grave; esquema completo (C) é para doença ativa. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Menino, 7 meses de idade, hígido, foi levado à Unidade Básica de Saúde para atualização vacinal. Ele tinha recebido apenas a vacina para hepatite B ao nascimento. Em relação às vacinas que devem ser administradas, assinale a alternativa correta.

- A. BCG, pentavalente, pneumocócica 10V, meningocócica C, COVID-19 e influenza, na sazonalidade. ✓**
- B. Pentavalente, pneumocócica 10V, COVID-19, tríplice viral e febre amarela.
- C. BCG, rotavírus, pentavalente, pneumocócica 10V, meningocócica C, COVID-19, tríplice viral.
- D. BCG, rotavírus, pentavalente, pneumocócica 10V, meningocócica C, COVID-19, influenza.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 7 meses, tendo recebido apenas hepatite B ao nascer, aplicam-se BCG (possível até 4 anos e 11 meses), pentavalente, pneumocócica 10-valente, meningocócica C, COVID-19 e influenza na sazonalidade. Duas armadilhas: o ROTAVÍRUS tem idade LIMITE — a primeira dose só até 3 meses e 15 dias — logo não pode ser iniciado (derruba C e D); e triplice viral e febre amarela só a partir de 12 e 9 meses, respectivamente (derruba B e C). Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Menino, 45 dias de vida, há 15 dias apresenta eliminação de fezes com raios de sangue em todas as evacuações. Evacua de 6 a 8 vezes ao dia desde o nascimento e não houve mudança na frequência ou consistência das fezes. Recebe fórmula láctea de partida desde a segunda semana de vida. Não apresenta outros sintomas e não tem alterações ao exame físico. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o mecanismo fisiopatológico envolvido?

- A. Reação mediada por IgE
- B. Reação não mediada por IgE ✓**
- C. Deficiência de lactase
- D. Reação mista

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 45 dias, em fórmula, com raias de sangue vivo nas fezes, bom estado geral, sem diarreia nem repercussão sistêmica: proctocolite alérgica induzida por proteína alimentar. A fisiopatologia é uma reação NÃO mediada por IgE, celular e tardia, o que explica a ausência de urticária, angioedema ou anafilaxia e o início insidioso. Reação IgE (A) é imediata, em minutos; deficiência de lactase (C) dá diarreia ácida e distensão, sem sangue; a forma mista (D) corresponde a esofagite eosinofílica. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Menino, 7 anos de idade, apresenta queixa de refluxo, queimação retroesternal e dor epigástrica há 1 ano, que não melhoram com uso de inibidor da bomba de prótons. Tem antecedente de alergia à proteína do leite de vaca quando era lactente. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o exame recomendado para a confirmação diagnóstica?

- A. Cintilografia gastroesofágica com pesquisa de aspiração pulmonar.
- B. Dosagem de IgE (RAST) para leite de vaca
- C. Manometria esofágica.
- D. Endoscopia digestiva alta com biópsias seriadas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com pirose e dor epigástrica REFRACTÁRIAS a inibidor de bomba de prótons e antecedente de alergia alimentar (atopia): a hipótese é esofagite eosinofílica. O diagnóstico é histológico e exige endoscopia digestiva alta com BIÓPSIAS SERIADAS de esôfago proximal e distal, buscando 15 ou mais eosinófilos por campo de grande aumento — o aspecto endoscópico pode ser normal, e por isso a biópsia é obrigatória mesmo assim. RAST (B) não confirma; manometria (C) investiga acalasia; cintilografia (A) avalia refluxo. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Menino, 1 ano e 8 meses de idade, comparece à UBS com história de diarreia por 3 dias com eliminação de vermes nas fezes há 4 dias. Há 1 dia parou de evacuar, apresenta vômitos, dor abdominal; não está aceitando a alimentação e a mãe notou que a criança está com o abdômen inchado e urinando pouco. Qual é a conduta recomendada?

- A. Encaminhar para serviço de urgência, pois a criança apresenta quadro provável de desidratação e de suboclusão por *Ascaris lumbricoides*. ✓**
- B. Encaminhar para serviço de urgência, pois a criança apresenta quadro provável de desidratação e gastroenterocolite aguda, presumivelmente infecciosa.
- C. Iniciar tratamento com mebendazol e soro oral, realizar acompanhamento na UBS e solicitar exame parasitológico de fezes após tratamento.
- D. Iniciar tratamento com nitazoxanida via oral, acompanhar na UBS e instituir tratamento para todos os familiares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com eliminação de vermes que evolui com PARADA de evacuação, vômitos, dor e distensão abdominal: suboclusão intestinal por novelo de *Ascaris lumbricoides*, agravada por desidratação, evidenciada pela oligúria. E abdome agudo obstrutivo e exige encaminhamento imediato a urgência, para hidratação venosa, sonda e avaliação cirúrgica. Antiparasitário neste momento (C, D) pode piorar o quadro, mobilizando o novelo e causando obstrução completa ou migração biliar. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Menino, 10 anos de idade, joga futebol desde pequeno; queixa-se de que há 5 meses vem apresentando dificuldade para correr, há um mês não consegue terminar a partida devido a crises de tosse seca e falta de ar. Há 2 semanas, com resfriado, piorou da tosse, principalmente na madrugada e pela manhã. Tem diagnóstico de rinite alérgica. Qual dos exames abaixo confirma a principal hipótese diagnóstica para sua queixa?

- A. pHmetria
- B. Rx de tórax
- C. Prova de função pulmonar ✓**
- D. IgE específicos para aeroalérgenos

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse seca e dispnéia desencadeadas por esforço, com piora noturna e de madrugada e agravamento após infecção viral, em criança com rinite alérgica: asma. A confirmação vem da prova de função pulmonar (espirometria), demonstrando obstrução com resposta ao broncodilatador, com aumento do VEF1 de 12% ou mais, e, se normal, teste de broncoprovocação. IgE específica (D) confirma atopia, não asma; radiografia (B) serve para excluir diferenciais; pHmetria (A) investiga refluxo. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Lactente de 8 meses, bem nutrido, há 2 meses, desde o início da alimentação complementar, evacua fezes endurecidas e muito calibrosas, a cada 4 a 5 dias, com muito esforço e dor (choro). Mãe aumentou fibra na dieta, sem melhora. Nega atraso de eliminação de mecônio e apresenta exame físico sem alterações. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é o tratamento recomendado?

- A. óleo mineral.
- B. Probiótico.
- C. exclusão da proteína do leite de vaca.

D. Lactulose. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente que inicia constipação exatamente com a introdução alimentar, sem atraso na eliminação de meconio, bem nutrido e com exame físico normal, inclusive anal: constipação FUNCIONAL. O tratamento é o laxante osmótico — lactulose ou polietilenoglicol — para amolecer as fezes e quebrar o ciclo dor-retenção, junto com medidas dietéticas. Óleo mineral (A) é contraindicado abaixo de 1 ano, pelo risco de pneumonia lipóidica; probiótico (B) tem eficácia insuficiente; excluir leite de vaca (C) só após falha do tratamento habitual. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Ao nascimento, um recém-nascido a termo, filho de mãe multipara com período expulsivo prolongado, estava hipotônico e em apnéia. O recém-nascido foi levado à mesa de reanimação sob fonte de calor radiante e foi iniciada a ventilação com balão e máscara e ar ambiente, mas o paciente mantinha-se em apnéia e bradicárdico. Após ajuste da técnica da ventilação e aumento da concentração de oxigênio, o recém-nascido não melhorou. Qual é o próximo passo indicado na reanimação?

- A. Proceder à intubação e iniciar a ventilação com cânula traqueal. ✓**
- B. Prosseguir com a ventilação com máscara facial e iniciar a massagem cardíaca.
- C. Prosseguir com a ventilação com máscara facial e administrar adrenalina por via intraóssea.
- D. Proceder à intubação, iniciar a ventilação com cânula traqueal e a massagem cardíaca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reanimação neonatal: o RN mantém apnéia e bradicardia APOS os passos corretivos da ventilação — ajuste de máscara, vias aéreas e pressão — e após aumento da concentração de oxigênio. Persistindo a falha, o próximo passo é garantir via aérea AVANÇADA, com intubação e ventilação por cânula traqueal. So depois, se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm com ventilação adequada pelo tubo, entram a massagem cardíaca (B, D) e a adrenalina (C), sempre nessa ordem. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Menino, 15 dias de vida, apresentou triagem neonatal positiva para deficiência de G6PD e foi convocado para repetição do exame. Na avaliação pediátrica, a mãe não tem queixas e o exame físico é normal. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A. Realizar a nova coleta e orientar o afastamento de desencadeantes de hemólise. ✓**
- B. Solicitar análise molecular do gene G6PD e hemograma para fazer o aconselhamento genético.
- C. Considerar resultado da primeira coleta como diagnóstico definitivo e afastar desencadeantes de crise.
- D. Considerar resultado falso positivo e suspender a nova coleta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Triagem neonatal e teste de RASTREAMENTO, não de diagnóstico: resultado alterado exige confirmação. Diante de triagem positiva para deficiência de G6PD, a conduta é realizar a nova coleta e, já de imediato, orientar o afastamento de desencadeantes de hemólise — naftalina, favas, sulfas, nitrofurantoina, primaquina, dipirona. A orientação não espera a confirmação. Assumir diagnóstico definitivo (C) ou falso-positivo (D) é precipitado; a análise molecular (B) não é o passo inicial. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito D

Menino, 1 ano de idade, iniciou tratamento para hipotireoidismo congênito com 15 dias de vida, sem elucidação etiológica. Apresenta bom crescimento e ganho de peso, além de desenvolvimento neuropsicomotor normal, com dosagens de TSH e hormônios tireoidianos normais e boa aderência ao tratamento. Ultrassonografia de tireoide: glândula tópica de dimensões normais. Segundo o Manual Técnico da Triagem Neonatal Biológica do Ministério da Saúde (2016), qual é a conduta recomendada?

- A. Realizar cintilografia de tireoide para complementar a investigação etiológica
- B. Suspende a reposição hormonal e monitorar crescimento e desenvolvimento.
- C. Reduzir a dose da reposição hormonal em 50% e repetir USG de tireoide em 30 dias.

D. Manter reposição hormonal até dois anos de idade. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotireoidismo congênito tratado desde os 15 dias, SEM elucidação etiológica e com glândula tópica e de dimensões normais ao ultrassom: pode tratar-se de forma transitória ou de disormonogênese. Pelo Manual Técnico da Triagem Neonatal, mantém-se a reposição com levotiroxina até os 2 a 3 anos de idade — período crítico da mielinização — e só então se faz a reavaliação com suspensão teste. Suspende ou reduz agora (B, C) arrisca o neurodesenvolvimento; a cintilografia (A) fica para essa reavaliação futura. Resposta D.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Menina, 7 anos de idade, apresentou artrite em joelho direito há 20 dias com duração de 3 dias, em tornozelo esquerdo há 15 dias com duração de 4 dias e em cotovelo esquerdo há 10 dias com duração de 3 dias. Exame físico: sem sinais de artrite ou outras alterações significativas. A ausculta torácica é normal. Qual é a necessidade de solicitar um ecocardiograma neste caso?

- A. Para afastar endocardite bacteriana.
- B. Para afastar aneurisma de coronária.
- C. Para afastar hipertensão pulmonar.

D. Para afastar cardite subclínica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite MIGRATORIA de grandes articulações, autolimitada em 3 a 4 dias em cada uma, em escolar: quadro clássico de febre reumática. Mesmo com ausculta normal, o ecocardiograma é obrigatório, porque a cardite SUBCLÍNICA — regurgitação mitral ou aórtica sem sopro audível — é critério maior aceito e muda o prognóstico e a duração da profilaxia secundária. Endocardite (A) daria febre persistente e sopro; aneurisma de coronária (B) e da doença de Kawasaki; hipertensão pulmonar (C) não se relaciona. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Recém-nascido (RN) com 28 semanas de idade gestacional, peso de nascimento de 1000g, nasceu vigoroso, mas apresentou desconforto respiratório com 3 minutos de vida, com piora progressiva. Na UTI, RX de tórax apresenta infiltrado reticulogranular. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é a conduta recomendada?

- A. Iniciar ventilação pulmonar invasiva imediatamente.
- B. Iniciar antibioticoterapia após coleta da hemocultura.
- C. Iniciar suporte ventilatório com o CPAP nasal. ✓**
- D. Administrar surfactante exógeno apenas se o RN for intubado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro extremo de 28 semanas, nascido vigoroso, com desconforto respiratório precoce e progressivo e infiltrado reticulogranular (vidro moido) ao Rx: síndrome do desconforto respiratório por deficiência de surfactante. A conduta inicial recomendada é o CPAP nasal precoce, ainda na sala de parto, que reduz a necessidade de ventilação invasiva e a displasia broncopulmonar. Intubar de entrada (A) é evitável; o surfactante é indicado pela gravidade e pode ser administrado por técnicas menos invasivas (derruba D); antibiótico (B) não é a conduta central. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Recém-nascido com 36 semanas de idade gestacional, peso ao nascer de 2850 gramas, filho de mãe secundigesta, hígida, sem intercorrências na gestação, nasceu de parto normal com boa vitalidade. Com 48 horas de vida, está em alojamento conjunto, em aleitamento materno exclusivo, com diurese e evacuação presentes e normais. Exame físico: icterício zona II, sem outras alterações. Qual é a conduta recomendada?

- A. Iniciar fototerapia e coletar bilirrubinas em 24 horas para avaliar alta hospitalar.
- B. Indicar alta hospitalar e reavaliação clínica em 48 horas.
- C. Indicar alta hospitalar sem necessidade de reavaliação precoce.

D. Dosar bilirrubinas para avaliar indicação de fototerapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 36 semanas, prematuro TARDIO e portanto sob risco de hiperbilirrubinemia significativa, com 48 horas de vida e icterícia em zona II de Kramer. A inspeção visual é imprecisa: a conduta é DOSAR a bilirrubina, total e fracionada, transcutânea ou sérica, e plotar no normograma de Bhutani por idade em horas, para decidir sobre fototerapia. Iniciar fototerapia às cegas (A) ou dar alta sem dosagem (B, C) desrespeita a curva horária e pode deixar passar níveis de risco. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

Os pais de Paulo de 7 anos chegam à consulta ambulatorial com os exames do filho que demonstram um quadro sugestivo de leucemia mieloide aguda. Você deverá comunicar o diagnóstico à família. Com base nos principais passos do Protocolo SPIKES de comunicação de más notícias, além de preparar um ambiente privado para conversar com a família, quais seriam suas principais atitudes, em sequência?

- A. investigar o conhecimento e angústias dos pais; identificar o que eles desejam saber; compartilhar as informações de forma pausada evitando jargões médicos; identificar e acolher as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais. ✓**
- B. perguntar sobre a história clínica da criança; compartilhar as informações de forma pausada evitando jargões médicos; identificar e conter as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais.
- C. identificar o que os pais desejam saber; compartilhar as informações de forma objetiva e breve, evitando jargões médicos; identificar e conter as emoções da família; resumir e elaborar um plano de cuidados e acompanhamento com os pais.
- D. perguntar sobre a história clínica da criança; compartilhar as informações de forma pausada e empática evitando jargões médicos; ouvir, identificar e conter as emoções da família; estabelecer uma estratégia de conduta e um sumário para os pais.

COMENTÁRIO OSCELABS

O protocolo SPIKES tem seis etapas: Setting (ambiente), Perception (o que a família já sabe), Invitation (quanto deseja saber), Knowledge (informar de forma gradual, sem jargão), Emotions (ACOLHER, com resposta empática) e Strategy/Summary (resumir e planejar). A alternativa A reproduz exatamente essa sequência. As demais começam por anamnese, em vez de perception e invitation, e sobretudo falam em CONTER emoções — o oposto do preconizado, que é acolher e validar. Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Menino, 15 meses de idade, mantém crescimento abaixo de -2DP (Peso, Estatura e IMC). A família se queixa de baixa aceitação alimentar. Lactente nasceu com 36 semanas de gestação, peso abaixo do Percentil 10 em curvas de crescimento intrauterino, sem intercorrências na evolução neonatal. Mãe fez tratamento para hipotireoidismo na gestação e ultrassom gestacional com 33 semanas identificou oligidrânio. Previsão de estatura final = 167 cm. Exame físico sem alterações. Qual é a conduta mais adequada para a elucidação diagnóstica?

- A. Dosagens séricas de hormônio do crescimento, IGF-1 e IGFBP-3.
- B. RX de esqueleto e de mãos e punhos para avaliar a idade óssea.
- C. Dosagens séricas de T4, TSH e anticorpos antitireoglobulina.
- D. Exame de urina tipo I, ureia, creatinina e eletrólitos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com déficit ponderoestatural abaixo de -2 DP, previsão de estatura final NORMAL (167 cm, compatível com o alvo familiar), antecedente de restrição de crescimento intrauterino e exame físico sem alterações. Antes de investigar o eixo hormonal, é mandatório excluir causas orgânicas ocultas e silenciosas: infecção urinária de repetição, acidose tubular renal e doença renal crônica — daí urina tipo I, ureia, creatinina e eletrólitos. GH e IGF-1 (A) e idade óssea (B) vem depois; a tireoidopatia materna não indica investigar a tireoide da criança (C). Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Menino, 7 anos de idade, é trazido à UBS pela mãe com história de desobediência e agressividade em casa e na escola. Durante a consulta, ele revela sofrer agressões frequentes por parte do pai, inclusive com uso de objetos como cinto e chinelo. Exame físico: bom estado geral, duas equimoses de 3 cm de diâmetro no dorso, sem outras alterações. A criança parece tranquila na consulta e colabora com o exame. Além de orientar a mãe sobre as consequências da violência, quais as condutas recomendadas para o caso?

- A. Como as lesões são leves e a criança parece tranquila, não é necessário acompanhamento específico para a situação de violência.
- B. Comunicar a Delegacia local e o Ministério Público para proteção à criança e eventual destituição do poder familiar por violência.
- C. Reunir informações, avaliar a família, prosseguir com avaliação social e psicológica e comunicar o Conselho Tutelar da região de moradia. ✓**
- D. Orientar a criança quanto ao seu comportamento agressivo e acompanhar o caso individualmente mantendo sigilo do atendimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Violência física intrafamiliar confirmada pelo relato da própria criança, com equimoses ao exame. A conduta correta é clínica e protetiva ao mesmo tempo: reunir informações, avaliar a dinâmica familiar, acionar avaliação social e psicológica e NOTIFICAR o Conselho Tutelar da região de moradia — notificação compulsória pelo ECA, independentemente da gravidade da lesão. Minimizar por lesões leves (A) e omissão; acionar delegacia e Ministério Público para destituição (B) queima etapas; culpabilizar a criança (D) é inadequado. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Menino, 7 anos de idade, apresenta baixa estatura, dificuldade de aprendizagem e comportamento hiperativo. Mãe relata uso frequente de álcool durante toda a gestação. Exame físico: fendas palpebrais curtas, hipoplasia de face média, filtro nasolabial apagado e lábio superior fino. Considerando o diagnóstico de transtorno do espectro alcoólico fetal, qual é a alternativa correta?

- A. Recomenda-se abstinência de bebidas alcoólicas nos dois primeiros trimestres gestacionais, sendo o uso social de álcool permitido no terceiro trimestre de gravidez.
- B. O álcool atravessa a barreira placentária, contudo não atravessa a barreira hematoencefálica fetal, permitindo o consumo de até 10 gramas semanais.

C. Não existe quantidade segura definida para o uso de bebidas alcoólicas na gestação, portanto, a recomendação é abstinência absoluta de álcool durante toda a gravidez. ✓

- D. Mesmo que a gestante se abstenha de ingerir álcool durante a gravidez, uma história pregressa de uso de bebidas alcoólicas aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos do espectro alcoólico fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Transtorno do espectro alcoólico fetal: fendas palpebrais curtas, hipoplasia de face média, filtro nasolabial apagado e lábio superior fino, com déficit cognitivo e hiperatividade. A mensagem central é que NAO existe dose nem período seguro — o álcool é teratogênico em toda a gestação, especialmente no primeiro trimestre (organogênese) e no terceiro (crescimento cerebral). O álcool atravessa a placenta E a barreira hematoencefálica fetal (derruba B), e o consumo pré-gestacional já cessado não causa a síndrome (derruba D). Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Recém-nascida (RN) de 7 dias de vida, é levada à UBS para a primeira consulta pediátrica. Sua mãe foi diagnosticada com toxoplasmose aguda no terceiro trimestre da gestação e iniciou tratamento com espiramicina. O USG fetal identificou calcificações intracranianas. O exame físico da RN é normal, o USG transfontanelar não revelou novas lesões além das já detectadas e sua sorologia é IgG positivo e IgM negativo para toxoplasmose. Com base no protocolo de manejo de toxoplasmose congênita, qual é a conduta mais apropriada?

- A. Iniciar o tratamento com espiramicina e realizar exames mensais de acompanhamento até que a IgM se torne positiva.
- B. Não iniciar o tratamento neste momento, mas realizar acompanhamento mensal com exames físico, neurológico, sorologia e avaliação oftalmológica.

C. Iniciar o tratamento triplice com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico por 12 meses, independentemente de novos achados clínicos. ✓

- D. Repetir a sorologia e ultrassonografia transfontanelar em 15 dias antes de tomar qualquer decisão sobre o início do tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em recém-nascido, IgG positivo com IgM negativo NAO afasta toxoplasmose congênita — o IgG é materno, transferido pela placenta, e o IgM tem baixa sensibilidade no neonato. Aqui há evidência de doença: calcificações intracranianas já documentadas. Todo RN com toxoplasmose congênita confirmada ou provável deve receber tratamento por 12 meses com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico. Espiramicina (A) e para a GESTANTE, antes da infecção fetal; adiar (B, D) permite progressão da coriorretinite e da lesão neurológica. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Menino, 5 dias de vida, apresenta icterícia colestática, púrpura, hepatomegalia e esplenomegalia. Emissão otoacústica: resposta ausente bilateral. Tomografia de crânio: atrofia cortical, dilatação ventricular e calcificações periventriculares. Considerando o diagnóstico mais provável, qual exame é o mais recomendado para identificar o agente etiológico da doença?

- A. Cultura no líquido cefalorraquidiano.
- B. Cultura no sangue.
- C. Dosagem de IgM específica.

D. PCR na urina. para a residência médica 100% focado nas instituições de São Paulo. Preparamos nosso material com didática padrão-ouro vinda de nossos professores especialistas que já foram residentes onde você quer passar. Nosso maior objetivo é ajudar nossos alunos a conquistarem a residência dos sonhos. E para isso, nos certificamos de estarmos juntos até o Inal. juntos até o Inal! Você em 1º lugar na residência dos seus sonhos! A sua aprovação pode ser a próxima a aparecer aqui! Seu nome na lista de aprovados Henrique Bosso 2º lugar na Unifesp em Oftalmologia Beatriz Aveiro 1º lugar no HIAE em Medicina Intensiva Raphaela Bastos 3º lugar na USP-RP em Dermatologia
✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia colestática, púrpura, hepatoesplenomegalia, falha na emissão otoacústica (surdez neurosensorial) e calcificações PERIVENTRICULARES com atrofia cortical: citomegalovírus congênito, a principal causa infecciosa de surdez não genética. O padrão-ouro para identificar o agente é a PCR na URINA, ou na saliva, nas primeiras 3 semanas de vida, quando a excreção viral é altíssima e ainda distingue infecção congênita de perinatal. Sorologia IgM (C) tem baixa sensibilidade; culturas (A, B) não se aplicam a esse vírus. Resposta D.