



USP — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

111 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 B

Homem de 60 anos de idade procura a unidade básica de saúde queixando-se de dor protocinética e após caminhadas em joelhos há 5 anos. O quadro é acompanhado de dor nas mãos, principalmente após esforços, com episódios de rigidez matinal de 15 minutos. No exame clínico dos membros encontram-se joelhos com desvio em varo bilateral, com pequeno derrame articular à esquerda. Hipotrofia muscular de quadríceps bilateralmente (mais acentuada à esquerda), além de crepitação aos movimentos de flexão acima de 90 graus. Há nódulos de Heberden e Bouchard em mãos. Considerando a principal hipótese diagnóstica, marque a correta:

- A. Os estudos mais recentes mostram que a hidroxicloroquina é eficaz.
- B. Anti-inflamatórios tópicos estão recomendados. ✓**
- C. Glicosamina e condroitina melhoram a dor e evitam dano estrutural.
- D. A diacereína está recomendada pelas principais diretrizes da doença.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulos de Heberden e Bouchard, joelho varo, crepitação e rigidez matinal curta (15 min) fecham osteoartrite, não artrite inflamatória. Nas diretrizes atuais, AINE tópico e recomendação forte para OA de joelho/mão, com eficácia analgésica e menor risco gastrointestinal e renal que o AINE oral. Hidroxicloroquina (A) não tem benefício na OA; glicosamina/condroitina (C) não modificam estrutura e tem efeito analgésico marginal; diacereína (D) foi desaconselhada pelas principais diretrizes por eficácia pequena e diarreia. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Mulher de 50 anos de idade procura o ambulatório de clínica médica com queixa de fraqueza muscular proximal de membros superiores e inferiores iniciada há 2 meses, com poliartrite simétrica de pequenas articulações e lesões de pele ilustradas na figura a seguir. Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta:

- A. A doença caracteriza-se por fraqueza muscular, todavia, mialgia é sintoma raro.
- B. A maioria dos pacientes apresenta lesões cutâneas sem comprometimento muscular.
- C. Sugere-se rastreamento para neoplasias, sendo maior o risco nos primeiros anos após diagnóstico da doença. ✓**
- D. Acometimento pulmonar deve fazer pensar em sobreposição com outras doenças, como Esclerose Sistêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza proximal simétrica + poliartrite + lesões cutâneas características apontam dermatomiosite. A associação com neoplasia é clássica (mama, ovário, pulmão, TGI), com risco maior nos primeiros 3 anos após o diagnóstico — por isso se recomenda rastreamento dirigido. Mialgia (A) é frequente; a forma amiotópica (B) é minoria, a regra é haver miopatia; doença pulmonar intersticial (D) e manifestação da própria dermatomiosite (anti-Jo1, anti-MDA5), não exige sobreposição com esclerose sistêmica. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

A embriaguez patológica caracteriza-se por:

- A. Ingestão compulsiva de grandes quantidades de álcool em fases bem delimitadas de tempo com alteração da lucidez de consciência.
- B. Ingestão de pequenas doses de álcool, alucinação tipo macrozoopsia concomitante e convulsões sub-entrantes.
- C. Ingestão de grandes quantidades de álcool, acompanhada de euforia do humor seguida da fase comatosa, com relaxamento esfíncteriano.
- D. Ingestão de grandes quantidades de álcool, acompanhada de euforia do humor seguida da fase comatosa, com relaxamento esfíncteriano.

D. Ingestão de pequenas doses de álcool, crepuscularização da consciência e amnésia lacunar. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

A embriaguez patológica (intoxicação idiossincrática) e reação desproporcional a pequenas doses de álcool, com estado crepuscular da consciência, agitação/agressividade e amnésia lacunar do episódio. Não depende de grande carga alcoólica: exatamente o que distingue das opções que exigem ingestão de grandes quantidades (A, embriaguez em salvas; C, embriaguez aguda comum com fase comatosa). A alternativa B mistura alucinação alcoólica e convulsões, que pertencem à abstinência, não à intoxicação. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Um estudante de biologia de 24 anos de idade é trazido por sua mãe e seu irmão ao Pronto Socorro. Nas últimas duas semanas, o estudante tem ficado progressivamente mais agitado, inquieto, dormindo menos e falando rápido, as vezes difícil de entender. Há dois dias começou a falar que descobriu a cura para a covid-19, tendo enviado várias mensagens eletrônicas para diferentes jornais, instituições públicas e embaixadas. Diz agora que aguarda a ligação de ministros da saúde de vários países para conversar sobre sua descoberta. Quando questionado pelo irmão sobre esses fatos, ficou muito irritado e tentou agredi-lo fisicamente. A família diz que o paciente sempre foi estudioso, trabalhador, carinhoso com os pais e é amigo do irmão. Aos 20 anos de idade, apresentou quadro depressivo e foi tratado com medicamento, cujo nome os familiares não se recordam. Não há antecedentes familiares mórbidos relevantes. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Transtorno Obsessivo Compulsivo.
- B. Esquizofrenia Hebefrênica.
- C. Transtorno Afetivo Bipolar. ✓**
- D. Transtorno de Personalidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois semanas de agitação, redução da necessidade de sono, fala acelerada, delírio de grandeza (curar a covid) e irritabilidade com heteroagressividade configuram episódio maniaco. O antecedente de episódio depressivo aos 20 anos, em jovem previamente funcional, fecha transtorno afetivo bipolar. Esquizofrenia hebefrênica (B) cursa com desorganização e declínio funcional insidioso, sem essa alternância de polaridade; TOC (A) e transtorno de personalidade (D) não produzem quadro agudo com delírio grandioso. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Mulher de 23 anos de idade vem ao Pronto-Socorro com cefaleia contínua há quatro dias. A dor inicialmente era temporal esquerda de moderada intensidade, mas hoje passou a ser holocraniana, de forte intensidade, e associada a náuseas e fotofobia. Nestes quatro dias, medicou-se apenas com dipirona. Refere que tem cefaleia com características semelhantes, mas de fraca intensidade, pelo menos duas a três vezes por mês. Não usa nenhuma medicação contínua. Sem antecedentes patológicos relevantes. O exame clínico (incluindo o exame neurológico) é normal. Na chegada ao Pronto-Socorro recebeu dipirona, cetoprofeno e metoclopramida endovenosa, sem melhora após duas horas. Qual alternativa representa a melhor opção terapêutica?

- A. Morfina.
- B. Metilprednisolona. ✓**
- C. Tramadol.
- D. Clorpromazina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise migranosa arrastada há 4 dias (status migranoso) refrataria a dipirona, cetoprofeno e metoclopramida. A etapa seguinte de resgate é o corticoide sistêmico, que alivia a crise prolongada e, sobretudo, reduz a recorrência precoce após a alta. Opióides (A morfina, C tramadol) devem ser evitados: pouco eficazes na migração, favorecem cefaleia por uso excessivo de medicação e dependência. Clorpromazina (D) e antiodopaminérgico, mesma classe da metoclopramida já usada sem resposta. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Médico de 57 anos de idade veio trazido pela esposa a unidade básica de saúde por alteração do comportamento há dois anos. Antes disso era uma pessoa funcional, e não tinha doenças prévias diagnosticadas. O quadro iniciou com irritabilidade e impulsividade, às vezes parecendo que tinha "perdido o freio mental, falando o que vinha na cabeça". Também passou a comer muito doce, algo que não era comum. Durante toda a consulta, o paciente demonstrava-se inquieto, e às vezes fazia comentários jocosos. Na avaliação cognitiva, apresentava respostas impulsivas e estava um pouco desatento. No miniexame do estado mental, ele fez 26 pontos (perdeu três pontos nas subtrações seriadas e um no comando verbal). O exame clínico não tem outras alterações. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Demência da Doença de Alzheimer.
- B. Transtorno Afetivo Bipolar.
- C. Transtorno de Personalidade.

D. Demência Frontotemporal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 57 anos com dois anos de desinibição ('perdeu o freio mental'), impulsividade, jocosidade, hiperfagia por doces e desatenção, mas com miniexame preservado (26 pontos) — o perfil é de síndrome disexecutiva/comportamental com memória relativamente poupada, típico da demência frontotemporal variante comportamental. Alzheimer (A) começa por memória episódica e idade mais avançada; TAB (B) e transtorno de personalidade (C) não explicam início insidioso e progressivo aos 55 anos em pessoa previamente funcional. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Mulher de 20 anos de idade está internada em um hospital terciário por paralisia flácida ascendente, iniciada há 3 semanas e progredindo ao longo de 7 dias. Não há acometimento de nervos cranianos, antecedente de doença infecciosa ou febre. Não consegue deambular, mas não há acometimento respiratório. Há 15 dias, desenvolveu abdome agudo que resultou em laparotomia branca. Durante o pós-operatório, apresentou crise convulsiva. Tem antecedente pessoal de surto psicótico ocorrido há 1 ano. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o próximo passo?

- A. Prescrever pulsoterapia com Metilprednisolona.
- B. Solicitar PCR para herpes no líquor.

C. Solicitar porfobilinogênio urinário. ✓

- D. Prescrever imunoglobulina EV ou plasmaférese.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com dor abdominal que levou a laparotomia branca, crise convulsiva, antecedente de surto psicótico e agora polineuropatia motora ascendente: a tríade abdome-psique-nervo periférico e a assinatura da porfíria aguda intermitente. O rastreio inicial e o porfobilinogênio urinário na crise. Pulsoterapia (A) e imunoglobulina/plasmaferese (D) tratariam Guillain-Barre, que não explica dor abdominal, convulsão nem psicose previa; PCR para herpes (B) investigaria encefalite, incompatível com a evolução de semanas. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Mulher de 65 anos de idade é atendida no ambulatório de clínica médica por queixa de tosse crônica. Refere que o quadro iniciou há 1 ano, quando realizou tomografia de tórax (imagem à esquerda) como parte da investigação diagnóstica. Nega antecedentes morbidos relevantes. O exame clínico é normal. Realizou nova tomografia de tórax há 15 dias (imagem à direita). Qual é o próximo passo?

- A. Prescrever esquema RHZE.
- B. Prescrever anfotericina.
- C. Solicitar lavado broncoalveolar.

D. Solicitar biópsia pulmonar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pulmonar em paciente sem antecedentes e com exame clínico normal que, em um ano de seguimento tomográfico, cresceu: crescimento documentado e critério de malignidade até prova em contrário e exige diagnóstico histológico. RHZE (A) e anfotericina (B) seriam tratamento empírico sem etiologia comprovada, e o lavado broncoalveolar (C) tem baixo rendimento em lesão periférica, servindo mais a investigação infecciosa. A biópsia (transtorácica ou cirúrgica) é o passo que muda a conduta. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Homem de 47 anos de idade foi resgatado pelos bombeiros após colisão auto x auto, no qual era o condutor de um dos veículos, e trazido ao Pronto Socorro de um hospital terciário. Quatro outras pessoas foram feridas, uma delas falecida no local. Segundo a equipe de resgate, testemunhas viram o paciente convulsionar após o acidente. Após a estabilização inicial adequada, realizou tomografia computadorizada de crânio, mostrada a seguir. Quais são as alterações presentes na tomografia?

A. Hemorragia parenquimatosa, hemorragia intraventricular e lesão axonal difusa. ✓

- B. Hematoma extradural, hemorragia extra-axial intraventricular.
- C. Aneurisma cerebral roto com hemorragia parenquimatosa e meníngea.
- D. Múltiplas metástases cerebrais, com efeito de massa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma de alta energia com convulsão precoce após colisão automobilística. O padrão descrito é de lesão encefálica traumática grave e múltipla: focos hemorrágicos no parênquima, sangue no sistema ventricular e lesão axonal difusa (evidenciada por pequenos focos hemorrágicos na interface substância branca-cinza e no corpo caloso). Hematoma extradural (B) e biconvexo/lenticular e não cursa com hemorragia intraventricular; aneurisma roto (C) e metástases (D) não se encaixam no contexto agudo traumático. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Homem de 17 anos de idade procura o Pronto Socorro por lesão em perna esquerda após trauma local há 4 dias. Hoje está com febre (39,5°C). Foto da lesão mostrada a seguir. Considerando o principal agente etiológico para o quadro, qual das alternativas abaixo traz exclusivamente medicamentos que são eficazes para tratamento como monoterapia?

- A. Clindamicina, cloranfenicol, tigeciclina e amicacina.
- B. Linezolida, vancomicina, oxacilina, teicoplanina. ✓**
- C. Penicilina, oxacilina, claritromicina e gentamicina.
- D. Metronidazol, vancomicina, oxacilina e linezolida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão de partes moles após trauma, evoluindo em 4 dias com febre alta: o agente esperado é o *Staphylococcus aureus* (incluindo cepas comunitárias resistentes à oxacilina). A questão pede o grupo em que TODOS os fármacos funcionam como monoterapia antiestafilocócica — linezolida, vancomicina, oxacilina e teicoplanina cumprem isso. Amicacina e gentamicina (A, C) não devem ser usadas isoladas contra *S. aureus*; claritromicina tem resistência frequente; metronidazol (D) só cobre anaeróbios. Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Homem de 68 anos de idade, aposentado, vem para consulta ambulatorial geral para avaliação de "check-up". Tem hipotireoidismo há 10 anos, em uso de levotiroxina 50 mcg no dia. É tabagista de 1 maço por dia, desde os 15 anos de idade. Quando indagado sobre parar de fumar, entende que o cigarro é a causa dos seus problemas e que gostaria de parar de fumar, mas não se sente preparado para tentar agora, pois ainda precisa dele para aliviar o estresse. No exame clínico, tem peso de 81 kg e altura 150 cm. Pressão arterial: 110 x 76 mmHg. O restante do exame clínico é normal. Traz exames realizados há 2 semanas: Hb: 17 g/dL; Ht 48%; Leucócitos: 8400/mm³, Plaquetas: 347 mil/mm³, Glicemia de jejum: 112 mg/dL; Hemoglobina glicada: 6,0%; Colesterol total: 128 mg/dL; LDL 64 mg/dL HDL 46 mg/dL; Creatinina: 0,8 mg/dL; Ureia: 35 mg/dL; Na: 140 mEq/L K: 3,9 mEq/L, TSH: 8,8 U/mL, T4 livre normal. Segundo as recomendações da US Preventive Services Task Force, além dos exames de rastreamento já realizados, devem ser considerados no plano de cuidado deste paciente:

- A. Radiografia de tórax, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e antígeno prostático específico (PSA) .
- B. Tomografia de tórax de baixa radiação, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e ultrassonografia de tireoide.
- C. Tomografia de tórax de baixa radiação, colonoscopia e USG doppler de aorta abdominal. ✓**
- D. Radiografia de tórax, colonoscopia e ultrassonografia de tireoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 68 anos, tabagista pesado (mais de 50 maços-ano, ativo). Pelas recomendações da USPSTF cabem: TC de tórax de baixa dose (rastreamento de câncer de pulmão em tabagista de 50-80 anos), rastreamento de câncer colorretal — a colonoscopia é uma das estratégias válidas — e USG de aorta abdominal, indicada uma única vez em homens de 65-75 anos que já fumaram. Radiografia de tórax (A, D) não rastreia câncer de pulmão, USG de tireoide não é rastreamento populacional e o PSA não é recomendado de rotina nessa faixa. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 15 e 16: Homem de 68 anos de idade tem insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 36%. Está em uso de enalapril 20 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Durante os últimos meses, persistia com dispneia apenas aos grandes esforços. Procura o pronto atendimento porque há 7 dias apresenta piora da dispneia (atualmente no repouso), tosse seca e febre baixa (37,9°C). No exame clínico, está em regular estado geral, consciente e orientado. FC 88 bpm, PA 90x60 mmHg, saturação de oxigênio em ar ambiente: 89%. Ausculta pulmonar com estertores finos em ambas as bases. O último eletrocardiograma presente em prontuário (realizado há um mês) está apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo eletrocardiograma?

- A. Bloqueio atrioventricular total.
- B. Aneurisma ventricular.
- C. Ritmo juncional.
- D. Bloqueio de ramo esquerdo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, o distúrbio de condução mais prevalente é o bloqueio de ramo esquerdo — QRS alargado (>120 ms), com R alargada/entalhada em D1, aVL, V5-V6 e padrão rS/QS em V1-V2, além de alteração secundária da repolarização. O achado tem peso prognóstico e é critério para terapia de ressincronização. BAV total (A) exigiria dissociação AV com bradicardia (aqui FC 88), ritmo juncional (C) cursa sem P sinusal e aneurisma ventricular (B) se traduz por supra de ST persistente com onda Q. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 15 e 16: Homem de 68 anos de idade tem insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 36%. Está em uso de enalapril 20 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Durante os últimos meses, persistia com dispneia apenas aos grandes esforços. Procura o pronto-atendimento porque há 7 dias apresenta piora da dispneia (atualmente no repouso), tosse seca e febre baixa (37,9°C). No exame clínico, está em regular estado geral, consciente e orientado. FC 88 bpm, PA 90x60 mmHg, saturação de oxigênio em ar ambiente: 89%. Ausculta pulmonar com estertores finos em ambas as bases. Durante a internação para compensação clínica, o paciente realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir. Qual é a principal hipótese diagnóstica para o quadro agudo?

- A. Insuficiência cardíaca descompensada.
- B. Infecção por SARS-CoV-2. ✓**
- C. Pneumonia estreptocócica.
- D. Tromboembolismo pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sete dias de tosse seca, febre baixa e piora progressiva da dispneia, com hipoxemia (SatO₂ 89%) e tomografia com opacidades em vidro fosco de distribuição periférica e bilateral: é o padrão clássico da pneumonia por SARS-CoV-2. IC descompensada (A) daria congestão com derrame e cardiomegalia, e não há ganho de peso ou turgência jugular; pneumonia estreptocócica (C) faz consolidação lobar com febre alta e início abrupto; TEP (D) tem dor pleurítica e hipoxemia sem infiltrado difuso. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Homem de 24 anos de idade, previamente hígido, é levado ao Pronto-Socorro com queda do estado geral, náuseas e vômitos. Há duas semanas tem notado perda de peso (6 kg, aproximadamente 8% do peso inicial). No exame clínico, está sonolento, desidratado +3/+4. Frequência respiratória de 30 ipm, pressão arterial de 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm; abdome flácido, sem sinais de peritonite. O restante do exame clínico é normal. O exame de urina revelou glicosúria 4+/4 e cetonúria 4+/4. A gasometria arterial em ar ambiente evidenciou: pH 7,02; pO₂ 95 mmHg; pCO₂ 26 mmHg; bicarbonato 6 mEq/L; Base excess (BE) -10; SatO₂ em ar ambiente 99%. K⁺ 3,8 mEq/L, Na⁺ 132 mEq/L Cl⁻ 93 mEq/L; Glicemia 400 mg/dL. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que indica condutas que compõem as primeiras duas horas de atendimento:

- A. Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina NPH subcutânea, KCl 19,1% EV.
- B. Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina regular EV, bicarbonato de sódio 8,4% EV.
- C. Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina NPH subcutânea, bicarbonato de sódio 8,4% EV.
- D. Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina regular EV, KCl 19.1% EV. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética (pH 7,02, bicarbonato 6, cetonúria 4+, glicemia 400) com desidratação grave e hipotensão. As primeiras duas horas são: expansão volêmica com SF 0,9%, insulina REGULAR endovenosa em infusão contínua e reposição de potássio — K de 3,8 já é baixo para o contexto e vai despencar com a insulina. Solução a 0,45% (A, B) só entra depois, se sódio corrigido elevado; NPH subcutânea (A, C) não tem lugar na fase aguda; bicarbonato (B, C) só se pH abaixo de 6,9. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Mulher de 66 anos de idade, tem antecedentes de obesidade grau 3 e osteoartrose grave de joelhos. Foi levada por seus familiares ao Pronto Socorro por quadro de desorientação têmporo-espacial e confusão mental, com períodos de agitação intensa há três dias, com piora hoje. Faz uso frequente de medicações para dores dos joelhos, porém os familiares não sabem referi-las. Ao exame clínico encontra-se em regular estado geral, desidratada +2/+4, febril: agitada, não colaborativa ao exame, pressão arterial 140x90 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, frequência respiratória 24 ipm, temperatura axilar de 38,8°C sem déficits neurológicos focais e sem sinais meníngeos; abdome globoso, palpação de massa em hipogástrico com intensa a estacação de dor pela paciente à palpação, sem sinais de peritonite. Restante do exame clínico sem alterações. Glicemia capilar de 140 mg/dL. Qual alternativa traz o conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais para o quadro agudo da paciente?

- A. Passagem de sonda vesical de alívio, coleta de urina tipo I e urocultura; quetiapina e dipirona. ✓**
- B. Tomografia de crânio com contraste, coleta de proteína C-reativa e hemograma; diazepam e AAS.
- C. Tomografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; haloperidol e dipirona.
- D. Ultrassonografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; risperidona e paracetamol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com delírium hiperativo, febre e massa dolorosa em hipogástrico: o quadro é globo vesical com infecção urinária, quadro comum em uso crônico de analgésicos/anticolinérgicos e imobilidade por gonartrose. A conduta reúne diagnóstico e tratamento: sondagem de alívio (esvaziar a bexiga alivia a agitação), urina I e urocultura, antipsicótico atípico em dose baixa e antitérmico. As demais alternativas investigam tórax/crânio/abdome e ignoram a bexiga palpável, e o diazepam (B) piora o delírium. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Qual das valvopatias indicadas a seguir é compatível, quando ocorrida isoladamente, com as alterações presentes neste eletrocardiograma?

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

COMENTÁRIO OSCELABS

O eletrocardiograma mostra sobrecarga atrial esquerda — onda P alargada e bifida em D2 (P mitrale) com componente negativo amplo em V1 —, achado isolado característico da estenose mitral, em que o atrio esquerdo se dilata sem sobrecarga ventricular esquerda. Insuficiência aórtica (A) gera sobrecarga ventricular esquerda de volume; insuficiência tricúspide (C) e estenose pulmonar (D) sobrecarregam câmaras direitas, com P pulmonale e desvio do eixo para a direita. Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Mulher de 58 anos de idade vem a unidade básica de saúde pois apresentou quadro de escurecimento visual durante prática de atividade física. Não houve perda da consciência. Não tem antecedentes morbidos relevantes. No exame clínico, frequência cardíaca 58 bpm. O restante do exame clínico é normal. Realizou o eletrocardiograma apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo do eletrocardiograma?

- A. Eletrocardiograma normal.
- B. Fibrilação atrial de baixa resposta ventricular.
- C. Bloqueio atrioventricular de 2º grau, Mobitz I. ✓**
- D. Bradicardia sinusal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escurecimento visual ao esforço com FC 58 bpm e traçado com alongamento progressivo do intervalo PR até uma onda P bloqueada (fenômeno de Wenckebach), reiniciando o ciclo: bloqueio atrioventricular de 2º grau Mobitz I. Bradicardia sinusal (D) e ECG normal (A) não explicam P bloqueada nem sintoma no esforço; fibrilação atrial (B) exigiria ausência de onda P com RR irregularmente irregular. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 21 a 24: Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido a saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje. O "box" de isolamento em que o paciente está inserido não possui antecâmara. Antes de entrar, o médico já se encontra com uma máscara N95. Ele higieniza as mãos, veste o avental, coloca óculos de proteção, adentra o box e calça as luvas de procedimento. Com relação à paramentação realizada, assinale a alternativa correta.

- A. Não houve erro de paramentação.
- B. As mãos deveriam ser higienizadas novamente após a entrada no box. ✓**
- C. A máscara deveria ter sido trocada antes da entrada no box.
- D. As luvas deveriam ter sido calçadas antes da entrada no box.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência de paramentação para paciente com covid-19 em box sem antecâmara: máscara N95 e avental antes de entrar, e as LUVAS por último, já dentro do box — mas a higiene das mãos deve ser repetida imediatamente antes de calçar as luvas, após a entrada. Foi esse o passo omitido. Não houve erro (A) e falso; a N95 não precisa ser trocada a cada entrada (C); e calçar luvas antes de entrar (D) contaminaria as mãos enluvasadas no trajeto e na macaneta. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 21 a 24: Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido a saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje. Uma vez dentro do "box", o médico ouve o alarme do monitor soar e detecta a arritmia abaixo. A avaliação e tratamento adequados foram feitos e a arritmia foi revertida. Considerando os itens abaixo da prescrição médica do Sr. João, qual item deverá ser suspenso da prescrição?

A. Azitromicina 500mg SNE 1 x ao dia. ✓

B. Ceftriaxona 1g IV 12/12h.

C. Inalação com salbutamol 6/6h.

D. Terbutalina subcutânea ACM.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em UTI por covid-19 que apresenta arritmia ventricular associada a prolongamento do intervalo QT. Na prescrição, a azitromicina é o fármaco que prolonga o QT e favorece torsades de pointes, devendo ser suspensa. Ceftriaxona (B) não tem esse efeito; salbutamol inalatório (C) e terbutalina (D) causam taquicardia e hipocalcemia, mas não são a causa direta do QT longo nem devem ser retirados prioritariamente diante de broncoespasmo. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 21 a 24: Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de Covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido a saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje. O paciente está ventilado sob os seguintes parâmetros: Modo controlado a pressão; FiO₂ = 40%; PEEP 5 cmH₂O; Pressão de pico 17 cmH₂O; Tempo inspiratório de 1 segundo; Frequência respiratória de 10 vpm. Você percebe que o paciente está desconfortável e nota o seguinte registro no monitor: Qual é a principal hipótese para a alteração encontrada no monitor?

A. Vazamento de circuito.

B. Líquido no circuito.

C. Aprisionamento aéreo.

D. Duplo disparo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente desconfortável em modo controlado a pressão com tempo inspiratório de 1 segundo e FR baixa (10 vpm): o registro mostra dois ciclos ventilatórios consecutivos separados por expiração muito curta — duplo disparo, gerado quando a demanda neural do paciente excede o tempo inspiratório programado. Vazamento (A) reduziria o volume expirado; líquido no circuito (B) produz oscilações serrilhadas na curva de fluxo; aprisionamento aéreo (C) aparece como fluxo expiratório que não retorna ao zero. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 21 a 24: Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido à saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje. Baseado no quadro exposto na questão anterior, qual das condutas abaixo será mais eficaz para corrigir a alteração encontrada?

A. Aumento do tempo inspiratório. ✓

B. Revisão do circuito ventilatório.

C. Aumento da PEEP.

D. Redução da pressão de pico.

COMENTÁRIO OSCELABS

No duplo disparo, o ventilador termina a inspiração antes que o esforço inspiratório do paciente acabe, e o segundo esforço dispara novo ciclo empilhado. A correção mais eficaz é ajustar o ventilador à demanda: aumentar o tempo inspiratório (e, quando necessário, sedação/analgesia adequadas). Revisar o circuito (B) resolveria vazamento; aumentar PEEP (C) trata hipoxemia e auto-PEEP; reduzir a pressão de pico (D) agravaria a assincronia por entregar volume ainda menor. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Considere que um determinado teste diagnóstico, de uma infecção, está sendo utilizado em uma cidade onde sua prevalência é 10%. O que se espera dos valores preditivos positivo (VPP), negativo (VPN) e da especificidade (E) deste teste, se o mesmo for aplicado em outra cidade onde a prevalência da infecção é 20%?

A. Diminuirá; aumentará; aumentará.

B. Diminuirá; aumentará; será mantida.

C. Aumentará; aumentará; diminuirá.

D. Aumentará; diminuirá; será mantida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sensibilidade e especificidade são propriedades intrínsecas do teste e não mudam com a prevalência — a especificidade se mantém. Já os valores preditivos dependem da probabilidade pré-teste: subindo a prevalência de 10% para 20%, o valor preditivo positivo AUMENTA (menos falso-positivos proporcionalmente) e o valor preditivo negativo DIMINUI (mais doentes escapam entre os testes negativos). Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Em 2017, foi conduzido na cidade de Kampala, Uganda, um estudo envolvendo 1.583 indivíduos escolhidos por sorteio, moradores de oito locais distantes entre si. Em quatro destes locais foi implantado um programa de educação denominado “estratégia de aceitação”, que objetivava maior resposta comunitária de apoio às vítimas de violência doméstica. Quatro anos depois, a metodologia de amostragem foi repetida nos mesmos locais, envolvendo um total de 2.532 indivíduos. Nas duas ocasiões, foram obtidos dados sobre a ocorrência de violência doméstica (desfecho) e fatores de risco e de proteção. As análises dos dados incluíram o ajuste por intenção de tratamento no nível de cluster. Quando os resultados dos locais que implantaram o programa foram comparados com os resultados dos locais que não implantaram, observou-se que as mulheres que sofreram violência nos locais da intervenção tiveram maior chance de receber respostas comunitárias de apoio. Baseado em BMC Med 12, 122 (2014). Assinale a alternativa que descreve o desenho epidemiológico deste estudo.

- A. Ecológico.
- B. Ensaio clínico randomizado.
- C. Ensaio de comunidade. ✓**
- D. Caso-controle.

COMENTÁRIO OSCELABS

A unidade de alocação da intervenção foi a comunidade (quatro locais receberam o programa educativo e quatro não), com análise por intenção de tratar no nível de cluster e amostras independentes antes e depois. Isso caracteriza ensaio de comunidade (ensaio randomizado por conglomerados). Ensaio clínico randomizado clássico (B) aloca indivíduos; estudo ecológico (A) e observacional e usa apenas dados agregados, sem intervenção; caso-controle (D) parte do desfecho para a exposição. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Uma das preocupações dos órgãos públicos da Saúde no enfrentamento da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 é a segunda onda epidêmica. Assinale a alternativa que apresenta o fator que influencia diretamente a ocorrência de uma nova onda epidêmica.

- A. A taxa de letalidade da covid-19 na primeira onda.
- B. A proporção de suscetíveis na população. ✓**
- C. A testagem sorológica em massa.
- D. A subnotificação dos casos confirmados de Covid -19.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uma nova onda epidêmica depende de o número reprodutivo efetivo voltar a superar 1, e o determinante direto disso é o tamanho do contingente de suscetíveis — pessoas não infectadas nem vacinadas, ou que perderam imunidade. Letalidade da primeira onda (A) mede gravidade, não transmissão; testagem sorológica em massa (C) e subnotificação (D) afetam a MEDIDA e a percepção da epidemia, não a dinâmica de transmissão em si. Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Um estudo de coorte foi realizado no Brasil com o objetivo de investigar fatores de risco associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente. Foi incluída uma amostra de crianças e adolescentes de 2 a 16 anos de idade. Alguns resultados são apresentados na tabela abaixo: Tabela X - Distribuição dos participantes segundo diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado. e variáveis selecionadas, risco relativo (RR) e seu intervalo de 95% de confiança (IC95%), Estado de São Paulo, 2014 - 2018. Obs.: n*=número de indivíduos; NR#=não reagente; Dengue^=diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado. Assinale a alternativa correta quanto aos fatores significativamente associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente:

- A. Morar em apartamento foi um fator de proteção. ✓**
- B. Sexo feminino foi um fator de risco.
- C. Ter sorologia prévia reagente foi um fator de proteção.
- D. Frequentar escola foi um fator de risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na tabela, o único fator com medida de associação abaixo de 1 e intervalo de 95% de confiança que não cruza a unidade é morar em apartamento — logo, fator de PROTEÇÃO, coerente com a menor exposição domiciliar ao *Aedes aegypti*. Sexo (B) e frequentar escola (D) tiveram RR com IC incluindo 1, ou seja, sem significância estatística; sorologia prévia reagente (C) indica infecção anterior e, na dengue, aumenta o risco de forma sintomática em infecção heteróloga. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

A seleção do grupo controle ideal em estudos de casos e controles sobre malformações congênitas ainda é um ponto de controvérsia entre epidemiologistas. Alguns defendem que o grupo controle deve ser formado por crianças sem malformação congênita, enquanto outros argumentam que o grupo controle ideal deveria ser formado por crianças com uma malformação congênita distinta daquela em estudo. No centro deste debate está a validade interna dos estudos, em particular a ocorrência de dois tipos distintos de erro sistemático (vieses de memória e de seleção). Diante do exposto, assinale a alternativa que indica o efeito esperado dos vieses de memória e de seleção, respectivamente, nos valores de odds ratio (OR) em estudos de caso-controle sobre malformações congênitas.

- A. Superestimados e subestimados. ✓**
- B. Subestimados e superestimados.
- C. Ambos sejam superestimados.
- D. Ambos valores não sofrem influência.

COMENTÁRIO OSCELABS

São vieses com direções opostas. O vies de memória superestima a OR: mães de crianças malformadas recordam e relatam exposições com muito mais detalhe que mães de crianças saudáveis, inflando a exposição entre os casos. Já usar como controle crianças com OUTRA malformação gera vies de seleção que subestima a OR, porque esses controles compartilham muitos dos mesmos fatores de risco do grupo caso, aproximando as frequências de exposição. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Com base nos dados da tabela a seguir, assinale a alternativa que representa a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

- A. Aumento da cobertura do pré-natal (maior número de gestantes fazendo pré-natal).
- B. Campanhas para aumentar a testagem rápida para a sífilis entre gestantes e parceiros.

C. Campanhas de conscientização da população acerca da sífilis adquirida e congênita.

D. Supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Quando a cobertura de pré-natal e a testagem já estão altas e ainda assim a sífilis congênita cresce, o gargalo não é o acesso, e sim a QUALIDADE do cuidado: tratamento materno com penicilina benzatina em dose e tempo corretos, tratamento do parceiro e seguimento sorológico. Ampliar cobertura (A), testagem (B) ou campanhas de conscientização (C) tem impacto marginal quando a gestante já é captada e diagnosticada, mas não adequadamente tratada. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

A tabela a seguir apresenta os resultados de um estudo caso-controle que teve como objetivo avaliar a associação entre tuberculose e diabetes. Os casos incidentes de tuberculose pulmonar foram selecionados em serviços públicos da cidade de Salvador, assim como seus controles, sem tuberculose pulmonar. A variável “tem diagnóstico de diabetes” foi categorizada em sim e não com base no valor de corte da glicemia capilar proposto pela American Diabetes Association. Assinale a alternativa que apresenta o valor da medida de associação adequada para o desenho do estudo relacionada ao risco de indivíduos com diabetes apresentarem tuberculose, em relação aos não diabéticos.

A. 0,37.

B. 0,41.

C. 2,44.

D. 2,67. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Em estudo caso-controle não se calcula risco relativo — a amostragem parte do desfecho e a incidência é desconhecida. A medida adequada é a odds ratio, obtida pela razão dos produtos cruzados da tabela 2x2, cujo valor é 2,67: diabéticos têm chance 2,67 vezes maior de ter tuberculose pulmonar do que não diabéticos. Os valores abaixo de 1 (A, B) correspondem a razão invertida, e 2,44 seria o risco relativo, inaplicável a este desenho. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Uma médica de família atende muitos casos de dependência química na Unidade Básica de Saúde onde trabalha. Para se capacitar, passou a aplicar escalas de avaliação destes casos. Ao atender um paciente adulto, aplicou um instrumento da Organização Panamericana da Saúde, cujos resultados foram dois pontos para maconha e 23 para álcool. Para o tratamento do paciente, está prevista a intervenção breve. Considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde e as formas de trabalho em equipe previstas pela Estratégia Saúde da Família, a médica de família deve:

A. Encaminhar o paciente para a rede especializada.

B. Encaminhar o paciente para atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

C. Pedir apoio ao matriciamento. ✓

D. Confirmar o diagnóstico com teste toxicológico antes de iniciar o tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pontuação de 23 no ASSIST para álcool situa o paciente na faixa de uso de risco/nocivo, com indicação justamente de intervenção breve na própria Atenção Primária. Encaminhar (A, B) fere a coordenação do cuidado e a longitudinalidade quando o caso é manejável na UBS; o teste toxicológico (D) não acrescenta a um instrumento já aplicado. O apoio matricial permite que a equipe de saúde mental compartilhe o cuidado sem transferir o paciente. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Você está atendendo a consulta de pré-natal de uma gestante de baixo risco muito interessada e que faz várias perguntas. A consulta já passou do tempo previsto e você tem muitas pacientes aguardando consulta, mas precisa solicitar os exames de rotina da gestação. Em relação às orientações e ao consentimento sobre os exames a serem solicitados, assinale a alternativa correta.

- A. O consentimento não é obrigatório caso você oriente a paciente a se informar sobre os exames, pela internet ou outros meios.
- B. Você deve sempre informar o que é e para que serve cada um dos exames solicitados e a paciente deve consentir em fazê-los. ✓**
- C. Exames, quando previstos em protocolo do Ministério da Saúde, não necessitam de consentimento do paciente para serem realizados.
- D. No pré-natal não é necessário consentimento da gestante para a realização dos procedimentos previstos, já que o cuidado da criança é prioritário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Autonomia e consentimento informado não são dispensáveis por falta de tempo, por existir protocolo do Ministério da Saúde ou por o exame ser 'de rotina'. Todo exame solicitado exige explicação sobre o que é, para que serve e o que se fará com o resultado, e a gestante precisa concordar. Delegar a informação à internet (A), invocar protocolo (C) ou subordinar a autonomia da gestante ao interesse do feto (D) são violações éticas. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Você, médico de uma Unidade Básica de Saúde, recebe uma paciente de 30 anos de idade, sem fatores de risco para câncer de mama, mas que acredita que fazer exames preventivos é a melhor forma de se cuidar. Por isso, solicita que você peça uma mamografia de rotina para ela. No entanto, você considera recusar o pedido da paciente quanto à solicitação da mamografia pois isto configura uma medida de prevenção: Assinale a alternativa correta:

- A. Primária.
- B. Secundária.
- C. Terciária.
- D. Quaternária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção quaternária é a ação que protege o paciente de intervenções médicas desnecessárias e de suas consequências (sobrediagnóstico, falso-positivo, biopsias, ansiedade). Recusar mamografia em mulher de 30 anos sem fatores de risco, fora da faixa de rastreamento, e exatamente isso. Primária (A) evita a doença ocorrer; secundária (B) e o rastreamento propriamente dito, na população-alvo correta; terciária (C) reduz sequelas de doença já estabelecida. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

No verão 2014-2015, observou-se no Brasil a emergência de um agente infeccioso até então não descrito nas Américas, o vírus Zika. A maioria das infecções é assintomática. Os quadros sintomáticos caracterizam-se pela presença de exantema morbiliforme e hiperemia de conjuntivas, de curta duração, e frequentemente sem febre. Um estudo realizado em Salvador (BA) estimou que 70% da população foi infectada na primeira onda epidêmica. Cerca de um ano após a emergência, descreveu-se no país o quadro da síndrome congênita pelo vírus Zika, resultante da transmissão vertical. A síndrome congênita caracteriza-se pelo intenso comprometimento da neurogênese, resultando em microcefalia, hidrocefalia, hipoplasia do cerebelo, dilatação ventricular, comprometimento oto-oftalmológico e artrogripose. As propriedades de infectividade, patogenicidade e virulência do vírus Zika podem ser classificadas respectivamente como:

- A. Alta, baixa, alta. ✓**
- B. Alta, alta, alta.
- C. Baixa, alta, baixa.
- D. Baixa, baixa, alta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infectividade e a capacidade de infectar: 70% da população de Salvador foi infectada na primeira onda — ALTA. Patogenicidade e a proporção de infectados que adoecem: a maioria das infecções é assintomática — BAIXA. Virulência e a gravidade entre os que adoecem: a síndrome congênita cursa com microcefalia, hidrocefalia, comprometimento oto-oftalmológico e artrogripose, quadro devastador — ALTA. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Em relação à infecção pelo vírus da hepatite B, assinale a alternativa correta:

- A. A infecção confere imunidade duradoura por toda a vida.
- B. A infecção perinatal apresenta maior risco de cronificação. ✓**
- C. Anti-HBe reagente é indicador de menor risco de transmissão.
- D. Anti-HBs reagente é indicador de maior risco de transmissão.

COMENTÁRIO OSCELABS

A idade em que a infecção ocorre e o principal determinante de cronificação na hepatite B: cerca de 90% dos infectados no período perinatal evoluem para infecção crônica, contra menos de 5% dos adultos imunocompetentes — daí a importância da vacina e da imunoglobulina nas primeiras horas de vida. A infecção resolvida não garante proteção eterna, pois o cccDNA persiste e pode reativar sob imunossupressão (A); anti-HBs reagente marca IMUNIDADE, e não transmissibilidade (D). Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Quanto à ocorrência de hanseníase no Brasil, é correto afirmar que:

- A. A taxa de detecção está em queda no país.
- B. A doença é mais frequente em adultos jovens e adolescentes.
- C. A alta proporção de casos multibacilares indica diagnóstico tardio. ✓**
- D. A proporção de casos paucibacilares é alta no país.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hanseníase é doença de longo período de incubação: quando o caso é detectado já na forma multibacilar, significa que circulou anos sem diagnóstico, mantendo a cadeia de transmissão. Por isso alta proporção de multibacilares e indicador de diagnóstico TARDIO e de detecção oculta na comunidade. A doença predomina em adultos (não adolescentes, B), e no Brasil a proporção de paucibacilares é baixa (D); a queda na taxa de detecção (A) reflete em parte subdiagnóstico, não controle. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

A Vigilância Sanitária (VS) é uma das atividades exercidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é definida como as “ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas de saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. Entre as áreas de atuação da VS existem áreas de intersecção com a vigilância epidemiológica, dentre elas estão a vigilância de:

- A. Alimentos.
- B. Efeitos adversos de fármacos. ✓**
- C. Água para consumo humano.
- D. Qualidade do ar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A farmacovigilância — monitoramento de eventos adversos a medicamentos — e o campo em que vigilância sanitária e vigilância epidemiológica se sobrepõem: o produto é regulado pela VISA, mas o agravo no indivíduo é notificado, investigado e analisado com método epidemiológico. Alimentos (A), água para consumo humano (C) e qualidade do ar (D) são objetos clássicos e próprios da vigilância sanitária e ambiental, com atuação sobre o produto e o ambiente. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, assinale a alternativa correta.

- A. Os gastos públicos com saúde, oriundos de impostos e contribuições sociais, representam aproximadamente 43% dos gastos totais com saúde no Brasil e o restante é gasto privado, com planos de saúde, compra de medicamentos e gastos diretos de indivíduos e famílias. ✓**
- B. Do total de gastos do sistema de saúde, o percentual de gastos públicos é dirigido somente para os 80% da população que usam exclusivamente o sistema público.
- C. O financiamento da saúde suplementar é composto em maior parte pelo desembolso de indivíduos e famílias e em menor parte por empregadores e associações que financiam planos de saúde coletivos.
- D. Na composição do orçamento público federal da saúde, o item de maior despesa do Sistema Único de Saúde é a assistência farmacêutica (fornecimento de medicamentos à população).

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil, apesar de o SUS ser universal, o gasto público responde por menos da metade do gasto total em saúde — cerca de 43% —, e o restante é privado (planos, medicamentos e desembolso direto das famílias). Essa é a inversão que caracteriza o subfinanciamento do sistema. O gasto público não se dirige 'somente' a quem usa exclusivamente o SUS (B); na saúde suplementar predominam os planos coletivos empresariais (C); e a maior despesa federal é a assistência hospitalar e ambulatorial, não a farmacêutica (D). Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Uma paciente HIV-positiva está em tratamento e tem um plano de saúde oferecido pela empresa na qual trabalha. Ela é acompanhada por infectologista em consultório particular e realiza exames cobertos por seu convênio médico. Todos os meses, a paciente retira gratuitamente medicamentos antirretrovirais dispensados por serviço público de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Qual é o princípio do SUS que garante às pessoas o acesso a esses medicamentos?

- A. Equidade.
- B. Ressarcimento.
- C. Universalidade. ✓**
- D. Hierarquização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Universalidade é o princípio que garante acesso às ações e serviços de saúde a TODOS, independentemente de contribuição, renda ou de possuir plano privado — por isso a paciente com convênio retira gratuitamente os antirretrovirais na rede pública. Equidade (A) trata de oferecer mais a quem mais precisa; hierarquização (D) é princípio organizativo de níveis de complexidade; e ressarcimento (B) não é princípio do SUS, e sim a obrigação das operadoras de reembolsarem o SUS. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Um médico de uma equipe de Saúde da Família, notando o aumento do número de casos de AIDS na área de cobertura de sua Unidade Básica de Saúde, decide realizar um inquérito populacional na região para investigar a vulnerabilidade da população local à infecção pelo HIV. Considerando-se os modos de exposição à infecção pelo HIV e as três dimensões utilizadas nas análises de vulnerabilidade, assinale a alternativa que apresenta o aspecto relevante a ser incluído no estudo e a dimensão de vulnerabilidade a que está relacionado:

- A. Acesso a meios de comunicação (dimensão programática).
- B. Relações de gênero (dimensão social). ✓**
- C. Acesso a testagem e aconselhamento (dimensão individual).
- D. Qualidade dos serviços de saúde (dimensão social).

COMENTÁRIO OSCELABS

Na análise de vulnerabilidade ao HIV, a dimensão INDIVIDUAL trata de conhecimento e comportamento; a SOCIAL, dos determinantes coletivos — escolaridade, renda, acesso à informação e relações de gênero, que definem o poder de negociar o uso do preservativo; e a PROGRAMÁTICA, da resposta institucional (serviços, testagem, aconselhamento, insumos). Assim, acesso a meios de comunicação e testagem/aconselhamento pertencem, respectivamente, às dimensões social e programática, e qualidade dos serviços e programática. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Mulher de 65 anos de idade, oriunda de região rural e vivendo em São Paulo há dois anos procura a Unidade Básica de Saúde porque está com sangramento vaginal esporádico há seis meses. Estava com medo de ir à consulta médica porque nunca fez exame ginecológico e tem muita vergonha. Acha que o sangramento acontece porque a “mãe do corpo” está muito baixa e vem tomando chá sem melhora. O caso remete à importante tarefa do cuidado em saúde, particularmente na atenção primária, que é a construção de contatos terapêuticos culturalmente sensíveis. Nesse sentido, é correto afirmar que:

- A. É necessário desmistificar respeitosamente a noção de “mãe do corpo” para que o contato terapêutico possa ser bem-sucedido.

- B. É necessário estabelecer as racionalidades terapêuticas diversas para uma boa relação médico-paciente.
- C. É necessário adaptar os termos usados pelos profissionais ao universo cultural dos pacientes para que a explicação correta do adoecimento e, em consequência, a do tratamento supere medos e constrangimentos.
- D. É necessário relacionar a experiência da doença vivida pelos pacientes com o modo como é compreendida pelos profissionais de saúde para que a interculturalidade possa ser produtiva. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A competência cultural não consiste em corrigir ou 'desmistificar' a explicação da paciente ('mãe do corpo'), nem em apenas traduzir termos técnicos: consiste em articular a experiência do adoecimento vivida pela pessoa com a compreensão biomédica, num encontro em que as duas racionalidades dialogam. Isso é o que torna a interculturalidade produtiva e viabiliza a investigação do sangramento pós-menopausa sem romper o vínculo. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Para que o sistema de saúde brasileiro se torne mais resolutivo, é fundamental que o nível de Atenção Primária à Saúde:

- A. Realize ações rotineiras de baixa complexidade no cuidado da saúde das pessoas e famílias de baixa renda e encaminhe para os níveis secundário e terciário do sistema os problemas de difícil solução.
- B. Ordene-se segundo os atributos de porta de entrada para o sistema, de acolhimento às demandas de saúde de pessoas, famílias e comunidades, de coordenação do cuidado e de longitudinalidade. ✓**
- C. Exerça prioritariamente ações preventivas e de promoção da saúde, atendendo às demandas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação quando houver recursos financeiros suficientes.
- D. Seja o responsável por combater os determinantes sociais do processo saúde-doença- cuidado no nível individual, da família e da comunidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Resolutividade na APS depende dos seus atributos essenciais: primeiro contato/porta de entrada com acolhimento à demanda, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado na rede. Definir a APS como 'baixa complexidade para população de baixa renda' que encaminha o que é difícil (A) e a caricatura de atenção primária seletiva; restringi-la à prevenção e promoção (C) ou responsabiliza-la sozinha pelos determinantes sociais (D) desconhece seu papel clínico e a corresponsabilidade intersetorial. Resposta B.

QUESTÃO 44 — Gabarito A

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina é fundamental que a formação médica promova o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Dentre outras, estas competências incluem:

- A. Prática do cuidado centrado na pessoa, organização do processo de trabalho, comunicação. ✓**
- B. Responsabilidade social, tolerância ao estresse, trabalho interprofissional.
- C. Construção coletiva de conhecimento, trabalho em equipe, tolerância à frustração.
- D. Priorização de problemas, prática do cuidado centrado na pessoa, praticar a liderança verticalizada nas relações interpessoais.

COMENTÁRIO OSCELABS

As Diretrizes Curriculares Nacionais estruturam a formação médica em três áreas de competência: Atenção à Saúde (cuidado centrado na pessoa e na comunidade), Gestão em Saúde (organização do processo de trabalho e do sistema) e Educação em Saúde (comunicação, aprendizagem e educação permanente). A alternativa A traz exatamente um representante de cada eixo. As demais misturam atributos pessoais (tolerância ao estresse, tolerância à frustração) e a liderança verticalizada, que contraria o trabalho interprofissional. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

O agente comunitário traz para a reunião da equipe de Saúde da Família o caso de uma puérpera de 17 anos de idade que está em casa com seu recém-nascido (RN) de 3 dias de vida, após alta do Hospital Universitário naquele dia. Fez pré-natal na Unidade Básica de Saúde a partir dos cinco meses de gestação, sem intercorrências e os exames de rotina foram normais. Segundo informações do hospital, a criança nasceu de parto vaginal, a termo, Peso= 2.800g, sem intercorrências. Saiu do hospital com aleitamento materno exclusivo, recebeu BCG e uma dose da vacina para o vírus da hepatite B, foi registrada. Qual é a medida imediata que deve ser adotada neste caso?

- A. Agendar para a semana seguinte uma consulta médica com o pediatra do Hospital Universitário pois a primeira semana de vida é o período de maior risco para esse RN de mãe adolescente.
- B. Agendar uma consulta com o médico de família quando o RN fizer 1 mês de vida, pois a gestação foi de baixo risco, não houve intercorrências no parto e a criança nasceu saudável.
- C. Inscrever a puérpera no grupo de apoio às mães adolescentes que fazem encontros semanais, para que ela possa receber orientações sobre os cuidados com o RN.

D. Realizar uma visita domiciliar ainda na primeira semana de vida do RN para verificar a saúde do binômio mãe-filho, e garantir a manutenção da amamentação exclusiva. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A primeira semana de vida concentra o maior risco de morbimortalidade neonatal, e a diretriz da Atenção Básica e a visita domiciliar até o 5º dia (Primeira Semana de Saúde Integral), avaliando o binômio: peso, icterícia, coto umbilical, eliminações, pega e manutenção do aleitamento materno exclusivo, além da puérpera. Agendar consulta para a semana seguinte (A) ou para 1 mês (B) perde a janela crítica; o grupo de mães adolescentes (C) é complementar, não a medida imediata. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

A linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade prevê:

- A. O encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade para aumentar as chances de sucesso dos tratamentos disponíveis nesse nível de atenção à saúde.
- B. A realização de exames laboratoriais a cada 3 meses para monitoramento das comorbidades associadas ao excesso de peso.

C. A integração em todos os níveis de atenção à saúde do sistema de saúde regionalizado. ✓

- D. A convocação das pessoas com excesso de peso quando elas se encontram nas fases iniciais de ganho de peso.

COMENTÁRIO OSCELABS

A linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade se organiza como cuidado contínuo e INTEGRADO em todos os níveis do sistema regionalizado, com a Atenção Primária como coordenadora e ordenadora, acionando ambulatorio especializado e cirurgia bariátrica quando indicado. Encaminhar todos para maior complexidade (A) inverte a lógica; exames trimestrais fixos (B) não tem respaldo; e convocação apenas na fase inicial de ganho de peso (D) exclui justamente quem mais precisa. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Qual dos procedimentos abaixo reduz a ocorrência de vies de seleção em um ensaio clínico?

- A. Realizar a análise por intenção de tratamento. ✓**
- B. Atingir número mínimo da amostra calculada.
- C. Realizar a sequência alternada de entrada de indivíduos na alocação dos grupos.
- D. Realizar o cegamento do efeito da terapia testada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O vies de seleção em ensaio clínico é o desequilíbrio entre os grupos formados. A análise por intenção de tratar preserva a randomização: cada participante é analisado no grupo em que foi alocado, mesmo que troque de tratamento ou abandone, mantendo a comparabilidade. Tamanho de amostra (B) afeta o poder estatístico, não o vies; sequência alternada (C) é previsível e CAUSA vies de seleção; e o cegamento (D) protege contra vies de aferição/desempenho. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Menina, 1 ano de idade, com antecedente de prematuridade, epilepsia, hidrocefalia e derivação ventrículo peritoneal colocada no primeiro mês de vida, iniciou quadro de tosse, coriza hialina e febre há um dia. Há cerca de 30 minutos, começou a apresentar crise epiléptica tônico-clônica generalizada sendo levada a um serviço de emergência. Na admissão, foi colocada em sala de emergência e monitorizada. Oferecido oxigênio com máscara de Venturi 50%. Inicialmente recebeu uma dose de midazolam intramuscular e, após obtenção de acesso venoso, uma dose de diazepam e antitérmico. A crise cessou e, na reavaliação, a paciente se apresenta em regular estado geral, não responsiva, hidratada, descorada 1+/4+, FC: 106 bpm, PA: 82/40 mmHg, tempo de enchimento capilar 2 segundos, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares e expansibilidade reduzidos bilateralmente, FR: 10 ipm, SatO₂: 90% com a Venturi 50%, sem tiragens. Temperatura 37,8°C. Glicemia capilar: 68 mg/dL. Sem outras alterações ao exame clínico. Qual é a conduta emergencial nesse momento?

- A. Administrar flumazenil endovenoso.
- B. Iniciar ventilação com pressão positiva. ✓**
- C. Realizar elevação da cabeceira e infundir manitol.
- D. Inserir derivação ventricular externa de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Após a crise e duas doses de benzodiazepínico, a criança está não responsiva, com FR de 10 ipm e SatO₂ de 90% mesmo em Venturi 50%, com expansibilidade reduzida e insuficiência respiratória por depressão do drive, e a prioridade é o B — ventilação com pressão positiva sob máscara. Flumazenil (A) é contraindicado em epiléptico, pois precipita crise refratária; manitol (C) e derivação externa (D) tratariam hipertensão intracraniana, sem sinais aqui e sem via aérea garantida. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Menina, 1 ano e 7 meses de idade, previamente hígida, deu entrada no pronto atendimento pois há cerca de uma hora estava correndo quando colidiu contra a lateral da mesa de jantar. Apresentou choro intenso seguido de um episódio de vômito. Nega perda de consciência. Quando questionada sobre dor, a menor aponta para a testa e chora. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, corada, hidratada, chorosa. FC: 110 bpm, PA: 96/50 mmHg, FR: 25 irpm. Movimenta os quatro membros normalmente. Região frontal conforme imagem abaixo. Frente ao quadro apresentado, qual é a conduta?

- A. Realizar de tomografia de crânio sem contraste com sedação.
- B. Administrar anti-emético e manter observação hospitalar por 6 horas.
- C. Liberar a criança com analgesia e orientações sobre sinais de alarme. ✓**
- D. Aplicar compressa fria local e solicitar radiografia de crânio duas incidências.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 1 ano e 7 meses com trauma craniano de baixa energia, hematoma frontal, sem perda de consciência, com apenas um vômito, alerta, sem déficit e com exame neurológico normal. Pelo PECARN, hematoma FRONTAL isolado em criança de baixo risco não indica tomografia — o risco de lesão intracraniana clinicamente importante é muito baixo. Radiografia de crânio (D) não afasta lesão intracraniana; TC com sedação (A) e observação prolongada (B) expõem sem benefício. Alta com analgesia e sinais de alarme. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Menino, 1 mês de vida, nascido de termo, sem intercorrências no parto é trazido ao pronto atendimento devido hipotatividade e sonolência. Mãe refere que está aguardando nova amostra do teste do pezinho, pois o primeiro (abaixo) veio alterado. Ao exame clínico, criança em regular estado geral, anictérico, acianótico, mucosas secas, fontanela algo deprimida, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. FC: 140 bpm; FR: 40 irpm; PA: 72/40 mmHg; Saturação: 96% em ar ambiente. Restante do exame sem alteração. Obtidos exames complementares, com os resultados abaixo: ECG: imagem abaixo Gasometria venosa: pH: 7,50; PaO₂: 40 mmHg, pCO₂: 45 mmHg, HCO₃⁻: 32 mEq/L, Saturação: 80% Sódio 127 mEq/L; Cálcio iônico: 1,08; Potássio 3,0 mEq/L; Cloro 82 mEq/L. Qual é o tratamento indicado para correção dos distúrbios hidroeletrolíticos apresentados?

- A. Cloreto de potássio 19,1% 0,5mEq/kg endovenoso em 1 hora.
- B. Gluconato de cálcio 10% 2mL/kg endovenoso em 5 a 10 minutos.
- C. Hidrocortisona 100 mg/m² endovenoso em bolus.
- D. Cloreto de sódio 0,9% 20 mL/kg endovenoso em 20 minutos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com desidratação grave e ma perfusao (TEC de 4 segundos, mucosas secas, fontanela deprimida) — antes de qualquer correcao eletrolitica fina, a prioridade é restaurar a volemia com cristalóide isotônico, 20 mL/kg em bolus. E a expansão que corrige a contração de volume que perpetua a hiponatremia e a alcalose hipocloremica. KCl (A) só após garantir diurese e nunca em bolus rápido; gluconato de cálcio (B) exigiria hipocalcemia sintomática; hidrocortisona (C) seria para crise adrenal, que cursa com hipercalemia e acidose. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Menina, 5 anos de idade, previamente hígida, há 5 dias começou a apresentar lesões planas em membros inferiores. As lesões, representadas na imagem abaixo, não são pruriginosas, não são palpáveis e não desaparecem a digitopressão. Trazida pela mãe ao pronto atendimento, pois as lesões aumentaram e começaram a aparecer em outras partes do corpo. Nega qualquer outro sintoma associado e o restante do exame clínico não tem alterações. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual das alternativas abaixo contém opções de tratamento?

A. Hiperhidratação endovenosa e alopurinol, seguidos de quimioterapia.

B. Observação para casos mais leves, corticosteroide ou imunoglobulina para casos mais graves. ✓

C. Vitamina K para casos mais leves, plasma fresco congelado para casos mais graves

D. Expansão volêmica com NaCl 0,9% associada a cefalosporina de terceira geração.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões purpúricas planas, NÃO palpáveis, que não desaparecem a digitopressão, em criança previamente hígida e sem qualquer outro sintoma ou alteração ao exame: é purpura trombocitopênica imune. O curso é benigno e autolimitado na maioria — observação nos casos leves, corticoide ou imunoglobulina nos sangramentos importantes. Leucemia (A) traria hepatoesplenomegalia, palidez e adenomegalia; doença hemorrágica por vitamina K (C) não ocorre nessa idade; meningococemia (D) cursaria com toxemia e purpura palpável. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Menina, 8 anos de idade, portadora de anemia falciforme, foi admitida no serviço de emergência devido quadro de febre, dificuldade para respirar e dor em hemitórax direito há 1 dia. Feito radiografia de tórax com presença de consolidação segmentar em lobo inferior direito. Ao exame, paciente em regular estado geral, FC: 125 bpm, FR: 38 ipm, com tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula, saturação de 85% em ar ambiente, 92% em máscara não-reinalante. Resultados de exame com Hb: 6,8 g/dL, Ht: 18% (Hb basal de 7,5 g/dL). A paciente em questão tem história de ter apresentado anafilaxia em transfusão prévia de concentrado de hemácias. Com relação à indicação de hemocomponentes para essa paciente, qual das alternativas está correta?

A. Está indicado concentrado de hemácias lavado e desleucocitado. ✓

B. Está indicado concentrado de hemácias irradiado.

C. Está indicado concentrado de hemácias sem modificação, mas com pré-medicação.

D. Não está indicado concentrado de hemácias neste momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de ANAFILAXIA em transfusão prévia aponta deficiência de IgA com anticorpos anti-IgA: a profilaxia e retirar o plasma residual da bolsa, ou seja, concentrado de hemácias LAVADO (a desleucocitação complementa, prevenindo reação febril e aloimunização). Irradiação (B) previne doença do enxerto contra hospedeiro, não anafilaxia; pré-medicação (C) não protege contra anafilaxia por anti-IgA; e a transfusão está indicada, pois há síndrome torácica aguda com hipoxemia e queda de hemoglobina. Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Menino, 6 anos de idade, com diagnóstico prévio de asma, dá entrada em serviço de emergência referenciada transferido de unidade de pronto atendimento devido à crise asmática. A queixa é de desconforto respiratório há um dia, sem outros sintomas associados. No serviço de origem, o paciente foi admitido em regular estado geral, pálido, hipoativo, com fala entrecortada, FC: 140 bpm, FR: 45 irpm, satO₂: 92% em máscara não-reinalante, ausculta pulmonar globalmente diminuída, com tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula. Recebeu corticoide sistêmico, além de salbutamol e brometo de ipratrópio inalatórios por uma hora. Após essas medidas, o paciente chega ao serviço atual em regular estado geral, corado, FC: 145 bpm, FR 36 irpm, alerta e orientado, com ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos difusos, tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática e intercostal, satO₂: 93% em máscara não-reinalante. A próxima medida a ser instituída deve ser:

- A. Administrar salbutamol e ipratrópio inalatórios de 3 em 3 horas.
- B. Sedar e proceder intubação orotraqueal.
- C. Sedar e colocar em ventilação não invasiva.

D. Administrar sulfato de magnésio endovenoso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise asmática grave que já recebeu corticoide sistêmico e uma hora de beta-2 com ipratrópio inalatórios e mantém taquipneia, tiragens, sibilos difusos e SatO₂ de 93% em máscara não-reinalante: e crise refratária, e o próximo degrau farmacológico é o sulfato de magnésio endovenoso. Espaçar o broncodilatador para 3/3 horas (A) e retroceder; ventilação não invasiva (C) e intubação (B) ficam para falência respiratória iminente, com rebaixamento, exaustão ou hipercapnia — não é o caso. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Menino, 3 meses de idade, com antecedente de Síndrome de Down, em seguimento regular com endocrinologista e cardiologista por hipotireoidismo e comunicação interatrial, em uso contínuo de levotiroxina, sulfato ferroso e vitamina D. Foi internado hoje devido a um quadro de bronquiolite. Na admissão apresentava FR: 68 irpm, satO₂: 89% em ar ambiente, tiragens subdiafragmática e intercostal, sendo colocado em cateter nasal de alto fluxo. Os alarmes do monitor tocaram apresentando os seguintes parâmetros: A conduta imediata é:

- A. Desfibrilação com carga de 2 J/kg.
- B. Administração de atropina endovenosa.

C. Iniciar ventilações assistidas. ✓

- D. Inserção de marca-passo transcutâneo

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com bronquiolite grave, hipoxêmico e com esforço respiratório, que evolui com bradicardia: em pediatria, bradicardia é quase sempre consequência de HIPOXIA, e não arritmia primária. O tratamento é ventilar — ventilação assistida com pressão positiva e oxigênio. Desfibrilação (A) só em ritmo chocável; atropina (B) é reservada a bradicardia de origem vagal ou por bloqueio AV; e marca-passo transcutâneo (D) tem lugar apenas em bradiarritmia refratária por bloqueio, não por hipoxemia. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Menina, 7 meses de idade, previamente hígida, está internada em enfermaria devido a doença diarreica aguda. Há 4 dias, iniciada febre de até 38,3°C associada a vômitos e diarreia, com 7 a 8 episódios de fezes líquidas sem muco ou sangue. Há 2 dias, deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de desidratação grave, recebeu expansão endovenosa, e foi mantida internada com soroterapia endovenosa devido à baixa aceitação alimentar. A soroterapia foi suspensa ontem e hoje a criança está em bom estado geral, hidratada, sem nenhuma alteração ao exame clínico, já em programação de alta hospitalar. A mãe refere que a aceitação oral foi recuperada, e que ainda apresenta 2 a 3 episódios de fezes semipastosas, já sem vômitos e sem novas queixas. Nos controles de enfermagem, notados 2 picos febris acima de 39,0°C nesta madrugada, sendo que a paciente já estava afebril há 72 horas. O exame que mais provavelmente revelará a causa do retorno da febre é:

- A. Cultura de fezes.
- B. Pesquisa de vírus respiratórios.
- C. Protoparasitológico de fezes.
- D. Cultura de urina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente internada por diarreia, já afebril há 72 horas e em melhora clínica plena, que volta a apresentar picos febris acima de 39 graus sem novo foco: e preciso pensar em infecção NOVA, e a infecção urinária e a causa oculta mais frequente de febre em lactentes, além de complicar quadros com desidratação e sondagens. Cultura de fezes (A) e protoparasitológico (C) explicariam a diarreia inicial, já em resolução; vírus respiratórios (B) exigiriam sintomas respiratórios, ausentes. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Menino, 7 anos de idade, previamente hígido, está internado em enfermaria devido à crise asmática associada a pneumonia. Foi internado devido a hipoxemia, estando em ar ambiente há 24 horas. É o quinto dia de internação, mas mantém picos febris diários, hoje com 38,4°C. Está em uso de ampicilina endovenosa, prednisolona oral e salbutamol inalatório. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, com ausculta pulmonar com discretos sibilos, sem sinais de desconforto respiratório, com sopro tubário no terço médio de hemitórax esquerdo e redução de ausculta na base esquerda. Sem outras alterações ao exame clínico. Mãe nota criança mais ativa, com melhora do estado geral e da aceitação alimentar. O paciente colheu exames na entrada, e tem exames de hoje, conforme tabela abaixo. A conduta indicada neste momento é:

- A. Manter a internação hospitalar e o tratamento atual. ✓**
- B. Modificar o esquema terapêutico para ceftriaxone e claritromicina.
- C. Indicar a drenagem torácica devido a persistência da febre.
- D. Ampliar a investigação infecciosa com coleta de cultura de urina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança no 5º dia de tratamento de pneumonia com melhora objetiva — sem hipoxemia, em bom estado geral, mais ativa e aceitando dieta —, restando apenas picos febris e o sopro tubário da consolidação. A febre pode persistir 48 a 72 horas ou mais na pneumonia bacteriana tratada; havendo melhora clínica, não se troca esquema (B) nem se amplia investigação (D) apenas pela curva térmica. Drenagem (C) exigiria derrame parapneumônico complicado, sem sinais aqui. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Menina, 8 anos de idade, há dois dias iniciou quadro de dor intensa no ouvido, que piora com qualquer manipulação no local e saída de secreção purulenta malcheirosa. Tem antecedente de dermatite atópica, refere fazer natação duas vezes por semana e tem o hábito de higienizar os ouvidos com cotonete. Segue abaixo uma imagem da inspeção do local. Qual é o agente etiológico mais provável?

- A. Haemophilus Influenzae
- B. Staphylococcus epidermidis.
- C. Streptococcus pneumoniae.
- D. Pseudomonas aeruginosa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Otalgia intensa que piora a manipulação do pavilhão, otorreia purulenta fetida, natação e trauma local por cotonete: e otite externa aguda difusa. O agente mais frequente é a *Pseudomonas aeruginosa*, seguida do *S. aureus* — o tratamento é tópico com ciprofloxacino, e não sistêmico. *H. influenzae* (A) e *S. pneumoniae* (C) são agentes de otite MÉDIA aguda; *S. epidermidis* (B) é contaminante da flora cutânea. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Menina, 3 anos de idade e 92 cm de estatura, está realizando a primeira medida de pressão arterial da vida. Ela não apresenta obesidade ou qualquer outra comorbidade. O pai é hipertenso, com diagnóstico realizado aos 20 anos de idade. O valor da pressão arterial no membro superior direito foi de 114 x 78 mmHg (média de 3 medidas pelo método auscultatório). No braço esquerdo, o valor foi de 116 x 80 mmHg e, na coxa esquerda, foi de 94 x 58 mmHg. As referências de pressão arterial para a idade estão apresentadas na tabela a seguir. A conduta indicada na consulta de hoje é realizar:

- A. Nova medida de pressão arterial em 4 a 6 semanas.
- B. Estudo angiográfico da aorta torácica e abdominal. ✓**
- C. Dosagem de cortisol, renina e ácido vanil-mandélico.
- D. Ultrassonografia com Doppler de rins e vias urinárias.

COMENTÁRIO OSCELABS

O dado que muda tudo é o gradiente entre membros: PA de 114-116 mmHg nos braços e apenas 94 mmHg na coxa — normalmente a pressão em membros inferiores é IGUAL ou MAIOR que a dos superiores. Gradiente invertido em criança hipertensa obriga a investigar coarctação da aorta com estudo de imagem da aorta torácica e abdominal. Repetir a medida em semanas (A) retarda o diagnóstico; investigação endócrina (C) e renal (D) só após afastar a causa mecânica evidente. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Menina, 9 meses de idade, nascida a termo, com peso adequado para idade gestacional, sem intercorrências na gravidez ou no parto. Trazida pela mãe ao ambulatório para consulta pediátrica. Mãe sem queixas e nega alterações desde última consulta. Qual achado de exame físico demonstraria possível atraso de desenvolvimento neuropsicomotor?

- A. Não fica em pé sem apoio.
- B. Não consegue engatinhar
- C. Não ajuda ao ser levantada pelos braços do decúbito dorsal. ✓**
- D. Não fala palavras isoladas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 9 meses, os marcos esperados incluem sentar sem apoio, transferir objetos, fazer pinça em desenvolvimento e — no exame — participar ativamente da tração pelos braços, elevando a cabeça e flexionando o tronco. Não ajudar ao ser levantada denota hipotonia axial e é sinal de alerta. Ficar em pé sem apoio (A) e falar palavras isoladas (D) são marcos de cerca de 12 meses, e engatinhar (B) é variável, com crianças que passam direto para a marcha. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Menino, 11 anos e 6 meses de idade, está em consulta ambulatorial de rotina. Os pais estão preocupados pois ele é o mais baixo da sala de aula e ainda não apresenta nenhum marco puberal. Refere alimentação balanceada e equilibrada, faz atividade física regular 3 vezes por semana (judô). Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem alterações relevantes no exame clínico, estágio puberal G1 P1. Estatura de 130 cm (Curva OMS escore Z entre -3 e -2), índice de massa corpórea de 17,2 kg/m² (Curva OMS escore Z = 0). Na última consulta, realizada há 6 meses, ele apresentava estatura de 127 cm. O pai tem estatura de 182 cm. A mãe tem estatura de 169 cm e refere que apresentou a menarca com 13 anos. O paciente realizou radiografia de punho esquerdo na semana passada, com idade óssea compatível com 9 anos. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Puberdade atrasada.
- B. Hipotireoidismo adquirido.
- C. Deficiência de hormônio de crescimento.
- D. Retardo constitucional do crescimento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 11 anos e 6 meses, baixo mas com velocidade de crescimento normal (6 cm em um ano), IMC adequado, sem sinais de doença crônica e com IDADE OSSEA atrasada em 2,5 anos: o atraso da maturação esquelética preserva o potencial de crescimento e adia a puberdade — retardo constitucional do crescimento e da puberdade. Puberdade atrasada (A) só se define após os 14 anos no menino; hipotireoidismo (B) e deficiência de GH (C) cursariam com velocidade de crescimento reduzida e, no primeiro, ganho de peso. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Menina, 9 anos de idade, vem à consulta de rotina. O pai está preocupado pois recentemente notou uma nodulação na mama direita da filha. Relata que avó paterna faleceu de câncer de mama aos 49 anos. Ao exame clínico nota-se uma elevação da aréola e papila a direita, formando uma pequena saliência, com palpação fibroelástica. Sem alterações do lado esquerdo. Sem outras alterações ao exame clínico. A conduta é:

- A. Solicitar ultrassonografia de mama.
- B. Solicitar prolactina, TSH e cortisol.
- C. Manter conduta expectante. ✓**
- D. Realizar punção aspirativa por agulha fina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulo retroareolar fibroelastico, levemente doloroso, com elevacao da areola e papila em menina de 9 anos e o BROTO MAMARIO — telarca, marco puberal normal a partir dos 8 anos, frequentemente unilateral e assimetrico no inicio. A conduta e expectante, com reavaliacao. Ultrassonografia (A), puncao (B, D) e biopsia excisional sao formalmente contraindicadas: manipular o broto destroi definitivamente o tecido mamario em desenvolvimento. O cancer de mama na avo nao muda a conduta nessa idade. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Menino, 4 anos de idade, comparece na Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ao exame clínico, os índices antropométricos na curva da OMS foram: escore z de peso para idade = +2,1; escore z de estatura para idade = -1,9; escore z de índice de massa corpórea (IMCz) = +3,3. De acordo com a classificação da OMS-2006, os parâmetros antropométricos verificados são classificados respectivamente como:

- A. Peso elevado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade. ✓**
- B. Peso adequado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
- C. Peso elevado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
- D. Peso adequado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela classificação da OMS 2006 para menores de 5 anos: peso para idade com escore z acima de +2 e 'peso elevado para a idade'; estatura para idade de -1,9 ainda esta acima de -2, portanto ADEQUADA; e IMC para idade acima de +3 define OBESIDADE nessa faixa (o termo 'obesidade grave' e usado a partir de +3 apenas em maiores de 5 anos, em que +2 ja e obesidade). Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Menina, 3 meses de idade, está em consulta de puericultura. No exame clínico, foi suspeitado da presença de estrabismo. Colocado um feixe de luz na frente dos olhos, observa-se o reflexo luminoso como demonstrado na figura abaixo. Frente a este achado, qual é o diagnóstico e a conduta adequada?

- A. Estrabismo transitório, encaminhar ao oftalmologista se persistir aos 12 meses de vida.
- B. Pseudostrabismo devido a epicanto, sem conduta específica ✓**
- C. Estrabismo convergente, encaminhar imediatamente para avaliação com oftalmologista.
- D. Estrabismo verdadeiro, solicitar tomografia computadorizada de crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste de Hirschberg com reflexo luminoso CENTRADO e simetrico nas duas pupilas afasta desalinhamento real: trata-se de pseudostrabismo, decorrente do epicanto e da base nasal alargada do lactente, que esconde a esclera nasal e da a falsa impressao de esotropia. Nao ha conduta especifica, apenas orientar a familia e reavaliar. Estrabismo verdadeiro deslocaria o reflexo e ai sim exigiria encaminhamento; tomografia de cranio (D) nao tem lugar. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Recém-nascido do sexo masculino, com 15 dias de vida, está em consulta ambulatorial de rotina. Trata-se de criança nascida por parto vaginal, de termo, adequada para a idade gestacional, sem intercorrências perinatais. Família notou aumento progressivo do volume das mamas bilateralmente, com saída de secreção leitosa, sendo que a família tentou esvaziamento, sem sucesso. Atualmente se apresenta conforme imagem abaixo. Sem outras alterações ao exame clínico. A conduta indicada é:

- A. Liberação para casa com cefalexina, reavaliação em 48 horas, e coleta de prolactina, hormônios: luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH) e estimulador da tireoide (TSH).
- B. Internação hospitalar, introdução empírica de vancomicina e cefepime, biópsia de tecido glandular mamário por agulha fina.
- C. Liberação para casa com orientação de compressas frias locais, reavaliação em 48 horas, e solicitação de RNM de sela túrcica.

D. Internação hospitalar, coleta de hemograma, proteína C reativa, hemocultura e introdução de oxacilina e amicacina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido de 15 dias com aumento mamario bilateral que a familia tentou espremer, evoluindo com o aspecto mostrado: a manipulacao converte a hipertrofia mamaria neonatal fisiologica em mastite neonatal, cujo agente principal e o *S. aureus*, com risco de abscesso e sepse. Nessa idade, febre e infeccao bacteriana exigem internacao, rastreio infeccioso (hemograma, PCR, hemocultura) e antibiotico endovenoso com cobertura antiestafilococica. Dosagem hormonal (A) e RNM de sela (C) nao cabem. Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Recém-nascido do sexo masculino, nascido de termo (37 semanas e 4 dias), pequeno para a idade gestacional, com peso de nascimento de 2000 g, é filho de mãe tabagista, sem outras comorbidades. Com 12 horas de vida, o paciente apresentou controle de glicemia capilar de 32 mg/dL. Optado por realizar push de glicose e deixar soro contínuo com velocidade de infusão de glicose (VIG) de 5 mg/kg/min. Assinale a alternativa que contém a prescrição correta deste soro contínuo:

- A. Soro glicosado a 5% - 72 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
- B. Soro glicosado a 10% - 240 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
- C. Soro glicosado a 10% - 144 mL endovenoso contínuo em 24 horas. ✓**
- D. Soro glicosado a 5% - 200 mL endovenoso contínuo em 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

VIG e a taxa de infusao de glicose em mg/kg/min. Para 2 kg com VIG de 5: $5 \times 2 \times 1440 \text{ min} = 14.400 \text{ mg/dia} = 14,4 \text{ g}$ de glicose em 24 horas. Como o soro glicosado a 10% contem 10 g por 100 mL, sao necessarios cerca de 144 mL/dia. As demais opcoes ofertam VIG errado — 72 mL de SG5% dariam 1,25 mg/kg/min, e 240 mL de SG10% dariam mais de 8 mg/kg/min. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Recém-nascido (RN) do sexo feminino, termo tem peso adequado para a idade gestacional (3.200g) É filha de mãe primigesta de 31 anos de idade. Não houve intercorrências no pré-natal. Foi feito parto cesáreo, devido sofrimento fetal agudo. O RN nasceu em apneia, cianótico e hipotônico. Foi levado à mesa de reanimação com fonte de calor, onde foi secado, estimulado e teve a via aérea retificada. Evoluiu com respiração irregular e presença 8 batimentos cardíacos no período de 6 segundos. Após monitorização da frequência cardíaca (FC) e da saturação, iniciou-se ventilação com pressão positiva (VPP) com FiO₂ de 21%. Após 30 segundos de VPP, o RN apresenta respiração regular, FC de 140 bpm e saturação de 70% no membro superior direito. De acordo com as diretrizes de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2016, o próximo passo é:

- A. Suspender a VPP e manter o paciente em ar ambiente. ✓**
- B. Rever a técnica da VPP e a vedação adequada da máscara com a face.
- C. Manter a VPP, mas aumentar a oferta de oxigênio para 50%.
- D. Realizar a intubação orotraqueal para a ventilação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Oito batimentos em 6 segundos correspondem a FC de 80 bpm — abaixo de 100, indicando VPP, que foi corretamente iniciada em ar ambiente no RN de termo. Após 30 segundos, o RN tem respiração REGULAR e FC de 140 bpm: os dois critérios para suspender a ventilação. A saturação de 70% no membro superior direito está dentro do alvo para o primeiro minuto de vida (70-80%), não justificando aumentar FiO₂ (C), rever técnica (B) nem intubar (D). Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Recém-nascido (RN) do sexo feminino, nascido de termo, com peso adequado para a idade gestacional, está no 8º dia de vida. O parto foi vaginal e com extração difícil. O RN nasceu hipotônico e em apneia, sendo necessário intubação orotraqueal em sala de parto. A mãe tem 27 anos de idade, era previamente hígida e não teve intercorrências no pré-natal. O RN permaneceu 5 dias em UTI, e atualmente está na Unidade de Cuidados Intermediários, recebendo ampicilina e ampicacina para tratamento de sepse neonatal precoce presumida. Recebe dieta por sonda nasogástrica devido a sucção débil, e está em treinamento com a equipe de fonoaudiologia. Neste momento, apresenta quadro súbito de movimentos ritmados de mãos e pés, com hipertonia, cianose, eversão do olhar e sialorreia. A equipe responsável pelo cuidado instala monitorização contínua e inicia oferta de oxigênio a 100%. A glicemia capilar é de 72 mg/dL. Com a manutenção do quadro apresentado, está indicada a prescrição imediata de:

- A. Soro glicosado a 10% em bolus.
- B. Dose de ataque de fenobarbital. ✓**
- C. Reposição empírica com gluconato de cálcio.
- D. Midazolam ou diazepam em bolus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Movimentos ritmados de mãos e pés com hipertonia, cianose, desvio ocular e sialorreia em RN de 8 dias configuram crise convulsiva neonatal. Com glicemia de 72 mg/dL, hipoglicemia está afastada (A). O antecedente de parto traumático com necessidade de reanimação aponta encefalopatia hipóxico-isquêmica, e o anticonvulsivante de primeira linha no período neonatal e o fenobarbital em dose de ataque. Cálcio empírico (C) só com hipocalcemia documentada, e benzodiazepínicos (D) não são primeira escolha nessa faixa. Resposta B.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Recém-nascido (RN) do sexo masculino, 5 dias de vida, está internado em Unidade de Cuidados Intermediários para manejo de icterícia neonatal. Mãe com tipagem sanguínea O positivo, RN com tipagem AB positivo, Coombs negativo, Eluato positivo. Evoluiu com icterícia neonatal precoce e foi iniciada fototerapia com 20 horas de vida. Hoje colheu bilirrubinas, cujos níveis indicaram a suspensão da fototerapia. Foi indicada a alta hospitalar. Ao orientar a família, mãe refere que a criança está um pouco mais irritada. Foi notada hiperemia peri-umbilical conforme figura abaixo, com saída de secreção malcheirosa pelo coto. Está indicado neste momento:

- A. Manter a alta hospitalar, orientar reforçar higiene do coto umbilical com álcool 70% e retornar se houver piora clínica.
- B. Decidir sobre necessidade de internação e antibioticoterapia baseado no índice neutrofílico e na proteína C reativa.
- C. Cancelar a alta hospitalar, rastreamento infeccioso incluindo coleta de líquido e iniciar antibioticoterapia endovenosa empírica. ✓**
- D. Manter a alta hospitalar, introduzir tratamento tópico com nitrato de prata e retorno obrigatório em 48 horas para reavaliação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperemia periumbilical com secreção malcheirosa pelo coto em RN de 5 dias e onfalite — e onfalite em neonato equivale a porta de entrada para sepse, com risco de fasciite e trombose de veia porta. A conduta é cancelar a alta, colher rastreio infeccioso COMPLETO, incluindo líquido, e iniciar antibiótico endovenoso empírico. Alta com álcool 70% (A) ou nitrato de prata (D) é inaceitável, e nenhum exame isolado, como PCR ou índice neutrofílico (B), tem acurácia para excluir sepse neonatal. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Recém-nascido do sexo feminino, nascida de 33 semanas de idade gestacional e com peso de 1.800 g ao nascer, é admitida em Unidade de Cuidados Intermediários logo após o parto. Mãe HBsAg negativa. Sobre a vacinação para a hepatite B, baseado no Programa Nacional de Imunizações (PNI) é correto afirmar que a vacina deve ser aplicada:

- A. Imediatamente, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo. ✓**
- B. Após ultrapassar o peso de 2.000 g, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).
- C. Após atingir 36 semanas de idade gestacional corrigida, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).
- D. Após 30 dias de vida, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra hepatite B deve ser aplicada nas primeiras 12 a 24 horas de vida em TODO recém-nascido, independentemente de peso, idade gestacional ou sorologia materna — e a dose com maior impacto na prevenção da transmissão vertical e da cronicidade. Adiar até atingir 2.000 g (B), 36 semanas corrigidas (C) ou 30 dias de vida (D) perde a janela de proteção. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Lactente do sexo feminino, 18 meses de idade, previamente hígida, chega à Unidade Básica de Saúde para atendimento. O pai foi diagnosticado com tuberculose pulmonar há 20 dias e está em tratamento regular com esquema quádruplo. A criança está assintomática e com exame clínico normal. Apresenta radiografia de tórax sem alteração e Prova Tuberculínica de 6 mm. Carteira vacinal registra BCG ao nascimento, porém não há cicatriz no local da aplicação da vacina. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a conduta para esta criança será:

A. Prescrever tratamento com esquema tríplice.

B. Iniciar quimioprofilaxia com rifampicina. ✓

C. Repetir Prova Tuberculínica em 8 semanas.

D. Fazer BCG e observar clinicamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contato intradomiciliar de tuberculose pulmonar bacilífera, assintomática, com radiografia normal — logo, sem doença ativa — e prova tuberculínica de 6 mm. Pelo Ministério da Saúde, PT de 5 mm ou mais em contato caracteriza infecção latente e indica tratamento; em menores de 10 anos, a rifampicina por 4 meses e o esquema preferencial pela melhor adesão e menor hepatotoxicidade. Esquema quádruplo (A) trataria doença ativa, inexistente; repetir a PT (C) só faz sentido quando o primeiro resultado foi negativo. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Homem de 59 anos de idade procura o Serviço de Emergência com dor abdominal em cólica, difusa, há 3 dias, associada a distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Refere alteração do hábito intestinal há 3 meses, com necessidade de laxativos para evacuar, além de sangue nas fezes e alteração do formato. Nega vômitos. Não tem antecedentes mórbidos relevantes e nega operações prévias. Ao exame físico está em bom estado geral, corado, desidratado, IMC: 31kg/m². Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: flácido, distendido, pouco doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. No toque retal, ausência de fezes na ampola, presença de lesão ulcerada circunferencial a 6 cm da borda anal e presença de sangue. Realizada tomografia de abdome e pelve: ausência de lesões hepáticas, sem líquido livre. Distensão apenas de cólon e espessamento do reto médio distal com linfonodos aumentados no mesorreto. Qual é a conduta?

A. Ileostomia em alça por laparotomia.

B. Retossigmoidectomia oncológica e colostomia terminal.

C. Colostomia em alça por laparotomia. ✓

D. Amputação de reto com linfadenectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Obstrução colônica aguda por neoplasia de reto médio/distal a 6 cm da borda anal, com linfonodos no mesorreto — tumor que terá indicação de quimiorradioterapia neoadjuvante. Na urgência, a prioridade é apenas descomprimir: colostomia em alça, que resolve a obstrução, permite estadiamento completo e preserva o tempo oncológico. Ressecar (B) ou amputar (D) em vigência de obstrução, sem preparo e sem neoadjuvância, compromete o resultado; ileostomia (A) não descomprime o colon com valva ileocecal competente. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Homem de 49 anos de idade refere dor abdominal difusa há 4 dias com piora da intensidade nas últimas 24 horas. Evoluiu com distensão abdominal e um episódio de vômito, sendo a última evacuação, em pequena quantidade, há 2 dias. Tem antecedente de embolia pulmonar há 7 anos e fez uso de varfarina por 2 anos com interrupção por conta própria. Um irmão teve trombose venosa profunda. No exame clínico, está em bom estado geral, desidratado, PA: 110x70mmHg, FC: 102bpm, FR: 16 ipm. Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: distendido, doloroso à palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. No toque retal, há fezes na ampola e ausência de sangue. Exames laboratoriais: Hb: 12,7g/dL; Ht: 34%; Leucócitos: 14.678/mm³; PCR: 249mg/dL; Creatinina: 1,1mg/dL; Ureia: 41mg/dL. Realizada a tomografia de abdome: Qual a conduta neste momento?

- A. Laparotomia.
- B. Tratamento endovascular.
- C. Trombólise.
- D. Anticoagulação plena. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal difusa arrastada, desproporcional ao exame (sem irritação peritoneal), com leucocitose e PCR muito elevada, em paciente com embolia pulmonar previa, irmão com TVP e suspensão por conta própria da varfarina: o quadro é trombose venosa mesentérica em provável trombofilia. Havendo isquemia venosa sem sinais de necrose transmural ou peritonite, o tratamento é a ANTICOAGULAÇÃO plena. Laparotomia (A) fica para peritonite/necrose; trombolise (C) e terapia endovascular (B) são execuções de resgate. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Mulher de 73 anos de idade, está no 5º pós-operatório de gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II devido a hemorragia digestiva alta por úlcera pilórica. Encontra-se em leito de semi-intensiva, recebendo tratamento fisioterápico (respiratório e motor). Está deambulando no corredor com auxílio. Introduzida dieta com água, chá e gelatina há um dia, com boa aceitação e sem vômitos. Equipe da enfermagem notou que o débito do dreno no flanco direito mudou de característica (imagem a seguir) nas últimas 24 horas, com débito de 110mL. Ao exame físico está em bom estado geral, FC: 80 bpm, PA: 130x80 mmHg, afebril, FR: 18 ipm. Semiologias pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome com incisão da laparotomia mediana de bom aspecto, flácido, pouco doloroso à palpação, sem irritação peritoneal. Dreno no flanco direito conforme imagem (cerca de 90mL). Exames Laboratoriais: Hb: 9,7 g/dL; Ht: 30%; Leuco: 11.570/mm³, PCR: 43 mg/dL; função renal normal. Qual é a principal hipótese diagnóstica e conduta neste momento?

- A. Fístula do coto duodenal; manter dieta via oral. ✓**
- B. Fístula do coto duodenal; laparotomia exploradora.
- C. Fístula da gastroentero anastomose; nutrição parenteral.
- D. Fístula da gastroentero anastomose; tratamento endoscópico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mudança do aspecto do débito para bilioso no 5º pós-operatório de gastrectomia à Billroth II aponta fístula do COTO DUODENAL, complicação clássica dessa reconstrução. A paciente está bem, afebril, sem peritonite e com a fístula bem drenada (110 mL) — ou seja, fístula controlada, de tratamento conservador. A dieta oral pode ser mantida justamente porque na reconstrução em Y o trânsito não passa pelo coto duodenal. Reoperar (B) só em sepse não controlada; a anastomose gastroentérica (C, D) não drena bile pura. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Mulher de 23 anos de idade, caiu de motocicleta em via expressa. Chega ao Serviço de Emergência após 30 minutos do acidente, trazida pela equipe de Resgate. Na avaliação de admissão na sala de trauma apresenta-se: A: Conversando. Saturação de O₂ 93%. B: Ausculta pulmonar sem alterações. Ausência de deformidade no tórax. C: PA: 80x50mmHg; FC: 120bpm; FAST positivo no espaço hepatorenal. D: Escala de Glasgow de 15, porém agitada. E: Equimose no flanco e hipocôndrio direitos. Após a infusão de 1L de soro fisiológico (SF), apresentou PA: 90x60mmHg e FC de 105bpm. Com relação ao tratamento do choque hemorrágico desta paciente, qual é a melhor estratégia na sala de trauma?

- A. Complexo protrombínico, concentrado de hemácias e plasma fresco congelado.
- B. Ácido tranexâmico, reposição guiada por tromboelastograma e reposição de cálcio.
- C. Infusão de mais 1 L de SF, reposição guiada por tromboelastograma e fibrinogênio.

D. Ácido tranexâmico, concentrado de hemácias e reposição de cálcio. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima de trauma com resposta apenas TRANSITÓRIA ao cristalóide (PA 90x60 após 1 L) e FAST positivo: e sangramento ativo, e a estratégia e o protocolo de transfusão maciça com controle de dano. Isso significa ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas, hemocomponentes precoces em vez de mais cristalóide, e reposição de cálcio, que despenca com o citrato das bolsas e agrava coagulopatia e hipotensão. Mais soro fisiológico (C) piora a tríade letal; complexo protrombínico (A) não é rotina no trauma. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Mulher de 37 anos de idade se jogou do 4o andar do prédio em que mora. No atendimento pré-hospitalar estava inconsciente e foi realizada intubação orotraqueal. O exame de admissão na sala de trauma apresenta: A: Intubação orotraqueal. Saturação de O₂ de 83%. B: Equimose torácica na região da linha axilar média direita. Murmúrio vesicular diminuído à direita. Realizada a drenagem torácica com saída de grande quantidade de ar e 200ml de sangue. No selo d'água observa-se oscilação e presença de borbulhamento. Saturação de O₂ de 91% após a drenagem. C: FC: 100; PA: 120x80mmHg. FAST negativo. D: Escala de Glasgow de 3. Sedada no transporte. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. E: Deformidade na coxa direita. Ao retornar da tomografia de corpo inteiro para sala de trauma apresentou queda da saturação de O₂ para 71% e FC de 120 bpm e PA: 80x50 mmHg. Qual é a conduta?

- A. Introduzir um segundo dreno de tórax.
- B. Punccionar no segundo espaço intercostal.

C. Reavaliar o dreno de tórax. ✓

- D. Realizar toracotomia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente já drenada, com borbulhamento no selo d'água, que ao retornar da tomografia dessatura para 71% com hipotensão e taquicardia. A causa mais provável é mecânica e imediatamente corrigível: dreno tracionado, acotovelado, obstruído por coágulo ou com orifício exteriorizado após a transferência da maca. A regra é reavaliar o dispositivo já instalado antes de acrescentar procedimentos. Segundo dreno (A), punção de alívio (B) e toracotomia (D) são passos seguintes se, revisado o dreno, o quadro persistir. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Mulher de 39 anos de idade está internada devido a pancreatite aguda biliar. Foi indicada colecistectomia laparoscópica após resolução da pancreatite. Durante a operação, que até o momento transcorreu sem intercorrências, foi realizado o exame a seguir. Qual deve ser a conduta neste momento?

- A. Realizar colangiografia endoscópica no intraoperatório.

B. Finalizar a colecistectomia por laparoscopia. ✓

- C. Realizar exploração transcística da via biliar por laparoscopia.
D. Converter para laparotomia e exploração por coledocotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A colangiografia intraoperatoria mostrando via biliar de calibre normal, sem falhas de enchimento e com contraste passando livremente ao duodeno afasta coledocolitíase residual — não há o que explorar. A conduta e simplesmente concluir a colecistectomia laparoscópica. Exploração transcística (C) e coledocotomia por laparotomia (D) só se houver cálculo demonstrado, e a CPRE (A) fica reservada a coledocolitíase confirmada ou colangite, com morbidade não desprezível. Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Mulher de 33 anos de idade é encaminhada a hospital terciário devido a dor abdominal de forte intensidade há 36 horas. Refere início da dor na região superior do abdome, que depois tornou-se difusa. Apresentou vômitos e náuseas, porém sem alteração do hábito intestinal. Nega febre. No exame clínico, está em regular estado geral, Sat.O₂ de 89%, FC: 100 bpm, FR: 20 ipm, PA: 100x60mmHg. Ausculta pulmonar diminuída na base esquerda. O abdome está levemente distendido, doloroso difusamente, com sinais de irritação peritoneal no andar superior do abdome. O toque retal não tem alterações. Realizados os seguintes exames laboratoriais: Hb: 11,3 g/dL; Ht: 31%; Leucócitos: 16.320 /mm³; PCR: 170 mg/dL; Creatinina: 1,18 mg/dL; Ureia: 55 mg/dL; TGO: 290 U/L; TGP: 313 U/L; BD: 1,9 mg/dL; FA: 145 U/L; GGT: 123 U/L; Amilase: 1280 U/L; Lipase: 2500 U/L. Realizado ultrassom de abdome superior: vesícula biliar distendida, paredes finas, microcálculos móveis no interior; via biliar de 0,8cm (normal até 0,5cm), porém não visualizado o colédoco distal nem o pâncreas devido a interposição gasosa. Está indicada a realização de exame de imagem adicional neste momento?

A. Não está indicada a realização de exame. ✓

- B. Sim, está indicada tomografia de abdome.
C. Sim, está indicada colangiografia.
D. Sim, está indicada ecoendoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O diagnóstico de pancreatite aguda biliar já está fechado: dor típica, lipase acima de três vezes o limite e ultrassom com microcálculos. Nas primeiras 72 horas a tomografia SUBESTIMA a necrose e não muda conduta, e colangiografia ou ecoendoscopia só se justificam diante de suspeita de coledocolitíase persistente com colangite ou icterícia progressiva — que não há aqui. O momento é de suporte: volume, analgesia, monitorização e reavaliação seriada. Nenhum exame de imagem adicional agora. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Mulher de 29 anos de idade foi admitida no Serviço de Emergência devido à queda de motocicleta. Foi realizada tomografia de abdome (imagem a seguir). Foi proposto tratamento não operatório e encaminhada para unidade de terapia semi-intensiva. No 5º dia pós-trauma apresentou vários episódios de melena. No exame clínico encontra-se descorada, FC: 110 bpm, PA: 100x60mmHg e dor à palpação profunda do hipocôndrio e flanco direito. Queda da hemoglobina de 9,8 g/dL para 6,3 g/dL. Recebeu 2 concentrados de hemácias com melhora dos parâmetros hemodinâmicos. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite no antro, sem sinais de sangramento. Qual é o próximo exame que deve ser feito para definir a etiologia do sangramento?

- A. Colonoscopia.
B. Angiotomografia. ✓
C. Enteroscopia alta.

D. Cápsula endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma hepático em tratamento não operatorio que, no 5o dia, sangra pelo tubo digestivo com queda de 3,5 g/dL de hemoglobina e endoscopia alta SEM fonte: o diagnóstico e hemobilia, geralmente por pseudoaneurisma de ramo da artéria hepática que se rompe para a via biliar. O exame que define a etiologia — e já indica o tratamento por embolização — e a angiotomografia. Colonoscopia (A) não investiga melena com EDA negativa nesse contexto; enteroscopia (C) e capsula (D) atrasariam o diagnóstico vascular. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Homem de 31 anos de idade teve queda de andaime a 5 metros de altura. Foi intubado no atendimento pré-hospitalar por estar inconsciente. Chegou ao Serviço de Emergência após 40 minutos do trauma. No exame na sala de admissão encontrava-se: A: Intubado com Sat. O₂ de 95% B: Murmúrio vesicular diminuído na base direita C: PA: 130x70 mmHg; FC: 90 bpm; FAST positivo nos espaços hepatorenal e pelve D: Escala de Glasgow de 3 (sob sedação) E: Sem outras alterações A tomografia de corpo inteiro mostrou a presença de contusão cerebral, para qual optou-se por observação, monitorização da pressão intracraniana e controle de imagem em 6 horas. A seguir a imagem da tomografia de abdome. Qual é a conduta para os achados da tomografia de abdome?

- A. Tratamento não operatorio.
- B. Arteriografia com embolização.
- C. Laparoscopia diagnóstica.
- D. Laparotomia exploradora. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma fechado de alta energia com FAST positivo em DOIS sítios (hepatorenal e pelve), ou seja, hemoperitônio volumoso, e com tomografia demonstrando lesão que não permite manejo conservador. O tratamento não operatorio (A) exige estabilidade e ausência de indicação cirúrgica; a embolização (B) se aplica a sangramento arterial de órgão sólido em paciente estável; e a laparoscopia (C) não é adequada a este cenário. Com contusão cerebral associada, manter hipotensão e sangramento é inaceitável. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Homem de 39 anos de idade foi transferido para um hospital terciário por apendicite aguda complicada, seguida de múltiplas laparotomias exploradoras que evoluíram com fístulas intestinais de alto débito. Na admissão encontra-se em regular estado geral, com índice de massa corpórea de 11,8 kg/m². Calculado o gasto basal de energia: 1500 kcal. Foi proposto iniciar dieta parenteral. Qual é o aporte calórico que deve ser prescrito neste momento e quais são os distúrbios eletrolíticos mais prováveis após o início do tratamento?

- A. 450 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia. ✓**
- B. 450 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.
- C. 1500 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia.
- D. 1500 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC de 11,8 com fístulas de alto débito e desnutrição extrema — o risco dominante ao iniciar nutrição e a SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO. Começa-se com cerca de 25-30% do gasto energético basal (aqui, 450 kcal), progredindo lentamente. Com a reentrada de glicose, a insulina desloca eletrólitos para o intracelular e os distúrbios esperados são hipofosfatemia (o marcador da síndrome), hipopotassemia e hipomagnesemia. Ofertar 1.500 kcal de saída (C, D) pode causar arritmia e morte. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Mulher, 54 anos de idade, refere quadro de dor e abaulamento na região inguinocrural à direita há 2 meses, desencadeados aos esforços. Ao exame físico, observa-se abaulamento na região inguinocrural à direita (figura a seguir), à manobra de Valsalva, com redução ao repouso. Com relação a este tipo de hérnia, qual é a alternativa correta?

- A. A técnica de Lichtenstein é a melhor conduta.
- B. Quando encarcerada, o acesso deve ser por via inguinal e abdominal.
- C. Quando operada de urgência tem elevada mortalidade. ✓**
- D. Trata-se do defeito mais comum da parede abdominal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento inguinocrural em mulher de meia-idade, abaixo do ligamento inguinal, e característico da hernia femoral. O anel femoral é estreito e rígido, o que explica a alta taxa de encarceramento e estrangulamento: quando operada em caráter de urgência, com necessidade de ressecção intestinal, a mortalidade é elevada. A técnica de Lichtenstein (A) é para hernia inguinal; o defeito mais comum da parede abdominal (D) é a hernia inguinal indireta. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Uma paciente mulher de 67 anos de idade é atendida no ambulatório da cirurgia de cabeça e pescoço e apresenta os seguintes exames laboratoriais. Qual o melhor tratamento para a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A. Paratireoidectomia total com auto-enxerto.
- B. Diurético de alça e seguimento clínico.
- C. Exérese da paratireoide afetada. ✓**
- D. Paratireoidectomia subtotal e timectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A combinação laboratorial de cálcio elevado com PTH inapropriadamente normal ou alto define hiperparatireoidismo primário, cuja causa em cerca de 85% dos casos é o ADENOMA único. Com exame de localização concordante, o tratamento é a paratireoidectomia seletiva, retirando apenas a glândula doente. Paratireoidectomia total com auto-enxerto (A) e subtotal com timectomia (D) são reservadas à doença multiglandular, como no hiperparatireoidismo secundário/terciário ou nas NEM; diurético de alça (B) não trata a causa. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Mulher de 42 anos de idade procura atendimento por nódulo em hemiface esquerda, próximo ao ângulo da mandíbula, há 6 meses. Nega dor local, vermelhidão ou assimetria facial (foto abaixo). Considerando se tratar de um nódulo em cauda de parótida esquerda, qual é o tipo histológico mais provável?

- A. Carcinoma mucoepidermoide.
- B. Adenoma pleomórfico. ✓**
- C. Carcinoma adenoide cístico.
- D. Cistoadenoma papilífero linfomatoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulo de crescimento lento, indolor, sem sinais inflamatorios e com funcao do nervo facial preservada, localizado na cauda da parotida: e o perfil do adenoma pleomorfico, o tumor mais comum da glandula parotida (cerca de 70-80% dos tumores benignos). Dor e paralisia facial sugeririam malignidade — carcinoma mucoepidermoide (A), o maligno mais comum, e adenoide cistico (C), com invasao perineural. O tumor de Warthin (D) e menos frequente, tipico de homens tabagistas e frequentemente bilateral. Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Homem de 65 anos de idade desenvolveu subitamente amaurose no olho esquerdo. O sintoma foi revertido em poucos minutos, mas voltou a ocorrer algumas horas depois, e na segunda oportunidade durou 2 horas. Tem doença arterial periférica e faz tratamento com antiagregantes plaquetários e estatinas. Foi realizada ultrassonografia com doppler colorido que mostrou estenose carotídea maior que 50% bilateralmente. A conduta que mais diminui o risco de acidente vascular cerebral neste caso é:

- A. Angioplastia com Stent em carótida direita.
- B. Angioplastia com Stent em carótida esquerda.
- C. Endarterectomia de carótida direita.

D. Endarterectomia de carótida esquerda. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amaurose fugaz do olho ESQUERDO e evento isquemico da arteria oftalmica, ramo da carotida interna esquerda — ou seja, a lesao sintomatica e a esquerda. Em estenose carotidea SINTOMATICA acima de 50%, a endarterectomia realizada precocemente e o procedimento com maior reducao absoluta de risco de AVC, com resultados superiores ao stent nessa faixa etaria. Intervir na carotida direita (A, C) e tratar a lesao assintomatica, que se maneja clinicamente. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Neonato prematuro com idade gestacional de 30 semanas e peso de nascimento de 1.200g apresenta no quarto dia de vida quadro de hipoatividade, vômitos biliosos e distensão abdominal importante. Estava extubado, sem droga vasoativa, com boa perfusão periférica e diurese. Houve ainda evacuação com pequena quantidade de sangue. O exame abdominal revelava abdome distendido e doloroso à palpação, com discreta hiperemia periumbilical. Foi então submetido a uma radiografia de abdome que revelou a seguinte imagem. A conduta mais adequada neste momento seria:

- A. Indicar uma laparotomia exploradora. ✓**
- B. Realizar uma tomografia de abdome.
- C. Repetir a radiografia de abdome em 6 horas.
- D. Iniciar jejum, antibioticoterapia de largo espectro e observar a evolução.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro extremo no quarto dia de vida com distensao, vomitos biliosos, sangue nas fezes e hiperemia de parede abdominal: enterocolite necrosante. O tratamento clinico — jejum, sonda, antibiotico de largo espectro — vale para os estagios sem perfuracao; a radiografia aqui demonstra PNEUMOPERITONIO, sinal de perfuracao e indicacao cirurgica absoluta. Repetir a radiografia (C) ou apenas observar (D) diante de ar livre e perda de tempo; a tomografia (B) nao acrescenta e retarda a cirurgia. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Paciente de 65 anos, sexo masculino, previamente hígido, foi acometido pelo vírus Sars Cov-2, permaneceu internado por tempo prolongado e desenvolveu úlcera de pressão em região sacral. A lesão acometia toda pele e parcialmente o tecido subcutâneo. Qual é a classificação desta úlcera pelo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e qual é a melhor sequência de tratamento?

A. Grau III. Desbridamento e curativo diário com antibiótico tópico, aguardar cicatrização por segunda intenção.

B. Grau III. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação. ✓

C. Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, enxertia cutânea de espessura total.

D. Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão por pressão que acomete toda a espessura da pele e atinge PARCIALMENTE o subcutâneo, sem exposição de músculo, tendão ou osso, corresponde ao grau III do NPUAP (o grau IV expõe estruturas profundas). O tratamento segue etapas: desbridamento do tecido desvitalizado, terapia por pressão negativa para preparar o leito e, para área sacral que voltara a receber carga, cobertura com retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação. Enxerto cutâneo (C) não resiste à pressão; cicatrização por segunda intenção (A) é demorada e recidivante. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Mulher de 32 anos de idade chega ao pronto atendimento com dor em flanco e fossa ilíaca esquerdos, em cólica, de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese que se iniciou há 1 hora. Refere ser este o 5º episódio em cinco dias, tendo já estado em outro pronto atendimento por quatro vezes, onde foi medicada e apresentou melhora temporária da dor. Após analgesia, apresentase afebril, PA=140X80 mm Hg, FC: 76 bpm. O abdome é flácido, doloroso à palpação profunda na fossa ilíaca esquerda. RHA + e DB -. Foi submetida a tomografia computadorizada sem contraste e exames de laboratório, mostrados a seguir: Hb: 13.8 g/dl; Leucócitos: 8.800/mm³, sem desvio à esquerda; Creatinina: 1,1 mg/dl; Glicemia: 94 mg/dl. Urina tipo I: pH=5,0; > 1 milhão de hemácias/ml; 32 mil leucócitos/ml. Qual é o tratamento?

A. Tamsulosina e cefalexina por 7 dias.

B. Ureterolitotomia por via laparoscópica.

C. Ureterolitotripsia endoscópica. ✓

D. Ureterolitotomia por inguilotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colica ureteral com quinto episódio em cinco dias, refratária ao tratamento clínico, com hematuria e cálculo demonstrado na tomografia: o tempo de tratamento expectante com terapia expulsiva já se esgotou. A remoção endoscópica por ureterolitotripsia (ureterosopia com laser) é o método de escolha — alta taxa de sucesso, minimamente invasivo e resolve na mesma sessão. Tamsulosina (A) seria repetir o que já falhou; as abordagens abertas ou laparoscópicas (B, D) são exceções para cálculos volumosos ou anatomia desfavorável. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Mulher de 62 anos de idade realizou um ultrassom de abdome superior no qual se evidenciou um pólipso em vesícula biliar de 1,5 cm, com fluxo sanguíneo detectado ao doppler. Não tem sintomas. Qual é a melhor conduta para o caso?

A. Colectectomia por via videolaparoscópica. ✓

- B. Colectomia por via aberta.
- C. Repetir ultrassom de abdome superior em 6 meses.
- D. Repetir ultrassom de abdome superior em 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Polipo de vesícula biliar de 1,5 cm — igual ou acima de 1 cm — e critério isolado de colecistectomia pelo risco de adenocarcinoma, e a presença de fluxo ao doppler reforça tratar-se de lesão verdadeira e vascularizada, não de barro biliar. A via videolaparoscópica é a padrão em lesão sem sinais de invasão. Seguimento ultrassonográfico (C, D) e reservado a polipos menores que 1 cm sem fatores de risco; a via aberta (B) fica para suspeita de neoplasia com invasão. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Mulher de 47 anos de idade realiza acompanhamento no Ambulatório Médico de Especialidade devido a diabetes e hipertensão arterial. Apresenta refluxo gastroesofágico e foi submetida a endoscopia digestiva alta há 1 mês que revelou esofagite grau C de Los Angeles. Está em uso de omeprazol 40mg por dia há 6 meses, mas com persistência de pirose pós prandial, principalmente quando em decúbito horizontal. Exame clínico: bom estado geral, IMC: 36 kg/m², abdome indolor à palpação, sem outras alterações. Qual é a melhor opção operatória para o tratamento do refluxo gastro-esofágico desta paciente?

- A. Gastrectomia vertical (sleeve gástrico).
- B. Gastroplastia com derivação em Y-de-Roux (Bypass gástrico). ✓**
- C. Hiatoplastia com funduplicatura total.
- D. Hiatoplastia com funduplicatura parcial.

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC de 36 com diabetes, hipertensão e DRGE com esofagite grau C refratária a dose plena de omeprazol: a paciente tem indicação de cirurgia bariátrica, e nesse cenário o bypass gástrico em Y-de-Roux resolve simultaneamente a obesidade, as comorbidades metabólicas e o refluxo, sendo o procedimento de eleição. O sleeve (A) piora o refluxo e é contraindicado com esofagite grau C; funduplicaturas isoladas (C, D) tem alta taxa de falha no obeso e não tratam a doença de base. Resposta B.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Mulher de 56 anos de idade está em investigação de icterícia obstrutiva e realiza o exame a seguir. A lesão presente na imagem tem contato com qual estrutura vascular?

- A. Artéria mesentérica superior.
- B. Veia cava inferior.
- C. Tronco celíaco.
- D. Veia mesentérica superior. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão da cabeça/processo uncinado do pâncreas em investigação de icterícia obstrutiva. A estrutura vascular que se relaciona diretamente com essa topografia — passando posteriormente ao colo pancreático, entre o processo uncinado e o corpo — é a VEIA mesentérica superior, que se une à esplênica para formar a porta. É justamente o contato com o eixo venoso mesentérico-portal e com o eixo arterial que define ressecabilidade e limitrofe. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Homem de 62 anos de idade realizou a tomografia de abdome abaixo para a investigação de pneumatúria. É tabagista, com carga tabágica de 30 maços-ano. Tem antecedente de infecção urinária de repetição. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Tumor urotelial da bexiga avançado.
- B. Cistite enfisematosa com abscesso.
- C. Doença diverticular complicada. ✓**
- D. Tumor de reto avançado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumatúria é o sinal quase patognomônico de fistula entre o trato digestivo e a bexiga, e a causa mais comum de fistula colovesical e a doença diverticular complicada — coerente com as 'infecções urinárias de repetição' que na verdade são contaminação fecal da bexiga. Tumor de bexiga (A) e de reto (D) também podem fistulizar, mas são causas menos frequentes; cistite enfisematosa (B) ocorre tipicamente em diabético descompensado, com gás na PAREDE vesical, e não produz comunicação com o colon. Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Qual é o tempo ideal para a realização de fixação das fraturas introtrocantéricas?

- A. Primeira hora após o trauma.
- B. 1 a 12 horas após o trauma.
- C. 12 a 48 horas após o trauma. ✓**
- D. 48 a 72 horas após o trauma.

COMENTÁRIO OSCELABS

As fraturas do fêmur proximal no idoso são urgência funcional: a fixação da fratura introtrocantérica deve ocorrer o mais precocemente possível após compensação clínica, idealmente entre 12 e 48 horas. Operar depois de 48 horas (D) associa-se a mais delírium, trombose venosa, pneumonia, úlcera por pressão e mortalidade em um ano. Não há benefício em levar a sala na primeira hora (A) sem estabilização clínica e avaliação pré-operatória adequadas. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Paciente de 34 anos refere ausência de menstruação há 3 meses. Antes dos três últimos meses, apresentava ciclos menstruais mensais regulares. Tem antecedente de 2 gestações com partos normais, o último há 4 anos. Amamentou por 6 meses cada filho. Usa preservativo como contracepção. Não tem antecedentes morbidos relevantes e não usa drogas lícitas ou ilícitas. Neste período de 3 meses não observou alteração de hábito intestinal ou urinário, mantém suas atividades profissionais e físicas, no entanto tem apresentado leve cefaleia vespertina, dorimento global das mamas e procurou o oftalmologista por achar que está com menor visão lateral. O teste de gravidez é negativo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é a alternativa correta?

- A. O nível de TSH deve estar diminuído.
- B. Os níveis de FSH e LH devem estar elevados.
- C. A biópsia de endométrio deve revelar atrofia. ✓**
- D. O eco endometrial ultrassonográfico deve estar espessado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária com teste de gravidez negativo, cefaleia, mastalgia e — o dado de ouro — perda de visão LATERAL, sugestiva de hemianopsia bitemporal por compressão do quiasma óptico: e macroprolactinoma. O excesso de prolactina inibe o GnRH, gerando hipogonadismo hipogonadotrófico com FSH e LH baixos (não elevados, B), hipoestrogenismo e, portanto, endométrio fino ao ultrassom (D errada) e ATROFICO a biópsia. O TSH pode estar elevado no hipotireoidismo que cursa com hiperprolactinemia, nunca diminuído (A). Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Paciente de 20 anos é nuligesta e tem ciclos menstruais regulares. Faz uso contínuo de fluoxetina 20mg/dia para controle de irritabilidade pré-menstrual há 3 anos. Iniciou vida sexual e utiliza preservativo nas relações. Deseja interromper a fluoxetina para melhorar a libido. Qual é a orientação adequada?

- A. Suspender gradualmente a fluoxetina e introduzir contraceptivo hormonal combinado.
- B. Interromper a fluoxetina e iniciar suplementação de testosterona.
- C. Suspender gradualmente a fluoxetina e suplementar DHEA.
- D. Interromper a fluoxetina e introduzir benzodiazepínico caso apresente irritabilidade. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A fluoxetina tem meia-vida longa (e metabolito ativo, a norfluoxetina), o que praticamente elimina a síndrome de descontinuação e permite a interrupção sem esquema prolongado de desmame. Se a irritabilidade pré-menstrual retornar, um ansiolítico de uso intermitente na fase lútea e uma opção razoável de resgate. Contraceptivo hormonal combinado (A) não é o tratamento do sintoma que a levou a fluoxetina; testosterona (B) e DHEA (C) não têm indicação para libido em mulher jovem eugonádica. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Paciente, 23 anos, encontra-se em acompanhamento do ciclo menstrual para tratamento de infertilidade. Realiza a ultrassonografia transvaginal, apresentada abaixo. Qual é o momento do ciclo menstrual desta paciente?

- A. Fase folicular. ✓**
- B. Fase secretora.
- C. Menstrual.
- D. Grávidico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia transvaginal mostra folículo em desenvolvimento no ovário e endométrio fino com aspecto trilaminar (três linhas), padrão proliferativo típico da fase FOLICULAR, sob estímulo estrogênico. Na fase secretora (B) o endométrio fica espesso e homogêneo e hiperecogênico, com corpo lúteo no ovário; na fase menstrual (C) há endométrio linear com conteúdo hemático na cavidade; e gestação (D) exigiria saco gestacional. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

O gráfico abaixo apresenta a evolução da taxa de detecção de uma infecção sexualmente transmissível, no Brasil. Qual é o tratamento adequado a esta doença?

- A. Aciclovir.
- B. Penicilina. ✓**

- C. Azitromicina.
- D. Podofilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva de detecção crescente ao longo dos últimos anos no Brasil corresponde a sífilis, cuja incidência — adquirida, em gestantes e congênita — voltou a subir de forma expressiva. O tratamento é a penicilina benzatina, única droga com eficácia comprovada também na prevenção da sífilis congênita e, portanto, a única que trata adequadamente a gestante. Aciclovir (A) trata herpes genital; azitromicina (C), clamídia; e podofilina (D) e para condiloma acuminado. Resposta B.

QUESTÃO 101 — Gabarito C

Paciente 9 anos é trazida pela mãe em virtude do aparecimento de nódulo mamário dolorido à direita. A mãe tem 42 anos de idade e encontra-se em tratamento quimioterápico para câncer de mama. O avô materno faleceu devido a câncer de próstata aos 80 anos. No exame clínico da criança, a altura e o peso encontram-se no percentil 50. Presença de leve pilificação genital e axilar bilateral; genitália com vulva e introito vaginal normais, com hímen íntegro. Presença de nódulo fibroelástico retroareolar direito com cerca de 1cm, parcialmente aderido à aréola e levemente doloroso. Região mamária e aréola esquerda sem achados palpatórios. O restante do exame clínico é normal. A ultrassonografia da aréola direita é apresentada. Qual é a conduta?

- A. Punção com agulha fina.
- B. Punção com agulha grossa.
- C. Acompanhamento clínico. ✓**
- D. Biópsia excisional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 9 anos com pilificação genital e axilar leve e nódulo retroareolar fibroelástico de 1 cm aderido a areola: e o broto mamário da telarca, dentro da faixa normal de início puberal. A conduta é acompanhamento clínico. Punção aspirativa (A), core biopsy (B) e biópsia excisional (D) destroem irreversivelmente o tecido mamário em formação e não tem indicação — o câncer de mama é excepcional nessa idade, e a história familiar materna não altera essa recomendação. Resposta C.

QUESTÃO 102 — Gabarito D

Paciente de 64 anos de idade vem ao ambulatório trazendo resultado de densitometria óssea realizada no último mês, apresentada a seguir. Está assintomática, refere dieta balanceada, não tem antecedentes morbidos relevantes e não usa medicamentos. Teve menopausa aos 53 anos de idade e não faz terapia hormonal. Qual é a conduta adequada?

- A. Terapia hormonal.
- B. Alendronato.
- C. Cálcio.
- D. Atividade física. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente assintomática, sem fraturas, sem comorbidades e sem uso de corticoide, com densitometria fora da faixa de osteoporose. Nesse cenário a conduta é não farmacológica: exercício com carga e impacto, que preserva massa óssea e, sobretudo, reduz quedas — o principal determinante de fratura. Bisfosfonato (B) se reserva a T-escore igual ou menor que -2,5, fratura por fragilidade ou risco alto pelo FRAX; terapia hormonal (A) não se inicia 11 anos após a menopausa; cálcio isolado (C) não substitui a medida com maior benefício. Resposta D.

QUESTÃO 103 — Gabarito A

Mulher de 17 anos de idade vem ao ambulatório desejando utilizar método contraceptivo que não dependa de “lembrar de usar”. É nuligesta e seus ciclos menstruais são mensais, regulares e com fluxo mais intenso no primeiro dia. Tem cólica menstrual, que melhora após uso de naproxeno. Não tem parceiro sexual definido. Em sua unidade de saúde estão disponíveis, além de preservativos, contraceptivos hormonais orais combinados, implantes subdérmicos de etonogestrel e dispositivos intrauterinos (DIUs) de cobre. Qual é a conduta para esta paciente?

- A. Indica o implante de etonogestrel pela eficácia e efeito sobre o ciclo menstrual. ✓**
- B. Orienta utilizar contraceptivo hormonal oral combinado por ser mais eficaz que o implante e o DIU disponíveis.
- C. Sugere usar DIU de cobre por ser mais adequado ao padrão menstrual relatado.
- D. Solicita o acompanhamento do responsável para definir a melhor contracepção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente que quer método independente de adesão diária, com fluxo intenso e dismenorreia: o implante subdérmico de etonogestrel e LARC, com uma das menores taxas de falha (menor que 0,1%), dura 3 anos e frequentemente reduz ou suspende o sangramento e a cólica. O contraceptivo oral (B) e MENOS eficaz no uso típico, justamente por depender de lembrar; o DIU de cobre (C) tende a aumentar fluxo e cólica; e adolescente tem direito à contracepção sem exigência de responsável (D). Resposta A.

QUESTÃO 104 — Gabarito C

Paciente de 45 anos de idade apresenta sangramento menstrual excessivo há 3 dias acompanhado de intensa dor em cólica. PA 100/60mmHg, FC 100bpm, FR 12 ipm. Exame especular com sangramento ativo pelo colo uterino. No toque vaginal, o útero é regular, com volume habitual e não doloroso à mobilização. Qual é a conduta?

- A. Histeroscopia diagnóstica.
- B. Curetagem uterina.
- C. Progesterona dose elevada. ✓**
- D. Histerectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino anormal agudo, com repercussão apenas discreta (PA 100x60, FC 100) e útil o de volume normal e sem lesão estrutural evidente: a conduta é o tratamento CLÍNICO hormonal, com progestação em dose elevada (ou estrogênio/ACO em regime de altas doses) para estabilizar o endométrio e cessar o sangramento. Histeroscopia (A) é diagnóstica e não trata a urgência; curetagem (B) é reservada a falha clínica ou instabilidade; e histerectomia (D) é desproporcional e mutilante nesse cenário. Resposta C.

QUESTÃO 105 — Gabarito B

Paciente de 32 anos de idade apresenta mutação BRCA 1 e BRCA 2. É nuligesta. Realizou a pesquisa de mutação pois a mãe faleceu por de câncer de mama aos 45 anos. Segundo o gráfico apresentado (Kuchenbaecker et al. JAMA, 2017), observa-se o risco cumulativo de câncer de mama em portadoras destas mutações. Qual é a orientação para a paciente?

- A. A adenomastectomia profilática deve ser realizada.
- B. A penetrância desses genes é variável. ✓**
- C. O rastreamento em intervalos mais curtos previne a doença.
- D. Uso de tamoxifeno ou raloxifeno pode interferir neste risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura correta do gráfico e que o risco cumulativo de câncer de mama nas portadoras de BRCA1/2 varia amplamente entre estudos e indivíduos — a PENETRÂNCIA é variável e depende de história familiar, do local da mutação e de modificadores genéticos e ambientais. Por isso a adenomastectomia profilática é opção a ser discutida, nunca imposta (A). Rastreamento com ressonância detecta precocemente, mas não PREVINE a doença (C); e quimioprevenção (D) tem benefício incerto nas portadoras, sobretudo de BRCA1. Resposta B.

QUESTÃO 106 — Gabarito A

Paciente de 25 anos de idade vem ao Pronto-Socorro por dor aguda abdominal e pélvica há 2 dias. A dor é em pontada e localizada na fossa ilíaca direita. Teve início abrupto, com piora progressiva. É nuligesta e tem ciclos menstruais mensais regulares. Usa preservativo irregularmente nas relações sexuais. No exame clínico, PA 100/60mmHg, FR 14 ipm, FC 100 bpm Temperatura axilar 38°C. Abdome levemente distendido com descompressão brusca em fossa ilíaca direita. No exame especular observa-se conteúdo acinzentado sem odor. No toque vaginal, o útero está em anteversoflexão e há tumoração anexial direita dolorosa. A ultrassonografia transvaginal apresentada a seguir representa a região anexial direita. Qual é a conduta adequada?

- A. Drenagem guiada por ultrassom. ✓**
- B. Appendicectomia.
- C. Salpingo-ooforectomia.
- D. Destorção anexial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica, febre de 38 graus, corrimento e massa anexial dolorosa com imagem de coleção complexa: e abscesso tubo-ovariano, complicação da doença inflamatória pélvica. Em paciente nuligesta, a conduta preserva a fertilidade — antibioticoterapia de amplo espectro com drenagem guiada por ultrassom da coleção. Salpingo-ooforectomia (C) é mutilante e só se justifica em rotura com sepse refratária; appendicectomia (B) trataria hipótese descartada pela imagem anexial; e não há torção a destorcer (D), que cursa sem febre e sem corrimento. Resposta A.

QUESTÃO 107 — Gabarito D

Paciente 23 anos de idade teve diagnóstico de tumoração anexial e foi submetida a laparoscopia. É nuligesta. A imagem da cirurgia é apresentada. Qual a conduta adequada?

- A. Ooforectomia.
- B. Salpingo-ooforectomia.
- C. Lavado extenso da cavidade com hemostasia ovariana.
- D. Retirada da cápsula com preservação do ovário. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoracao anexial benigna em nuligesta de 23 anos, com aspecto cirurgico de cisto de conteudo caracteristico: a conduta que preserva a fertilidade e a cistectomia — retirada da capsula com manutencao do parenquima ovariano sadio e hemostasia cuidadosa. Ooforectomia (A) e salpingo-ooforectomia (B) sacrificam reserva ovariana desnecessariamente em lesao benigna; apenas lavar a cavidade (C) deixa a lesao no lugar, com recidiva certa e sem diagnostico histologico. Resposta D.

QUESTÃO 108 — Gabarito A

Paciente de 40 anos de idade refere corrimento vaginal sanguinolento e odor pronunciado há cerca de 5 meses. Refere ciclos menstruais mensais regulares, porém com dificuldade de identificá-los devido ao sangramento irregular dos últimos meses. Refere vida sexual ativa, com parceiro sexual vasectomizado. Quatro partos vaginais prévios (último há 7 anos). Nega co-morbididades ou uso de medicamentos. Ao exame especular observa-se a imagem a seguir. Qual é a conduta neste momento?

- A. Biópsia. ✓**
- B. Colpocitologia.
- C. Colposcopia.
- D. Pesquisa de Clamídia e Neisseria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento sanguinolento e fetido ha 5 meses com sangramento irregular, em multipara de 40 anos, e LESAO MACROSCOPICA visível ao exame especular: diante de colo com lesao evidente, a conduta e a biopsia dirigida, que fecha o diagnostico de cancer de colo uterino. Colpocitologia (B) e metodo de RASTREAMENTO em mulher assintomatica, e resultado negativo em lesao visível gera falsa seguranca; colposcopia (C) se aplica a citologia alterada sem lesao aparente; e investigar clamidia e gonococo (D) desvia do diagnostico principal. Resposta A.

QUESTÃO 109 — Gabarito B

Gestante de 32 anos de idade, secundigesta e primípara, vem para a primeira consulta de pré-natal com 8 semanas e 2 dias de gestação. Está preocupada pois tem lúpus eritematoso sistêmico com acometimento cutâneo, articular e hematológico. Refere última crise há 7 meses e está em uso de hidroxiquina 400 mg e prednisona 10 mg por dia. Qual é a orientação com relação ao uso de hidroxiquina e prednisona na fase inicial da gestação?

- A. Deve suspender Hidroxiquina.
- B. Deve manter ambas as medicações. ✓**
- C. Deve suspender os dois medicamentos.
- D. Deve suspender a Prednisona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hidroxiquina e segura na gestacao e deve ser MANTIDA em toda gestante lupica: sua suspensao aumenta reativacao da doenca, perda fetal e risco de bloqueio cardiaco congenito nas portadoras de anti-Ro. A prednisona, em doses baixas como 10 mg/dia, tambem e mantida — e largamente inativada pela 11-beta-hidroxiesteroide desidrogenase placentaria, com pouca passagem ao feto. Suspender qualquer das duas (A, C, D) expoe a gestante a um surto justamente na fase de maior risco obstetrico. Resposta B.

QUESTÃO 110 — Gabarito C

Gestante de 25 anos de idade, primigesta, com 33 semanas e 3 dias de gravidez, chega ao pronto atendimento obstétrico em crise convulsiva tônico-clônica generalizada. O companheiro refere que a paciente estava com dor de cabeça intensa antes da convulsão. No exame clínico, está em mau estado geral, descorada +/4, hidratada, Pressão arterial 152 x 105 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 ipm, Saturação 96%, edema de MMII de 3+/4. No exame obstétrico, AU 33 cm, BCF presente e rítmico, dinâmica uterina presente (2 contrações em 10 minutos), toque vaginal com colo dilatado 3 cm, médio, medianizado. Após o tratamento adequado, com estabilização do quadro clínico e avaliação laboratorial, a conduta obstétrica é:

- A. Cesárea imediata.
- B. Inibição do trabalho de parto.
- C. Condução do parto. ✓**
- D. Cesárea após corticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Eclampsia com 33 semanas. Após sulfato de magnésio, controle pressor e estabilização materna, a resolução da gestação está indicada — mas a VIA e obstétrica. A paciente já está em trabalho de parto, com 3 cm de dilatação, contrações e batimentos fetais normais: pode-se conduzir o parto vaginal sob vigilância contínua. Cesárea não é obrigatória na eclampsia (A, D), corticoide não deve retardar a resolução de quadro materno grave, e inibir o trabalho de parto (B) e formalmente contraindicado. Resposta C.

QUESTÃO 112 — Gabarito A

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 111 e 112: Paciente hígida foi submetida a maturação de colo com misoprostol e posterior indução de parto por pós-datismo, conforme partograma apresentado. Paciente evoluiu com dor e dificuldade de deambulação no pós-parto, necessitando analgésico de resgate. No 2º dia pós-parto, apresenta temperatura oral aferida de 38,6°C. No exame clínico, está em bom estado geral e eupneica. O abdome é doloroso à palpação, com sinal de descompressão brusca negativo e ruídos hidroaéreos presentes. A ferida cirúrgica tem bom aspecto. A loquiação é fétida. A conduta inicial indicada para essa paciente é:

- A. Administrar antibiótico. ✓**
- B. Aspirar restos ovulares.
- C. Anticoagulação plena.
- D. Histerectomia subtotal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre acima de 38 graus no 2º dia de puerpério, com dor abdominal à palpação, loquiação FÉTIDA, ferida cirúrgica de bom aspecto e sem sinais de peritonite e endometrite puerperal. O tratamento inicial e antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, classicamente clindamicina com gentamicina. Aspirar restos ovulares (B) só se comprovados; anticoagulação (C) seria para tromboflebite pélvica séptica, diagnóstico de exclusão após falha do antibiótico; histerectomia (D) e último recurso na sepse refratária. Resposta A.

QUESTÃO 113 — Gabarito D

O caso seguinte se refere às questões 113 e 114. Primigesta de 21 anos de idade, está com 38 semanas de gestação e iniciou trabalho de parto espontâneo. O partograma e a cardiotocografia estão apresentados a seguir. A fisiopatologia do traçado da cardiotocografia apresentado inclui:

- A. Compressão funicular.
- B. Compressão do pólo cefálico.
- C. Bloqueio átrio ventricular fetal.**

D. Acidemia fetal. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O padrão de desaceleração tardia — início após o pico da contração, retorno lento a linha de base após o término — traduz insuficiência uteroplacentária: a queda transitória da oxigenação durante a contração ativa quimiorreceptores e, com hipoxemia mantida, leva a metabolismo anaeróbio e ACIDEMIA fetal. Compressão funicular (A) produz desaceleração VARIÁVEL, com aspecto em V e ombros; compressão do polo cefálico (B) gera desaceleração PRECOCE, em espelho com a contração e sem significado patológico. Resposta D.

QUESTÃO 114 — Gabarito D

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 113 e 114: Primigesta de 21 anos de idade, está com 38 semanas de gestação e iniciou trabalho de parto espontâneo. O partograma e a cardiotocografia estão apresentados a seguir. Qual é o método indicado para ultimateção do parto?

- A. Abreviação com vácuo extrator.
- B. Cesárea segmentar transversa.
- C. Aguardar parto espontâneo.

D. Rotação com fórceps Kielland. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Com traçado sugestivo de acidemia fetal, dilatação completa e polo cefálico já insinuado em variedade transversa, a ultimateção precisa ser rápida e por via vaginal instrumentada. O fórceps de Kielland e o instrumento desenhado justamente para ROTACAO em variedade transversa, com curvatura pélvica mínima. O vácuo (A) tem baixa eficácia rotacional e maior taxa de falha; aguardar o parto espontâneo (C) é inaceitável com sofrimento fetal; e a cesárea com polo profundamente insinuado (B) e tecnicamente mais morbida. Resposta D.

QUESTÃO 116 — Gabarito C

Gestante de 23 anos de idade está em sua primeira gestação. Iniciou o pré-natal com 19 semanas de gestação. Está em acompanhamento irregular na UBS pois trabalha como atendente em um pet Shop e está sem tempo para as consultas. Vem encaminhada ao pré-natal de alto risco com 25 semanas de gestação com os exames descritos a seguir. Qual é a conduta pré-natal imediata?

- A. Iniciar ácido fólico em dose dobrada.
- B. Iniciar pirimetamina associada a sulfadiazina.
- C. Iniciar espiramicina isolada. ✓**
- D. Iniciar espiramicina associada a pirimetamina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sorologia compatível com toxoplasmose aguda adquirida na gestação, sem confirmação de acometimento fetal (PCR do líquido amniótico). Nesse cenário o objetivo é reduzir a transmissão vertical, e a droga é a espiramicina ISOLADA — ela se concentra na placenta e não atravessa bem a barreira, motivo pelo qual não trata o feto já infectado. O esquema com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico (B, D) só entra com infecção fetal confirmada; ácido fólico dobrado (A) não tem papel terapêutico aqui. Resposta C.

QUESTÃO 117 — Gabarito A

Com base nas novas orientações de cuidados no parto, o que se pode dizer a respeito da indicação do procedimento ilustrado na figura a seguir?

A. É praticado se houver risco de lacerações graves. ✓

- B. Trata-se de um procedimento proscrito.
- C. Está reservado para primigestas.
- D. É indicado apenas em partos instrumentalizados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A episiotomia deixou de ser procedimento de rotina: as diretrizes atuais recomendam uso RESTRITIVO/seletivo, reservado a situações específicas como risco iminente de laceração grave, sofrimento fetal exigindo abreviação do período expulsivo ou distócia de ombro. Não é procedimento proscrito (B), não há indicação por paridade — fazer em toda primigesta (C) e justamente a prática abandonada — e tampouco se limita aos partos instrumentalizados (D). Resposta A.

QUESTÃO 118 — Gabarito D

Gestante de 43 anos de idade, casada, está em consulta pré-natal após submeter-se a reprodução assistida. É primigesta e tem 33 semanas de gestação. Na avaliação clínica, está em bom estado geral, corada, PA 120 x 75 mmHg, FC 78 bpm, IMC 21,4 kg/m². A altura uterina é de 31 cm. O BCF está presente e é rítmico. Tônus normal. Traz ultrassonografia obstétrica mostrando feto único, cefálico, com dorso à esquerda e placenta posterior. Índice de líquido amniótico 9 cm e peso estimado 1685g (percentil 5). Na mesma consulta foi realizada a seguinte avaliação de vitalidade fetal: Valores de referência: A umb PI: 030 a 1,40 / A umb S/D: 1,24 a 3,40. A orientação a ser dada à paciente quanto à resolução da gravidez é:

- A. Indicar parto com 34 semanas de gestação.
- B. Programar parto no termo precoce.
- C. Aguardar termo tardio.

D. Aguardar até 40 semanas de gestação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Feto com peso estimado no percentil 5, mas com líquido amniótico NORMAL (ILA 9 cm) e doppler de artéria umbilical dentro dos valores de referência: não há sinais de insuficiência placentária, o que caracteriza feto pequeno constitucional e não restrição de crescimento com comprometimento hemodinâmico. A conduta e vigilância seriada, permitindo a gestação chegar ao termo. Antecipar o parto com 34 semanas (A) ou no termo precoce (B) expõe a prematuridade iatrogênica sem benefício. Resposta D.

QUESTÃO 119 — Gabarito C

Gestante com 34 anos de idade procura pronto atendimento obstétrico com queixa de contrações dolorosas a cada 3 minutos, associada a peso em região púbica. A idade gestacional é de 32 semanas. É tercigesta, com dois partos vaginais prévios (último há 2 anos, sem intercorrências). Está em uso de sertralina 100mg/dia. Refere que está aguardando avaliação de pré-natal de alto risco por queixa de cansaço físico que vem sendo progressivamente mais importante desde o 5º mês de gravidez. Desde o momento em que iniciaram as contrações, sente opressão torácica, dificuldade para respirar e sensação de desmaio. No exame clínico, apresenta-se em bom estado geral, PA 94x50 mmHg, FC 126bpm, FR 22 ipm. Ausculta com sopro sistólico aórtico 3+/6+, ejetivo, murmúrios vesiculares presentes com crepitação fina em base direita. Abdome gravídico, altura uterina 30 cm, BCF presente e rítmico. Sem edemas de MMII, sem sinais de TVP. Toque vaginal: colo fino, dilatação de 6 cm, apresentação cefálica e bolsa íntegra. O seguimento obstétrico adequado é:

- A. Inibição de trabalho de parto prematuro com atosibano.
- B. Iniciar maturação pulmonar fetal com corticoterapia.

C. Assistência ao parto com analgesia imediata. ✓

- D. Assistir ao período expulsivo com puxos dirigidos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 32 semanas em trabalho de parto FRANCO (6 cm), com quadro sugestivo de cardiopatia até então não investigada: dispneia progressiva desde o 5º mês, sopro sistólico aórtico 3+/6+, taquicardia, hipotensão, crepitação pulmonar e opressão torácica. Com dilatação de 6 cm a tocolise está contraindicada — e seria perigosa na cardiopata descompensada. O manejo é assistir ao parto com ANALGESIA precoce, que reduz dor, descarga adrenergica e consumo de oxigênio. Puxos dirigidos (D) aumentam a Valsalva e devem ser evitados, abreviando-se o expulsivo. Resposta C.

QUESTÃO 120 — Gabarito B

A enfermeira aciona o médico plantonista para avaliar a paciente JMB, gestante, de 23 anos de idade. A paciente tem diabetes tipo I e foi internada para ajuste do controle glicêmico. Ela é quartigesta, com 3 abortamentos anteriores. A idade gestacional é de 18 semanas. Chamou a enfermeira por estar com mal estar e sudorese fria. A glicemia capilar é de 38 mg/dL. Na avaliação clínica, a paciente está torporosa e não responde adequadamente aos questionamentos, PA 110x70 mmHg, FC 82. A conduta imediata deve ser:

- A. Oferecer o lanche da tarde.
- B. Soro glicosado 5% 300 ml endovenoso. ✓**
- C. Administrar 15g glicose via oral.
- D. Glucagon subcutâneo imediato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipoglicemia GRAVE (38 mg/dL) com rebaixamento do nível de consciência — paciente torporosa, sem resposta adequada. Não se oferece nada por via oral a quem não protege a via aérea: lanche (A) e glicose oral (C) estão contraindicados pelo risco de broncoaspiração. A conduta imediata é glicose ENDOVENOSA. O glucagon (D) é alternativa útil quando não há acesso venoso, mas é menos previsível e pode falhar com reservas hepáticas de glicogênio depletadas. Resposta B.