



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

Paciente feminina, 27 anos, com queixa de corrimento vaginal há 2 meses e odor desagradável. Ao exame físico especular você coleta exame de Papanicolaou e observa moderada quantidade de corrimento em fundo de saco vaginal de coloração acinzentada, sem alterações em paredes vaginais e colo de útero. Wiff teste realizado e foi positivo; no exame à fresco observou-se a presença de Clue Cells. Diante desse quadro clínico qual a melhor conduta, além de orientar prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e discutir métodos contraceptivos?

- A. Prescrever metronidazol 500 mg de 12/12h, uma semana. ✓**
- B. Prescrever ciprofloxacina 500 mg (dose única), doxicilina 10 mg, 12/12 h, 7 dias.
- C. Prescrever fluconazol 150 mg em dose única.
- D. Prescrever dexametasona, apresentação creme vaginal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento acinzentado, odor de peixe, teste das aminas (Whiff) positivo e clue cells no exame a fresco fecham vaginose bacteriana (desequilíbrio da flora com Gardnerella/anaeróbios). O tratamento de escolha é metronidazol 500 mg VO 12/12h por 7 dias (ou gel vaginal). Ciprofloxacina + doxiciclina (B) trata cervicite/DIP, que exigiria colo friável e dor à mobilização. Fluconazol (C) é para candidíase, que dá corrimento branco grumoso e prurido, com pH ácido. Corticoide tópico (D) não tem papel. Perda: vaginose não é IST, mas aumenta risco de aquisição de outras. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Paciente masculino, 52 anos, sedentário, recebendo atendimento de rotina com diagnóstico de hipertensão arterial. Ao exame físico apresenta-se com IMC: 42 kg/m² e pressão arterial de 132x82 mmHg e com os seguintes resultados de exames laboratoriais: glicemia: 112 mg/dl, teste de tolerância à glicose 75g (GGT 75): 112/190, colesterol total: 198 mg/dl, HDL colesterol: 49 mg/dl, triglicérides: 270 mg/dl, creatinina: 0,8 mg/dl, TGO: 28 mg/dl, TGP: 37 mg/dl, urina tipo 1: sem alterações. Além das orientações de cuidados não farmacológicos como orientação dietética e atividade física regular, que medicação seria mais adequada à condição de saúde do paciente?

- A. Sitagliptina (inibidor da DDP4).
- B. Dapagliflozina (inibidor do SGLT2).
- C. Glibenclamida (sulfonilureia).
- D. Metformina (biguanida). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Obesidade grau III (IMC 42) com glicemia de jejum 112 mg/dL e 2h pós-sobrecarga 190 mg/dL: pré-diabetes (glicemia de jejum alterada + tolerância diminuída). Além das medidas de estilo de vida, a única droga com evidência consolidada para prevenir a progressão a DM2 - sobretudo em IMC ≥ 35 anos e adultos mais jovens - é a metformina. Sitagliptina (A) e dapagliflozina (B) não têm indicação em pré-diabetes; glibenclamida (C) é sulfonilureia, causa hipoglicemia e ganho de peso, o oposto do desejado aqui. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

A paciente comparece à unidade de saúde da família com seu filho de 7 anos. Informa que a criança foi diagnosticada com asma há 4 meses, quando iniciou o tratamento com budesonida spray oral, em uso até o momento. Relata que a criança estava bem até há 2 dias quando começou a apresentar sibilos e tosse seca principalmente à noite e pela manhã, ao acordar. Nega dispneia e não sabe informar sobre a ocorrência de febre. Durante a consulta, a médica colheu a história clínica da criança, realizou o exame físico completo e mediu o pico de fluxo expiratório (PFE), constatando que a asma não estava controlada. Com base nas informações descritas acima, qual a conduta inicial mais adequada para o caso desta criança?

- A. Prescrever corticoide por via oral por 5 dias e, se não houver melhora, encaminhar a criança ao especialista para avaliação do caso.
- B. Iniciar broncodilatador de ação-rápida inalatório por 5 dias e, se não houver melhora, encaminhar a criança ao especialista para avaliação e conduta.
- C. Verificar presença de infecção respiratória atual, a adesão aos medicamentos, a técnica de uso do dispositivo inalatório e o cuidado ambiental. ✓**
- D. Encaminhar a criança ao especialista para avaliação do caso, realização de exames específicos e ajustes do esquema terapêutico para asma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Asma não controlada não significa automaticamente subir degrau de tratamento. Antes de qualquer step-up, o roteiro obrigatório é checar os quatro grandes 'ladrões de controle': adesão, técnica inalatória, exposição ambiental (mofo, fumaça, ácaros, animais) e comorbidades/infecção respiratória atual. Há erro adicional no caso: budesonida em spray ORAL não entrega a droga ao pulmão. Corticoide sistêmico (A) e broncodilatador isolado (B) tratam sintoma sem corrigir a causa, e o encaminhamento (D) é prematuro na APS. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

O gráfico abaixo, extraído de um artigo científico (N Engl J Med 2019; 380:263-73), ilustra a elevação da temperatura média da superfície terrestre nos últimos 170 anos, segundo diferentes medições. Para a Organização Mundial da Saúde, esse fenômeno é a maior ameaça atual à saúde pública global. Considerando que o Brasil é atualmente o 6º maior emissor de gases de efeito estufa, qual seria a medida mais efetiva a ser tomada pelo país visando minimizar sua contribuição para o aquecimento global?

- A. Reduzir o uso de gasolina, aumentando a produção de etanol a partir da cana-de-açúcar.
- B. Reduzir a queima de carvão mineral, investindo na produção de energia eólica.
- C. Reduzir as queimadas na Floresta Amazônica, que constitui grande reserva de carbono. ✓**
- D. Reduzir o uso de óleo diesel, aumentando a eficiência do transporte de cargas.

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil, ao contrário dos países industrializados, a maior fatia das emissões de gases de efeito estufa vem da mudança de uso da terra - desmatamento e queimadas, principalmente na Amazônia -, e não da matriz energética, que já é majoritariamente renovável (hidrelétrica, etanol, eólica). Logo, a medida de maior impacto marginal é conter as queimadas e preservar a floresta como estoque de carbono. Reduzir gasolina (A), carvão (B) ou diesel (D) ajuda, mas mexe em frações menores do inventário nacional. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Na reunião do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASEMS), uma das pautas foi a importância de se analisar a tendência de cobertura da população por planos de saúde (beneficiários dos planos de saúde). O gestor estadual, que representou a região sudeste do Brasil, apresentou alguns dados sobre a cobertura de assistência médica e odontológica para os quatro estados da região, em três períodos distintos (Gráfico 1). A importância desta discussão para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionada:

- A. À análise da abrangência e do impacto do SUS no atendimento das necessidades de saúde da população. ✓**
- B. Ao aumento da oferta de serviços médicos e odontológicos para atender às necessidades de saúde da população.
- C. À desobrigação de atendimento das necessidades de saúde da população coberta pelos planos de saúde (beneficiários).
- D. À diminuição do ressarcimento ao SUS dos serviços prestados aos beneficiários dos planos de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

O gestor do SUS acompanha a cobertura suplementar porque ela é um termômetro indireto da abrangência e do impacto do SUS: onde a cobertura por planos cai, aumenta a demanda por serviços públicos, e o planejamento precisa ser refeito. Não há aumento automático de oferta (B) - plano privado não amplia a rede pública. E, pelos princípios de universalidade e integralidade, o SUS jamais se desobriga de atender beneficiário de plano (C); aliás, o ressarcimento ao SUS existe justamente porque esse atendimento ocorre (D). Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

O médico de família e comunidade está preocupado com uma criança de 2 anos que se mudou para sua área recentemente. Na consulta passada a mãe contou que, nos últimos 12 meses, a criança apresentou vários episódios de sinusite, otite e pneumonia, todos necessitando de antibióticos por tempo longo e que, no momento, vem apresentando diarreia difícil de controlar. Informou que a criança chia o peito às vezes e tem uma alergia na pele (eczema), desde os primeiros meses de vida. Relatou também que a criança precisou tomar, por vários meses, um medicamento porque aos 7 meses de idade apareceu um caroço na axila direita que supurou. A mãe disse ainda que, quando era pequena (a mãe), perdeu um irmão alguns dias após nascer e que há alguns anos perdeu uma sobrinha, mas não sabe dizer a causa. Qual a principal suspeita diagnóstica para o quadro desta criança?

- A. Alergia à proteína do leite de vaca.
- B. Erro inato da imunidade. ✓**
- C. Intolerância à lactose.
- D. Parasitose intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão aqui é clássico de erro inato da imunidade: infecções bacterianas piogênicas de repetição em múltiplos sítios (sinusite, otite, pneumonia) exigindo antibiótico prolongado, diarreia crônica, eczema precoce, complicação supurativa de BCG aos 7 meses (o 'caroço' axilar) e história familiar de óbitos precoces de lactentes. Alergia à proteína do leite (A) e intolerância à lactose (C) não causam infecções bacterianas graves; parasitose (D) não explica otite/pneumonia nem becegueira. Perla: BCG complicada é sinal de alarme de imunodeficiência. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

A figura abaixo ilustra as indicações principais para higienização das mãos pelos profissionais da saúde segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Com base na figura e nas recomendações da OMS sobre higienização de mãos, assinale a alternativa correta.

- A. A indicação 5 pode ser dispensada no caso de o paciente estar em isolamento de contato e o profissional tiver usado luvas de procedimento.
- B. Na indicação 4, o profissional deve preferencialmente lavar as mãos com água e sabonete líquido, ao invés de aplicar formulação alcóolica.
- C. A indicação 1 pode ser dispensada no caso de o paciente estar em isolamento de contato e o profissional for calçar luvas de procedimento.

D. Na indicação 2, o profissional deve realizar a higienização das mãos, mesmo que já a tenha feito antes do primeiro contato com o paciente. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos 5 Momentos da OMS, a indicação 2 e 'antes de procedimento limpo/aseptico'. Ela é independente da indicação 1 (antes de tocar o paciente): se o profissional tocou o paciente ou o ambiente entre uma e outra, precisa higienizar de novo. Luva NAO substitui higienizacao - antes de calcar e apos retirar as luvas, higieniza-se (elimina A e C). Em contato com sangue/secrecoes ou suspeita de C. difficile prefere-se agua e sabao, mas isso nao e a regra da indicacao 4, na qual a preparacao alcoolica segue sendo a preferencial. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Uma criança de oito anos de idade é trazida à Unidade de Saúde da Família (USF) com história de ter sido atacada por um porco doméstico, ao adentrar o interior de um chiqueiro, na propriedade rural onde vive com seus pais. O exame físico revela lesão única e superficial na panturrilha direita. A família informa que a criança nunca havia recebido vacinas antirrábicas anteriormente.

- A. Quatro doses de vacina, sem uso de soro. ✓**
- B. Três doses de vacina e observação do animal.
- C. Quatro doses de vacina e uma dose de soro.
- D. Apenas acompanhamento do animal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Suino e animal de producao (interesse economico), nao reservatorio silvestre nem canideo/felino domestico passivel de observacao. Pela norma do Ministerio da Saude, agressao por animal de producao configura acidente que exige esquema completo de vacina antirrabica; como a lesao e unica e superficial em membro (acidente leve), nao ha indicacao de soro - este fica para ferimentos graves, multiplos, profundos ou em cabeca, pescoco, maos e pes. Observacao do animal (B/D) so vale para cao e gato. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Durante uma visita de estudantes do primeiro ano de medicina à uma Unidade de Saúde da Família (USF), o professor apresentou a estrutura da unidade (ambiência, equipamentos, recursos humanos) e explicou que os serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), estão organizados em uma rede de atenção à saúde (RAS), composta por pontos assistenciais de densidades tecnológicas distintas que atendem condições de saúde de diferentes complexidades. Também comentou que a atenção primária à saúde (APS) se constitui a porta preferencial de acesso dos usuários à RAS e que a USF, apesar de não dispor de muitos equipamentos, apresentava um bom vínculo com a comunidade, uma equipe multiprofissional bem integrada e uma taxa de resolatividade próxima à 90%. Após a visita à USF e baseada na explicação do professor sobre a organização da RAS os estudantes concluíram que:

- A. A atenção secundária apresenta baixa densidade tecnológica e elevado grau de tecnologia leve-dura.
- B. A atenção terciária apresenta alta densidade tecnológica e elevado grau de tecnologia leve.
- C. A atenção primária apresenta baixa densidade tecnológica e elevado grau de tecnologia dura.

D. A atenção primária apresenta baixa densidade tecnológica e elevado grau de tecnologia leve. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na lógica das redes de atenção, densidade tecnológica cresce da atenção primária para a terciária (equipamentos, 'tecnologia dura'). A APS trabalha com baixa densidade tecnológica e alta concentração de tecnologias LEVES - vínculo, escuta, acolhimento, relação clínica -, exatamente o que sustentou os 90% de resolatividade descritos. Por isso A, B e C invertem os conceitos: a terciária é rica em tecnologia dura (não leve), e a APS não se define por tecnologia dura. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

A figura foi extraída de um artigo científico que aborda a efetividade da aplicação em massa da vacina CoronaVac para a prevenção de Covid-19, no Chile. Considerando a efetividade da aplicação de duas doses da vacina estimada pela análise estratificada em 63,7%, isso significa que:

- A. 63,7% das pessoas vacinadas foram efetivamente protegidas e não desenvolveram Covid-19.
- B. 63,7% das pessoas vacinadas produziram anticorpos (soro converteram) contra Covid-19.
- C. A prevalência de Covid-19 foi 63,7% menor nas pessoas vacinadas que nas não vacinadas.

D. A incidência de Covid-19 foi 63,7% menor nas pessoas vacinadas que nas não vacinadas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Efetividade vacinal é uma medida de redução de risco: $ES = (1 - RR) \times 100$, calculada sobre a INCIDÊNCIA de doença em vacinados versus não vacinados. Portanto 63,7% significa que a incidência de Covid-19 foi 63,7% menor entre os vacinados. Não quer dizer que 63,7% das pessoas ficaram protegidas individualmente (A) - o risco cai proporcionalmente para todo o grupo -, nem se refere a soroconversão (B), que é imunogenicidade, não efetividade. Prevalência (C) não é a medida usada em estudos de efetividade. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Paciente de 46 anos procura seu médico da família e comunidade (MFC). O paciente tem antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica (controlada com medicamentos) e de gota. Apresentou quadro de epilepsia dos 2 aos 15 anos de idade, com a última crise convulsiva aos 12 anos. Está em tratamento de úlcera gástrica, diagnostica há 1 semana. Faz uso cônico de losartana (100 mg ao dia), alopurinol (300 mg ao dia) e em uso recente de claritromicina, amoxicilina e omeprazol. É tabagista desde os 18 anos de idade. Fuma cerca de 20 cigarros por dia. Fuma o primeiro cigarro 20 minutos após acordar, pela manhã. Tem sintomas de fissura quando fica mais de 2 horas sem fumar. Não tem queixas respiratórias. Nega uso de bebidas alcoólicas. O paciente informa que, devido à crise gerada pela pandemia de Covid-19, foi demitido há 6 meses e não conseguiu outro emprego, até o momento. Também está passando por dificuldades no relacionamento com a esposa. Há cerca de 2 meses vem apresentando sintomas de tristeza, anedonia, dificuldades de sono e ganho de peso. Durante a entrevista o MFC diagnosticou um episódio depressivo maior e a pontuação de Fagerstrom foi 8. Também relata que deseja cessar o tabagismo. O exame físico do paciente não mostrou qualquer alteração importante. Diante do quadro, o MFC decide iniciar intervenção psicoterapêutica e tratamento farmacológico com mais de uma droga. A prescrição mais indicada para este quadro seria:

- A. Adesivo de nicotina e nortriptilina. ✓**
- B. Adesivo de nicotina e goma de nicotina.
- C. Goma de nicotina e bupropiona.
- D. Adesivo de nicotina e bupropiona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fagerstrom 8 = dependencia elevada, com indicacao de terapia combinada. Ha duas armadilhas: epilepsia previa (e ulcera peptica ativa) contraindica bupropiona, que reduz o limiar convulsivo - elimina C e D. Resta associar adesivo de nicotina a um farmaco de segunda linha, e a nortriptilina e a escolha por matar dois coelhos: tem eficacia comprovada na cessacao do tabagismo e trata o episodio depressivo maior diagnosticado na consulta. Adesivo + goma (B) e apenas reposicao nicotínica, sem cobrir a depressao. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Gestante, 30 anos, G2P1A0C1, IG 1º USC 26 semanas. Vinha realizando o pré-natal em Unidade Saúde da Família (USF) quando foi condenada a cumprimento definitivo de pena, com reclusão em regime fechado. Além do parto hospitalar, a gestante terá direito:

- A. Terminar pré-natal em estabelecimento prisional. Período de amamentação de 6 meses em prisão domiciliar.
- B. Terminar pré-natal em USF. Retorno para estabelecimento prisional após o parto.
- C. Terminar pré-natal em unidade prisional. Período de amamentação em berçário de unidade prisional. ✓**
- D. Terminar pré-natal em USF. Período de amamentação de 6 meses em prisão domiciliar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A legislacao brasileira (LEP, com as alteracoes da Lei 11.942/2009) garante a gestante presa em regime fechado assistencia pre-natal dentro do sistema prisional e o direito de permanecer com o filho e amamenta-lo, para o que os estabelecimentos penais femininos devem dispor de bercario/secao para gestantes e parturientes. Manter o pre-natal na USF (B/D) e incompativel com o regime fechado, e a prisao domiciliar (A/D) nao e direito automatico da condenada em regime fechado com sentenca definitiva. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 20 anos, comparece à Unidade de Saúde da Família (USF) para consulta, com história de há 2 meses ter iniciado quadro de palpitações, irritabilidade e fraqueza. Em registro anterior de prontuário, observou-se ainda, perda ponderal de 4 Kg, no período. Nega uso de medicações. Ao exame: peso 52 Kg, FC: 114 bpm. PA: 110 x 70 mmHg. FR 14 ipm. Pele: quente e úmida. ACV: Ritmo Regular, com 2 Bulhas normofonéticas, sem sopros. AR: MV+ Simétrico, sem RA. Tireoide: palpável, sem aumento de tamanho e sem nódulos palpáveis. Qual a melhor conduta inicial a ser realizada no contexto da atenção primária à saúde?

- A. Solicitar anticorpos anti-receptores de TSH (TRAb).
- B. Solicitar ultrassom de tireoide, TSH e T4 livre.
- C. Solicitar TSH, T4 livre e T3. ✓**
- D. Solicitar TSH, cintilografia de tireoide com captação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Palpitações, irritabilidade, perda ponderal, taquicardia e pele quente e úmida configuram tireotoxicose. Na atenção primária, o primeiro passo é confirmação bioquímica: TSH (suprimido), T4 livre e T3 - este último importante para não perder a tireotoxicose por T3, em que o T4 livre pode estar normal. TRAb (A) e cintilografia (D) são etapas seguintes, para definir etiologia depois de confirmado o hipertireoidismo. Ultrassom (B) não diagnostica disfunção tireoidiana, e a tireoide aqui nem está aumentada. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Paciente com 49 anos do sexo masculino em consulta para avaliação de exames e acompanhamento de pressão arterial alterada, tem antecedente de gota. Na consulta, verificou-se pressão arterial de 152 x 90 mmHg, além de IMC de 38. Resultados de exames: glicemia de jejum: 88 mg/dl, colesterol total: 270 mg/dl, HDL colesterol: 94 mg/dl, triglicérides: 197 mg/dl, creatinina: 1,3 mg/dl, sódio: 142 mEq/L potássio: 4,7 mEq/L, ácido úrico: 9,2 mg/dl, urina tipo 1: sem alterações significativas. Valores de referência: Glicemia: 70-99 mg/dl Colesterol total: < 200 mg/dl HDL Colesterol: 40-60 mg/dl Triglicérides: < 150 mg/dl Creatinina: < 1,3 mg/dl Sódio: 135-145 mEq/L Potássio: 3,5-5,5 mEq/L Ácido úrico: 4,0-7,0 mg/dl Confirmado o diagnóstico de hipertensão arterial e com base nas características clínicas e resultados dos exames, qual a classe de anti-hipertensivo você indicaria preferencialmente?

- A. Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA). ✓**
- B. Bloqueador de canal de cálcio diidropiridínico.
- C. Beta-bloqueador não seletivo.
- D. Diurético tiazídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

HAS estágio 1 em obeso com gota e ácido úrico 9,2 mg/dL. O ponto da questão é evitar a droga que piora a comorbidade: tiazídico (D) reduz a excreção renal de urato e precipita crise gotosa. Beta-bloqueador não seletivo (C) não é primeira linha em hipertensão sem indicação compulsória e também eleva ácido úrico e piora perfil metabólico. Entre as duas opções seguras, a banca privilegia o IECA, que além do efeito anti-hipertensivo tem discreto efeito uricosúrico (losartana é o exemplo clássico entre os BRA) e proteção renal. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Durante a reunião de discussão de família, a agente comunitária de saúde (ACS) informou que uma nova família havia se mudado para o território da Unidade de Saúde da Família (USF). Por meio da visita domiciliar para o cadastramento, a ACS identificou que no domicílio residia um casal jovem (homem 35 anos e mulher 33 anos), com duas crianças (um menino de 7 anos e uma menina de 4 anos). A mulher estava desempregada, o marido trabalhava em uma indústria de bebidas durante o dia, o menino estava frequentando a escola e a menina ficava em casa com mãe, pois não havia vaga na creche do bairro. A mulher informou também que ela e o marido não eram os pais biológicos das crianças. Considerando as estruturas familiares, a equipe pode classificar esta família como:

- A. Extensa.
- B. Composta.
- C. Nuclear.
- D. Funcional. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca cobra a classificação pela FUNCAO exercida e não pelo laço biológico: um casal que cria e cuida de duas crianças das quais não é pai/mãe biológico constitui uma família funcional - o grupo que desempenha as funções familiares de proteção, socialização e cuidado, referência central do trabalho da equipe de saúde da família. Extensa (A) exige a presença de outros parentes/gerações no domicílio; nuclear (C) pressupõe o casal e seus filhos; composta (B) descreve o núcleo acrescido de agregados. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Na discussão semanal da equipe de saúde da família, a preocupação em relação ao dimensionamento inadequado de agentes comunitários de saúde (ACS) para a cobertura de toda a população cadastrada na Unidade de Saúde da Família (USF) foi externada pelos membros da equipe de saúde. O número ideal de ACS previsto para a USF, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) era de seis (6), e naquele momento, a equipe contava com apenas três (3). Essa situação vivenciada pela equipe da USF prejudica, principalmente, que atributo da atenção primária à saúde?

- A. Participação comunitária.
- B. Coordenação do cuidado.
- C. Longitudinalidade.
- D. Atenção ao primeiro contato. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O ACS é a ponte entre o território e a unidade: cadastra, faz busca ativa, identifica quem precisa e conduz o usuário ao serviço. Com metade do quadro previsto (3 de 6), grande parte da população adscrita fica sem essa porta de entrada mapeada - o atributo mais diretamente ferido é o acesso de primeiro contato. Coordenação do cuidado (B) e longitudinalidade (C) dependem mais do vínculo com a equipe e do registro clínico; participação comunitária (A) é atributo derivado, ligado ao controle social. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Você trabalha como médico em uma Unidade de Saúde de Família e atende um jovem de 16 anos, previamente hígido, que procura atendimento queixando-se de odinofagia e febre há 5 dias. Há 3 dias, procurou o serviço de pronto-atendimento, onde foi atendido por um médico que lhe prescreveu amoxicilina + clavulanato (500/125 mg) 1 cp 8/8h por 1 semana e dipirona, se necessário. Desde então, o rapaz notou piora dos sintomas e o aparecimento de lesões avermelhadas no tronco. Foto de sua orofaringe e tronco no dia da consulta estão ilustradas abaixo. Diante desse quadro clínico, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável e a conduta mais apropriada para o caso.

- A. Abscesso periamigdaliano. Manter amoxicilina + clavulanato e encaminhar o paciente para drenagem cirúrgica imediata.
- B. Herpangina, farmacodermia à amoxicilina + clavulanato. Troca amoxicilina + clavulanato por clindamicina 600 mg (vo) 8/8h.
- C. Amigdalite bacteriana, falha no tratamento antimicrobiano. Troca amoxicilina + clavulanato por ceftriaxona 2g (EV) ou (IM) 1 vez ao dia.

D. Mononucleose infecciosa. Suspende amoxicilina + clavulanato e intensificar analgesia com nimesulide 100 mg (vo) 12/12h. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com faringoamigdalite arrastada que PIORA com amoxicilina e desenvolve exantema maculopapular no tronco: e a apresentação clássica da mononucleose infecciosa (EBV) com rash induzido por aminopenicilina, reação imunológica que não significa alergia verdadeira. A conduta é suspender o antibiótico, manter analgesia e orientar repouso e evitar esporte de contato por 4-6 semanas (risco de ruptura esplênica). Abscesso periamigdaliano (A) daria trismo e desvio da úvula; não há razão para trocar antibiótico (B/C) numa doença viral. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Paciente de 35 anos, procura a Unidade de Saúde da Família com queixa de uma mancha esbranquiçada na perna direita. O paciente nega dores, prurido ou outras queixas em relação à mancha, que percebeu há cerca de 2 anos e vem aumentando de tamanho, lentamente. Nega perda de força ou parestesias no membro afetado. Paciente nega tabagismo, uso de bebida alcoólica, de medicamentos ou de qualquer problema de saúde. Ao exame, o médico de família e comunidade (MFC) percebe a mancha hipocrômica, de cerca de 6 cm de diâmetro, com perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. Também percebeu o nervo fibular à direita mais espessado. Não encontrou outras alterações de pele ou outros nervos espessados. Com esses achados, a melhor conduta do MFC é:

- A. Iniciar tratamento com rifampicina, clofazimina e dapsona, com duração de 6 meses. ✓**
- B. Iniciar tratamento com rifampicina e clofazimina, com duração de 12 meses.
- C. Encaminhar o paciente para confirmação diagnóstica em ambulatório especializado.
- D. Iniciar tratamento com rifampicina e dapsona, com duração de 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mancha hipocrômica única com perda das sensibilidades tátil, térmica e dolorosa e espessamento do nervo fibular fecham diagnóstico CLÍNICO de hanseníase - doença de notificação compulsória e tratamento disponível na própria APS, sem necessidade de biópsia ou de serviço especializado (por isso C está errada). Pelo esquema atual do Ministério da Saúde (PQT-U), todos os casos recebem rifampicina + clofazimina + dapsona; o paucibacilar (até 5 lesões e um tronco nervoso) faz 6 doses mensais. Os esquemas duplos de B e D não existem mais. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

A enfermeira da saúde da família do bairro avaliou um bebê de 2 meses e meio de idade que foi levado à unidade para consulta de puericultura. Durante conversa, a mãe relatou que a criança, nos últimos dias, estava chorando muito, mais irritada em algumas horas do dia. Negava febre, perda de peso ou alteração do apetite. Ao retirar a fralda para examinar a acometendo o períneo, raiz das coxas, partes das nádegas, se estendendo até a região perianal. O médico foi chamado, avaliou a criança e orientou o tratamento, medidas de cuidado e prevenção. Qual o melhor tratamento medicamentosos para o quadro desta criança?

- A. Antibiótico tópico.
- B. Corticosteroide tópico.
- C. Antifúngico tópico.
- D. Dexpanthenol tópico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dermatite da área de fralda irritativa (de contato) e o quadro mais comum no lactente: eritema em superfícies convexas - perineo, raiz das coxas e nádegas - por umidade, urina e fezes. O tratamento é barreira e reparação cutânea, com dexpanthenol ou óxido de zinco, além da troca frequente de fraldas e exposição ao ar. Antifúngico (C) só se houver candidíase, que caracteristicamente acomete o FUNDO das pregas e tem lesões-satélite; antibiótico (A) só em impetiginização; corticoide (B) na área de fralda favorece atrofia e absorção sistêmica. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Você trabalha como médico em uma Unidade de Saúde da Família e atende um paciente de 45 anos lavrador hídico, que foi orientado atualizar sua carteira vacinal pelo agente comunitário de saúde, mas se recusou a fazê-lo. O paciente recusou a aplicação das vacinas contra hepatite B e febre amarela, alegando que sua esposa e filhos são vacinados contra essas doenças e que por isso ele se sente protegido contra as mesmas. Assinale entre as alternativas abaixo aquela que indica a melhor orientação a ser oferecida a esse paciente.

- A. Explicar que a vacinação de sua família não lhe confere proteção alguma contra hepatite B, e nem contra febre amarela silvestre. Recomendar a aplicação de ambas as vacinas.
- B. Explicar que a vacinação de sua família não lhe confere proteção alguma contra hepatite B, mas sim contra a febre amarela silvestre. Recomendar a aplicação da vacina contra hepatite B.
- C. Explicar que a vacinação de sua família lhe confere parcialmente alguma proteção contra hepatite B e nenhuma contra febre amarela silvestre. Recomendar a aplicação de ambas as vacinas. ✓**
- D. Explicar que a vacinação de sua família lhe confere parcialmente alguma proteção contra hepatite B e parcialmente contra febre amarelas silvestre. Recomendar a aplicação de ambas as vacinas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois lógicas diferentes. Hepatite B tem transmissão inter-humana (sexual, sangue, perinatal): vacinar a família reduz a chance de haver um infectante no domicílio, ou seja, confere ao paciente uma proteção INDIRETA parcial (proteção de rebanho), mas nunca individual. Já a febre amarela silvestre é transmitida por mosquitos a partir de primatas na mata - não há transmissão pessoa a pessoa, logo vacinar a família não lhe dá proteção alguma, e ele é lavrador, exposto de risco. Ambas as vacinas devem ser recomendadas. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Homem, 18 anos, vítima de trauma torácico fechado (colisão carro com ônibus). Atendido em Centro de Trauma, apresentava fratura costal à direita. Realizado drenagem pleural fechada por hemo-pneumotórax (figura A). Boa evolução e expansão pulmonar dreno pleural retirado após 48 horas e seguida de alta hospitalar. Retorna ao serviço de emergência após 14 dias da alta com queixa de dor pleurítica à direita e picos febris há 2 dias. Encontra-se hemodinamicamente estável e eupnéico. Submetido a tomografia de tórax (figuras B e C). Qual a conduta terapêutica mais adequada?

- A. Passagem de dreno pleural tipo "pigtail" para uso de trombolíticos, irrigação contínua por 48 horas.
- B. Toracotomia póstero-lateral com plerectomia parietal para controle de sangramento.
- C. Dreno pleural calibroso (36F), uso de irrigação contínua e sistema de aspiração pleural reduzida.

D. Videotoracosopia ou VATS (Vídeo-Assisted Thoracoscopic Suery). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre e dor pleurítica duas semanas após drenagem de hemotorax, com coleção pleural a tomografia, indicam empiema pos-traumático já em fase organizada/loculada. Nessa fase, dreno isolado - fino com fibrinolítico (A) ou calibroso com irrigação (C) - falha porque não vence os septos e não descortica. O tratamento de escolha é a videotoracosopia, que desfaz loculações, esvazia a cavidade e permite decorticação precoce com pequena morbidade. Toracotomia com pleurectomia (B) é agressiva e não há sangramento ativo aqui. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Menino de 1 ano e 2 meses de idade, com história de abaulamento inguinal esquerdo, indolor, notado pela mãe há 20 dias, durante o banho. Na palpação, nota-se tumoração tensa, não dolorosa, irreductível, em canal inguinal esquerdo. Qual o provável diagnóstico?

- A. Hidrocele comunicante.
- B. Adenomegalia reacional.

C. Cisto de cordão espermático. ✓

D. Hérnia inguinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração inguinal tensa, indolor, IRREDUTÍVEL e estável há 20 dias, sem vômitos, distensão ou sinais de sofrimento: não se comporta como hérnia. Hérnia inguinal (D) reduz espontaneamente ou, se encarcerada, evolui em horas com dor e obstrução - não fica assintomática por três semanas. O quadro corresponde a cisto de cordão espermático (hidrocele do cordão), resíduo do conduto peritoneovaginal, tipicamente tenso, transluminável e irreductível. Hidrocele comunicante (A) muda de volume ao longo do dia; adenomegalia (B) é móvel e mais superficial. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Homem de 45 anos, sem comorbidades prévias, queixa-se de lombalgia de início súbito com irradiação para membro inferior direito há 2 dias, iniciado após levantar armário em casa para limpeza. Utilizou paracetamol por conta própria, com melhora parcial. Ao exame físico não apresenta alterações a não ser por dor no membro citado, principalmente quando elevado em posição reta acima de 40 graus. Realizou o exame de ressonância magnética em anexo.

A. Cirurgia - microdissectomia.

B. Conservador (analgesia). ✓

C. Uso de colete lombar (de Putti).

D. Infiltração radicular com glicocorticoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombociatalgia aguda (2 dias) após esforço, com Lasegue positivo e SEM déficit motor, sem alteração esfinteriana e sem sinais de alarme: mesmo com hérnia discal a imagem, a história natural é favorável - a maioria melhora em 4 a 6 semanas. A conduta inicial é conservadora: analgesia, anti-inflamatório, manutenção da atividade e fisioterapia. Cirurgia (A) fica para déficit motor progressivo, síndrome da cauda equina ou dor refratária após 6-12 semanas; infiltração (D) e resgate posterior; colete (C) não tem benefício. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Homem de 42 anos sofreu queimaduras por combustão de álcool em tronco e membros inferiores. Foi trazido ao pronto-socorro de hospital secundário, onde recebeu o atendimento inicial. Ao exame: Consciente e orientado, Glasgow 15, ventilação com murmúrio vesicular presente e simétrico, saturação de oxigênio em ar ambiente de 97%, frequência respiratória de 20 ipm, frequência cardíaca de 98 bpm, pressão arterial de 100 x 60 mmHg, queimaduras de segundo e terceiro grau em abdome, coxa direita e esquerda. A equipe médica iniciou a reposição volêmica com coloides e realizou analgesia endovenosa. Qual das condutas abaixo também deve ser implementada no atendimento inicial desse paciente?

A. Checagem da vacinação antitetânica. ✓

B. Cateter nasal com oxigênio a 100%.

C. Desbridamento das queimaduras de terceiro grau.

D. Monitorização cardíaca em terapia intensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura e ferimento tetanogênico. Ainda na fase inicial do atendimento, após garantir via aérea, reposição volêmica e analgesia, entra a checagem/atualização da vacinação antitetânica. Oxigênio a 100% (B) só se houver suspeita de lesão inalatória ou intoxicação por monóxido - aqui a saturação é 97% e não há queimadura de face ou via aérea. Desbridamento de terceiro grau (C) e conduta cirúrgica posterior, em centro especializado. UTI (D) pode ser necessária, mas não é conduta do atendimento inicial descrito. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Homem de 64 anos foi submetido à revascularização do miocárdio, cujo acesso foi por meio de esternotomia mediana. Após 25 dias de cirurgia, iniciou drenagem purulenta e deiscência da ferida operatória. O tratamento inicial foi feito com desbridamento dos tecidos desvitalizados e terapia por pressão negativa. Após três ciclos de terapia, a ferida cirúrgica encontra-se como mostrado na figura: Qual o melhor tratamento subsequente?

A. Cicatrização por segunda intenção.

B. Enxerto de pele total.

C. Rotação de retalho miocutâneo. ✓

D. Fechamento primário da pele.

COMENTÁRIO OSCELABS

Deiscência esternal com secreção purulenta após revascularização e mediastinite pós-operatória. O tratamento tem duas fases: controle da infecção (desbridamento amplo + terapia por pressão negativa, já realizada) e, depois, cobertura definitiva do defeito com tecido bem vascularizado - rotação de retalho miocutâneo (peitoral maior, reto abdominal) ou omento. Cicatrização por segunda intenção (A) e enxerto de pele (B) não cobrem osso e mediastino expostos; fechamento primário simples (D) recidiva, pois não há tecido de preenchimento nem esterno estável. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Homem de 50 anos, previamente hígido, com quadro de cefaleia súbita associada a vômitos e perda da consciência transitória durante realização de atividade física. Acompanhante relata não ter havido traumatismo craniano. Deu entrada no Pronto Atendimento consciente e lúcido, sem déficits sensitivo-motores, com rigidez de nuca e presença do sinal de Brudzinski. Seu exame de tomografia computadorizada inicial sem contraste encontra-se em anexo. Qual a etiologia mais provável?

- A. Ruptura de malformação artério-venosa intracraniana.
- B. Hipertensão arterial (pico hipertensivo).

C. Ruptura de aneurisma intracraniano. ✓

- D. Vasculite do sistema nervoso central.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia em trovoada durante esforço físico, com vômitos, perda transitória da consciência e sinais meníngeos (rigidez de nuca, Brudzinski), sem trauma e com tomografia mostrando sangue nas cisternas: hemorragia subaracnoideia espontânea. Em cerca de 80% dos casos a causa é ruptura de aneurisma sacular intracraniano, o que obriga angiotomografia/arteriografia e tratamento precoce. Malformação arteriovenosa (A) responde por parcela pequena e costuma sangrar em parênquima; pico hipertensivo (B) causa hemorragia intraparenquimatosa; vasculite (D) é rara. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Homem de 55 anos, pedreiro, compareceu a consulta com queixa de rouquidão há 6 meses. Refere tabagismo de 60 anos-maço, e ingere 50ml de bebida alcoólica destilada, diariamente, há 20 anos. Informa que a disfonia se iniciou após ser submetido a cirurgia para remoção de carcinoma de tireoide há 8 meses. Ao exame do pescoço, não apresenta massas cervicais palpáveis e a laringoscopia apresenta imobilidade da prega vocal esquerda em posição paramediana. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Recidiva do carcinoma de tireoide.
- B. Luxação de cartilagem aritenoide.
- C. Carcinoma inicial de laringe.

D. Lesão do nervo laringeo inferior. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfonia que começa exatamente após tireoidectomia, com prega vocal imóvel em posição paramediana e sem massa cervical, e paralisia do nervo laringeo inferior (recorrente), complicação clássica da cirurgia de tireoide. Recidiva do carcinoma (A) produziria massa palpável ou alteração da imagem, além de não explicar o início imediato pós-operatório. Luxação de aritenoide (B) e complicação de intubação, mas é rara e costuma dar dor e melhora espontânea. Carcinoma de laringe (C), apesar dos fatores de risco, mostraria lesão à laringoscopia. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Menina de 45 dias de vida, previamente saudável, amamentação com leite materno exclusivo, com história de vômitos logo após as mamadas, com início há uma semana de conteúdo de leite talhado. A mãe relata que tem percebido que a criança vomita praticamente todo o leite ingerido nos últimos 2 dias e que não está ganhando peso. A criança evacua diariamente, mas em pequena quantidade. O pediatra orientou medidas posturais e dietéticas e prescreveu domperidona, sem resposta. Qual o diagnóstico mais provável?

A. Estenose hipertrófica do piloro. ✓

- B. Alergia a proteína do leite de vaca.
- C. Má rotação intestinal.

D. Refluxo gastroesofágico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 45 dias, previamente bem, que inicia vômitos pos-prandiais NAO biliosos, progressivos ate se tornarem praticamente de todo o volume ingerido, com parada de ganho ponderal e refratariedade a medidas posturais e procineticos: estenose hipertrofica de piloro, tipica entre 3 e 6 semanas de vida. Refluxo gastroesofagico (D) nao causa perda de peso nem vomito progressivo em jato. APLV (B) cursaria com sangue nas fezes/eczema. Ma rotacao com volvo (C) daria vomito BILIOSO e quadro agudo grave. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Homem de 52 anos sofreu fratura da região distal do rádio que foi tratada com imobilização gessada há 12 horas. Retornou ao pronto socorro com forte dor no punho que não melhorava com analgesia. Ao exame físico apresentava edema dos dedos e dor forte ao movimenta-los. Perfusão dos dedos presente com enchimento capilar lentificado. Qual a melhor conduta?

A. Encaminhar para cirurgia para realização de osteossíntese da fratura e liberação dos compartimentos.

B. Retirada imediata da imobilização, confecção de imobilização provisória, observação da evolução. ✓

C. Encaminhar para cirurgia para realização de osteossíntese da fratura sem necessidade de fasciotomia.

D. Iniciar uso imediato de opioides e elevar o membro sem interferir no tratamento da fratura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor desproporcional que nao cede a analgesia 12 horas apos gesso, com edema digital e dor intensa a mobilizacao passiva dos dedos, e sinal de alarme para compressao/sindrome compartimental incipiente. A primeira medida e sempre remover o fator compressivo: abrir ou retirar a imobilizacao, refazer imobilizacao provisoria frouxa, elevar o membro e reavaliar. Muitas vezes isso resolve. Levar a cirurgia (A/C) sem antes descomprimir e pular etapa, e opioide sem tirar o gesso (D) apenas mascara a evolucao para necrose isquemica (contratura de Volkmann). Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Mulher 45 anos, do lar, vem para atendimento em uma unidade de pronto atendimento, com ferimento em orelha esquerda causada por mordedura de cão há cerca de 48 horas. Relata que não compareceu antes por estar sem acessibilidade a um serviço de saúde. Na figura em anexo nota-se secreção e exposição de cartilagem no leito da lesão. Qual a melhor conduta?

A. Curativos diários, antibioticoterapia e fechamento primário retardado.

B. Curativos diários, antibioticoterapia e cicatrização por segunda intenção.

C. Debridamento, sutura das bordas e antibioticoterapia. ✓

D. Referenciar o paciente para atendimento especializado hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura de cao em pavilhao auricular com 48 horas de evolucao, secrecao e CARTILAGEM EXPOSTA. A face e uma excecao a regra de nao fechar ferida contaminada: a rica vascularizacao reduz o risco infeccioso, e a cartilagem descoberta evolui para condrite e deformidade grave se deixada aberta. Assim, desbrida-se o tecido desvitalizado, aproximam-se as bordas cobrindo a cartilagem e associa-se antibiotico (amoxicilina-clavulanato), sem esquecer profilaxia antitetanica e antirrabica. Segunda intencao (B) deforma; referenciar (D) apenas atrasa. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Mulher de 56 anos notou surgimento de lesão escurecida e irregular em antebraço direito. A biópsia da lesão identificou melanoma nodular, com Breslow de 0,5 milímetro, sem regressão, sem invasão angiolinfática, sem mitoses e com ulceração. Ao exame físico: cicatriz da biópsia em antebraço direito em bom aspecto e sem sinais de recidiva local, cadeia linfático axilar direita sem massas ou adenomegalias. Os exames radiológicos não mostraram sinais de metástases em outros órgãos. Quais condutas devem ser implementadas?

- A. Ampliação de margens de 2 cm e linfadenectomia axilar ipsilateral.
- B. Ampliação de margens de 2 cm e biópsia de linfonodo sentinela.
- C. Ampliação de margens de 1 cm e biópsia de linfonodo sentinela. ✓**
- D. Ampliação de margens de 1 cm e linfadenectomia axilar ipsilateral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Melanoma com Breslow 0,5 mm porém COM ULCERACAO e T1b. A ulceracao e o fator que muda a conduta: margem cirurgica de 1 cm (indicada para Breslow ate 1,0 mm) e pesquisa de linfonodo sentinela, que passa a ser recomendada a partir do T1b mesmo com axila clinicamente negativa. Margem de 2 cm (A/B) so para Breslow acima de 2 mm. Linfadenectomia axilar de principio (A/D) esta abandonada como estadiamento - so se indica com doenca linfonodal comprovada. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Homem de 21 anos, admitido após ferimento por arma de fogo em região cervical direita. Ao exame físico, apresentava via aérea pérvia, estando hemodinamicamente estável com pulso periférico presente e boa perfusão. Ao exame neurológico, apresentava escala de coma de Glasgow de 15, pupilas isocóricas, hemiparesia à direita grau 2, sinal de Babinski à direita, perda da sensibilidade proprioceptiva à direita e perda da sensibilidade termoalgésica à esquerda. Qual é o diagnóstico síndrome?

- A. Lesão da medula anterior.
- B. Hemissecção medular. ✓**
- C. Lesão central da medula.
- D. Lesão da medula posterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

O exame descreve deficit motor piramidal (hemiparesia com Babinski) e perda proprioceptiva IPSILATERAIS a lesao, com perda termoalgésica CONTRALATERAL - a dissociacao classica da síndrome de Brown-Sequard, ou hemissecção medular, aqui por projétil em região cervical. A explicação esta nas vias: corticoespinhal e cordão posterior cruzam alto (deficit ipsilateral), enquanto o espinotalâmico cruza na própria medula (deficit contralateral). Síndrome medular anterior (A) poupa propriocepção; a central (C) e centromedular; a posterior (D) so afeta sensibilidade profunda. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Mulher de 62 anos, trabalhadora rural, procurou unidade básica de saúde queixando-se de lesão cutânea em nariz (figura), com crescimento progressivo nos últimos 6 meses. Baseado na principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento mais indicado?

- A. Terapia fotodinâmica.
- B. Curetagem e eletrocoagulação.
- C. Radioterapia superficial.
- D. Exérese com margens de segurança. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão cutânea de crescimento lento e progressivo no nariz de trabalhadora rural cronicamente exposta ao sol e, até prova em contrário, carcinoma basocelular - o câncer de pele mais comum, tipicamente em área fotoexposta da face. O tratamento padrão-ouro, que oferece maior taxa de cura e permite controle histológico das margens, é a exérese com margens de segurança (ou cirurgia de Mohs em zona H da face). Terapia fotodinâmica (A), curetagem/eletrocoagulação (B) e radioterapia (C) são alternativas para lesões superficiais, pacientes inoperáveis ou situações selecionadas. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Criança de 2 meses, admitida após traumatismo crânio-encefálico por acidente automobilístico (capotamento), com duas mortes na cena. Foi submetido a drenagem de hematoma subdural e craniectomia descompressiva. No segundo dia pós-operatório, encontra-se intubada, com escala de coma de Glasgow de 3, midríase fixa bilateral e ausência bilateralmente dos reflexos córneo-palpebrais, óculo-cefálicos, e vestibulo-calóricos, além de ausência do reflexo de tosse. Sua pressão arterial é de 70 x 52 mmHg, sua temperatura é de 37°C e seus exames de sangue mostram eletrólitos, função renal e hepática dentro dos valores normais. Retirados os sedativos (midazolam e fentanil) há 20 horas. Com relação ao diagnóstico de morte encefálica (ME), qual das condutas abaixo é a mais adequada neste momento?

A. Comunicar a família que será aberto protocolo de ME. ✓

B. Realizar angiografia cerebral.

C. Iniciar a primeira prova de ME após 4 horas.

D. Realizar teste de apneia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Coma aperceptivo com ausência de todos os reflexos de tronco em lesão encefálica catastrófica e causa conhecida: há suspeita de morte encefálica. Antes de qualquer exame, a Resolução CFM 2.173/2017 exige que se comunique a família a abertura do protocolo. Faltam ainda pré-requisitos: em lactente de 2 meses o intervalo entre os dois exames clínicos é maior (24 horas) e é obrigatória estabilidade hemodinâmica e temperatura adequada - com PA 70x52 mmHg o teste de apneia (D) é arriscado. Angiografia (B) e exame complementar, feito depois. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Homem de 71 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo sem antecedentes de acidente vascular encefálico, acidente isquêmico transitório ou outras queixas cerebrovasculares ou cardíacas. Está em seguimento ambulatorial com médico generalista que descobriu sopro cervical esquerdo, investigado com ultrassonografia com Doppler e angiotomografia, sendo diagnosticada estenose de carótida interna esquerda de 75%. Ainda, de antecedentes mórbidos, recentemente foi diagnosticado com adenocarcinoma esofágico estágio IV B. Qual a conduta em relação à estenose carotídea?

A. Endarterectomia de carótida.

B. Angioplastia com stent em carótida.

C. Ressonância magnética encefálica para investigar infartos lacunares.

D. Tratamento clínico otimizado. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Estenose carotídea ASSINTOMÁTICA de 75%: o benefício da endarterectomia ou do stent depende de sobrevida estimada superior a 3-5 anos, tempo necessário para que a prevenção de AVC compense o risco periprocedimento. Este paciente tem adenocarcinoma de esôfago estágio IV B, com expectativa muito inferior a isso. Logo, a conduta e tratamento clínico otimizado - antiagregante, estatina de alta potência, controle de PA, glicemia e cessação do tabagismo. Intervir (A/B) só expõe a risco sem ganho; ressonância (C) não muda conduta. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Mulher, 73 anos, tabagista 55 anos/maço, procura pneumologista com queixa de tosse e hemoptóicos há 4 semanas. Tomografia de tórax mostra lesão espiculada periférica de 4,0 cm no lobo superior direito. PET-TC (tomografia por emissão de pósitrons) apresenta lesão pulmonar com captação aumentada (SUV = 4). A avaliação funcional pulmonar mostrou espirometria com VEF1 = 2,3L compatível com ressecção até bilobectomia. Qual o próximo passo mais adequado no manejo deste paciente?

- A. Pneumonectomia direita e broncoplastia (margem de segurança).
- B. Preparo para cirurgia com intenção curativa com programação de segmentectomia apical direita e esvaziamento mediastinal.
- C. Realizar amostragem dos linfonodos mediastinais e hilares por EBUS (endobronchial ultrasound - Ultrassonografia endobrônquica). ✓**
- D. Encaminhar para avaliação oncológica clínica para protocolo de neoadjuvância.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo espiculado periférico de 4,0 cm (portanto T2b, acima de 3 cm) com PET positivo em paciente candidata a ressecção: antes de operar com intenção curativa é obrigatório o estadiamento MADIÁSTINAL invasivo, pois lesões maiores que 3 cm têm alta chance de N2 oculto mesmo com PET negativo no mediastino. O EBUS é o método de escolha, minimamente invasivo. Operar direto (A/B) arrisca ressecar um estágio IIIA não diagnosticado; neoadjuvância (D) só se comprovado N2. Perla: PET não substitui amostragem histológica linfonodal. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Homem, 68 anos, com dor abdominal tipo cólica em flanco direito há um dia, sem melhora com analgésicos. Foi encaminhado, em caráter de emergência, ao hospital terciário (pronto socorro) com laudo de ultrassom mostrando aneurisma de aorta abdominal fusiforme de cerca de 3,8 cm no maior diâmetro. No momento sua pressão arterial estava em 160 x 90 mmHg e FC de 92 bpm. Tomografia mostrou mesmos achados do ultrassom e aneurisma de 2,0 cm de colo proximal infra-renal e com informação adicional de não haver extravasamento de contraste da aorta com presença de duas imagens cálcicas de cerca de 4 mm cada uma em pelve renal à direita. Qual a melhor conduta para este caso em referência ao aneurisma de aorta?

- A. Controle clínico da pressão arterial e posterior cirurgia convencional do aneurisma.
- B. Acompanhamento clínico ambulatorial com ultrassom periódico do aneurisma. ✓**
- C. Tratamento endovascular do aneurisma de aorta abdominal.
- D. Angiorressonância para melhor avaliação da espessura da aorta e possível indicação terapêutica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dor em colica de flanco com duas imagens calcicas na pelve renal direita explica o quadro: e colica nefretica, nao aneurisma. O aneurisma de aorta abdominal tem 3,8 cm, sem sinais de rotura ou vazamento. A indicacao de tratamento (aberto ou endovascular) so ocorre com diametro $\geq 5,5$ cm em homens, crescimento rapido (> 1 cm/ano) ou sintomas atribuiveis ao aneurisma. Abaixo disso, a conduta e vigilancia com ultrassom seriado, controle pressorico e cessacao do tabagismo. Intervir agora (A/C) expoe sem beneficio; angiorressonancia (D) nao acrescenta. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Homem de 65 anos dá entrada com quadro de rotura de aneurisma de aorta abdominal e é operado na emergência por correção aberta. Durante o período intra operatório apresentou sangramento de grande volume, necessitando de transfusão de hemoderivados e permanecendo hipotenso a maior parte do tempo. A correção cirúrgica foi realizada com clampagem infra-renal utilizando-se prótese de poliéster do tipo bifurcada com anastomose proximal em aorta abdominal infra-renal e anastomoses distais nas artérias femorais. Paciente saiu estável do procedimento com aminas vasoativas em dose baixa. Foi extubado no segundo pós-operatório na unidade de terapia intensiva e apresentava boa evolução clínica pelo porte da cirurgia. No quarto pós-operatório iniciou queixa de dor abdominal, principalmente no andar inferior, com piora dos parâmetros hemodinâmicos. Ao exame físico, o abdome encontrava-se distendido, com dor difusa à palpação e descompressão brusca positiva inespecífica e ainda sem ruídos hidro aéreos. Os exames laboratoriais seguem em anexo (figura): Qual o provável diagnóstico?

- A. Colecistite alitiásica.
- B. Sepses de origem abdominal.
- C. Hemorragia.
- D. Colite isquêmica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal em andar inferior, distensao, peritonismo e deterioracao hemodinamica no 4o pos-operatorio de aneurisma roto operado com clampagem e hipotensao prolongada: e colite isquemica, complicacao caracteristica dessa cirurgia, pois a arteria mesenterica inferior e sacrificada e o sigmoide/colon esquerdo fica dependente de circulacao colateral. O diagnostico se faz por colonoscopia a beira do leito. Hemorragia (C) daria queda de hemoglobina sem peritonite; colecistite alitiasica (A) doi em hipocondrio direito; sepses abdominal (B) e consequencia, nao o diagnostico. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Homem, 65 anos, apresentava-se com dor em artelhos do pé esquerdo há dois meses com piora progressiva sem fator de melhora com a postura ou posição. Há um mês notou aparecimento de lesão necrótica no hálux esquerdo. Fumante há 40 anos e hipertenso com controle irregular fazendo uso de losartana 50 gm dia. Ao exame clínico apresentava-se com pulso femoral amplo e palpável e ausência de pulsos em região de poplítea, tibial posterior e de artéria pediosa. Lesão gangrenada e seca envolvendo 2/3 do hálux esquerdo com discreta hiperemia de bordos e sem edema. Qual melhor conduta imediata para o caso?

- A. Antibioticoterapia de amplo espectro e terapia por oxigenioterapia hiperbárica.
- B. Arteriografia do membro inferior esquerdo para planejamento de revascularização. ✓**
- C. Amputação primária do hálux seguido de anticoagulação plena.
- D. Dupla antiagregação plaquetária seguido de exame de ultrassonografia vascular arterial e venosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor isquêmica de repouso há dois meses e lesão necrótica no hálux definem isquemia crítica de membro, com ausência de pulsos abaixo do femoral (doença femoropoplíteia/infrapatelar). Nesse cenário a prioridade é restabelecer fluxo: estudo arteriográfico (ou angio-TC) para planejar revascularização - só ela salva o membro e permite cicatrização. Amputar primeiro (C) em membro sem fluxo condena o coto a não cicatrizar. Antibiótico e câmara hiperbárica (A) não substituem revascularização, e a gangrena está seca, sem infecção. Antiagregação isolada (D) é insuficiente. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Menino de 5 anos apresenta dor moderada no quadril direito há 2 meses. A família notou diminuição progressiva da atividade da criança e piora dos sintomas neste período. Relata piora da dor aos movimentos e alívio ao repouso. Ao exame físico apresenta claudicação antálgica e limitação moderada dos movimentos do quadril direito pela dor. Não foram identificadas outras regiões dolorosas ou deformidades. Radiográficas em anexo. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Artrite séptica do quadril com osteomielite associada.
- B. Artrite reumatoide juvenil.

C. Necrose idiopática da cabeça do fêmur (doença de Legg-Calvé-Perthes). ✓

- D. Displasia epifisária múltipla.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 5 anos com dor no quadril de instalação insidiosa (2 meses), claudicação antálgica, limitação de movimento e AFEBRIL: é a apresentação típica da doença de Legg-Calvé-Perthes, necrose avascular idiopática da cabeça femoral, mais comum em meninos de 4 a 8 anos. Artrite séptica (A) é quadro agudo, com febre, dor intensa e incapacidade de apoio. Artrite reumatoide juvenil (B) costuma ser poliarticular e com rigidez matinal. Displasia epifisária múltipla (D) é bilateral e simétrica, com acometimento de várias epífises. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Mulher, 28 anos, G2P1A0, 1 parto pré-termo anterior espontâneo com 32 semanas sem intercorrências, está em seguimento pré-natal em uso de progesterona via vaginal. Comparece no ambulatório para realizar ultrassom morfológico e medida do colo uterino. Ultrassom morfológico sem alterações a avaliação do colo uterino com 2,6 cm de comprimento. Qual a conduta clínica?

- A. Indicar cerclagem.
- B. Suspender a progesterona.

C. Manter a progesterona. ✓

- D. Colocar pessário cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com parto pré-termo espontâneo prévio já recebe progesterona vaginal, a intervenção correta para esse perfil. O colo mede 2,6 cm, ou seja, ACIMA do limiar de 2,5 cm que caracteriza colo curto. Sem colo curto e sem dilatação, não há indicação de cerclagem (A) nem de pessário (D) - ambos só entram em cenários específicos e com evidência bem mais fragil. Suspender a progesterona (B) seria retirar a única medida protetora. A conduta é manter a progesterona e seguir com medidas seriadas do colo. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Primigesta, 28 anos, O Rh negativo, triagem de anticorpos: negativo, recebeu imunoglobulina anti-D 300 mcg com 28 semanas. Evoluiu para parto vaginal sem intercorrências com 37 semanas. Exames no puerpério: Tipagem sanguínea da mãe: O Rh negativo. Triagem de anticorpo: positivo. Tipagem sanguínea do recém-nascido: O Rh positivo. Qual a melhor conduta?

- A. Prescrever imunoglobulina anti-D. ✓**
- B. Considerar diagnóstico de isoimunização Rh.
- C. Solicitar a titulação de anticorpos.
- D. Encaminhar ao hematologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Puerpera Rh negativo com recém-nascido Rh positivo tem indicação formal de imunoglobulina anti-D nas primeiras 72 horas pos-parto. O detalhe que confunde é a triagem de anticorpos positiva no puerpério: como ela era negativa no início e a paciente recebeu anti-D com 28 semanas, o mais provável é a detecção do anticorpo PASSIVO da própria imunoglobulina, e não aloimunização (B). Por isso não se titula (C) nem se encaminha ao hematologista (D) - profilaxia sempre, na dúvida. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Mulher, 22 anos, G2P1 (1 PN) em seguimento no pré-natal com 33 semanas de gestação pelo ultrassom. Comparece no centro obstétrico com queixa de contrações uterinas há 2 horas, nega perdas vaginais e refere boa movimentação fetal. Ao exame: bom estado geral, pressão arterial: 160 x 110 mmHg. Abdome: gravídico, AU: 32 cm, dinâmica: ausente e BCF: 150 bpm. Cardiotocografia: feto ativo. Exames laboratoriais: urina tipo 1: proteinúria ausente, creatinina: 0,7 mg/dL. Hemoglobina: 13,2 g/dL. Plaquetas: 233.000 mm³. Bilirrubina total: 0,6 mg/dL. Transaminase oxalacética (TGO): 26 U/L. Qual o diagnóstico mais adequado neste momento?

- A. Hipertensão transitória.
- B. Pré-eclâmpsia.
- C. Hipertensão arterial crônica.
- D. Hipertensão gestacional. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

PA de 160x110 mmHg com 33 semanas, em gestante que era normotensa e sem proteinúria, sem plaquetopenia, sem alteração de transaminases, bilirrubina ou creatinina, e sem sintomas de iminência de eclâmpsia: por definição, hipertensão gestacional - hipertensão que surge após a 20ª semana sem critérios de pré-eclâmpsia. Pré-eclâmpsia (B) exigiria proteinúria ou disfunção de órgão-alvo. HAS crônica (C) precisaria de hipertensão prévia ou antes de 20 semanas. Hipertensão transitória (A) só se confirma retrospectivamente, após normalização no puerpério. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Primigesta, 16 anos, 16 semanas gestacionais, hígida. Encaminhada da rede básica por ser portadora do vírus da hepatite do tipo B decorrente de transmissão vertical. No serviço terciário confirmou-se carga viral= 912 cópias/mL e exames de função hepática normais. Considerando via de parto e amamentação natural, quais são as condutas mais adequadas para esta paciente?

- A. Parto cesárea e inibir lactação.
- B. Parto vaginal e inibir lactação.
- C. Parto cesárea e amamentação natural.
- D. Parto vaginal e amamentação natural. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hepatite B crônica na gestação com carga viral baixa (912 cópias/mL, muito abaixo do limiar de 200.000 UI/mL que indicaria antiviral no terceiro trimestre) e função hepática normal. A via de parto é definida por indicação obstétrica: cesárea NÃO reduz transmissão vertical, logo parto vaginal. E a amamentação está liberada, pois com a imunoprofilaxia do recém-nascido (vacina + imunoglobulina anti-HBs nas primeiras 12 horas) o risco é desprezível. Inibir a lactação (A/B) ou indicar cesárea (A/C) não tem respaldo. Resposta D.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Multigesta (G4PN3), 32 anos, com 35 semanas de gestação, procurou atendimento com contrações uterinas há 6 horas. Sem outras queixas. Refere que na última gestação, seu recém-nascido teve "quadro grave, foi transferido para UTI logo no primeiro dia de vida e precisou de antibiótico por 10 dias e quase morreu". Pré-natal sem intercorrências até o momento, com exames de sangue, culturas e ultrassonografias normais. Exame físico geral normal, altura uterina 33 cm, 4 contrações moderadas de 40 segundos/10 minutos, boa vitalidade fetal e colo curto, dilatado 4 cm, feto cefálico, com bolsa íntegra. Qual é a alternativa adequada na assistência dessa paciente?

- A. Condução do parto com sulfato de magnésio endovenoso.
- B. Assistência ao parto com penicilina cristalina endovenosa. ✓**
- C. Inibição do tratamento de parto com administração de nifedipina oral.
- D. Duas doses de betametasona intramuscular intercaladas por 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalho de parto em franca evolução com 35 semanas, dilatação de 4 cm e bolsa íntegra. O antecedente de recém-nascido prévio com quadro grave em UTI nas primeiras 24 horas exigindo antibiótico e a pista: filho anterior com doença invasiva por estreptococo do grupo B. Isso é indicação de profilaxia intraparto INDEPENDENTE de cultura, com penicilina cristalina endovenosa. Tocolise (C) não se faz com 35 semanas e colo dilatado; corticoide (D) tem benefício limitado nessa idade e não há tempo hábil; sulfato de magnésio (A) e para neuroproteção abaixo de 32 semanas. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Primigesta, 23 anos, branca, amasiada, do lar, idade gestacional: 11 semanas. Vem a consulta de retorno pré-natal, na Unidade Básica de Saúde, para checar resultados de exames descritos a seguir: Hemoglobina: 12,6 g/dL; hematócrito: 40%. Sorologia para toxoplasmose (quimioluminescência): IgG reagente e IgM reagente. Qual o melhor manejo para essa gestante no pré-natal de origem?

- A. Repetir sorologia para toxoplasmose.
- B. Encaminhar para realização de amniocentese.
- C. Realizar orientações profiláticas e repetir sorologia.
- D. Iniciar espiramicida e solicitar teste eídez. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG e IgM reagentes para toxoplasmose com 11 semanas exigem definir se a infecção é aguda ou antiga: IgM pode persistir por mais de um ano e falsos-positivos são frequentes. Diante do risco de infecção adquirida na gestação, a conduta é iniciar espiramicina imediatamente (previne transmissão vertical) e solicitar teste de AVEZ de IgG - aVEZ alta antes de 16 semanas praticamente exclui infecção recente. So repetir sorologia (A/C) atrasa a profilaxia; amniocentese (B) só se confirmada infecção materna aguda e após 18 semanas. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Primigesta, 16 anos, 21 semanas, refere lesões na vulva há 30 dias. Na consulta na Unidade Básica de Saúde, a avaliação da genitália evidencia as lesões mostradas na figura 1. Qual a melhor conduta para esse caso?

A. Ácido tricloroacético 80%. ✓

B. Podofilotoxina.

C. Expectante.

D. Imiquimode.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões vulvares vegetantes na gestante correspondem a condiloma acuminado (HPV). O tratamento seguro na gravidez e químico/destrutivo aplicado pelo profissional: ácido tricloroacético 80-90%, que pode ser repetido semanalmente; alternativas são crioterapia, eletrocauterização ou exérese. Podofilotoxina (B) e podofilina são CONTRAINDICADAS na gestação por embriotoxicidade, e o imiquimode (D) não tem segurança estabelecida. Conduta expectante (C) permite crescimento das lesões, que na gravidez costumam proliferar e podem obstruir o canal de parto. Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Primigesta, 21 anos, durante o acompanhamento pré-natal de risco habitual, elabora e registra institucionalmente o seu plano de parto, pelo qual manifesta expressa vontade de um parto sem intervenções, incluindo a recusa de: uterotônicos para indução ou estimulação de trabalho de parto, manipulação vaginal desnecessária, amniotomia, analgesia farmacológica, episiotomia. A equipe assistencial acolhe o plano de parto e promove esclarecimentos e orientações sobre viabilidade de cada tópico abordado. Durante a evolução do trabalho de parto espontâneo a termo, paciente manteve sinais vitais normais, atividade uterina efetiva e vitalidade fetal preservada. Após 6 horas de evolução, com 4 cm de dilatação cervical, ocorre corioamniorrexe espontânea com saída de líquido amniótico claro e com grumos, intensificando a sintomatologia dolorosa às contrações uterinas. Conforme previsto no plano de parto, foram disponibilizados e aplicados métodos não farmacológicos de alívio de dor, porém a parturiente passa a demandar verbalmente por analgesia farmacológica devido à não melhora da sintomatologia dolorosa. Qual a melhor conduta para esse caso?

A. Explicar que a analgesia farmacológica será ofertada após maior progressão da dilatação cervical.

B. Condicionar a oferta da analgesia farmacológica à reformulação do plano de parto.

C. Atender à solicitação da parturiente e realizar analgesia farmacológica. ✓

D. Manter a conduta de não intervenção com analgesia farmacológica prevista no plano de parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

O plano de parto é expressão da autonomia da gestante, não um contrato que a vincula. A vontade relevante é a manifestada no momento presente: se a parturiente, após os métodos não farmacológicos, pede analgesia farmacológica, a equipe deve atendê-la. Condicionar a oferta a maior dilatação (A) é desatualizado - analgesia pode ser instalada em qualquer fase da fase ativa. Exigir reformulação formal do documento (B) e burocratizar sofrimento, e negar (D) configura violência obstétrica por omissão. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Primigeste, 21 anos, com idade gestacional de 12 semanas, retorna trazendo os exames complementares solicitados em consulta pré-natal anterior. Nega outras queixas clínicas e obstétricas. Antecedentes pessoais: história pregressa de quadro clínico de tireotoxicose há aproximadamente oito meses, evoluindo com adequado controle após prescrição de metimazol. Ao engravidar, a paciente suspendeu o uso de metimazol por conta própria. Exame físico: dentro dos padrões de normalidade para o período gestacional. Exames complementares atuais: hormônio estimulador da tireoide (TSH): 6,33 UI/ml, tiroxina livre: 0,96 ng/dL e anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO) positivo. Além da monitoração periódica da função tireoidiana, qual a conduta mais adequada nesse caso?

- A. Prescrever propiltiouracil.
- B. Reiniciar metimazol.
- C. Manter sem medicação.

D. Iniciar levotiroxina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente teve tireotoxicose tratada e agora, grávida de 12 semanas e sem metimazol, apresenta TSH 6,33 com T4 livre NORMAL e anti-TPO positivo: hipotireoidismo subclínico com autoimunidade positiva - provável fase hipotireoideia de tireoidite crônica. Na gestação, TSH acima do limite de referência trimestral com anti-TPO positivo tem indicação de reposição com levotiroxina, pelo risco de perda gestacional, prematuridade e prejuízo ao neurodesenvolvimento. Antitireoidianos (A/B) agravariam o hipotireoidismo; não tratar (C) contraria a recomendação. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Secundigesta (G2P1C1A0), 32 anos, com 39 semanas de gestação, interna na fase do trabalho de parto espontâneo. Relata cesárea prévia, há 3 anos, por "parada de dilatação", cujo recém-nascido pesou 3750 gramas. Exame físico geral normal, altura uterina 34 cm. A monitorização intraparto está demonstrada abaixo (figura 1), assim como a evolução do trabalho de parto, até às 14h (figura 2). De acordo com o Programa de Humanização do Parto do Ministério da Saúde do Brasil, qual seria a conduta para essa parturiente?

- A. Evitar uso de analgesia farmacológica de parto.
- B. Indicar resolução da gestação por parto cesárea.
- C. Prescrever infusão endovenosa de ocitocina.

D. Manter assistência obstétrica habitual. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Uma cesárea prévia por parada de dilatação não contraindica parto vaginal: com feto único, cefálico, cicatriz segmentar transversa, trabalho de parto espontâneo, boa vitalidade fetal e evolução adequada, a conduta é permitir a prova de trabalho de parto com assistência obstétrica habitual e monitorização. Indicar cesárea (B) sem indicação clínica contraria a humanização do parto. Ocitocina (C) exige cautela em cicatriz uterina e não está indicada com evolução normal. Negar analgesia (A) fere a autonomia e o conforto da parturiente. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Mãe traz filha de 2 anos à consulta referindo ter observado crescimento de ambas as mamas há 3 meses. Nega desenvolvimento de pelos ou odor axilar. Antecedentes pessoais: nasceu de parto normal a termo e peso adequado. Nega antecedentes de doenças. Antecedentes familiares: irmãs de 4 e 7 anos com ausência de desenvolvimento puberal. Exame físico: Tanner M2 P1, genitália externa feminina e pré-púbere. Desenvolvimento pondero estatural no gráfico abaixo. Qual a melhor conduta para esta paciente?

- A. Solicitar ultrassonografia das mamas.
- B. Bloquear o eixo hipotálamo-hipofisário com agonista do GnRh.
- C. Reavaliar estatura e desenvolvimento puberal em 3 meses. ✓**
- D. Bloquear a produção de estradiol com inibidor da aromatase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Telarca isolada em menina de 2 anos, sem pelos, sem odor axilar, com genitália pre-puberal e crescimento seguindo o canal normal, e telarca precoce isolada - condicao benigna e frequentemente autolimitada, ligada a mini-puberdade e a estímulos transitorios do eixo. A conduta e vigilancia: reavaliar estatura, velocidade de crescimento e estagiamento em 3 meses. Bloqueio com analogo de GnRH (B) so na puberdade precoce central verdadeira (aceleracao de crescimento e avanço de idade ossea). Ultrassom de mama (A) e inibidor de aromatase (D) nao tem papel. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Nuligesta, 26 anos, vem ao pronto atendimento queixando de corrimento fétido há 10 dias e dor no baixo ventre há sete dias. Nega febre, vômitos ou diarreia. Usa dispositivo intrauterino (DIU) de cobre há um ano. Ao exame, observa-se conteúdo vaginal de coloração esverdeada e odor fétido, dor a palpação profunda de hipogástrio e ao toque vaginal apresenta dor à mobilização do colo e palpação de anexos. Qual o manejo mais adequado para essa paciente?

- A. Internação hospitalar, clindamicina e gentamicina, manter DIU.
- B. Tratamento ambulatorial, azitromicina, ceftriaxona e metronidazol, retirar DIU.
- C. Tratamento ambulatorial, doxiciclina, ceftriaxona e metronidazol, manter DIU. ✓**
- D. Internação hospitalar, penicilina cristalina e ceftriaxona, retirar DIU.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento fetido, dor pelvica e dor a mobilizacao do colo e a palpacao anexial: doenca inflamatoria pelvica. Sem febre, sem massa anexial, sem vomitos e com boa tolerancia oral, e DIP leve - tratamento AMBULATORIAL com o esquema do Ministerio da Saude: ceftriaxona IM em dose unica + doxiciclina 14 dias + metronidazol 14 dias. O DIU pode ser mantido, desde que haja melhora clinica em 48-72 horas; nao ha necessidade de remocao rotineira (elimina B e D). Internacao (A/D) fica para abscesso tubo-ovariano, gestacao, falha ambulatorial ou quadro grave. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Mulher, 38 anos, G4P3A1 (3PC), DUM: há 10 dias. Encaminhada ao ambulatório de ginecologia por dor em fossa ilíaca esquerda tipo pontada e em queimação há 5 meses. Durante exame físico identificado ponto doloroso nesta região de moderada intensidade com irradiação para face medial da coxa, sem outras alterações, IMC = 20,1 Kg/m². Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Granuloma por corpo estranho.
- B. Neuroma de parede abdominal.
- C. Endometrioma de parede.
- D. Síndrome miofascial abdominal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor crônica localizada em ponto fixo da parede abdominal, reproduzida pela palpação e com irradiação referida para a face medial da coxa, sem massa palpável, sem relação com o ciclo e com exame ginecológico normal: síndrome miofascial da parede abdominal, causa subdiagnosticada de dor pélvica crônica (o teste de Carnett costuma ser positivo). Endometrioma de parede (C) cursa com nódulo palpável e dor CÍCLICA, geralmente em cicatriz de cesárea. Granuloma de corpo estranho (A) e neuroma (B) também se manifestam como nódulo em cicatriz. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Menina, 14 anos, menarca há 2 anos, apresentando ciclos menstruais normais, queixa-se de aumento do volume abdominal há 2 meses. Ao exame clínico abdominal identifica-se uma massa estendendo-se da pelve à cicatriz umbilical. A ultrassonografia confirma a presença de uma massa predominantemente sólida ocupando a pelve, não há ascite ou alterações em abdome superior. As dosagens de marcadores tumorais mostram CA 125 com valor normal e alfafetoproteína com valor elevado. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Endometrioma ovariano.
- B. Leiomioma uterino.

C. Tumor de células germinativas do ovário. ✓

- D. Tumor epitelial maligno do ovário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 14 anos com massa anexial predominantemente SÓLIDA, de crescimento rápido, com alfafetoproteína elevada e CA 125 normal: tumor de células germinativas do ovário (tumor do seio endodermico/saco vitelino, que secreta AFP; disgerminoma eleva LDH e coriocarcinoma, hCG). Tumor epitelial maligno (D) é raro nessa faixa etária e eleva CA 125. Endometrioma (A) é cístico, com conteúdo em vidro fosco, e não produz marcador. Leiomioma (B) é uterino e excepcional na adolescência. Perla: massa ovariana sólida em jovem = pense em germinativo. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Mulher, 32 anos, G1P1, usuária de implante de etonogestrel, vivendo com HIV há 5 anos em uso de terapia antirretroviral com carga viral abaixo do limite de detecção e contagem de linfócitos TCD4 de 350 células/mm³. Resultado da colpocitologia coletada há 1 mês: amostra satisfatória, epitélio escamoso glandular e células compatíveis com lesão intraepitelial de baixo grau. De acordo com as Diretrizes Brasileiras do Instituto Nacional de Câncer (2016), qual a melhor conduta?

A. Realizar colposcopia imediatamente. ✓

- B. Coletar biologia molecular.
- C. Repetir a citologia em seis meses.
- D. Realizar tratamento excisional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em mulher vivendo com HIV, a história natural da lesão intraepitelial é diferente: menor taxa de regressão espontânea e maior risco de progressão. Por isso as diretrizes brasileiras do INCA determinam que QUALQUER atipia na citologia - inclusive LSIL, que na população geral seria seguida com repetição semestral - indica encaminhamento para colposcopia imediata. Repetir citologia (C) e a conduta da mulher imunocompetente. Biologia molecular (B) não muda a conduta aqui, e tratamento excisional (D) sem diagnóstico histológico é inaceitável (não se trata 'ver e tratar' em LSIL). Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Mulher, 21 anos, G1P0A1, submetida a vácuo-aspiração com diagnóstico histopatológico de mola hidatiforme completa. Recebeu implante de etonogestrel logo após a aspiração. O exame ginecológico não evidencia alterações. A curva de evolução do hCG está apresentada na imagem abaixo. Qual a melhor conduta?

- A. Iniciar metotrexato. ✓**
- B. Refazer a vácuo aspiração.
- C. Indicar histerectomia.
- D. Manter a observação clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Apos esvaziamento de mola completa, o seguimento é feito por curvas seriadas de hCG. Platô (quatro dosagens estaveis em 3 semanas), elevacao (tres dosagens crescentes em 2 semanas) ou persistencia por mais de 6 meses definem neoplasia trofoblastica gestacional, que e diagnostico BIOQUIMICO - nao se exige histologia. Sem metastases e com escore FIGO/OMS baixo, o tratamento e quimioterapia com agente unico: metotrexato. Nova aspiracao (B) nao esta indicada; histerectomia (C) fica para prole constituida e alto risco; observar (D) permite progressao. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Nuligesta, 28 anos, deseja engravidar. Refere relações sexuais 3 vezes por semana, sem uso de métodos contraceptivos, há 2 anos. Ciclos menstruais com intervalos variados, geralmente superiores a 45 dias, 6 a 10 dias de duração e fluxo normal. Refere acne e aumento de pilificação após suspender o uso de anticoncepcional combinado oral. Esposo de 30 anos, saudável. Ao exame físico: acne em face, abdome e região dorsal. Peso = 68 Kg; altura = 1,66m; IMC = 24,7 Kg/m²; cintura = 83cm; Ferriman = 6. Exame ginecológico sem alterações. Exames laboratoriais do casal: normais. Qual a melhor conduta?

- A. Indução da ovulação com clomifeno para inseminação intrauterina.
- B. Estimulação ovariana com gonadotrofinas para fertilização in vitro.
- C. Cirurgia laparoscópica ovariana para coito natural.

D. Indução da ovulação com letrozol para coito programado. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ciclos com intervalos maiores que 45 dias (oligo-anovulacao) + hiperandrogenismo clinico (acne e Ferriman elevado para populacao brasileira) fecham síndrome dos ovários policísticos como causa da infertilidade, com companheiro e demais exames normais. O tratamento de primeira linha para induzir ovulacao e o letrozol (inibidor da aromatase), superior ao clomifeno em taxa de nascidos vivos na SOP, com coito programado. Gonadotrofinas para FIV (B) e inseminacao (A) sao escalonamentos posteriores; drilling ovariano (C) e excecacao apos falha do tratamento clinico. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Mulher, 23 anos, saudável, G1P1, com ciclo menstrual variando de 24-33 dias nos últimos 6 meses. O volume menstrual é normal e a duração do sangramento é de 4 a 5 dias. Após as orientações, ela optou pelo uso da tabelinha. Considerando que você usou o método do calendário (ou ritmo) para seus cálculos (Organização Mundial de Saúde, 2018), qual a alternativa contém o período do ciclo menstrual que essa mulher deverá fazer abstinência ou usar preservativo para evitar uma gravidez?

- A. 7º ao 23º dia do ciclo.
- B. 5º ao 24º dia do ciclo.

C. 8º ao 19º dia do ciclo.

D. 6º ao 22º dia do ciclo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No método do calendário (Ogino-Knaus) subtrai-se 18 do ciclo MAIS CURTO para achar o primeiro dia fértil e 11 do ciclo MAIS LONGO para o último. Aqui: $24 - 18 = 6$ e $33 - 11 = 22$. Logo, a abstinência ou o uso de preservativo vai do 6º ao 22º dia do ciclo. As demais alternativas usam subtrações erradas. Perola: quanto maior a variabilidade dos ciclos, maior o período de abstinência e menor a eficácia - com 9 dias de variação, como nesta paciente, o método já é pouco confiável. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Mulher, 54 anos. menopausada, tem observado saída de secreção escura (marrom- esverdeada) por vários ductos das papilas mamárias bilateralmente, há cerca de seis meses. Nega qualquer antecedente pessoal ou familiar de doença mamária. Não é tabagista e o exame clínico das mamas é normal, exceto por descarga papilar bilateral, com secreção fluida, escura, por vários ductos. A mamografia recente mostra BIRADS 2. Qual diagnóstico mais provável?

A. Abscesso subareolar.

B. Ectasia ductal. ✓

C. Papiloma intra-ductal.

D. Carcinoma "in situ".

COMENTÁRIO OSCELABS

Descarga papilar BILATERAL, por MULTÍPLOS ductos, espontânea, de cor esverdeada/acastanhada, em mulher na pós-menopausa com exame físico e mamografia normais (BIRADS 2): é o quadro típico de ectasia ductal, condição benigna por dilatação e inflamação crônica dos ductos terminais. Os sinais de alerta para descarga patológica são: unilateral, uniductal, espontânea e sanguinolenta ou serosa - o que sugeriria papiloma intraductal (C) ou carcinoma (D). Abscesso subareolar (A) daria dor, hiperemia e flutuação, tipicamente em tabagistas. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Mulher, 84 anos, G4P4A0 (4PN), DUM: há 37 anos. Paciente refere que há 12 anos inicia com frouxidão vaginal e que há 6 meses tem notado abaulamento em região perineal que tem incomodado e atrapalha sua vida cotidiana e sexual. Tem HAS, diabetes e dislipidemia sem controle adequado com medicação. Antecedente pessoal de infarto agudo do miocárdio há anos. Exame físico: regular estado geral, IMC: 32,2 Kg/m², exame ginecológico abaixo. Qual a melhor conduta neste momento?

A. Colporrafia anterior e posterior.

B. Uso de pessário vaginal. ✓

C. Histerectomia total vaginal.

D. Colpocleise a LeFort.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prolapso genital sintomático em paciente de 84 anos com HAS, diabetes e dislipidemia descontrolados e infarto prévio: risco cirúrgico proibitivo. O tratamento conservador com pessário vaginal alivia os sintomas, e reversível, ambulatorial e seguro, sendo a primeira escolha nesse perfil (e também em quem deseja evitar cirurgia). Colporrafia (A) e histerectomia vaginal (C) são procedimentos de porte em paciente de alto risco. Colpocleise (D) e opção obliterativa válida em idosas, mas exige abstenção definitiva de coito - e a paciente relata vida sexual ativa. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Homem, 80 anos, tabagista e hipertenso, é internado por dor precordial aos pequenos esforços e um episódio de síncope enquanto caminhava dentro de casa. Exame físico: FC = 85bpm, PA = 115 x 80 mmHg, pulso carotídeo com ascenso lento e baixa amplitude, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, ictus cordis com 2 polpas digitais, sopro sistólico rude com pico tardio em foco aórtico, sopro mitral piante e desdobramento paradoxal da segunda bulha, sem outras alterações. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A trinca angina + síncope de esforço + sopro sistólico e a apresentação clássica da estenose aórtica. O exame confirma: pulso carotídeo de ascenso lento e baixa amplitude (parvus et tardus), sopro sistólico RUDE com pico TARDIO em foco aórtico, ictus impulsivo por hipertrofia concentrada e desdobramento PARADOXAL de B2 (atraso do fechamento aórtico). Insuficiência mitral (A) dá sopro holossistólico irradiado para axila; estenose mitral (C), sopro DIASTOLICO com estalido de abertura; estenose pulmonar (D) é rara no idoso e teria sopro em foco pulmonar. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Homem, 61 anos, relata lesão na língua há 3 anos (figura), com dificuldade de alimentação e perda de peso. Etilista de 6 garrafas de cerveja por semana e nega tabagismo. Ao exame: BEG, corado. Linfonodo submandibular à esquerda de 0,5 cm, móvel e indolor. Cicatriz de aspecto apergaminhado no dorso do pé direito. Anatomopatológico da lesão da língua: epitélio com hiperplasia pseudoepiteliomatosa; infiltrado na submucosa denso e misto, rico em plasmócitos, com esboço de formação de granulomas. Não foram visualizados parasitas nas colorações especiais (GMS, Giemsa e Ziehl-Neelsen) e as culturas da lesão foram negativas. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Carcinoma espinocelular.
- B. Paracoccidioidomicose.
- C. Doença de Behçet.
- D. Leishmaniose mucosa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão lingual crônica com histologia de hiperplasia pseudoepiteliomatosa e infiltrado rico em PLASMOCITOS com esboço de granulomas, pesquisa de fungos e BAAR negativa e culturas negativas, em paciente com cicatriz atrofica 'apergaminhada' no pé (lesão cutânea previa cicatrizada): leishmaniose mucosa, que surge anos após a forma cutânea e tem parasitas escassos, dificilmente vistos. Paracoccidioidomicose (B) mostraria leveduras em roda de leme na coloração pela prata. Carcinoma espinocelular (A) traria células malignas. Behçet (C) das úlceras orais e genitais recorrentes. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Mulher, 32 anos, relata fraqueza, indisposição, emagrecimento, náuseas e vômitos há 6 meses. Refere também ciclos menstruais irregulares, sendo a data da última menstruação há 3 meses. Ao exame físico: PA = 100 x 60 mmHg em decúbito e 80 x 50 mmHg em ortostase, escurecimento de pele e rarefação de pelos pubianos. Considerando a hipótese clínica mais provável, qual é o tratamento?

- A. Estrógeno e progestágeno.

B. Levotiroxina.

C. Cabergolina.

D. Prednisona e fludrocortisona. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza, emagrecimento, náuseas e vômitos crônicos, hipotensão POSTURAL, hiperpigmentação cutânea e rarefação de pelos pubianos em mulher jovem compoem a insuficiência adrenal PRIMÁRIA (doença de Addison). A hiperpigmentação decorre do excesso de ACTH/POMC e indica que o defeito é na própria adrenal - por isso falta também mineralocorticoide, o que explica a hipotensão ortostática. O tratamento repõe as duas linhas: glicocorticoide (prednisona ou hidrocortisona) E fludrocortisona. Estrogênio (A), levotiroxina (B) e cabergolina (C) tratam outros eixos. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Mulher, 52 anos, com hipertensão e diabetes tipo 2 há 4 anos, relata que ultimamente vem urinando mais, com surgimento de nictúria no último mês. Refere dificuldade para aderir a dieta e exercício físico regularmente. Está em uso de losartana, metformina e gliclazida. Exame físico sem alterações. Glicemia de jejum: 246 mg/dL, hemoglobina glicada: 8,9% (VR: 4,3-6,1g), funções hepática e renal normais. Qual exame mais adequado para rastreamento de complicação crônica do diabetes neste momento?

A. Ultrassonografia de rins.

B. Fundo de olho. ✓

C. Gasometria venosa.

D. Lipidograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ha um erro conceitual embutido nos distratores: lipidograma (D) avalia fator de risco, não complicação; gasometria (C) serve para descompensação aguda; ultrassom de rins (A) não rastreia nefropatia diabética - quem faz isso é a relação albumina/creatinina urinária. Sobra o rastreamento de retinopatia diabética com fundo de olho, que no DM2 deve ser feito já ao diagnóstico e repetido anualmente. Com quatro anos de doença, HbA1c 8,9% e má adesão, esta paciente tem risco elevado e não há registro de exame oftalmológico. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Mulher, 85 anos, portadora de síndrome da fragilidade e hipertensão arterial sistêmica. Internada devido a pneumonia e evoluiu, no segundo dia de internação com agitação e confusão mental. Ao exame físico: REG, confusa, desidratada 1+4/+. PA: 149 x 68 mmHg, FC 92 bpm, FR: 1 irpm, satO₂: 94% com cateter nasal a 2 L/min. Ausculta pulmonar: MV presente, com roncos de transmissão difusos. Ausculta cardíaca sem alterações. Abdome doloroso à palpação difusa sem massas ou visceromegalias palpáveis. Em relação à alteração comportamental, qual é o tratamento medicamentoso mais adequado?

A. Diazepam.

B. Clorpromazina.

C. Clonazepam.

D. Haloperidol. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa fragil que interna por pneumonia e evolui no segundo dia com confusão e agitação de início agudo e curso flutuante: delírium hiperativo. A base do tratamento é não farmacológica (corrigir a causa - infecção, desidratação, dor, retenção urinária - reorientar, mobilizar, restaurar sono). Quando há agitação com risco, o fármaco de escolha é o haloperidol em dose baixa. Benzodiazepínicos (A/C) pioram o delírium e só são indicados em abstinência alcoólica ou de benzodiazepínico. Clorpromazina (B) é muito sedativa, hipotensora e anticolinérgica no idoso. Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Homem, 76 anos, refere "pele amarelada", parestesia progressiva em membros inferiores e ardência na língua (Figura 1). Faz uso de metformina, para diabetes mellitus tipo 2, e omeprazol para gastrite. Nega alteração do hábito intestinal e mantém ingestão alimentar sem restrições. Exames laboratoriais: hemograma: Hb: 8,8 g/dL, Ht: 26%, VCM: 112 fL (VN: 80-95 fL), leucócitos: 3.200/uL, plaquetas: 124.000/uL (esfregaço na Figura 2); Contagem absoluta de reticulócitos: 23.000/uL (VN: 25.000-105.000/uL); ferro sérico: 96 ug/dL (VN: 40-160 ug/dL); TIBC: 320 ug/dL (VN: 300-360 ug/dL); saturação da transferrina: 30%; ferritina: 118 ng/mL (VN: 6-159 ng/mL); LDH: 5.460 U/L (VN < 460 U/L); bilirrubinas totais: 1,8 mg/dL (VN < 1,0 mg/dL); Coombs direto: negativo; TSH: 4,0 mU/L (VN: 0,5 -5,0 mU/L). Qual é a etiologia mais provável das alterações clínico-laboratoriais?

A. Deficiência de vitamina B12. ✓

- B. Deficiência de ferro.
- C. Doença autoimune.
- D. Hipotireoidismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocítica (VCM 112) com pancitopenia leve, reticulócitos baixos, LDH altíssimo e bilirrubina elevada com Coombs NEGATIVO - o padrão de hemólise INTRAMEDULAR da eritropoese ineficaz -, associada a glossite ('ardência na língua') e parestesias progressivas, aponta deficiência de vitamina B12, favorecida pelo uso crônico de metformina e omeprazol (ambos reduzem a absorção). Ferro e ferritina normais afastam B; Coombs negativo afasta doença autoimune (C); TSH normal afasta hipotireoidismo (D). Perola: o comprometimento neurológico pode preceder a anemia. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Homem, 42 anos. há 5 meses com tosse produtiva, febre esporádica e dispnéia progressiva, atualmente aos médios esforços. Concomitantemente, apresenta lesão úlcero-vegetante, dolorosa, de crescimento progressivo, com pontilhado hemorrágico em gengiva. Antecedentes pessoais: agricultor em fazenda de café. Nega tabagismo e etilismo. Nega contato com sintomáticos respiratórios. Radiografia de tórax com infiltrado intersticial peri- hilar simétrico. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o achado mais provável no exame do escarro do paciente?

- A. Hifas septadas finas com macroconídios tuberculados e microconídios de parede lisa.
- B. Hifas finas de ramificação septadas, com conídios em grupos em forma de margarida.
- C. Leveduras em brotamento rodeadas de halo transparente na coloração com nanquim.
- D. Leveduras grandes de parede celular birrefringente, com brotamentos em roda de leme. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Agricultor com quadro pulmonar arrastado, infiltrado intersticial peri-hilar simétrico ('asa de morcego') e lesão ulcero-vegetante com pontilhado hemorrágico na gengiva - a estomatite moriforme de Aguiar-Pupo - e paracoccidiodomicose forma crônica. No exame direto do escarro veem-se leveduras grandes, de parede birrefringente, com múltiplos brotamentos periféricos: a clássica 'roda de leme' ou cabeça de Mickey. A alternativa A descreve Histoplasma em cultura; B, Sporothrix; C, Cryptococcus com o halo na tinta da China. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Homem, 72 anos, tabagista. Refere dispnéia progressiva (atualmente a mínimos esforços) e tosse seca esporádica há 2 anos. Exame físico: BEG, corado, cianótico, com baqueteamento digital. FR: 28 ipm. Sat O₂: 87% em ar ambiente. Qual ruído adventício mais provável na ausculta respiratória?

A. Estertor em velcro. ✓

B. Grasnido.

C. Estertor grosso.

D. Ronco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia progressiva por 2 anos, tosse seca, baqueteamento digital, hipoxemia e cianose em idoso tabagista compoem doença pulmonar intersticial fibrosante (fibrose pulmonar idiopática). O achado auscultatório característico é o estertor crepitante fino, teleinspiratório, em bases, comparado ao som de abrir um velcro. Grasnido/squeak (B) sugere bronquiolite. Estertor grosso (C) indica secreção em vias aéreas maiores, como em bronquiectasia. Ronco (D) e obstrução de via aérea central/secreção. Perola: velcro + baqueteamento = fibrose. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Homem, 20 anos, trabalhador rural, sofreu acidente no tornozelo esquerdo, por animal não visualizado. Queixa-se de pouca dor no tornozelo esquerda, mialgia difusa e dificuldade para deglutir. Apresenta alteração da coloração urina (foto). Qual é a alteração clínica/laboratorial esperada?

A. Troponina elevada.

B. Rinorreia.

C. Hipercalemia.

D. Diplopia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhador rural picado por animal não visualizado que evoluiu com mialgia difusa, disfagia e urina escura (mioglobinúria) tem acidente CROTALICO (cascavel). A peçonha da Crotalus é neurotóxica, miotóxica e coagulante: a ação neurotóxica bloqueia a junção neuromuscular e produz a facies miastênica de Rosenfeld - ptose palpebral, oftalmoplegia e DIPLOPIA, além de disfagia. Troponina (A) não é o marcador típico (a rabdomiólise eleva CK). Rinorreia (B) e hipercalemia (C) não fazem parte do quadro - a rabdomiólise cursa com hiperpotassemia, hiperfosfatemia e HIPOcalcemia. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Mulher, 25 anos, sem comorbidades, relata dispneia progressiva, atualmente classe funcional III da NYHA, associada a palpitações taquicárdicas aos esforços. Exame físico: FC = 85bpm, PA = 112 x 70 mmHg, FR = 18 irpm, elevação do pulso venoso jugular na inspiração, hepatomegalia com ascite moderada e edema 1+/4+ de membros inferiores. Radiograma de tórax (PA) e eletrocardiograma abaixo. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Endomiocardiofibrose.
- B. Pericardite constrictiva. ✓**
- C. Tamponamento cardíaco.
- D. Amiloidose cardíaca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com congestão SISTÊMICA exuberante (turgência jugular que AUMENTA na inspiração - sinal de Kussmaul -, hepatomegalia, ascite desproporcional ao edema) e pulmões limpos: e restrição ao enchimento diastólico por pericárdio rígido, ou seja, pericardite constrictiva, frequentemente pós-tuberculose no Brasil, com calcificação pericárdica na radiografia. No tamponamento (C) há pulso paradoxal, hipotensão e taquicardia, quadro agudo. Amiloidose (D) e endomiocardiofibrose (A) são restritivas, mas raras nessa idade e sem calcificação pericárdica. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Homem, 44 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 5 anos, em insulinoterapia, sem outras comorbidades. Há 2 meses, relata aparecimento da lesão no antebraço com prurido associado (figura). Baseado na principal hipótese diagnóstica, realizou-se um exame complementar. Qual é o achado mais provável?

- A. Dermatite psoriasiforme.
- B. Elevação da imunoglobulina E.
- C. Hifas septadas ramificadas. ✓**
- D. Epidermotropismo de linfócitos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão anular pruriginosa no antebraço de paciente diabético (imunidade cutânea comprometida e maior colonização fúngica) tem como hipótese principal a tinea corporis. O exame complementar simples e decisivo é o micológico direto com KOH, que revela HIFAS SEPTADAS E RAMIFICADAS, típicas dos dermatofitos. Dermatite psoriasiforme (A) apareceria na biópsia de psoríase; elevação de IgE (B) sugere atopia; epidermotropismo de linfócitos (D) e o achado histológico da micose fungoide. Perla: toda lesão anular pruriginosa merece raspado antes de corticoide, que causa tinea incógnita. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Homem, 52 anos, apresenta fadiga e icterícia progressiva nos últimos 15 dias. Etilista há mais de 10 anos (90g de álcool/dia), com última ingestão alcoólica na véspera no início dos sintomas. Exame físico: icterico, presença de aranhas vasculares no tórax e sinal do semicírculo de Skoda. Laboratório: bilirrubina total: 16 mg/dL (VR ≤ 32); ALT: 48 U/L (VR ≤ 38); gama-GT: 280 U/L (VR ≤ 70); INR: 1,6. Investigação laboratorial do quadro descartou etiologias viral, autoimune, metabólica e tóxica por medicamento. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Endoscopia digestiva alta para avaliação de hipertensão portal.
- B. Elastografia hepática para avaliação de fibrose.
- C. Dosagem sérica de alfa-fetoproteína para avaliação de neoplasia.

D. Ultrassonografia de abdome para avaliação das vias biliares. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro sugere hepatite alcoólica (ícterica, etilista pesado, AST/ALT pouco elevadas, gama-GT alta, INR alargado), mas antes de assumir o diagnóstico é obrigatório EXCLUIR obstrução biliar, que é potencialmente tratável e pode simular ou coexistir. Por isso a conduta inicial e ultrassonografia de abdome, exame barato, disponível e que avalia vias biliares, parênquima e sinais de hipertensão portal. Endoscopia (A), elastografia (B) e alfafetoproteína (C) são ferramentas de seguimento da hepatopatia crônica, não de investigação aguda da ícterica. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Mulher, 20 anos, queixa-se de fadiga e queda de cabelos, iniciadas há dois meses. Refere dor em articulações das mãos e nos punhos. Exame físico: BEG, corada, eupneica, edema, calor e dor à palpação de punhos e segunda a quarta metacarpofalangeanas de ambas as mãos; lesões numulares com bordas hipercrômicas e centro eritematoso e atrófico na frente. Foto da oroscopia abaixo. Qual alteração mais provável no hemograma da paciente?

- A. Monocitose.
- B. Plaquetose.
- C. Linfopenia. ✓**
- D. Hipocromia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com fadiga, alopecia, poliartrite simétrica de pequenas articulações das mãos e punhos, lesões discóides e úlcera oral (oroscopia) preenche critérios de lúpus eritematoso sistêmico. A citopenia mais típica no hemograma lúpico - e critério classificatório - é a LINFOPENIA ($< 1.000/mm^3$), ao lado de leucopenia, anemia hemolítica e plaquetopenia. Monocitose (A) e plaquetose (B) são marcadores inespecíficos de inflamação/infeção e não caracterizam o LES; hipocromia (D) refletiria ferropenia, que não é o achado esperado. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Mulher, 60 anos, procura atendimento por ganho de peso (10kg), urina espumosa e edema em face e extremidades nos últimos 3 meses. Exame físico: BEG, corada, hidratada, eupneica, afebril. Edema 4+/4+. PA = 106 x 70 mmHg, sem outras alterações. Exames Laboratoriais: creatinina = 0,7 mg/dL; ureia = 30 mg/dL; sódio = 131 mmol/L; potássio = 4,2 mmol/L; albumina = 2,1 g/dL; proteinúria = 6.500 mg/24h. Qual achado mais provável na urina, além de proteína?

- A. Cilindros granulosos.
- B. Lipídios. ✓**
- C. Leucócitos.
- D. Cilindros eritrocitários.

COMENTÁRIO OSCELABS

Proteinúria de 6.500 mg/24h, albumina 2,1 g/dL, edema anasarca e ganho de peso definem síndrome nefrótica. A perda maciça de proteínas aumenta a síntese hepática de lipoproteínas e a hiperlipidemia transborda para a urina: aparecem lipidúria, corpos graxos ovalados e cilindros gordurosos com o aspecto de 'cruz de malta' a luz polarizada. Cilindros hemáticos (D) caracterizam síndrome NEFRÍTICA/glomerulonefrite proliferativa. Cilindros granulosos (A) são inespecíficos, típicos de necrose tubular aguda. Leucocitúria (C) sugere infecção ou nefrite intersticial. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Mulher, 72 anos, tabagista (80 anos-maço), refere dispneia progressiva e tosse com expectoração amarelada pela manhã há 10 anos. Há 4 dias com aumento do volume de expectoração (que se tornou mais escura) e piora da dispneia. Exame físico: REG, consciente, difusos, FR: 30 ipm. FC: 110 bpm; PA: 112 x 72 mmHg. Gasometria arterial em ar ambiente: pH: 7,28; pO₂: 50 mmHg; pCO₂: 54 mmHg; HCO₃: 28 mEq/L; saturação O₂: 84%. Qual intervenção mais adequada neste momento?

A. Intubação e ventilação mecânica.

B. Ventilação não-invasiva. ✓

C. Cateter nasal de alto fluxo.

D. Máscara de Venturi.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação de DPOC com acidose RESPIRATORIA descompensada (pH 7,28 e pCO₂ 54 mmHg) e desconforto respiratório, mas com paciente consciente e hemodinamicamente estável: e a indicação clássica de ventilação não invasiva, que reduz trabalho respiratório, corrige a hipercapnia, diminui necessidade de intubação e mortalidade. Intubação (A) fica para rebaixamento do nível de consciência, instabilidade, parada iminente ou falha da VNI. Cateter de alto fluxo (C) e Venturi (D) corrigem hipoxemia, mas não dão suporte pressórico para lavar CO₂. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Mulher, 52 anos, há três anos tem o diagnóstico de artrite reumatoide, cujo tratamento não atingiu remissão da inflamação articular, a despeito do uso de diversos esquemas terapêuticos. Ao exame: hipotrofia de musculatura intrínseca das mãos, com edema de punhos, desvio ulnar dos quírodáctilos e hiperextensão de interfalangeanas proximais das mãos. Na radiografia das mãos, qual é a alteração esperada nas articulações acometidas?

A. Calcificação periarticular.

B. Esclerose óssea subcondral.

C. Erosões ósseas justa-articulares. ✓

D. Osteófitos marginais.

COMENTÁRIO OSCELABS

As deformidades descritas - desvio ulnar dos dedos, hiperextensão das interfalangeanas proximais (dedo em pescoco de cisne) e hipotrofia da musculatura intrínseca - são de artrite reumatoide com doença em atividade persistente. Radiologicamente, o marcador da AR é a ERROSAO OSSEA justa-articular (marginal), associada a osteopenia periarticular e redução simétrica do espaço articular. Osteófitos marginais (D) e esclerose subcondral (B) são a assinatura da OSTEOARTRITE, doença degenerativa. Calcificação periarticular (A) sugere doença por depósito de cristais/tendinite calcárea. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Homem, 48 anos, tabagista e etilista, há 20 anos apresenta dor articular. O quadro teve início nos membros inferiores e ocorria como surto-remissão. Após alguns anos, os membros superiores foram acometidos, quando passou a ter sintomas articulares persistentes. Exame físico: BEG, corado. Edema, calor, dor e limitação de movimentos em tornozelos, joelhos, punhos e metacarpofalangeanas. Foto de sua mão esquerda é mostrada abaixo. De qual alteração fisiopatológica resultam as lesões?

A. Calcificações de tecidos moles.

- B. Necrose caseosa da derme.
- C. Coleções de pus na derme.
- D. Depósito subcutâneo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Vinte anos de artrite intermitente iniciada em membros inferiores, evoluindo com o tempo para acometimento poliarticular persistente em homem etilista; e a história natural da gota, e as lesões na mão são TOFOS. O tofo resulta do depósito subcutâneo (e periarticular) de cristais de urato monossódico, envolto por reação inflamatória granulomatosa. Calcificação de tecidos moles (A) ocorre na esclerose sistêmica/dermatomiosite (calcinose). Necrose caseosa (B) e da tuberculose; coleção de pus (C) seria abscesso, com sinais flogísticos agudos. Resposta D.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Homem, 65 anos, hipertenso há 30 anos, refere poliúria, sem outras queixas. Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial com valor médio de PA = 170x100 mmHg, em uso de anlodipina, carvedilol, furosemida. Exame físico sem alterações. Ultra-sonografia: rins de dimensões reduzidas. 7,5cm na maior dimensão bilateralmente, com perda da diferenciação entre córtex e medula. Considerando o diagnóstico síndrome renal, quais parâmetros são usados para o estadiamento?

- A. Creatinina plasmática e urina rotina.
- B. Relação ureia/creatinina plasmática e fração de excreção de sódio.
- C. Proteinúria de 24hs e clearance de creatinina.
- D. Taxa de filtração glomerular e relação albumina/creatinina urinária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Rins de 7,5 cm com perda da diferenciação corticomedular em hipertenso de longa data indicam doença renal crônica. O estadiamento atual (KDIGO) é bidimensional: categoria G pela taxa de filtração glomerular estimada (G1 a G5) e categoria A pela albuminúria, avaliada pela relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina. Creatinina isolada (A) não estadia - varia com massa muscular. Relação ureia/creatinina e fração de excreção de sódio (B) diferenciam lesão renal AGUDA pre-renal. Clearance de 24h (C) e o método antigo, sujeito a erro de coleta. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Homem, 72 anos, relata olhos e pele amarelos há duas semanas, acompanhados de prurido cutâneo difuso, principalmente à noite. Sem outros sintomas. Alguns dias antes do início do quadro, percebeu sua urina mais escura. Não observou as características das fezes. Exame físico: icterico, com escoriações no tronco e nos membros. Sem outras alterações. Qual é a alteração do metabolismo de bilirrubina mais provável?

- A. Deficiência de produção da fração conjugada.
- B. Deficiência de captação da fração indireta.
- C. Prejuízo da excreção da fração conjugada. ✓**
- D. Aumento da produção da fração indireta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ictérica com prurido intenso, predominantemente noturno, e colúria (urina escura) que ANTECEDEU a icterícia: o padrão é colestático. A bilirrubina que escurece a urina e a conjugada (direta), hidrossolúvel e filtrada pelo rim, e o prurido decorre da retenção de sais biliares. Portanto o defeito está na excreção da fração conjugada do hepatócito para o canalículo/via biliar. Aumento de produção de indireta (D) e hemólise: cursa com icterícia? não - da urina normal e sem prurido. Deficiência de captação (B) e de conjugação (A) elevam a fração INDIRETA, que não passa para a urina. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Homem, 67 anos, hipertenso, diabético tipo 2, dislipidêmico, obeso e tabagista ativo. Previamente assintomático, procura atendimento médico devido a quadro de dor torácica, em queimação, de intensidade 5/10, sem irradiação ou outros sintomas associados e que se inicia após a realização de moderados esforços. Refere início da dor há 2 semanas, sendo que há 1 semana tem sido mais frequente e de maior intensidade. Exame físico: sem alterações significativas. Eletrocardiograma abaixo. Qual é o método de avaliação mais indicado para investigação do quadro clínico?

- A. Angiotomografia de coronária.
- B. Cintilografia miocárdica com dipiridamol.
- C. Cateterismo cardíaco. ✓**
- D. Teste ergométrico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto decisivo está na evolução: dor anginosa aos moderados esforços há 2 semanas que se tornou MAIS FREQUENTE e MAIS INTENSA na última semana - angina em crescendo, ou seja, síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento (angina instável), em paciente com altíssima carga de fatores de risco. Nesse cenário a estratificação é INVASIVA: cateterismo, que diagnostica e permite tratar. Testes provocativos - ergométrico (D), cintilografia (B) - são para angina ESTÁVEL e são contraindicados na instabilidade. Angiotomografia (A) é útil em risco baixo/intermediário. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Uma menina de 4 anos, previamente hígida, foi atendida em pronto atendimento com crise epiléptica do tipo tônico-clônica, generalizada, com duração inferior a um minuto, em vigência de febre aferida em 39°C. Encontrava-se em tratamento de infecção de via aérea superior há 2 dias. Havia relato de crise febril no irmão mais velho. À família foi pontuada a principal hipótese diagnóstica e foram esclarecidos riscos para recorrência de evento similar. Qual dos fatores abaixo se apresenta como risco de recorrência nesse caso clínico?

- A. Pico de temperatura elevado.
- B. Intervalo curto entre doença febril e evento.
- C. Idade precoce para o primeiro evento.
- D. História familiar de crise febril. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

São quatro os fatores de risco para RECORRÊNCIA de crise febril simples: idade abaixo de 18 meses no primeiro evento, história familiar de crise febril em parentes de primeiro grau, temperatura BAIXA no momento da crise e intervalo CURTO entre o início da febre e a crise. Neste caso a criança tem 4 anos (idade não precoce, elimina C), febre alta de 39 graus (elimina A) e dois dias de doença febril antes do evento (intervalo longo, elimina B). O único fator presente é o irmão com antecedente de crise febril. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Criança de 2 anos e 11 meses de idade é trazida a consulta de puericultura pela mãe. Relata que ela percebeu caroço na barriga (sic) ao dar banho na criança, há 1 semana. Diz também que há cerca de um mês a criança tem queixando-se de dores abdominais e cólica quase que diárias de curta duração e resolução espontânea. Crianças permanece bem, sem queda do estado geral, sem alterações do apetite ou das atividades diárias. Pais negam queixas digestivas ou gênito-urinárias. Não há história de constipação intestinal. Ao exame físico a criança apresentava-se em bom estado geral, afebril, corada, eupneica, com massa palpável no flanco direito, endurecida, fixa, indolor, medindo aproximadamente 8 cm no seu maior eixo. Com base nos achados acima descritos, qual a hipótese diagnóstica mais provável para este caso?

A. Tumor de Wilms. ✓

B. Neuroblastoma.

C. Hepatoblastoma.

D. Linfoma não-Hodgkin.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal palpável em flanco, endurecida, indolor, em criança de quase 3 anos em bom estado geral e sem repercussão sistêmica e, até prova em contrário, tumor de Wilms (nefroblastoma) - o tumor renal mais comum da infância, com pico entre 2 e 5 anos, tipicamente unilateral e que não ultrapassa a linha média. Neuroblastoma (B) costuma ser irregular, cruza a linha média, da criança 'doente' com dor óssea, febre e equimose periorbitária. Hepatoblastoma (C) e massa em hipocondrio direito com alfafetoproteína alta; linfoma (D) da sintomas B e adenomegalias. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Lactente de 1 ano de idade, apresenta diarreia há 6 meses, caracterizada por fezes líquida, moderada quantidade, 4 vezes por dia, odor fétido, distensão abdominal sem sangue ou muco. Mãe refere que simultaneamente apresenta dificuldade de ganho de peso e de estatura. Os exames laboratoriais revelaram: - Hemoglobina = 9,0 g/dl; - Albumina = 2,5 g/dl (valor de referência 2,9 a 4,8 g/dl); - Anti-transglutaminase IgA = positivo; - Dosagem de imunoglobulinas: IgA = normal para a idade. Para esta criança, além do trigo, qual outro componente você excluiria da dieta?

A. Linhaça e aveia.

B. Tapioca e polvilho.

C. Maisena e trigo de sarraceno.

D. Centeio e cevada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia crônica com esteatorreia, distensão abdominal, déficit ponderoestatural, anemia e hipoalbuminemia, com antitransglutaminase IgA positiva e IgA total normal (validando o exame): doença celíaca. O tratamento e a exclusão PERMANENTE do gluten, presente no TACC - trigo, aveia (por contaminação cruzada em nosso meio), centeio e cevada. Entre as opções, os cereais proibidos além do trigo são centeio e cevada. Tapioca e polvilho (B), milho/maisena e trigo sarraceno (C) e linhaça são naturalmente isentos de gluten. Perola: confirme sorologia ANTES de retirar o gluten. Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Criança eutrófica, da raça negra, com 9 meses de idade e quadro de diarreia com sangue há 5 dias. Está fazendo uso de ceftriaxoma IM há 4 dias. Mãe refere que apesar da melhora da diarreia a criança está urinando menos, com edema palpebral discreto e está mais irritada há 1 dia. Exame físico: criança hidratada, pálida +++/4+; edema palpebral bilateral, FR 40 ipm FC. Exames colhidos no pronto socorro. Hemograma: Hb 6,0 g/dL, Ht 17,9%, GB 18.500 e plaquetas 75.000. Reticulocitose, Ureia 70 e creatinina 2,5 mg/Dl. urina tipo 1: densidade 1,012; pH 5,5; Proteinúria ++, leucócitos 10 por campo e hemácias 15 por campos de grande aumento. Com relação a anemia, qual o tratamento mais indicado nesse momento?

- A. Eritropoetina subcutânea.
- B. Reposição de ferro.
- C. Corticoterapia.
- D. Concentrado de hemácias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com diarreia sanguinolenta que evolui com oligúria, edema, anemia grave com reticulocitose, plaquetopenia e ureia/creatinina elevadas tem a tríade da síndrome hemolítico-urêmica pos-diarreica (E. coli produtora de toxina Shiga). Com hemoglobina de 6,0 g/dL, anemia hemolítica em curso e sobrecarga renal, a conduta e transfusão de concentrado de hemácias (em alicotas pequenas, cuidando da volemia). Ferro (B) e eritropoetina (A) não corrigem hemólise aguda; corticoide (C) não tem papel na SHU típica. Alerta: antibiótico pode PIORAR a SHU. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Em relação à avaliação da vitalidade imediatamente após o nascimento, quando o neonato ainda está ligado ao cordão, ainda em campo obstétrico. Qual dos critérios abaixo indica que o paciente deve ser levado imediatamente ao berço para avaliação da necessidade de ressuscitação?

- A. Cianose.
- B. Frequência cardíaca diminuída.
- C. Frequência respiratória aumentada ou diminuída.
- D. Hipotonia. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na sala de parto, a avaliação imediata do recém-nascido ainda em campo, com o cordão intacto, responde a três perguntas: gestação a termo? está respirando ou chorando? tem TÔNUS muscular em flexão? Basta um 'não' para levar a criança a mesa de reanimação. Cianose (A) é achado comum e pouco confiável nos primeiros minutos - a saturação sobe gradualmente. Frequência cardíaca (B) e frequência respiratória (C) não integram a avaliação inicial em campo: a FC só passa a guiar as decisões já na mesa de reanimação, após os passos iniciais. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Paciente de 4 anos de idade, vítima de picada por escorpião, chega à sala de emergência pediátrica uma hora após o acidente apresentando sudorese profusa, piloereção, vômitos incoercíveis, frequência cardíaca 150 bpm, frequência respiratória 40 ipm, pressão arterial 85/50 mmHg, pulsos centrais finos e tempo de enchimento capilar 5 segundos. À ausculta pulmonar, há estertores finos difusos e saturação periférica de oxigênio (SpO₂) é de 90% em ar ambiente. Logo após a admissão, é colocado coxim abaixo do occipício, feita aspiração de vias aéreas superiores, administrado oxigênio por máscara não reinalante e administradas 6 ampolas de soro antiescorpiônico via endovenosa. A SPO₂ após início da oxigenoterapia é de 94%, mas o quadro hemodinâmico se mantém inalterado. O próximo passo do tratamento é iniciar por infusão EV contínua:

- A. Norepinefrina.
- B. Dobutamina. ✓**
- C. Epinefrina.
- D. Vasopressina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escorpionismo grave em criança: sudorese, vômitos incoercíveis, taquicardia, má perfusão e estertores difusos com hipoxemia indicam edema pulmonar por disfunção MIOCARDICA induzida pela picada (choque cardiogênico com miocardite tóxica). Feito o antiveneno e o suporte ventilatório, a droga vasoativa de escolha é a dobutamina, inotrópico que melhora o débito sem aumentar a pós-carga. Noradrenalina (A) e vasopressina (D) elevam a resistência vascular e pioram um coração já falido; adrenalina (C) aumenta consumo de oxigênio e arritmias num miocárdio já agredido por catecolaminas. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Recém-nascido (RN) do sexo masculino nascido de parto normal com 38 semanas de gestação, pesando 2900g. Apgar 7/9. Mãe de 30 anos, G2P2A0, sem comorbidades, recebeu imunoglobulina anti-D com 28 semanas de gestação: tem história de que o filho anterior recebeu fototerapia ao nascimento. Doze horas após o nascimento, a mãe se queixou que não tinha produção láctea, e que o RN estava sonolento e não sugava o seio. No exame físico, o RN estava em bom estado geral, sonolento, reativo à manipulação, com tônus preservado e reflexos primitivos presente. Apresentava cefalohematoma parietal à direita, icterícia em face e tronco, sem outras anormalidades no exame físico. Foram realizados os seguintes exames: - Tipo sanguíneo da mãe: O negativo, Coombs indireto negativo; - Tipo sanguíneo do RN: A positivo, Coombs direto negativo; - Glicemia capilar 58 mg/dL; - Sódio 138,2 mmol/L; - Bilirrubina total 8 mg/dL, bilirrubina direta 0,24 mg/dL; - Hemoglobina total 17,0 g/dL, hematócrito 52%. O RN foi colocado em fototerapia. Qual a causa mais provável de icterícia neste paciente?

- A. Oferta inadequada de leite materno.
- B. Incompatibilidade RH.
- C. Incompatibilidade ABO. ✓**
- D. Secundária à absorção de cefalohematoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ictérica que aparece nas primeiras 24 horas de vida e sempre patológica e sugere HEMOLISE. Mãe O e recém-nascido A: há incompatibilidade ABO, a causa mais frequente de doença hemolítica no período neonatal - e o Coombs direto NEGATIVO não afasta o diagnóstico (é negativo ou fracamente positivo em boa parte dos casos, pois os antígenos A/B do RN são pouco expressos). Incompatibilidade Rh (B) está afastada pelo Coombs indireto materno negativo e pela profilaxia. Cefalo-hematoma (D) e baixa oferta láctea (A) causam icterícia mais tardia, após 48-72 horas. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Menino com 4 anos, foi atendido no pronto atendimento com febre, cefaleia, queda do estado geral e vômitos, iniciados há 1 dia. Internado para investigação. Pais relatam que a criança já apresentou dois episódios prévios de meningite (aos 12 e 18 meses de vida), ambos confirmados por cultura de líquido como sendo meningocócicas, requerendo internação hospitalar e tratamento com antibiótico endovenoso. Ao exame: TA 39°C; prostração; FC 140 bpm; FR 50 mrpm, demais aspectos do exame físico normais. Exames laboratoriais, Hemograma: Hb 11,7 Ht 34% GB 15.900 Neutrófilos 14.110 (20% de bastonetes, 80% segmentados) Plaquetas 345.000, Líquor: aspecto turvo, proteínas aumentadas, glicose consumida, presença de células em grande quantidade e cocos gram negativos. Qual a hipótese mais provável?

A. Deficiência do sistema complemento. ✓

B. Agamaglobulinemia congênita.

C. Doença granulomatosa crônica.

D. Imunodeficiência combinada grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

Meningite MENINGOCÓCICA de repetição (três episódios) e praticamente sinônimo de deficiência dos componentes terminais do complemento (C5 a C9, o complexo de ataque à membrana) ou de properdina, pois a lise da *Neisseria* depende dessa via - o rastreio se faz com CH50/AH50. Agamaglobulinemia (B) daria infecções por germes encapsulados desde os 6 meses, com ausência de tonsilas e hipogamaglobulinemia. Doença granulomatosa crônica (C) causa abscessos por catalase-positivos. SCID (D) se manifesta no primeiro ano com infecções oportunistas e não permitiria chegar aos 4 anos de idade. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Mãe refere que seu filho de 8 anos está apresentando quedas frequentes ao solo há 3 semanas. Refere dificuldades em subir escadas e de se levantar da posição sentada, necessitando de ajuda. Criança está deprimida e irritada. Ao exame físico você nota sua pele avermelhada (foto abaixo), dificuldade de manter os braços elevados e de subir a escada para sentar-se na maca. Qual a hipótese diagnóstica principal?

A. Dermatomiosite juvenil. ✓

B. Síndrome de Guillain-Barré.

C. Lupus eritematoso sistêmico juvenil.

D. Miosite viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza muscular PROXIMAL e simétrica (dificuldade para subir escadas, levantar-se e elevar os braços) instalada em semanas, acompanhada de lesão cutânea eritematosa, define dermatomiosite juvenil - as lesões clássicas são o heliotropo palpebral e as papulas de Gottron sobre as articulações. Guillain-Barre (B) é ascendente, com arreflexia e sem rash. LES juvenil (C) cursa com poliartrite, serosite e citopenias, e a fraqueza não domina o quadro. Miosite viral (D) é aguda, dolorosa, autolimitada e acomete panturrilhas após quadro gripal. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Menino de 5 anos é trazido à consulta de puericultura sem queixas. Peso: 19kg (P50), altura: 109 cm, PA: 106x64 mmHg (repetida e confirmada), restante do exame físico sem alterações. Consultando a tabela abaixo, como se classifica a pressão aferida nesta consulta?

A. Pressão arterial elevada. ✓

- B. Hipertensão estágio 2.
- C. Hipertensão estágio 1.
- D. Pressão arterial normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela diretriz de 2017, a classificação pressórica na criança depende dos percentis por idade, sexo e percentil de ESTATURA. Menino de 5 anos no P50 de estatura tem P90 de sistólica próxima de 105 mmHg e de diastólica próxima de 65 mmHg. Uma medida de 106x64 mmHg fica, portanto, entre o P90 e o P95: e a faixa denominada PRESSÃO ARTERIAL ELEVADA (a antiga pre-hipertensão). Hipertensão estágio 1 (C) exigiria valores a partir do P95, e o estágio 2 (B), a partir do P95 + 12 mmHg. Conduta: medidas de estilo de vida e reavaliação em 6 meses. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Menina, 2 anos, apresenta quadro de diarreia, sem muco ou sangue, 3 vezes ao dia, aumento de volume abdominal e déficit pondero-estatural há cerca de 1 ano. Concomitantemente apresenta edema de membros inferiores, mais acentuada à direita que segundo a mãe, surgiu desde o nascimento. Mantém bom apetite, família de classe média. Nega outras comorbidades. Pais hígidos, sem história de consanguinidade. Exames laboratoriais: - Albumina = 2,0 g/dL (Valor de referência 3,0 a 4,8 g/dL) - Hemograma Hb = 10,0 g/dL; GB=7000 (linfócitos $< 2 \times 10^9/L$ = linfopenia), plaquetas normais; - Gama- globulina = 0,3 g/dl (valor de referência 0,6 a 1,79); - Urina rotina normal; - Ureia e creatina normais; - Alfa-1-Antitripsina fecal = 0,9 mg/g fezes (valor de referência $< 0,30$); - Esteatócrito = 5% (VR < 2) Qual a principal hipótese diagnóstica para esta criança?

- A. Deficiência congênita de IgA.
- B. Linfangiectasia intestinal. ✓**
- C. Deficiência de alfa-1-antitripsina.
- D. Fibrose cística.

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave laboratorial e a alfa-1-antitripsina fecal ELEVADA, que documenta enteropatia perdedora de proteínas. Some-se hipoalbuminemia, hipogamaglobulinemia, LINFOPENIA e linfedema assimétrico de membros inferiores desde o nascimento: e linfangiectasia intestinal, na qual os vasos linfáticos dilatados se rompem na luz e derramam linfa - rica em proteínas, gorduras e linfócitos. Deficiência de IgA (A) não causa hipoalbuminemia. Deficiência de alfa-1-antitripsina (C) e hepatopatia, e a proteína fecal estaria BAIXA. Fibrose cística (D) não dá linfopenia nem linfedema congênito. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Menina de 4 anos é trazida para consulta em unidade básica de saúde. Pais percebem que criança respira rápido e forte durante as atividades físicas e para de brincar com pouco tempo de exercícios. Durante o exame físico observa-se: bom estado geral, corada, hidratada acianótica (sat O₂ 96% em membro superior esquerdo). Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível difusamente, sem ruídos adventícios, sem esforço, FR: 20 irpm. Aparelho cardiovascular, ritmo regular com 2 bulhas normofonéticas, sem sopros audíveis, FC: 90 bpm, pulsos cheios em membros superiores e de difícil palpação em membros inferiores. Abdome flácido, indolor e sem massa palpáveis; extremidade sem edema, mãos aquecidas e pés frios. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual seria a complicação mais frequente?

- A. Hipertensão arterial sistêmica. ✓**
- B. Enterocolite necrotizante.
- C. Crise asmática grave.

D. Síndrome de Eisenmenger.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pulsos cheios em membros superiores e de difícil palpação em membros inferiores, com pés frios e mãos quentes em criança com baixa tolerância ao exercício, e o achado semiológico de coarctação da aorta - o gradiente de pressão entre membros e o sinal-guia, e pode não haver sopro audível. A complicação mais frequente, mesmo após correção, é a hipertensão arterial sistêmica, com risco de doença cerebrovascular e aneurismas. Enterocolite necrosante (B) é do neonato prematuro; Eisenmenger (D) decorre de shunt esquerda-direita não corrigido, que aqui não existe. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Menino de 6 anos de idade apresentou queda da própria altura sobre o membro superior esquerdo, evoluindo com dor e edema no cotovelo. Realizada radiografia ilustrada na figura abaixo que evidenciou luxação do cotovelo esquerdo. Mãe refere que criança tem asma mas que está controlada com uso de beclometasona via inalatória. Nega internações prévias e última refeição foi há 8 horas. Neste caso qual é a opção medicamentosa mais adequada para preparar a criança para o procedimento?

A. Midazolam.

B. Clonidina.

C. Propofol.

D. Cetamina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Redução de luxação de cotovelo exige sedação profunda com analgesia potente em criança asmática. A cetamina é a escolha: anestésico dissociativo que preserva o drive respiratório e os reflexos protetores de via aérea, promove analgesia intensa, estabilidade hemodinâmica e ainda tem efeito BRONCODILATADOR - ideal no asmático. Midazolam (A) sozinho não dá, mas não analgesia. Propofol (C) causa depressão respiratória e hipotensão e exige via aérea mais vigiada. Clonidina (B) não proporciona nível de sedação adequado para o procedimento. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Os pais de um paciente de 10 anos de idade estão preocupados com a estatura e ganho de peso nos últimos 2 a 3 anos (ver dados nas curvas abaixo) e com o escurecimento da pele do pescoço e axilas, que no exame físico é confirmado ser acantose nigricans. No último ano ele já recebeu orientação da dieta hipocalórica, porém ainda ingere sucos industrializados, doces e guloseimas diariamente. Há cerca de três anos os pais se separaram e houve necessidade de mudança de escola e do círculo de amigos do paciente em função de mudança de cidade. Mãe acha que o paciente se sente triste e isolado na escola, não participando das brincadeiras. Não pratica atividade física regular, pois está referindo ficar muito cansado. Passa a maior parte do tempo fora da escola dentro do apartamento e gosta muito de jogos eletrônicos. Mãe refere que ela também ganhou peso excessivamente nos últimos anos. Para a consulta atual traz exames recentes que evidenciaram: glicemia = 97 mg/dL, HbA1c 6,2%; colesterol total = 233 mg/dL; colesterol HDL = 38 mg/dL; triglicérides = 206 mg/dL. Considerando os dados apresentados, qual a conduta mais indicada para este paciente?

A. Orientar dieta equilibrada normocalórica e realização de 60 minutos diários de atividade física leve.

B. Realizar investigação bioquímica adicional buscando a causa do ganho de peso, antes de qualquer medida terapêutica. ✓

C. Orientar dieta equilibrada normocalórica e realização de 60 minutos diários de atividade física moderada a intensa.

D. Orientar dieta equilibrada com leve restrição calórica, realização de 60 minutos diários de atividade física moderada a intenso e iniciar tratamento com metformina.

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que muda tudo é a preocupação com a ESTATURA junto ao ganho de peso: na obesidade exógena a criança cresce bem ou até acima do canal familiar, porque o excesso calórico acelera o crescimento. Ganho de peso acompanhado de desaceleração do crescimento aponta causa endócrina - hipotireoidismo, hipercortisolismo, deficiência de GH -, que precisa ser investigada ANTES de rotular como obesidade exógena e iniciar dieta, exercício ou metformina (A, C e D). Acantose, dislipidemia e HbA1c 6,2% são consequências e não dispensam a busca da causa. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Em uma consulta de rotina a mãe refere que sua filha de 5 anos teve disúria e polaciúria sem febre, por 3 dias, há 10 dias atrás. Foi atendida na UPA sendo solicitado exame de urina que foi coletado por jato médio. Após avaliação do exame de urina tipo 1 foi prescrito sulfametoxazol + trimetoprima (SMZ+T) VO e marcado retorno em 2 dias para checagem do resultado de urocultura. A mãe refere que a criança está bem e que a sintomatologia desapareceu com 48 horas de tratamento medicamentoso. Por isso resolveu aguardar a consulta de puericultura para avaliação do resultado da cultura uterina. Antecedentes da criança: asma brônquica e constipação intestinal funcional. Nega quadro semelhante anteriormente. Exame trazidos pela mãe: - Urina tipo 1: densidade 1,012; pH 5, nitrito positivo, proteína 50 mg/L, leucócitos 200-250 por campo, hemácias 20-30 por campo; - Urocultura: 300.000 UFC/mL de E coli, sensível a sulfametoxazol + trimetoprima. Qual a conduta mais adequada para este caso?

A. Repetir exame de cultura uterina.

B. Manter seguimento regular de puericultura. ✓

C. Pedir ultrassonografia de rins e de vias urinárias.

D. Realizar cintilografia estática com DMSA.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primeiro episódio de infecção urinária BAIXA (disúria e polaciúria SEM febre) em menina de 5 anos, com boa resposta clínica em 48 horas e urocultura sensível ao antibiótico usado: cistite não complicada. Investigação por imagem se reserva a ITU FEBRIL/pielonefrite, episódios recorrentes, criança menor de 2 anos ou germe atípico - não há indicação de ultrassom (C) nem de DMSA (D) aqui. Repetir cultura de controle (A) em paciente assintomática não é recomendado. A conduta é completar o tratamento e manter o seguimento de puericultura, tratando a constipação. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

Pré-escolar do sexo masculino, de 4 anos de idade, compareceu a consulta de rotina de puericultura. Pais não relatavam queixas clínicas neste atendimento. Descrevem boa alimentação e bom desenvolvimento global. Peso e estatura amos nos percentis 50 (P50) para idade e gênero. Pediatra observou mucosas levemente descoradas (+/4+) ao exame clínico, e sem outros achados de importância no exame físico. O paciente retorna hoje (1 semana após) para avaliação de resultado de exame hematológico solicitado na consulta prévia. Traz o seguinte laudo de exame hematócrito: eritrócitos 5,55 milhões/mm³ (VN: 3,6 a 5m2); hemoglobina 10,40 g/dL (VN: 11 a 13,1 g/dL); hematócrito 32,10% (VN 35,0 - 43,0%) VCM 57,83 fL (VN: 74,0 a 103,0 fL); HCM 18,73 pg (VN: 23,0 a 31,0 pg); CHCM 32,39 g/dL (VN: 26,0 a 34,0 g/dL) RDW 23,6% (VN: 11,5 a 14,5%). Série vermelha: microcitose e hipocromia discretas; ausência de anisocitose. Com base nos dados clínicos e laboratoriais apresentados, qual a alternativa que corresponde a melhor conduta a ser adotada para o caso?

A. Solicitar exame de eletroforese de hemoglobina. ✓

- B. Melhorar o aporte de ferro com alimentos ricos em ferro.
- C. Prescrever ferro elementar (4mg/kg/dia) por 3 meses.
- D. Pesquisar perda de sangue oculto nas fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcítica e hipocromica DISCRETA com contagem de eritrocitos ELEVADA (5,55 milhões) e um padrão que não combina com ferropenia - na deficiência de ferro a série vermelha cai junto. O índice de Mentzer ($VCM/eritrocitos = 57,8/5,55 = 10,4$; abaixo de 13) aponta talassemia, e a criança é eutrofica, com boa alimentação e sem sinais de perda. A conduta de eletroforese de hemoglobina para confirmar traço talassemico. Reposição de ferro (B/C) exporia a sobrecarga marcial desnecessária; sangue oculto (D) não se justifica sem sintoma digestivo. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Lactente, 15 dias de vida, apresenta teste do pezinho ampliado com identificação de Imunodeficiência combinada grave (SCID). A criança se encontra assintomática. Os pais estão muito preocupados com o diagnóstico e questionam sobre os cuidados que precisam ter com o filho. Com relação à vacinação, qual sua orientação?

- A. Contraindicar as vacinas de vírus vivos atenuados sem restrições com relação às demais vacinas do calendário.
- B. As aplicações das vacinas apenas deverá ser adiada nas situações em que a criança apresentar alguma infecção ativa.
- C. Até que confirme o diagnóstico a criança pode receber as imunizações do calendário nacional sem restrições.

D. Contraindicar todas as vacinas vivas atenuadas e orientar que seja feita a aplicação das demais vacinas do calendário. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na imunodeficiência combinada grave, vacinas de agentes VIVOS atenuados (BCG, rotavírus, poliomielite oral, triplice viral, varicela, febre amarela) são formalmente contraindicadas: podem causar doença disseminada fatal. As demais vacinas (inativadas, toxoides, conjugadas) devem ser aplicadas - ainda que a resposta imune seja pobre, não há risco de doença vacinal e não se perde a oportunidade. Vacinar enquanto se aguarda a confirmação (C) é inaceitável diante de triagem neonatal positiva, e adiar apenas em vigência de infecção (B) ignora o problema central. Perla: os contactantes domiciliares também não devem receber vacinas vivas de risco, como a polio oral. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Um paciente com 13 anos é avaliado por apresentar problemas no crescimento. Nasceu a termo, peso adequado para a idade gestacional, DNPM adequado, não tem histórico de doenças prolongadas, cirurgias ou uso prolongado de medicações. É o único filho. Seu pai mede 167 cm; sua mãe mede 145 cm e teve menarca aos 12 anos. Atualmente o paciente mede 140 cm (ver curva abaixo, onde estaturas anteriores são apresentadas), seu IMC está no percentil 25, sua envergadura é 134 cm, seu segmento inferior (púbis-pé) mede 66 cm, sua estatura sentada é de 84 cm e a relação estatura total pela estatura sentada é de 0,6. Encontra-se impúbere (G1P1). Sua idade óssea é de 12 anos. De acordo com os dados clínicos apresentados, a causa mais provável da baixa estatura deste paciente é?

- A. Deficiência isolada de hormônio do crescimento.
- B. Hipopituitarismo.

C. Displasia esquelética. ✓

D. Variante da normalidade: baixa estatura constitucional.

COMENTÁRIO OSCELABS

A análise das proporções desmascara o caso: a envergadura (134 cm) e MENOR que a estatura (140 cm) e o segmento inferior e curto em relação ao tronco - baixa estatura DESPROPORCIONADA, com encurtamento de membros, típica das displasias esqueléticas (a mãe, com 145 cm, provavelmente é afetada). Baixa estatura constitucional (D) e proporcionada e costuma vir com atraso da idade óssea. Deficiência de GH (A) e hipopituitarismo (B) também geram baixa estatura PROPORCIONADA, com desaceleração da velocidade de crescimento e atraso importante da idade óssea. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Durante a realização de exames pré-operatórios para uma cirurgia eletiva em uma adolescente com 13 anos de idade é detectada uma glicemia em jejum de 138 mg/dL. Esta paciente não apresenta poliúria, polidipsia ou perda de peso recente. Tem uma irmã com 8 anos hígida. A mãe tem 40 anos, é obesa, porém não tem diabetes. O pai apresenta diabetes melito diagnosticado aos 34 anos e em tratamento com sulfonilreia no presente. Esta paciente teve menarca há 2 anos e apresenta ciclos regulares. Sua estatura está no percentil 75, seu peso no percentil 50 e não apresenta lesões cutâneas. A avaliação laboratorial subsequente evidenciou: HbA1c = 6,7%; glicemia = 142 mg/dL; exame de urina rotina (EAS) = ausência de glicosúria, proteinúria e cetonúria; anticorpo anti-GAD = indetectável; anticorpo anti-ICA 5112 = indetectável. A conduta inicial mais indicada para esta paciente é?

A. Iniciar dieta para diabéticos e realizar investigação genética. ✓

B. Iniciar dieta para diabéticos e tratamento com metformina.

C. Realizar teste de tolerância oral à glicose.

D. Iniciar dieta para diabéticos e tratamento com insulina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com hiperglicemia leve e assintomática, HbA1c 6,7%, SEM obesidade (peso no P50), SEM acantose nigricans e com autoanticorpos anti-GAD e anti-ICA INDETECTÁVEIS, somada a história de diabetes de início precoce no pai (34 anos), desenha um MODY - diabetes monogênico de herança autossômica dominante. A conduta e orientação dietética e investigação GENÉTICA, que define o subtipo e o tratamento (o MODY 2 costuma dispensar fármacos). Insulina (D) e do DM1 autoimune; metformina (B) e do DM2 com resistência insulínica; TOTG (C) e desnecessário com diagnóstico já feito. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Questão Lactente com 1 ano e 8 meses de vida está em consulta de rotina em UBS, após ter mudado de cidade. Mãe relata que possui a infecção pelo vírus HIV, tendo descoberto no dia do parto da criança. Recebeu as medicações durante o parto e a criança tomou as medicações de prevenção da infecção, além de ter seguido todas as orientações dadas, tendo recebido medicação para bloquear o aleitamento. Realizou o acompanhamento médico da criança, mas acabou perdendo a última consulta. Possuía o resultado dos exames realizados pela criança: Exame 1: - Quantificação da carga viral do HIV (idade: 1d): não detectável Exame 2: - Quantificação da carga viral do HIV (idade: 1m15d): não detectável Exame 3: - Quantificação da carga viral do HIV (idade: 3m15d): não detectável Você resolve solicitar um ELISA para HIV, último exame a ser feito pelo bebê exposto, tendo em vista que a criança já possui mais de 18 meses de vida e estava bem. O resultado deste exame é o seguinte: Elisa para Anti-HIV: Cut-off: 1,00 Título: 5,00 Resultado: REAGENTE Considerando as informações acima, qual a conduta adequada nesta situação?

A. Orientar a mãe que a criança está infectada e iniciar tratamento precocemente.

B. Solicitar Western Blot para confirmar a infecção da criança e planejar seguimento. ✓

- C. Verificar a imunidade da criança e encaminhar para seguimento especializado.
- D. Repetir a sorologia após 1 mês, considerando possível resultado falso positivo. Nosso curso

COMENTÁRIO OSCELABS

Acima de 18 meses o diagnóstico de HIV na criança exposta passa a ser SOROLOGICO, mas um teste de triagem reagente isolado nunca fecha diagnóstico: exige-se teste confirmatório (Western blot/imunoblot ou segundo teste de metodologia diferente) antes de qualquer conduta. Comunicar infecção e iniciar antirretroviral (A) com base num único ELISA e erro grave, ainda mais com três cargas virais indetectáveis, que tornam a infecção improvável. Encaminhar sem confirmar (C) ou apenas repetir a sorologia em um mês (D) posterga a definição. Resposta B.