



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Menino de 8 anos, previamente hígido, apresenta quadro de dor intensa nos joelhos e tornozelos, que o impede de caminhar. Refere que o quadro iniciou há 30 dias, com piora progressiva. A dor é pior no período noturno e o acorda algumas vezes durante a noite. Nega traumas ou infecções recentes, Perdeu 2 quilos no período. Ao exame físico: regular estado geral, fácies de dor, adenomegalia cervical e inguinal com gânglios de até 2 cm, bilaterais, não coalescentes, de consistência fibroelástica. Dor intensa e limitação à movimentação de joelhos e tornozelos, sem edema ou outras alterações. Exames complementares iniciais: Hb; 10 g/dL, GB: 3.200/mm³ (20% neutrófilos, 80% linfócitos), plaquetas: 240.000/mm³, VHS 50 mm/1 hora, proteína C reativa 7 mg/dl (VR: abaixo de 0,5 mg/dl). Com relação à principal hipótese diagnóstica, qual o exame a ser solicitado nesse momento?

- A. Ecocardiograma.
- B. Anticorpo antinuclear.
- C. Análise de líquido sinovial.

D. Mielograma. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor ossea noturna que acorda a criança, perda de peso, adenomegalia generalizada e, sobretudo, bicitopenia com neutropenia (Hb 10, GB 3.200 com apenas 20% de neutrófilos) e provas inflamatórias altas: o padrão e infiltração medular por leucemia linfóide aguda, não artrite. A dor osteoarticular pode ser a única queixa inicial da LLA. O mielograma confirma. Ecocardiograma (A) serve a febre reumática/Kawasaki, FAN (B) a colagenose e líquido sinovial (C) a artrite séptica - nenhuma explica a citopenia. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Criança de 5 anos, queixa-se de vômitos 3 vezes ao dia há 3 dias, acompanhados de diarreia aquosa de médio volume, 5 vezes ao dia. Hoje a mãe notou que a criança está apática, com dor abdominal e diminuição das evacuações. Não está se alimentando adequadamente. Exame físico: regular estado geral, descorado +/-, febril, hidratado. Aparelho respiratório: sem alterações. Aparelho cardiovascular: 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros, FC: 130 bpm, PA: 90 x 50 mmHg, pulsos cheios, tempo de enchimento capilar > 2 segundos. Abdome: distensão abdominal, com dor à palpação difusa e ruídos hidroaéreos diminuídos. Exames laboratoriais: Na: 135 mEq/L, K: 2,9 mEq/L, Ca iônico: 1/2 mg/dl. Escala de alvarado modificada: 3. Qual a hipótese diagnóstica?

- A. Constipação intestinal.

B. Íleo paralítico. ✓

- C. Apendicite aguda.
- D. Adenite mesentérica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gastroenterite com perdas mantidas evoluindo para distensão abdominal, dor difusa e ruídos hidroaéreos DIMINUIDOS, com K de 2,9 mEq/L: hipocalcemia e a causa clássica de íleo paralítico na criança. Apendicite (C) é improvável com Alvarado 3 e sem sinais localizatórios; constipação (A) não cursa com diarreia e hipocalcemia; adenite mesentérica (D) da dor sem parada de peristalse. Perola: sempre dose potássio antes de indicar imagem no abdome distendido pos-diarreia. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Criança de 8 anos, sexo feminino, vem a consulta devido a arroxamento dos lábios e unhas, além de cansaço durante esforços físicos. Esses episódios começaram há cerca de 1 anos e estão se tornando mais frequentes. Nega internações prévias e quadros de chiados no peito. Familiar refere que no primeiro ano de vida, época em que fez puericultura, foi observado sopro sistólico e desconforto respiratório, porém médico disse que paciente devia ter "algum buraquinho no coração que fecharia sozinho". Refere também que sentia uma vibração torácica em região de rebordo esternal esquerdo baixo, mas que desapareceu ao longo dos anos. Qual hipótese diagnóstica deve ser investigada?

- A. Transposição de grandes artérias.
- B. Comunicação interatrial.
- C. Tetralogia de Fallot.

D. Síndrome de Eisenmenger. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro sistólico com fremitos em borda esternal esquerda baixa no lactente (CIV com grande shunt) que DESAPARECE ao longo dos anos, seguido de cianose e cansaço progressivos: é a história natural do shunt esquerda-direita não corrigido que evolui para doença vascular pulmonar e inversão do shunt - síndrome de Eisenmenger. O sumiço do sopro/fremitos marca a equalização de pressões entre os ventrículos. TGA (A) e cianose neonatal; CIA (B) raramente dá fremitos; Fallot (C) cursa com cianose desde cedo. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Criança de 7 anos de idade, diagnosticada com asma aos 6 anos, com base na história clínica e espirometria. Nega uso de medicações de uso contínuo. Nos últimos 6 meses, vem apresentando tosse e dispnéia diariamente e despertar noturno, devido à tosse, 3 vezes por semana. Como deve ser o tratamento inicial?

- A. Corticoide inalado associado a teofilina.
- B. Corticoide inalado associado a montelucaste

C. Corticoide inalado associado a beta 2 de ação prolongada. ✓

- D. Corticoide inalado associado a imunobiológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Asma com sintomas diários e despertares noturnos 3x/semana em criança SEM medicação de controle: asma não controlada, entrada direta em etapa 3 do tratamento. Em escolar, o passo é corticoide inalatório associado a beta-2 de ação prolongada (ou dobrar a dose do corticoide). Montelucaste (B) é alternativa de menor eficácia; teofilina (A) está praticamente abandonada pela toxicidade; imunobiológico (D) só na asma grave refratária a terapia otimizada. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Menina de 10 anos apresenta dor e edema em tornozelos e lesões cutâneas, principalmente em membros inferiores e nádegas, há 5 dias (foto), sem nenhuma outra queixa. O restante do exame físico está sem alteração. Há 20 dias, apresentou quadro de infecção respiratória. Exames complementares: Hb: 14 g/dL, GB: 7.200/mm³ (40% neutrófilos, 60% linfócitos), plaquetas: 480.000/mm³, VHS 40 mm/1 hora, proteína C reativa 3 mg/dL (VR: abaixo de 0,5 mg/dL), urina rotineira sem alterações. Ultrassonografia de abdome normal. Além de observar a evolução do quadro, qual a conduta terapêutica nesse momento?

A. Analgésico. ✓

- B. Corticoide.
- C. Dapsona.

D. Tacrolimus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Purpura palpável em membros inferiores e nádegas, artrite de tornozelos, história de IVAS prévia, plaquetas NORMAIS/altas e urina sem alterações: purpura de Henoch-Schönlein (vasculite por IgA) sem acometimento renal ou abdominal. O tratamento é sintomático - analgesia e observação. Corticoide (B) fica reservado à dor abdominal intensa, orquite ou nefrite; dapsona (C) e tacrolimus (D) são terapias de exceção em casos crônicos/refratários. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Um pré-escolar de 5 anos e 20 kg, foi internado para o tratamento de pneumonia bacteriana adquirida na comunidade. Devido à inapetência e para prevenção de broncoaspiração, foi indicada alimentação por sonda nasogástrica. Após a passagem da sonda pela enfermagem, foi realizada a seguinte radiografia. Qual a conduta imediata mais apropriada?

- A. Introduzir mais a sonda.
- B. Injetar ar sob ausculta.
- C. Liberar a sonda para uso.

D. Retirar a sonda ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Radiografia de controle após passagem de sonda nasogástrica que mostra trajeto inadequado exige conduta única: retirar a sonda e repassá-la. Progredir (A) ou liberar para uso (C) com sonda mal posicionada arrisca infusão de dieta em árvore respiratória - complicação grave e evitável. Injetar ar sob ausculta (B) e método ultrapassado e pouco confiável; o padrão de confirmação é radiológico. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Você examina um recém-nascido, primeiro filho de um casal jovem, saudável e sem consanguinidade. Foi uma gestação muito aguardada e todo o acompanhamento pré-natal foi completo e sem intercorrências. Entretanto, aos 6 meses de gestação realizaram também um exame de sexagem fetal, cujo o resultado (46,XY) foi discrepante dos achados da ultrassonografia fetal. Durante o exame físico, você não encontra nenhuma outra anormalidade aparente e o exame da região genital é mostrado na figura abaixo. O exame ultrassonográfico não encontrou útero e demais derivados Müllerianos. Considerando que o resultado do exame citogenético seja de fato confirmado, qual é o provável diagnóstico desta criança?

- A. Síndrome de resistência androgênica. ✓**
- B. Hiperplasia adrenal congênita por deficiência de 21 hidroxilase.
- C. Síndrome de Rokitansky (Mayer Rokitansky Kuster Hauser).
- D. Disgenesia gonadal mista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cariótipo 46,XY com genitalia externa de aspecto feminino/ambíguo e AUSÊNCIA de útero e demais derivados müllerianos: as gônadas são testículos funcionantes (produziram hormônio antimülleriano), mas o tecido-alvo não responde à testosterona - síndrome de resistência (insensibilidade) androgênica. Hiperplasia adrenal (B) virilizaria um 46,XX, com útero presente; Rokitansky (C) ocorre em 46,XX; disgenesia gonadal mista (D) costuma ter mosaicismos 45,X/46,XY e estruturas müllerianas. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Menino de 3 anos é trazido à consulta pediátrica com história de hematoma em perna direita desproporcional após trauma na região. Mãe refere equimoses e epistaxes ocasionais. Nega outras queixas e história familiar de sangramento. Ao exame: Hematoma de 6 x 6 cm em região de panturrilha direita. Equimose em axila esquerda de 2 x 3 cm e em região dorsal de 3 x 4 cm. Ausência de petéquias. Restante do exame físico sem alterações. Exames complementares: Hb: 12,5 g/dL, GB: 7.600/ul (48% neutrófilos, 52% linfócitos), plaquetas: 245.000/uL. TTPA ratio: 1,1 (VR < 1,3); TP INR: 2,4 (VR < 1,2); TT ratio: 1,1 (VR < 1,2). Com base na história e exames acima, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Deficiência do fator V ou X.
- B. Deficiência do fator VIII, IX ou XI.
- C. Doença de von Willebrand
- D. Deficiência do fator VII. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave é a dissociação do coagulograma: TP muito alargado (INR 2,4) com TTPA e tempo de trombina NORMAIS. Isso isola a via extrínseca, cujo fator exclusivo é o VII. Deficiência de V ou X (A) alteraria ambos (via comum); fatores VIII, IX ou XI (B) alargam o TTPA; doença de von Willebrand (C) cursa com sangramento mucocutâneo e TTPA variável, mas não alarga o TP isoladamente. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Pré-escolar de 4 anos com história de trauma contuso em membro inferior esquerdo há 5 dias, evoluiu com febre, associada a edema, hiperemia, dor e calor no membro há 2 dias. Há 12 horas, encontra-se apático e alternando irritabilidade com sonolência. Chega à sala de emergência com frequência cardíaca 160 bpm, frequência respiratória 30 ipm, pressão arterial 70/20 mmHg, saturação de oxigênio 95%, tempo de enchimento capilar menor que 1 segundo, com extremidades quentes e avermelhadas e pulsos bem amplos. Os exames laboratoriais mostram: pH 7,30, PO₂ 100 mmHg, PCO₂ 30 mmHg, bicarbonato 15 mEq/L, base excess 10, sódio 140 mEq/L, potássio 4,0 mEq/L, cloro 103 mEq/L. Qual é o diagnóstico do distúrbio acidobásico?

- A. Acidose metabólica de ânion gap aumentado e alcalose respiratória.
- B. Acidose metabólica de ânion gap normal.
- C. Acidose metabólica de ânion gap normal e alcalose respiratória.
- D. Acidose metabólica de ânion gap aumentado. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Anion gap = 140 - (103 + 15) = 22, ou seja, ACIDOSE METABOLICA COM AG AUMENTADO (lactato do choque séptico). E a compensação? Winter: pCO₂ esperada = 1,5 x 15 + 8 = 30,5 mmHg, exatamente a encontrada (30) - logo, a hipocapnia é compensatória, e não alcalose respiratória primária (A e C). AG normal (B) está aritmeticamente excluído. Perola: só chame de distúrbio misto quando a compensação foge do previsto. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Durante uma consulta de rotina de puericultura, a mãe de uma criança de 8 meses relata que está preocupada porque o seu filho ainda não consegue sentar sem apoio. A criança nasceu a termo e não há outras queixas; teste do pezinho: sem alterações. Você observa, durante a consulta, que a criança necessita de auxílio para passar da posição supina para a sentada, mas uma vez nessa posição permanece estável, sem cair. Restante do exame físico sem alterações. Qual a melhor conduta?

- A. Manter retorno regular de puericultura. ✓**

- B. Solicitar dosagem sérica de TSH e T4 livre.
- C. Solicitar eletroneuromiografia e dosagem sérica de CPK.
- D. Solicitar tomografia computadorizada de crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sentar sem apoio e marco esperado até 9 meses; aos 8 meses, a criança que se mantém estável sentada (mesmo precisando de ajuda para assumir a postura) está dentro da normalidade. Sem outros atrasos, triagem neonatal normal e exame físico normal, a conduta é reforçar estímulo e manter puericultura regular. Investigar tireoide (B), CPK/ENMG (C) ou TC de crânio (D) sem sinal de alarme só gera dano e ansiedade. Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Criança de 2 anos, com anemia falciforme, é levada pelos pais ao pronto socorro com queixa de dor abdominal importante e em membros. Mãe refere que criança iniciou com tosse, coriza e febre há 2 dias e refere que hemoglobina basal da criança geralmente fica em torno de 8 g/dL. Ao exame: prostrada, palidez importante, febril, icterícia. Frequência cardíaca 180 bpm, frequência respiratória 30 ipm, saturação de oxigênio 96%, PA 80 x 50 mmHg. Fígado a 2 cm do rebordo costal direito a baixo a 8 cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: Hb 2,9 g/dL; Ht 11% VCM 78; HCM 21,8; plaquetas 68 mil/ul; GB 14 mil/ul (3% bastonetes); contagem de reticulócitos: 17,43% (VR: 0,5 - 2,1%); bilirrubinas: total 2 mg/dL; direta 0,4 mg/dL; LDH: 1827 U/L (VR: 85 - 227 U/L). Diante deste cenário, qual é a hipótese diagnóstica?

- A. Anemia aplástica.
- B. Crise vaso oclusiva.
- C. Sequestro esplênico. ✓**
- D. Síndrome torácica aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda abrupta da hemoglobina basal (8 para 2,9 g/dL) com BACO aumentando para 8 cm do rebordo, reticulocitose alta (17%) e choque: e sequestro esplênico agudo, emergência do falcêmico pequeno. Reticulócitos ELEVADOS afastam crise aplástica (A), em que a medula para e os reticulócitos caem. Crise vaso-oclusiva (B) não derruba a Hb desse jeito nem causa esplenomegalia aguda; síndrome torácica (D) exige infiltrado novo e sintomas respiratórios. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Pré escolar com 4 anos é trazido ao pronto socorro com relato de ter ingerido objeto enquanto brincava no quintal de sua casa. Mãe refere que no momento da ingestão criança relatou dor na boca, chorou muito e apresentou cianose em lábios que se resolveu espontaneamente. No momento apresenta sialorreia discreta, sem qualquer outra manifestação. Você indica realização de radiografia a seguir.

- A. Observação clínica e radiografia controle em 24 horas.
- B. Remoção endoscópica de urgência. ✓**
- C. Induzir vômito para eliminação do corpo estranho
- D. Remoção de urgência por broncoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ingestão de corpo estranho com dor imediata, cianose transitória e sialorreia persistente aponta objeto impactado no esôfago - e o quadro típico da pilha/bateria de disco, que provoca queimadura por corrente elétrica em poucas horas. A conduta e endoscopia de urgência para remoção. Observar por 24 h (A) permite perfuração; induzir vômito (C) e proscrito; broncoscopia (D) só serviria a corpo estranho em via aérea, que cursaria com estridor/sibilos. Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Paciente de 4 anos, levado ao pronto atendimento com história de coriza há 5 dias, evoluiu com tosse produtiva e febre há 2 dias, hiporexia leve. Mãe nega doentes em casa, criança frequenta escolinha, apresente vacinação em dia. Peso 16,8 kg, previamente hígido. Ao exame: estado geral bom, corado, hidratado, acianótico, anictérico; frequência respiratória 36 ipm, sem retrações. com boa expansibilidade torácica. Ausculta pulmonar: murmúrios presentes bilateralmente, presença de estertores crepitantes localizados em terço médio à direita. Qual a conduta mais adequada para o caso?

- A. Iniciar amoxicilina oral e retorno em 48 horas. ✓**
- B. Iniciar ceftriaxone endovenoso e internar.
- C. Prescrever penicilina benzatina e retorno em 48 horas.
- D. Prescrever azitromicina e liberar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia adquirida na comunidade em pré-escolar previamente hígido, sem taquipneia significativa para a idade, sem tiragem, sem hipoxemia e em bom estado geral: e PAC não grave, de tratamento ambulatorial com amoxicilina oral e reavaliação em 48 h. Ceftriaxone e internação (B) são para o caso grave; penicilina benzatina (C) não trata pneumonia; azitromicina (D) cobriria atípicos, menos prováveis nessa faixa com consolidação localizada. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Criança de 15 meses é filha de mãe com infecção pelo HIV que realizou tratamento pré-natal irregular. A criança apresentou exames de carga viral do HIV indetectáveis ao nascimento, com 15 dias, com 6 semanas e com 12 semanas de vida. Comparece com a mãe na sala de vacina regularmente e hoje se apresenta para receber a imunização de rotina de 15 meses. Legenda: SCR: sarampo, caxumba e rubéola. VOP: vacina oral contra poliomielite. DPT: difteria, tétano e coqueluche. VIP: vacina inativada contra poliomielite. Entre as vacinas que poderão ser administradas estão:

- A. DPT, VIP, febre amarela, SCR.
- B. DPT, VOP, varicela, hepatite A.
- C. SCR, DPT, VOP, hepatite A.
- D. SCR, varicela, DPT, VIP. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança exposta ao HIV com cargas virais indetectáveis seriadas e considerada NÃO infectada, portanto recebe o calendário habitual, inclusive vacinas de vírus vivo atenuado. Aos 15 meses: tríplice viral, varicela, DTP (1º reforço) e VIP. A poliomielite oral (B e C) não entra em contato/exposto ao HIV pelo risco de poliovírus vacinal em conviventes imunossuprimidos - usa-se a inativada. Febre amarela (A) e dos 9 meses, já realizada. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Menino com 8 anos e história de feridas na perna há 15 dias. Há 5 dias evoluiu com edema palpebral e urina escurecida. Exame físico: edema palpebral e de membros inferiores, frequência respiratória 20 ipm, murmúrio vesicular presente, simétrico, com alguns estertores nas bases, estase jugular discreta; frequência cardíaca 80 bpm, PA 120 x 80 mmHg, fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal direito. Exames laboratoriais: urina tipo 1: proteína ++/4+, leucócitos 60 a 80 por campo; hemácias incontáveis; ureia 71 mg/dL; creatinina 0,7 mg/dL. Qual o tratamento medicamentoso inicial mais indicado para o caso?

- A. Prednisona.
- B. Enalapril.
- C. Amoxicilina + clavulanato.

D. Furosemida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Piodermite há 15 dias evoluindo com edema, hematuria macroscópica, hipertensão (120x80 em escolar), estase jugular e estertores: glomerulonefrite pos-estreptococcica com CONGESTÃO VOLEMICA. O tratamento inicial é restrição hídrica e diurético de alça. Prednisona (A) não tem papel na GNPE; enalapril (B) não ataca a hipervolemia e arrisca a função renal na fase aguda; antibiótico (C) erradica o estreptococo, mas não muda a evolução da nefrite já instalada. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Paciente com 6 meses, apresenta história de icterícia, colúria e acolia desde um mês de idade. Apresenta bom desenvolvimento pondero estatural, sendo alimentada por aleitamento materno e papas. Exame físico: icterício ++/4, fígado a 3 cm do rebordo costal direito, firme; baço a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais: bilirrubinas totais = 7,3 mg/dL; bilirrubina direta = 5,1 mg/dL; TGO = 245 U/L (Valor de referência [VR] <31); TGP = 295 U/L (VR < 31); GamaGT = 400 U/L (VR < 50); INR = 1,5 (VR < 1,3); albumina = 3,0 g/dL (VR: 3,5-5). Ultrassom abdominal: fígado com bordas rombas, contornos lobulados, aumento difuso da ecogenicidade; presença de massa fibrosa de forma triangular situada na porção cranial da bifurcação da meia porta; esplenomegalia. Biópsia hepática percutânea: fibrose moderada, com septos e nódulos; proliferação de ductos biliares e frequentes lagos biliares. Com base no seu principal diagnóstico etiológico, qual a melhor opção para esta criança?

- A. Colangiografia intraoperatória.
- B. Colangiografia endoscópica retrógrada.

C. Transplante hepático. ✓

- D. Cirurgia de Kasai.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colestase desde o 1º mês com acolia, GGT alta, sinal do cordão triangular na ultrassonografia e biópsia com proliferação ductal e lagos biliares: atresia de vias biliares. Aos 6 meses, porém, já há cirrose estabelecida com disfunção hepatocelular (INR 1,5, albumina 3,0) e hipertensão portal. A portoenterostomia de Kasai (D) só tem bom resultado até cerca de 60-90 dias de vida; passado esse ponto, com cirrose descompensada, a indicação é transplante hepático. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito C

Uma criança de quatro anos com deficiência intelectual e diagnóstico de síndrome de Down é avaliada por atraso de fala. Apresenta déficit de comunicação, socialização, estereotípias motoras e hipersensibilidade aos estímulos auditivos e táteis. Qual a provável comorbidade dessa criança?

- A. Transtorno do movimento estereotipado.

B. Apraxia de fala na infância.

C. Transtorno do espectro autista. ✓

D. Déficit de atenção e hiperatividade

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficit de comunicacao e socializacao, estereotipias motoras e hiper-reatividade sensorial (auditiva e tatil) sao os dominios nucleares do transtorno do espectro autista, comorbidade frequente na síndrome de Down. Transtorno do movimento estereotipado (A) nao explica o prejuizo social; apraxia de fala (B) e puramente motora da fala; TDAH (D) traz desatencao e hiperatividade, nao alteracao sensorial nem prejuizo de reciprocidade social. Resposta C.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Recém-nascido atendido em sala de parto de uma maternidade. Nasceu de parto normal com 40 semanas de idade gestacional, após uma gestação sem intercorrências; bolsa rota há 2 horas, com líquido amniótico meconiado. Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido apresentava choro forte, tônus muscular em flexão e cianose generalizada. Foi secado rapidamente, colocado em contato pele a pele com a mãe e o coberto com tecido seco e aquecido. Qual é a conduta imediata mais adequada na assistência a este recém-nascido?

A. Oferecer oxigênio inalatório suplementar.

B. Avaliar a frequência cardíaca, o tônus e a respiração. ✓

C. Levar ao berço de reanimação, sob fonte de calor radiante.

D. Posicionar o pescoço em hiperextensão

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido a termo com liquido meconial que nasce com CHORO FORTE e TONUS EM FLEXAO nao precisa de nada alem dos cuidados de rotina - o contato pele a pele ja foi feito corretamente. O passo seguinte e a avaliacao continuada de respiracao, frequencia cardiaca e tonus junto a mae. Berco de reanimacao (C) so se houver resposta inadequada; oxigenio (A) nao se oferece pela cianose generalizada dos primeiros minutos; hiperextensao do pescoço (D) e erro tecnico - a posicao correta e leve extensao. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Recém-nascido de parto normal, a termo, após uma gestação sem intercorrências. Mãe de 25 anos, G2, saudável, com acompanhamento pré-natal adequado. As sorologias maternas foram negativas com 10 semanas de gestação e no momento do parto (HIV, VDRL, toxoplasmose IgG/IgM, hepatites B e C). Ao nascimento, foi observado que o recém-nascido apresentava peso no percentil 4 para a idade gestacional, petéquias em face e tronco, hepatoesplenomegalia e microcefalia. Exames realizados: Hemograma com Hb/Ht normais, série branca normal, plaquetas 87.000/uL; TGO 92 U/L (VR até 32 U/L); TGP normal; fundoscopia ocular: sem alterações; ultrassom transfontanelar: presença de calcificações periventriculares; triagem auditiva: ausência de respostas bilateralmente; análise de líquido cefalorraquidiano normal Qual é o tratamento indicado para a causa mais provável deste quadro?

A. Aciclovir.

B. Penicilina cristalina.

C. Ganciclovir. ✓

D. Sulfadiazina e pirimetamina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido pequeno para a idade gestacional com petequias, plaquetopenia, hepatoesplenomegalia, microcefalia, calcificações PERIVENTRICULARES e falha na triagem auditiva, com sorologias maternas negativas: citomegalovirose congênita. O tratamento é ganciclovir endovenoso (seguido de valganciclovir), que melhora defeito auditivo e neurológico. Toxoplasmose (D) da calcificações difusas e coriorretinite; sífilis (B) e HIV foram afastados pela sorologia; herpes (A) cursa com vesículas e encefalite. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Um pré-escolar de 4 anos e 12 kg foi submetido a cirurgia abdominal de baixa complexidade com anestesia geral, sem intercorrências. Ao final do procedimento, recebeu uma dose adicional endovenosa de fentanil e cetoprofeno para analgesia. Veio direto para enfermaria pediátrica, 1 hora após o final da cirurgia. Após 30 minutos, você é chamado para avaliar a criança, pois a mãe diz que ela não acorda. Ao exame físico: corada, hidratada, acianótica, anictérica e afebril. Frequência cardíaca 110 bpm, frequência respiratória 10 irpm, pressão arterial 95 x 55 mmHg, saturação periférica de oxigênio 90% em ar ambiente. Ausculta respiratória mostra murmúrio vesicular simétrico, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca revela ritmo regular, duas bulhas normofonéticas, sem sopros, pulsos centrais e periféricos fortes, tempo de enchimento capilar 2 segundos. Abdome sem anormalidades. Pupilas mióticas e isocóricas. Com base no quadro clínico acima, qual o tratamento farmacológico imediato mais adequado para esta situação clínica?

- A. Haloperidol.
- B. Flumazenil.
- C. Glicose.
- D. Naloxona. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pos-operatório recente com fentanil: rebaixamento de consciência, bradipneia (10 irpm), dessaturação e PUPILAS MIÓTICAS fecham o diagnóstico de depressão respiratória por opioide. O antídoto é a naloxona. Flumazenil (B) reverte benzodiazepínico, que não foi usado e cursaria com pupilas normais; glicose (C) exigiria hipoglicemia documentada; haloperidol (A) pioraria a depressão do sensorio. Perola: miose + bradipneia = opioide até prova em contrário. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Primigesta, 21 anos, 26 semanas de gestação, procura o pronto atendimento referindo lesões genitais muito dolorosas. Informa que as lesões apareceram há três dias, mas não observou vesículas previamente ao aparecimento de lesões. Nega episódios semelhante no passado. Nega queixas em relação à gravidez. Ao exame observa-se a imagem a seguir: Além do alívio da dor e orientações de higiene, qual tratamento deve ser prescrito para esta gestante? Inspeção vulvar: lesões genitais

- A. Aciclovir 400 mg 8/8 horas via oral. ✓**
- B. Ceftriaxone 500 mg IM dose única.
- C. Azitromicina 1 grama via oral dose única.
- D. Penicilina benzatina 2400.000 UI por duas semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões genitais MUITO dolorosas de aparecimento agudo, em gestante sem episódios prévios, configuram herpes genital em primoinfecção (a paciente pode não ter notado as vesículas, que se rompem rápido e viram úlceras). O tratamento é aciclovir 400 mg 8/8 h por 7-10 dias, seguro na gestação. Ceftriaxone (B) trata cancro mole/gonococo, azitromicina (C) trata clamídia/linfogranuloma e penicilina (D) trata sífilis - cujo cancro duro é classicamente INDOLOR. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Secundigesta com 1 parto cesárea anterior, 24 anos, 31 semanas de gestação, é trazida ao centro obstétrico pela família devido quadro de crise convulsiva há 30 minutos. Ao exame: regular estado geral, pressão arterial: 160 x 120 mmHg, frequência respiratória: 24 irpm. Abdome: altura uterina: 32 cm, atividade uterina ausente, ausculta fetal de 150 bpm, sem desacelerações. Toque vaginal: colo posterior, longo, amolecido, impérvio. Equipe inicia administração de sulfato de magnésio e decide pela interrupção da gestação por cesárea. Considerando a maior segurança materna, qual(is) exame(s) é(são) mandatório(s) para orientar o procedimento anestésico cirúrgico?

- A. Ureia e creatina.
- B. Fibrinogênio.
- C. Hemograma. ✓**
- D. TP e TTPA.

COMENTÁRIO OSCELABS

Eclampsia com indicação de cesárea: o exame que decide a técnica anestésica e a contagem de PLAQUETAS, obtida no hemograma - plaquetopenia (síndrome HELLP) contraindica bloqueio neuroaxial pelo risco de hematoma peridural. Ureia/creatinina (A) avaliam lesão de órgão-alvo, mas não mudam a anestesia. Fibrinogênio (B) e TP/TTPA (D) só se alteram tardiamente, na vigência de coagulopatia de consumo, e não substituem a plaquetometria como triagem. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Primigesta, 34 anos, com 16 semanas de gestação, comparece ao ambulatório de gestação de alto risco para iniciar seguimento de pré-natal. Sem queixas clínicas e obstétricas. Antecedentes pessoais: cardiopatia reumática com válvula metálica, classe funcional I, em uso de warfarin 5 mg uma vez ao dia. O resultado do RNI (Razão Normalizada Internacional) colhido há 1 semana apresenta valor de 1,8 vezes o controle. Qual é a melhor conduta com relação à anticoagulação dessa paciente?

- A. Aumentar a dose de warfarin para 7,5 mg uma vez ao dia.
- B. Suspender warfarin e iniciar dose terapêutica de enoxaparina. ✓**
- C. Manter a dose de warfarin 5 mg uma vez ao dia.
- D. Suspender warfarin e iniciar AAS 100 mg uma vez ao dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com prótese valvar METÁLICA e RNI infraterapêutico (1,8; alvo 2,5-3,5) está sob risco real de trombose de prótese. Como está no período de organogênese/2º trimestre e com anticoagulação inadequada, a conduta segura é suspender a varfarina e passar para heparina de baixo peso molecular em dose TERAPEUTICA, com ajuste por anti-Xa. Subir a varfarina (A) acima de 5 mg eleva o risco de embriopatia; manter dose (C) perpetua o RNI baixo; AAS (D) não anticoagula prótese metálica. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Secundígesta com 1 parto normal anterior a termo, 26 anos, 15 semanas de gestação, com comorbidades prévias. Comparece à consulta para iniciar pré-natal, sem queixas clínicas ou obstétricas. Exame física: bom estado geral, PA: 105 x 72 mmHg Peso: 92 kg estatura: 160 cm. Altura uterina: 18 cm ausculta de batimentos cardíacos fetais 142 bpm. Além da suplementação de ferro, qual a conduta mais adequado para essa paciente?

- A. Iniciar ácido acetilsalicílico e enoxaparina.
- B. Iniciar ácido acetilsalicílico e cálcio. ✓**
- C. Iniciar ácido acetilsalicílico.
- D. Não indicar profilaxia medicamentosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC de 36 kg/m² (92 kg para 1,60 m) e fator de risco para pre-eclampsia. A profilaxia recomendada antes de 16 semanas e a dupla ácido acetilsalicílico em dose baixa + suplementação de cálcio (esta última especialmente útil em populações com baixa ingestão, como a brasileira). AAS isolado (C) deixa de lado o cálcio; enoxaparina (A) só entra em trombofilia/SAAF; não fazer nada (D) desperdiça a janela de prevenção. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Primígesta, 20 anos, durante o acompanhamento de pré-natal de risco habitual, elabora e registra institucionalmente o seu plano de parto, pelo qual manifestada expressa vontade, dentre outros aspectos, de ser acompanhada durante seu trabalho de parto e parto tanto por sua esposa, como também por uma doula voluntária capacitada e certificada de sua escolha. A equipe assistencial acolhe o plano de parto e promove esclarecimentos e orientações sobre viabilidade de cada tópico abordado. Em relação ao caso, qual a orientação mais adequada?

- A. Permitir a permanência de uma acompanhante com preferência para esposa.
- B. Permitir a permanência simultânea da esposa e da doula. ✓**
- C. Permitir a permanência de uma acompanhante com alternância entre a esposa e a doula.
- D. Permitir a permanência de uma acompanhante com preferência para a doula.

COMENTÁRIO OSCELABS

São direitos distintos e cumulativos: a Lei 11.108/2005 garante UM acompanhante de livre escolha da parturiente, e a legislação/normativas sobre doulas asseguram a presença da doula ALÉM do acompanhante. Logo, esposa e doula podem permanecer simultaneamente. Escolher entre uma e outra (A, C, D) desrespeita o plano de parto e reduz um direito legalmente assegurado. Perceba: doula não ocupa a vaga do acompanhante. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Secundígesta, 29 anos, com 40 semanas de gestação, comparece a maternidade devido a redução da movimentação fetal nas últimas horas. Sem outras queixas. Nega doenças e não houve intercorrências em seu pré-natal. Exame físico geral normal. Ausência de atividade uterina, altura uterina=35 cm e frequência cardíaca fetal normal, com percepção de movimento fetal ao exame. Uma cardiografia foi realizada (figura). Qual alternativa apresenta a melhor conduta? Figura: Cardiografia realizada devido idade gestacional e queixa materna (mf=movimentos fetais)

- A. Realizar parto cesárea imediatamente.
- B. Conduta expectante com alta hospitalar.
- C. Internar para indução do trabalho de parto.

D. Realizar perfil biofísico fetal. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 40 semanas com queixa de redução de movimentos fetais e cardiotocografia que não preenche critérios de reatividade: o passo seguinte é complementar a propedêutica com perfil biofísico fetal (ou estímulo vibroacústico/Doppler), e não decidir a via de parto sobre um exame de triagem. Cesárea imediata (A) é desproporcional sem confirmação de sofrimento; alta (B) é insegura com queixa ativa; indução (C) é opção depois de definida a vitalidade. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Primigesta, 32 anos, 41 semanas de gestação de risco habitual. Interna na fase ativa da dilatação para assistência ao parto. Na admissão apresentava sinais vitais e exame físico geral normal, altura uterina=38 cm, vitalidade fetal normal. A evolução gráfica de seu trabalho de parto está representada abaixo (Figura). Qual é a conduta para após a avaliação das 20h?

A. Aguardar mais uma hora de período expulsivo. ✓

- B. Realizar parto instrumentalizado.
- C. Realizar amniotomia artificial.
- D. Estimular a paciente a realizar puxos dirigidos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta em período expulsivo com vitalidade fetal preservada e progressão documentada no partograma: não há distócia. O expulsivo em nulípara pode se estender até 3 horas (mais se houver analgesia peridural), desde que haja descida progressiva e boas condições fetais - logo, aguardar mais uma hora. Parto instrumentalizado (B) exige indicação materna ou fetal; amniotomia (C) não cabe no expulsivo; puxos dirigidos (D) aumentam exaustão e trauma perineal sem benefício. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Secundigesta (G2P1N), 33 semanas de gestação, está internada com diagnóstico de corioamniorrexe prematura em conduta expectante há uma semana. Na ocasião do diagnóstico recebeu betametasona e 48 horas de penicilina cristalina. Na avaliação realizada hoje, se queixou de dor abdominal. Exame físico: BEG, temperatura de 38,0°C, demais sinais vitais e exame físico geral normais. Atividade uterina ausente, feto apresentação cefálica. Vitalidade geral preservada. Toque: colo posterior, médio, 1 polpa, feto cefálico. Exames laboratoriais: Hemograma: glóbulos brancos = 13.500/mm³, 17% de bastões, plaquetas 180.000/mm³. Swab vaginal/endoanal para *Estreptococo* do grupo B positivo. Quais as melhores condutas nesse momento?

A. Clindamicina, betametasona por 24 horas e resolução da gestação por cesárea.

B. Clindamicina, penicilina cristalina e indução do trabalho de parto. ✓

- C. Amoxicilina, azitromicina, penicilina cristalina e indução do trabalho de parto na 34ª semana.
- D. Clindamicina, gentamicina e resolução da gestação por cesárea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas em conduta expectante que evolui com febre (38°C), dor abdominal e leucocitose com desvio: é corioamnionite - a expectação acaba, independentemente da idade gestacional. Inicia-se antibioticoterapia (incluindo cobertura para GBS, já identificado no swab) e RESOLVE-SE a gestação; a via preferencial é vaginal, pois corioamnionite não é indicação de cesárea. Adiar para 34 semanas (C) ou corticoide adicional (A) mantém o feto em ambiente infectado. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Gestação, 25 anos, G2P1, idade gestacional de 39 semanas + dias, porta dora do vírus da imunodeficiência humana e uso regular de tenofovir+lamivudina+dolutegravir. A carga viral com 35 semanas e 3 dias era: 165 cópias/mL e T CD4: 648 cél/mL. Demais exames sem alterações. Feto cefálico com vitalidade preservada. Qual alternativa contempla a condução mais adequada este caso, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil?

- A. Cesárea sem zidovudina endovenosa.
- B. Parto vaginal e zidovudina endovenosa. ✓**
- C. Parto vaginal sem e zidovudina endovenosa.
- D. Cesárea e zidovudina endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante em terapia antirretroviral com carga viral de 165 cópias/mL próxima ao termo: com CV abaixo de 1.000 cópias, a via de parto é definida por indicação OBSTÉTRICA - pode ser vaginal. Como a carga não está indetectável (>50 cópias), o Ministério da Saúde mantém a zidovudina endovenosa intraparto. Por isso, cesárea eletiva (A e D) não acrescenta proteção, e dispensar o AZT (C) contraria a recomendação para CV detectável. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Primigesta, 24 anos, com 29 semanas de idade gestacional, sem comorbidades prévias à gestação. Retorna à consulta de pré-natal sem queixas. Recebeu diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional há 10 dias, com adequada adesão ao plano nutricional, programa de atividade física e automonitorização glicêmica, porém mantendo-se acima das metas glicêmicas em aproximadamente 50% dos valores aferidos. Exame físico geral e obstétrico dentro dos padrões de normalidade. Ganho de peso de 300 gramas em uma semana. Foi indicada insulino-terapia, porém paciente é moradora de área rural dificuldade de acesso, transporte e armazenamento adequados da insulina. Considerando as recomendações brasileiras de 2019 (Organização Pan Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes), qual a alternativa terapêutica farmacológica mais adequada para essa paciente?

- A. Glibenclamida.
- B. Acarbose.
- C. Liraglutida.
- D. Metformina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes gestacional sem controle após duas semanas de terapia nutricional adequada tem indicação formal de insulina; quando há barreira concreta de acesso, transporte ou refrigeração, o consenso brasileiro de 2019 (OPAS/MS/FEBRASGO/SBD) admite metformina como alternativa, com consentimento informado. Glibenclamida (A) caiu em desuso pelo pior desfecho neonatal; acarbose (B) tem eficácia insuficiente; liraglutida (C) é contraindicada na gestação. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Mulher, 30 anos, G2P2, com queixa de sangramento uterino anormal há 5 anos. Não apresenta comorbidades e nem faz uso de medicações. Marido fez vasectomia. No prontuário está descrito como sangramento de causa endometrial. Qual alternativa contém a descrição do ciclo e do achado da ultrassonografia transvaginal (USTV) mais prováveis para este caso?

- A. Ciclo irregular com aumento de volume e USTV com espessamento endometrial difuso.

B. Ciclo regular com sangramento prolongado e USTV com perda junção miométrio endométrio.

C. Ciclo regular com aumento de volume e USTV sem alterações. ✓

D. Ciclo irregular com sangramento prolongado e USTV sem alterações.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação PALM-COEIN, o sangramento de causa ENDOMETRIAL (E) e diagnóstico de exclusão: ocorre em mulher com ciclos REGULARES (ou seja, ovulatórios), com aumento de volume menstrual, e sem achado estrutural - ultrassonografia transvaginal normal. Ciclo irregular (A e D) sugere causa ovulatória; perda da zona juncional mioendometrial (B) descreve adenomiose, que é causa estrutural, não endometrial. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Mulher de 68 anos, queixa-se de prurido vulvar há cerca de 8 meses. A inspeção genital está representada na imagem. Diante do quadro clínico e do exame físico, qual a melhor conduta?

A. Exérese completa com margem de 3 mm.

B. Biópsia incisional da borda da lesão. ✓

C. Corticosteroide de alta potência.

D. Antibioticoterapia com penicilina benzatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido vulvar crônico com lesão visível em mulher de 68 anos obriga a DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO antes de qualquer tratamento - o diferencial inclui líquen escleroso, neoplasia intraepitelial e carcinoma vulvar. A biópsia incisional da borda da lesão (área de transição) é o passo correto. Exérese com 3 mm (A) e margem insuficiente para eventual câncer; corticoide potente (C) trata líquen mas mascara neoplasia; penicilina (D) não tem racional. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Mulher, 27 anos, G1P1, usuária de DIU de cobre, menstruando regularmente. Queixa-se de dor intensa em quadrante superior lateral da mama direita, há 3 meses, com piora importante pré-menstrual e melhora parcial após. Está preocupada com histórico de câncer na família, pois tia avó materna teve câncer de mama aos 68 anos. Exame físico: mamas sem nódulos ou lesões. Cadeias linfonodais sem alterações. Dor à Ultrassonografia de mamas realizadas há 10 dias: cistos mamários bilaterais, maior diâmetro 0,5 cm, BI RADS:2. Qual a melhor conduta?

A. Retorno com ultrassonografia de mamas em 6 meses.

B. Solicitar ressonância magnética das mamas.

C. Tranquilizar e prescrever anti-inflamatório tópico. ✓

D. Teste terapêutico com tamoxifeno 20 mg/dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mastalgia cíclica bilateral com piora pré-menstrual, exame físico normal e ultrassonografia BI-RADS 2 (cistos simples) e alteração funcional benigna da mama - sem risco oncológico. A conduta é esclarecer, tranquilizar e oferecer sintomáticos (AINE tópico, sustentação mamária). Repetir imagem em 6 meses (A) e ressonância (B) são para BI-RADS 3/4 ou alto risco genético, que uma tia-avó aos 68 anos não configura; tamoxifeno (D) tem toxicidade inaceitável para dor benigna. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Mulher, 62 anos tratada de câncer de mama há 4 anos, em uso de tamoxifeno 20 mg via oral ao dia. Apresenta sangramento vaginal de pequeno volume há 2 meses. A ultrassonografia transvaginal identificou eco endometrial irregular com 9 mm de espessura, sem outras alterações. A histeroscopia diagnóstica e a biópsia dirigida foram compatíveis com hiperplasia endometrial atípica. Qual a melhor conduta?

- A. Repetir a ultrassonografia em 3 meses.
- B. Suspende o tamoxifeno e introduzir inibidor da aromatase.

C. Histerectomia e salpingooforectomia bilateral. ✓

- D. Progesterona via oral por 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperplasia endometrial COM ATÍPIA em mulher pos-menopausa carrega risco de carcinoma concomitante próximo de 40% e alta taxa de progressão. O tratamento padrão é histerectomia total com salpingooforectomia bilateral. Progesterona oral (D) só se cogita em mulher jovem com desejo reprodutivo e seguimento rigoroso; repetir exame (A) posterga um câncer; trocar tamoxifeno por inibidor de aromatase (B) corrige a causa, mas não trata a lesão já atípica. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Nuligesta, 21 anos, procura atendimento ginecológico referindo que não menstrua há seis meses. Histórico de ciclos menstruais regulares com intervalos de 28 a 30 dias. Refere cefaleia frequente, que melhora com analgésicos. Em uso de amitriptilina há um ano para tratamento de depressão. Nega alterações ponderais. Faz atividade física regularmente. Sem atividade sexual há dois anos. Exame físico: PA = 90X60 mmHg; IMC = 17 Kg/m². Mamas M5, sem nódulos e expressão negativa. Exame ginecológico: sem alterações. Exames complementares: prolactina = 112 ng/ml (VN < 25 ng/ml); FSH = 4,0 mIU/ml (VN - 2,5 a 10,2 mIU/ml); TSH = 2,1 mIU/ml (VN = 0,4 a 4,0 mIU/ml). Qual a conduta mais adequada para o caso neste momento?

- A. Solicitar ressonância magnética de crânio e sela túrcica.

B. Dosagem de prolactina 1 semana após troca do antidepressivo. ✓

- C. Iniciar cabergolina 0,5 mg 2 vezes por semana.
- D. Iniciar terapia hormonal com estrogênio e progesterona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperprolactinemia leve (112 ng/mL) em usuária crônica de amitriptilina, com FSH e TSH normais: a causa medicamentosa é a hipótese principal e deve ser afastada ANTES de imagem ou terapia. Suspende-se/troca o antidepressivo e redosa a prolactina. Ressonância (A) fica para hiperprolactinemia sem causa identificável ou níveis muito altos; cabergolina (C) trata prolactinoma não confirmado; terapia hormonal (D) mascara a amenorreia sem esclarecer a etiologia. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Mulher, 28 anos, procura atendimento ginecológico com queixa de dor pélvica à direita há 2 dias de fraca intensidade, mas que impede de desenvolver suas atividades laborais. Ao exame físico: PA: 120 x 70 mmHg, FC: 84 bpm, abdome plano, normotenso com discreta dor em fossa ilíaca direita à palpação profunda, descompressão brusca negativa. Exames complementares solicitados: Hb: 12,3 g/dl; Ht: 33%, B HCG: 1720,0 mUI/ml, progesterona: 5,2 ng/ml (VR: 11 a 90 ng/ml). Ultrassonografia pélvica: útero AVF, centrado, vol: 110 cm³, ovário esquerdo: 5 cm³, ovário direito: 6,5 cm³, em região anexial direita presença de lesão ovalada, amorga com 2,2 x 1,9 x 1,7 cm com vascularização aumentada ao redor da lesão, sem líquido livre na cavidade abdominal. Considerando se a possibilidade diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento após internação da paciente?

- A. Laparotomia exploradora.
- B. Cetoprofeno 100 mg EV.
- C. Observação clínica. ✓**
- D. Metotrexate IM 50 mg/m²

COMENTÁRIO OSCELABS

Beta-hCG de 1.720 mUI/mL, progesterona baixa, imagem anexial pequena e inespecífica, sem embrião/vesícula visível e SEM líquido livre, em paciente estável e com dor leve: e gestação de localização indeterminada. A conduta e acompanhamento clínico com hCG seriado até definir se é ectópica, abortamento ou topica inicial. Metotrexato (D) exige diagnóstico firmado; laparotomia (A) só em instabilidade/rotura; analgésico isolado (B) não é conduta diagnóstica. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Mulher, 53 anos, com antecedente de 5 partos vaginais prévios e menopausa há 2 anos. Procura o serviço médico com sensação de peso no períneo e de uma bola que sai pela vagina. O exame ginecológico identificou um prolapso descrito segundo o instrumento POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) conforme mostrado na figura a seguir. Quais os diagnósticos podem ser feitos de acordo com as anotações presentes no POP-Q?

- A. Prolapso de parede posterior, rotura perineal, histerectomia prévia. ✓**
- B. Prolapso de parede anterior, prolapso de cúpula vaginal, histerectomia prévia.
- C. Prolapso de parede posterior, prolapso uterino grau III, rotura perineal.
- D. Prolapso de parede anterior, prolapso uterino grau II, prolapso de parede posterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

No POP-Q, a leitura é por pontos: valores positivos em Ap/Bp indicam prolapso de parede POSTERIOR; corpo perineal alterado com hiato genital alargado traduz rotura perineal; e ponto C muito negativo com ausência de colo (comprimento vaginal total preservado) indica histerectomia prévia - não há útero a prolapsar. Por isso as alternativas que citam prolapso uterino (C e D) são incompatíveis com útero ausente, e a parede anterior (B) não é comprometida. Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Nuligesta, 24 anos, há um ano tenta engravidar sem sucesso. Apresenta ciclos menstruais de 27 a 29 dias, com fluxo normal. Tem atividade sexual regular, com relação pênis vagina quatro vezes na semana. Marido 28 anos, tem três filhos de outro relacionamento e nega comorbidades. Exames complementares: FSH 5,4 mUI/mL (2,8 a 14,4 mUI/mL), TSH uUI/mL (0,3 a 4,0 uUI/mL). Ultrassonografia transvaginal com útero e ovários normais e contagem de folículos antrais de 9 em cada ovário, imagem hipoecogênica alongada em topografia de anexo esquerdo. Histerossalpingografia com cavidade uterina normal, trompa direita filiforme e trompa esquerda dilatada, sem passagem de contraste bilateralmente. Espermograma com volume de 2mL, 16 milhões de espermatozoides /mL, 50% vivos, 30% de motilidade progressiva e 5% normais (critério de kruger). Qual o melhor tratamento para este casal?

- A. Ciclo de fertilização in vitro.
- B. Coito programado após Indução da ovulação.
- C. Ciclo de fertilização in vitro após salpingectomia. ✓**
- D. Inseminação intrauterina após Indução da ovulação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ha DOIS fatores graves: tubario bilateral (histerossalpingografia sem passagem de contraste, com hidrossalpinge a esquerda) e masculino (5% de formas normais no criterio de Kruger). Isso indica fertilizacao in vitro. O detalhe que define a alternativa: hidrossalpinge reduz pela metade a taxa de implantacao, e a salpingectomia previa melhora o resultado da FIV. Coito programado (B) e inseminacao (D) exigem trompas permeis. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Mulher, 33 anos, G2PC2, último parto há 3 anos, realizou última coleta de colpocitologia durante o último pré-natal, sem anormalidades citológicas de acordo com a informação da paciente. Refere ciclos menstruais regulares em uso de contraceptivo hormonal injetável mensal. Comparece para checar o resultado da colócitologia que evidencia amostra satisfatória com epitélio metaplásico e cilíndrico e anormalidades em células glandulares sem outras especificações. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A. Realizar coscopia. ✓**
- B. Realizar ultrassom transvaginal.
- C. Solicitar biologia molecular.
- D. Repetir colpocitologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Atipias em celulas GLANDULARES (AGC) tem alto valor preditivo para lesao de alto grau, adenocarcinoma endocervical e ate doenca endometrial. A conduta imediata e colposcopia com avaliacao do canal endocervical (e do endometrio se >35 anos ou sangramento anormal). Repetir a citologia (D) atrasa o diagnostico; teste molecular para HPV (C) nao substitui a avaliacao do canal; ultrassonografia (B) e complementar, nunca a primeira medida. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Homem trans, 32 anos, hipertenso, comparece para consulta de rotina em UBS. Refere-se relacionar sexualmente com homem cisgênero, e atualmente está em uso regular de contraceptivo oral combinado (COC) contendo levonorgestrel (0,15 mg) + etinilestradiol (0,03 mg) para controle de sangramento vaginal volumoso. Refere ter iniciado o uso de testosterona em outro serviço há 2 meses. Exame físico: sem lesões ou achados anormais ao exame da genitália. Qual a melhor conduta clínica neste momento?

- A. Trocar para anel ou adesivo contraceptivo e suspender a testosterona.

B. Prescrever análogo de GnRH e suspender temporariamente a testosterona.

C. Substituir o COC por progestágeno isolado e manter a testosterona. ✓

D. Suspender o COC e manter apenas a testosterona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem trans em hormonização com testosterona não deve receber ESTROGÊNIO exógeno - o etinilestradiol antagoniza os efeitos desejados da masculinização e soma risco tromboembólico. Para controlar o sangramento uterino, troca-se o combinado por progestágeno isolado (ou DIU de levonorgestrel), mantendo a testosterona. Suspender a testosterona (A e B) contraria o cuidado afirmativo; suspender só o contraceptivo (D) deixa o sangramento sem controle e sem contracepção - testosterona NÃO é contraceptivo. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

L.C.P. 39 anos, vendedora, sexualmente ativa, procura seu Médico de Família e Comunidade sem queixas, desejando realizar exames, pois "faz tempo que não realiza". Como antecedente pessoal, informa ser G1P1A0C0 com parto há 5 anos. Refere cirurgia para implante de prótese mamária por motivo estético há 15 anos. Nega doenças. Refere uso de DIU de cobre há 5 anos. Nega história familiar de doenças. Ao exame físico apresenta IMC 24 kg/m², pele sem lesões, mucosas normocoradas. Além da realização de exame citopatológico do colo do útero e aferição de pressão arterial, qual a ação também está indicada para rastreamento assintomático com evidência científica grau de recomendação A?

A. Lipidograma

B. Glicemia de jejum

C. Mamografia

D. Rastreamento de tabagismo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento em mulher de 39 anos assintomática, com grau de recomendação A: perguntar sobre tabagismo e oferecer aconselhamento/tratamento e a intervenção com melhor nível de evidência (custo baixo, impacto alto). Mamografia (C) só a partir dos 50 anos (ou 40 em algumas diretrizes, sem grau A); lipidograma (A) e glicemia (B) são rastreios seletivos, guiados por risco cardiovascular, IMC ou antecedentes, ausentes nesse caso. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

J.E.C. 50 anos, sexo masculino, refere que há 2 anos apresenta câimbras e dormência em perna esquerda. Nega história de traumatismo, cirurgias ou lesões na pele. Nega lombalgia. Nega doenças crônicas e uso de medicamentos. Ao exame: IMC 28 Kg/m², PA 134 x 78 mmHg. FC 68 bpm. Pele sem lesões visíveis. AR: MV + sem RA. ACV: RCR 2BNF, sem sopros. Abdome indolor, sem massas ou VMG. MMII: sem edema, com nervo fibular comum à esquerda palpável e o seguinte exame de sensibilidade com estesiômetro. Qual a suspeita diagnóstica mais provável?

A. Hanseníase com comprometimento neural. ✓

B. Diabetes com neuropatia diabética.

C. Hérnia de disco com compressão de raiz nervosa.

D. Distúrbio hidroeletrólítico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pista de ouro e o nervo fibular comum ESPESSADO e palpável associado a alteração de sensibilidade ao estesiômetro no território correspondente: espessamento de tronco nervoso periférico e praticamente patognomônico de hanseníase, mesmo na forma neural pura, sem lesão cutânea visível. Neuropatia diabética (B) é simétrica, distal, sem espessamento; hérnia discal (C) daria dor radicular lombar, negada; distúrbio hidroeletrólítico (D) não causa déficit focal crônico de 2 anos. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Criança de 5 meses e 17 dias vem para consulta de puericultura com seu médico de família e mãe apresenta o cartão vacinal abaixo. Segundo o Calendário Nacional de vacinação apresentado, qual vacina está em atraso?

- A. Febre Amarela.
- B. Pentavalente.
- C. VIP.

D. Meningocócica C. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura do cartão aos 5 meses e 17 dias deve confrontar cada vacina com a idade prevista. As doses de meningocócica C são aos 3 e 5 meses - a dose devida já venceu e não consta como aplicada. Febre amarela (A) só aos 9 meses, portanto não está atrasada; pentavalente (B) e VIP (C) seguem o esquema 2-4-6 meses e ainda estão dentro do prazo para a dose de 6 meses. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Mulher de 75 anos vem à consulta de saúde acompanhada da filha que refere que sua mãe está apresentando muitos esquecimentos, há aproximadamente 6 meses. Paciente é hipertensa, diabética e faz uso de losartana 50 mg 1 comprimido ao dia e glifage XR 500 mg 2 comprimidos ao dia. Paciente estudou até a 8ª série do ensino médio. Ao exame clínico: PA: 120 x 80 mmHg, FC: 71 bpm, FR: 16 ipm, Peso: 60 Kg, Alt: 1.65 m, IMC: 22, saturação de O₂: 98% dextro: 110 mg/dl. Exames laboratoriais: vitamina B12: 400 (VR: 210-980 pg/ml), TSH: 2.80 (VR: 0.3-4.8), MEEM: 28 pontos. GDS (Escala de Depressão Geriátrica) 8. De acordo com o quadro descrito acima, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Hipotireoidismo.
- B. Síndrome demencial.

C. Transtorno depressivo. ✓

- D. Hipovitaminose de B12.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queixa de esquecimento com MEEM de 28 pontos (normal para a escolaridade) e Escala de Depressão Geriátrica de 8 (rastreamento POSITIVO) desenha a pseudodemência depressiva: o idoso deprimido queixa-se muito da memória e vai bem no teste cognitivo - o oposto do demenciado, que minimiza o déficit. Síndrome demencial (B) exigiria comprometimento objetivo com prejuízo funcional; TSH (A) e B12 (D) estão dentro da referência. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito C

Homem, 35 anos, trabalha como pedreiro e comparece à unidade de saúde para uma consulta, acompanhado de sua esposa, pois acha estranho o marido estar com tosse há 1 mês. Paciente relata que no início a tosse era seca e que atualmente está com catarro. Acha que perdeu peso porque suas roupas estão mais largas e que, frequentemente, tem tido febre quando chega do trabalho à tarde. A esposa declara que o marido geralmente apresenta febre de 38.5°C e que durante à noite transpira bastante. Não é hipertenso e nem diabético. Nega problemas pulmonares na infância. É tabagista de paieiro há 15 anos. À ausculta pulmonar observa-se murmúrio vesicular reduzido. Qual seria o melhor exame para confirmar o diagnóstico?

A. Hemograma completo.

B. Hemocultura.

C. Baciloscopia de escarro. ✓

D. Espirometria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse por mais de 3 semanas, agora produtiva, com emagrecimento, febre vespertina e sudorese noturna em tabagista: tuberculose pulmonar até prova em contrário. A confirmação é bacteriológica - baciloscopia de escarro (idealmente teste rápido molecular, quando disponível) mais cultura. Hemograma (A) é inespecífico; hemocultura (B) não rende o bacilo; espirometria (D) avalia função, não etiologia. Perla: tosse >3 semanas = sintomático respiratório, escarro obrigatório. Resposta C.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Paciente com 44 anos do sexo feminino de raça negra vem em retorno para avaliação de exames e acompanhamento de pressão arterial alterada, não fuma, faz uso de álcool aos finais de semana. Na consulta verificado pressão arterial de 142 x 92 mmHg, além de IMC de 38, Resultados de exames: Glicemia de jejum: 109 mg/dl, colesterol total: 207 mg/dl, HDL colesterol: 58 mg/dl, triglicérides: 190 mg/dl, creatinina: 1,1 mg/dl, sódio: 142 mEq/l, potássio: 4,9 mEq/l, ácido úrico: 5,1 mg/dl, urina tipo 1: sem alterações. Valores de referência: Glicemia 70 - 100 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 Qual tratamento é o mais indicado?

A. Beta bloqueador.

B. Vasodilatador direto.

C. Bloqueador de canal de cálcio. ✓

D. Antagonista alfa 1 adrenérgico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensa negra, obesa, com síndrome metabólica: em pacientes negros, os bloqueadores de canal de cálcio e os diuréticos tiazídicos têm resposta pressórica superior a de IECA/BRA em monoterapia. Betabloqueador (A) não é primeira linha na hipertensão sem indicação compelling e piora o perfil metabólico; vasodilatador direto (B) e antagonista alfa-1 (D) são drogas de quarta linha, reservadas a casos resistentes. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Numa consulta de paciente na unidade de atenção primária do sexo masculino, 47 anos, casado, heteroafetivo, parceira única. O paciente questiona sobre o seu desempenho nas relações sexuais. O mesmo refere que sua ereção não é a mesma de antes e que isso tem ocorrido com mais frequência nesse ano. Paciente nega queixas urinárias como dor, incontinência, jato fraco, hesitação ou sensação de esvaziamento incompleto. Nega alterações ejaculatórias como ejaculação precoce ou diminuição do volume ejaculado. Refere que mantém desejo sexual e que relacionamento está bom, mas parceira tem notado a diferença na ereção. Refere que continua mantendo episódios de ereção reflexa. Nega sintomas de ansiedade ou de depressão, mas que está preocupado em relação a seu desempenho. Não faz uso de nenhuma medicação, não tem hábitos de tabagismo, etilismo ou de substâncias psicoativas. Refere sedentarismo. Ao Exame físico: IMC de 42 Kg/m². Ausculta cardíaca sem alterações. Pressão Arterial: 128 x 74 mmHg. Sem sinais clínicos de obstrução arterial periférica. Genitais sem lesões, deformidades, testículos normotróficos. Exames: Glicemia: 95 mg/dl Valor de referência 70-100 mg/dl Colesterol total: 270 mg/dl Valor de referência 140-200 mg/dl HDL Colesterol: 58 mg/dl Valor de referência > 45 mg/dl Triglicérides: 290 mg/dl Valor de referência < 150 mg/dl Testosterona total: 429 ng/dl Valor de referência 250-900 ng/dl Além de recomendar atividade física de maneira regular, orientação sobre resposta sexual e controle do peso, qual seria a melhor terapêutica medicamentosa para o paciente?

- A. Clomipramina.
- B. Finasterida.
- C. Alprostadil.
- D. Sildenafil. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfunção eretil de instalação gradual em obeso grave e dislipidêmico, com libido preservada, ERECOES REFLEXAS mantidas e testosterona normal: causa orgânica vascular/metabólica, sem hipogonadismo nem componente psicogênico dominante. O tratamento de primeira linha é inibidor de fosfodiesterase-5 - sildenafil - somado à mudança de estilo de vida. Clomipramina (A) trata ejaculação precoce; finasterida (B) trata HPB e piora a função sexual; alprostadil (C) é intracavernoso, de segunda linha. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Você é o médico de uma unidade de saúde da família em uma cidade de pequeno porte que faz seguimento dos pacientes portadores do HIV. Você atende um paciente recém diagnosticado com HIV, totalmente assintomático, sem comorbidades. Faz os exames iniciais para investigação e início do tratamento para HIV. Nos exames tem resultado do teste tuberculínico de 15 mm. Sem história de tuberculose no passado. Exames bioquímicos e hemograma normais. Contagem de CD4 370 cel/mm³, carga viral 10000 cópias/ml. Paciente não apresenta queixas respiratórias, exame físico do aparelho respiratório normal e radiografia do tórax normal. Além de iniciar tratamento para HIV, qual a conduta mais adequada?

- A. Iniciar isoniazida, pirazinamida, rifampicina e etambutol.
- B. Iniciar tratamento com isoniazida. ✓**
- C. Manter observação clínica.
- D. Repetir o teste tuberculínico após 30 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pessoa vivendo com HIV, sem TB ativa (assintomática, exame e radiografia normais), com prova tuberculínica de 15 mm: o ponto de corte para PVHIV é ≥ 5 mm, logo há infecção latente e indicação formal de tratamento preventivo com isoniazida (ou rifapentina + isoniazida). Esquema RIPE (A) trataria doença ativa, ausente aqui; observar (C) desperdiça prevenção com alto benefício; repetir o teste (D) é desnecessário diante de resultado já positivo. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Paciente de 34 anos de idade, sexo masculino, trabalha como pedreiro, sem doenças prévias, não faz uso de medicamentos de rotina. Chega à unidade de saúde da família com queixa de dor lombar de forte intensidade há 21 dias. A dor surgiu após esforço físico intenso em seu serviço. A dor está incomodando-o muito, impedindo de trabalhar normalmente nos últimos dias. Está fazendo uso de analgésicos comuns e anti-inflamatórios orais diariamente desde o início do quadro, com pouca melhora. A dor piora aos esforços e melhora com o repouso. A dor não irradia para os membros inferiores, nega perda de força ou formigamentos nos MMII, nega febre, dores noturnas. Sem queixas urinárias, gastrintestinais. EF: realizado exame físico completo, tendo como alteração apenas a dor lombar à mobilidade da coluna, dores à palpação da musculatura paravertebral lombar, sem déficit neurológico nos membros, sem outras alterações dignas de nota. Qual a abordagem mais adequada para diagnóstico do paciente neste momento?

A. Não há indicação de exames de imagem neste momento. ✓

- B. Solicitar radiografia simples da coluna lombar.
- C. Solicitar tomografia computadorizada coluna lombar.
- D. Solicitar ressonância nuclear magnética da coluna lombar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia mecânica pos-esforço, sem sinais de alarme (sem febre, sem perda de peso, sem déficit neurológico, sem dor noturna, sem trauma grave e sem alteração esfíncteriana): não há indicação de exame de imagem, mesmo com 21 dias de evolução. Imagem precoce não melhora desfecho, expõe a radiação e revela achados degenerativos incidentais que geram cascata de intervenções. Radiografia (B), TC (C) e RM (D) só entram se surgir red flag ou após 4-6 semanas de falha terapêutica. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

O gráfico abaixo foi extraído de um estudo de coorte em que os autores avaliaram o meio principal de transporte utilizado por quase 400.000 pessoas no Reino Unido e sua associação com a incidência de algumas doenças e também sobre a mortalidade ao longo de 25 anos de seguimento. Considerando as taxas ajustadas de risco relativo e respectivos intervalos de confiança, assinale a alternativa que interpreta corretamente achados do estudo.

A. Comparativamente àqueles que dirigiam carro, os que usavam a bicicleta tiveram menor mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares. ✓

- B. Comparativamente àqueles que dirigiam carro, os que usavam transporte público tiveram menor mortalidade por doenças cardiovasculares.
- C. Comparativamente àqueles que dirigiam carro, os que usavam caminhavam tiveram menor mortalidade por doenças cardiovasculares.
- D. Comparativamente àqueles que dirigiam carro, os que caminhavam tiveram menor incidência de câncer e mortalidade por câncer.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em gráfico de risco relativo, só há diferença estatisticamente significativa quando o intervalo de confiança NÃO cruza a linha do 1. O deslocamento consistente para o lado protetor, com IC inteiramente abaixo de 1, aparece no grupo que se deslocava de bicicleta, tanto para mortalidade por câncer quanto por doença cardiovascular - o modo ativo de maior intensidade. Transporte público e caminhada (B, C, D) apresentam efeitos menores, com intervalos que tocam a unidade. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) durante a discussão sobre o Programa Previne Brasil, os Secretários da Saúde foram estimulados a implantar em seus municípios Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional em Saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS) confirmando o compromisso da gestão pública com a formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Os gestores foram informados que aqueles que implantassem os programas de residência receberiam financiamento federal para o custeio desta atividade. A implantação de Programas de Residência, de acordo com o Programa Previne Brasil, refere-se a que componente do financiamento da APS?

- A. Capitação ponderada.
- B. Incentivo para ação estratégica. ✓**
- C. Pagamento por desempenho.
- D. Pagamento por produtividade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O financiamento da Atenção Primária no Previne Brasil tem três componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho (indicadores) e incentivo para ações estratégicas. Programas de residência médica e multiprofissional na APS entram como INCENTIVO PARA AÇÃO ESTRATÉGICA, junto de eSF com residentes, Saúde na Hora, informatização e outros. Capitação (A) segue o cadastro de usuários; desempenho (C) segue indicadores; pagamento por produtividade (D) foi justamente o modelo abandonado. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Um recurso utilizado para estimar o potencial epidêmico de uma doença transmissível é o chamado número básico de reprodução (R₀), que representa o número médio de indivíduos que poderão ser infectados a partir de um caso, desde que nenhuma medida preventiva seja estabelecida e que haja 100% de susceptibilidade populacional. A partir de uma pessoa infectante e após cinco gerações de transmissão, uma doença com R₀ = 2 atingirá um número médio de casos equivalente a:

- A. 48
- B. 18
- C. 32 ✓**
- D. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Com R₀ = 2 e susceptibilidade total, cada geração dobra o número de infectados: 1 caso índice gera 2, depois 4, 8, 16 e 32 na quinta geração - ou seja, 2 elevado a 5. Os demais valores não correspondem a nenhuma potência de 2 nessa progressão. Perola: R₀ > 1 significa epidemia em curso; medidas de controle buscam reduzir o número efetivo de reprodução (R_t) para abaixo de 1. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Com base nos valores de sensibilidade e especificidade de um teste diagnóstico, a chamada Curva ROC (Receiver Operation Characteristic) é uma representação gráfica que busca facilitar a identificação do melhor ponto de corte desse teste quando aplicado a uma doença. Na Curva ROC aqui representada, o ponto de corte mais adequado para o diagnóstico da doença seria:

- A. O que mais se aproxima do quadrante superior direito.
- B. O que se situa no ponto médio da linha diagonal tracejada.
- C. O que mais se aproxima do quadrante inferior direito.
- D. O que mais se aproxima do quadrante superior esquerdo. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva ROC cruza sensibilidade (eixo Y) contra 1 - especificidade (eixo X). O melhor ponto de corte é o mais próximo do canto SUPERIOR ESQUERDO, onde a sensibilidade é máxima com o menor número de falso-positivos. A diagonal tracejada (B) representa o teste sem poder discriminatório (equivalente a jogar moeda); o canto superior direito (A) e o inferior direito (C) representam pontos de baixa especificidade e desempenho ruim. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

O conhecimento dos períodos de incubação e de transmissibilidade de uma doença infecciosa é essencial para o médico orientar adequadamente a conduta frente às situações em que ocorre contato entre um indivíduo infectado e outras pessoas da população. Para o sarampo, os períodos de incubação e de transmissibilidade são, respectivamente, de 7 a 18 dias até o aparecimento da febre, e de quatro dias antes a quatro dias após o surgimento do exantema. Suponha que a criança A tenha regressado recentemente de um país europeu e que no dia 11/10/2022 apresentou sinais e sintomas de sarampo com surgimento de exantema. No dia 30/9/2022, havia tido contato com a criança B, nunca vacinada contra sarampo. Frente a essa situação, você indicaria:

- A. Quarentena até 7/10 para A e isolamento até 6/10 para B.
- B. Quarentena até 6/10 para A e isolamento até 15/10 para B.
- C. Isolamento até 5/10 para A e quarentena até 18/10 para B. ✓**
- D. Isolamento até 9/10 para A e quarentena até 14/10 para B.

COMENTÁRIO OSCELABS

Com exantema em 11/10, a transmissibilidade do sarampo vai de 4 dias ANTES a 4 dias DEPOIS do exantema: a criança A deve ficar em isolamento até 5/10. A criança B, nunca vacinada, teve contato em 30/9 - dentro do período infectante - e deve cumprir quarentena por todo o período máximo de incubação (18 dias), ou seja, até 18/10. Período: isolamento e para quem está doente; quarentena e para o contactante sadio. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Você atua como Médico de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde e faz seguimento de uma paciente do sexo feminino de 75 anos, que trata hipertensão arterial com enalapril há aproximadamente 10 anos e está com a carteira de vacinação em dia. Ela comparece para consulta de rotina, assintomática, quando você detecta a presença de esplenomegalia no exame abdominal e a encaminha a um hematologista para investigação diagnóstica. Um mês depois, a hematologista lhe devolve a paciente com o diagnóstico de linfoma de células B (zona marginal) esplênico. Ela propõe como tratamento esplenectomia + 4 sessões de rituximabe, um anticorpo monoclonal anti células B, e lhe pergunta quais os cuidados necessários para a prevenção de complicações infecciosas potencialmente associadas ao mesmo. Diante dessa situação, assinale dentre as alternativas abaixo aquela que contém a conduta apropriada para essa paciente.

- A. Realização de teste tuberculínico e indicação de rifapentina + Isoniazida se resultado do teste maior ou igual a 5mm.
- B. Vacinação contra pneumococo e meningococo e Haemophilus influenzae tipo B, no mínimo 4 semanas após a cirurgia.
- C. Realização de teste tuberculínico e indicação de rifapentina + Isoniazida se resultado do teste maior ou igual a 10mm.

D. Vacinação contra pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae tipo B, no mínimo 2 semanas antes da cirurgia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Esplenectomia programada exige imunização contra germes ENCAPSULADOS (pneumococo, meningococo e Haemophilus influenzae tipo b) no mínimo DUAS SEMANAS ANTES da cirurgia, para haver resposta humoral adequada antes da perda do baco - e antes do rituximabe, que depleta linfócitos B e abole a resposta vacinal. Vacinar depois (B) é inferior. As alternativas de tuberculose (A e C) tratam de rastreio pre-anti-TNF, não de anti-CD20 com esplenectomia. Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Os cinco gestores da Região de Saúde (RS) X solicitaram uma reunião extraordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Região de Saúde Y para discutir especificamente duas questões: a falta de agentes comunitários que estava prejudicando o cadastramento da população nas unidades de atenção primária e a fila de espera de 8 meses para a realização de colonoscopia, disponibilizada apenas no município sede da RS. Para enfrentar estes problemas os gestores fizeram a pactuação de tentar organizar colaborativamente o sistema de saúde regional no formato de rede de atenção à saúde (RAS), pois eles acreditavam ser esse o caminho mais acertado para se melhorar o atendimento de saúde à população. Quais elementos constitutivos da RAS estavam prejudicados na RS do caso descrito?

- A. Estrutura operacional e modelo de atenção.
- B. Modelo de atenção e sistemas logísticos.
- C. Sistemas logísticos e governança.
- D. Gestão de base populacional e sistemas de apoio. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os elementos constitutivos da rede de atenção à saúde são população/gestão de base populacional, estrutura operacional e modelo de atenção. A falta de agentes comunitários impedindo o CADASTRAMENTO ataca diretamente o conhecimento e a gestão da população adscrita; a fila de 8 meses para colonoscopia concentrada em um único município revela falha nos SISTEMAS DE APOIO (diagnóstico e terapêutico) da estrutura operacional. Sistemas logísticos (B, C) referem-se a transporte sanitário, prontuário e regulação. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Os gestores da Região de Saúde (RS) X se reuniram para discutir a operacionalização da rede de atenção à saúde (RAS) regional, considerando as orientações de Ministério da Saúde sobre este assunto. Durante a discussão houve um impasse, pois alguns gestores defendiam a construção de mais dois hospitais na RS, enquanto outros argumentavam que era preciso construir mais unidades de atenção primária à saúde (APS). Os gestores que defendiam o maior investimento na APS, se apoiavam no conceito de que uma RAS os serviços de saúde devem ser organizados de forma que o que é frequentemente necessário esteja disseminado e o que é raramente necessário esteja concentrado. Esse conceito empregado pelos gestores se refere a que princípio do Sistema Único de Saúde?

- A. Universalização.
- B. Hierarquização. ✓**
- C. Descentralização.
- D. Integralidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ideia de que o serviço frequentemente necessário deve estar DISSEMINADO e o raramente necessário CONCENTRADO e a formulação clássica da hierarquização (organização por níveis de complexidade e densidade tecnológica, com a APS como porta de entrada e ordenadora). Universalização (A) trata do acesso a todos; descentralização (C) da distribuição de poder entre os entes federados; integralidade (D) da atenção completa ao indivíduo. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Uma paciente, do sexo feminino, chega à USF solicitando consulta porque há vários dias vem apresentando lesões eritematosas, descamativas e muito pruriginosas localizadas em regiões laterais De E do tórax, dirigindo-se para região posterior, contornando o tronco de forma simétrica. Refere também lesões semelhantes em antebraço esquerdo, próximo ao punho que surgiram da mesma forma que as lesões em tronco inicialmente formavam pápulas eritematosas, evoluindo para vesículas de conteúdo seroso e depois descamação, sempre acompanhadas de muito prurido. Informa praticar atividade física regularmente e nos últimos tempos tem se dedicado à natação e corrida, mas no momento não está conseguindo porque sente piora após a realização dos exercícios. Fotos abaixo. Diante da história clínica e imagens das lesões, qual, na sua opinião, o diagnóstico mais provável desta paciente?

- A. Dermatite herpetiforme.
- B. Dermatite de contato. ✓**
- C. Dermatite psoríase.
- D. Dermatite atópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões pruriginosas que evoluem de pápulas para vesículas e depois descamação, distribuídas de forma SIMÉTRICA nas laterais do tronco e no punho - exatamente onde roupas justas, maiô e elásticos encostam - e que pioram com o suor da atividade física: dermatite de contato. A topografia que reproduz o objeto e a assinatura diagnóstica. Dermatite herpetiforme (A) predomina em superfícies extensoras e se liga à doença celíaca; psoríase (C) tem placas eritematosas descamativas com escama prateada; atópica (D) tem história desde a infância e acomete flexuras. Resposta B.

QUESTÃO 59 — ANULADA

Os pais de um garoto de 13 anos e 7 meses trazem no em uma consulta de rotina em uma unidade de saúde da família. Os pais demonstraram grande preocupação com a altura do filho, já que ele sempre foi o mais baixo da sala de aula da escola. A mãe conta que a gestação do menino ocorreu muito bem, sem intercorrências. O parto foi normal, a termo, sem intercorrências, peso ao nascimento 3180 gramas, comprimento 49 cm, PC 33 cm, Apgar 9/10. A criança apresentou o desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Fica resfriado com uma frequência alta segundo a opinião dos pais. Sem outras doenças prévias, uso de medicamentos ou cirurgias. História familiar sem informações relevantes. EF: sem alterações dignas de nota, genitália masculina típica, estadiamento de Tanner G2P2, exame de idade óssea 11 anos, Calculada a altura alvo do garoto através das alturas dos pais. Avaliado o gráfico de crescimento do paciente desenhado acima, qual o diagnóstico provável do paciente?

- A. Deficiência do hormônio do crescimento.
- B. Estatura normal.
- C. Baixa estatura constitucional.
- D. Baixa estatura familiar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema cobrado e a abordagem da baixa estatura no adolescente: conhecer a diferença entre baixa estatura familiar (alvo genético baixo, idade óssea IGUAL a cronológica, puberdade no tempo normal) e o retardo constitucional do crescimento e da puberdade (idade óssea ATRASADA em relação a cronológica, puberdade tardia, alvo genético normal e prognóstico final preservado). Como a questão foi anulada, não há alternativa a ser considerada correta.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Paciente chega à Unidade de Saúde da Família queixando-se de lesão no braço há 5 dias. Passou pelo acolhimento e como havia vaga para consulta eventual, o paciente foi orientado a aguardar. Na consulta, o paciente referiu ao médico de família aparecimento de lesão em região posterior do braço D que vem aumentando progressivamente e o prurido se intensificando, atrapalhando o sono e suas atividades no trabalho. Diante do apresentado, qual a melhor conduta para o quadro do paciente?

- A. Prescrever albendazol oral. ✓**
- B. Prescrever corticosteroide tópico.
- C. Solicitar exame parasitológico de fezes.
- D. Solicitar raios x de tórax PA e perfil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pruriginosa que cresce PROGRESSIVAMENTE no braço, com prurido intenso que atrapalha o sono, desenha o trajeto serpiginoso e migratório da larva migrans cutânea (bicho geográfico), causada por ancilostomídeos de cães e gatos. O tratamento é albendazol (ou ivermectina) oral, com resolução rápida. Corticoide tópico (B) alivia o prurido sem matar a larva; parasitológico de fezes (C) é negativo, pois a larva não completa o ciclo no humano; radiografia de tórax (D) não tem papel. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Homem, 45 anos, dislipidêmico, refere dor precordial há 2 horas com irradiação para ombro direito, associada a diaforese e náuseas. Exame físico: estertores pulmonares basais, sem outras alterações; FC = 70 bpm, PA = 100 x 60 mmHg. Eletrocardiograma (ECG) abaixo. Qual a conduta?

- A. Seriar ECG e observação clínica.
- B. Seriar troponina e eletrocardiograma.

C. Intervenção coronariana percutânea. ✓

D. Tomografia computadorizada de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial há 2 horas com diaforese, náuseas e congestão pulmonar (estertores basais) em dislipidêmico, com eletrocardiograma diagnóstico de supradesnivelamento: e infarto com supra de ST, cujo tratamento e reperfusão IMEDIATA - angioplastia primária em serviço com hemodinâmica. Seriar troponina ou ECG (A e B) e conduta de síndrome coronariana SEM supra e só atrasaria o tempo porta-balão; angiotomografia (D) investigaria dissecação ou TEP, sem sustentação clínica aqui. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Mulher, 62 anos, parda, diabética e hipertensa controlada, portadora de lúpus sistêmico em uso de cloroquina e azatioprina há 8 anos. Refere trauma na unha do 1º quirodáctilo da mão esquerda há 1 ano. Desde então notou escurecimento da unha (Figura). Qual diagnóstico mais provável?

A. Melanoníquia traumática.

B. Melanoma ungueal. ✓

C. Nevo melanocítico.

D. Melanoníquia medicamentosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Melanoníquia única, em um só dedo, de instalação em adulto e com escurecimento PROGRESSIVO ao longo de um ano deve ser tratada como melanoma ungueal até prova em contrário - o relato de trauma é frequente e enganoso, funcionando como falsa explicação. Melanoníquia traumática (A) clareia e cresce com a unha; a medicamentosa (D), como a por cloroquina, tende a ser difusa e em VÁRIAS unhas; nevo (C) é mais comum na infância e estável. A conduta seguinte seria biópsia da matriz. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Homem, 40 anos, em tratamento de hanseníase dimorfa com poliquimioterapia multibacilar (PQT MB) há 2 meses, apresenta edema e aumento das lesões de pele, além de aparecimento de lesões ao redor das lesões prévias há 15 dias. Em associação, relata dor intensa na região de fossa cubital direita e piora do formigamento na mão ipsilateral. Não apresenta outras patologias ou alterações ao exame físico. Qual a conduta mais adequada?

A. Ultrassonografia de nervos e substituição para PQT alternativa.

B. Eletroneuromiografia e suspensão da PQT MB.

C. Talidomida e substituição para PQT alternativa.

D. Corticoterapia e manutenção da PQT MB. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Piora inflamatória das lesões com edema, surgimento de lesões satélites e, principalmente, DOR NEURAL com piora do déficit sensitivo durante a poliquimioterapia: e reação hanseniana tipo 1 (reversa) com neurite - urgência, pelo risco de incapacidade permanente. Trata-se com corticoide em dose alta e mantém-se a PQT, que não causa nem piora a reação. Talidomida (C) é para reação tipo 2 (eritema nodoso) e não age na neurite da tipo 1; suspender a PQT (A e B) é erro clássico. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Mulher, 60 anos, tabagista (40 anos-maço), queixa-se de dispneia aos mínimos esforços. Nega tosse, febre ou outros sintomas gripais. Exame físico: REG, corada, hidratada, sonolenta; Peso = 150 kg e altura = 1,60 m; Ap. resp.: murmúrio vesicular presente, diminuído globalmente, sem RA, SatO₂: 97% com cateter de O₂ a 4L/min. Foi coletada uma gasometria arterial para avaliação. Qual é o resultado de gasometria arterial esperado?

- A. pCOI = 20 mmHg
- B. HCOI = 42 mEq/L ✓**
- C. pOI = 50 mmHg
- D. pH = 7,5

COMENTÁRIO OSCELABS

Obesidade grave (IMC 58) com dispneia, sonolência e murmúrio globalmente reduzido: síndrome de hipoventilação da obesidade. A hipoventilação crônica retém CO₂, e o rim compensa retendo bicarbonato - por isso se espera HCO₃ elevado (42 mEq/L), com pH próximo do normal e não alcalótico. pCO₂ de 20 (A) e pH 7,5 (D) descrevem hiperventilação, o oposto do quadro; pO₂ de 50 (C) e incompatível com saturação de 97% sob cateter. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Homem, 60 anos, portador de hepatite C diagnosticada há 20 anos, sem tratamento. Refere aumento progressivo do volume abdominal, edema nos membros inferiores e alteração do ciclo sono vigília. Exame físico: REG, descorado +/4+, hidratado. Abdome globoso, presença de macicez móvel e do sinal do piparote. Exames laboratoriais: Cr: 1,0 mg/dL. Na: 121 mEq/L, K: 3,8 mEq/L. Qual é o local de ação do diurético mais indicado?

- A. D ✓**
- B. C
- C. A
- D. B

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrose por hepatite C com ascite volumosa (macicez móvel, piparote) e hiponatremia dilucional: o diurético de escolha é a espironolactona, antagonista da aldosterona, porque o mecanismo central da ascite é o hiperaldosteronismo secundário. Seu sítio de ação é o TUBULO COLETOR/distal - o ponto D do esquema. Diuréticos de alça (alça de Henle) são associados como adjuvantes, e não como monoterapia inicial na ascite cirrótica. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Homem, 19 anos, iniciou quadro de poliúria e polidipsia após bater a cabeça durante uma partida de futebol. Exame físico: bom estado geral, mucosas hidratadas, eupneico, estável hemodinamicamente. Diurese das 8h às 20h: 3000 mL; das 20h às 8h: 2600 mL. Exames laboratoriais: glicemia: 80 mg/dL (VR: 70 a); Na: 146 mEq/L (VR: 136 a 145); osmolalidade urinária: 75 mOsm/kg (VR: 300 a 900); osmolalidade plasmática: 304 mOsm/kg (VR: 280 a 295); TSH: 5,6 mUI/L (VR: 0,5 a 5), T₄ livre: 1.1 ng/dL (VR: 0,8 a 1,8); creatinina e cortisol normais. Considerando a doença mais provável, qual tratamento é indicado?

- A. Desmopressina. ✓**
- B. Restrição hídrica.
- C. Diurético.

D. Levotiroxina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliúria com noctúria iniciada após traumatismo cranioencefálico, com hipernatremia (146), osmolalidade plasmática ALTA (304) e urina inapropriadamente diluída (75 mOsm/kg): diabetes insipidus central por lesão hipotálamo-hipofisária. O tratamento é reposição com desmopressina. Restrição hídrica (B) e conduta de SIADH, o oposto (hiponatremia com urina concentrada); diurético (C) agravaria a perda; levotiroxina (D) não se justifica com T4 livre normal. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Mulher, 56 anos, diabética há 8 anos e em tratamento com insulina, está internada para realização de colecistectomia. Você é chamado para avaliar a paciente por ela apresentar sudorese e tremores em mãos e estar agitada. Exame físico: bom estado geral, consciente, orientada, com palidez cutâneo mucosa. FC: 112 bpm. PA: 140 x 80 mmHg. Glicosimetria capilar: 46mg/dL. Qual é a conduta preconizada?

- A. Oferecer sanduíche.
- B. Glicose 5% endovenosa.
- C. Glicose 50% endovenosa.
- D. 300 mL de suco de laranja. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipoglicemia sintomática (46 mg/dL) em paciente CONSCIENTE, orientada e capaz de deglutir: corrige-se pela via oral com 15 a 20 g de carboidrato de ABSORÇÃO RÁPIDA - e 300 mL de suco de laranja cumprem exatamente esse papel, com reavaliação da glicemia em 15 minutos. Sanduíche (A) traz carboidrato complexo, gordura e proteína, que retardam a absorção e não servem para a correção aguda. Glicose 50% (C) fica para quem está inconsciente, convulsionando ou sem via oral; glicose 5% (B) tem concentração insuficiente para reverter a crise. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Mulher, 28 anos, procura atendimento médico após seu irmão receber o diagnóstico de hepatite B. Assintomática. Exames laboratoriais: HBsAg negativo; anti HBc IgG positivo HBeAg negativo; anti-HBs positivo; anti HBe positivo. Como devemos interpretar estes resultados?

- A. Cura funcional da hepatite B. ✓**
- B. Infecção crônica pelo vírus B.
- C. Vacinação prévia para hepatite B.
- D. Imunotolerância ao vírus B.

COMENTÁRIO OSCELABS

A combinação HBsAg negativo + anti-HBc IgG POSITIVO + anti-HBs positivo indica contato prévio com o vírus com clearance do antígeno de superfície e soroconversão - infecção passada resolvida (cura funcional), sem necessidade de tratamento ou de vacina. Infecção crônica (B) exigiria HBsAg positivo por mais de 6 meses. Vacinação (C) daria anti-HBs isolado, com anti-HBc NEGATIVO - esse é o detalhe que separa as duas situações. Imunotolerância (D) cursa com HBsAg e HBeAg positivos. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Homem, 66 anos, com diarreia há 5 dias. Relata 10 a 12 evacuações ao dia, com fezes líquidas, em pequeno volume, que após dois dias passaram a ser mucossanguinolentas, e acompanhadas de tenesmo. Ademais, refere dor abdominal difusa, em cólica, de intensidade moderada e sem alívio com a evacuação, febre não aferida e náuseas. Exame: abdome com ruídos hidroaéreos hiperativos, doloroso à palpação difusamente, sem descompressão brusca. Qual mecanismo mais provável associado à diarreia?

A. Inflamatório. ✓

B. Cismótico.

C. Motor.

D. Secretor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Evacuações numerosas de PEQUENO volume, mucossanguinolentas, com tenesmo, febre e dor abdominal: é disenteria, marcador de invasão e lesão da mucosa colônica - mecanismo INFLAMATÓRIO (exsudativo). Diarreia secretora (D) é aquosa, volumosa e persiste no jejum; osmótica (B) cede com o jejum e não dá sangue; motora (C) não cursa com febre nem sangue. Perla: tenesmo e sangue apontam acometimento retal e colônico distal. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Homem, 74 anos, relata que há dois anos vem notando faixa esbranquiçada no olho. Ao exame: presença de arco opaco esbranquiçado na junção esclerocorneal, na periferia da íris bilateral (Figura). Qual a conduta mais adequada em relação à alteração ocular mostrada?

A. Não prosseguir com investigação. ✓

B. Avaliação com lâmpada de fenda.

C. Realização de topografia corneana.

D. Prescrição de lágrima artificial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Arco opaco esbranquiçado na junção esclerocorneana, bilateral, em homem de 74 anos: é o arco senil (gerontoxon), depósito lipídico peri-corneano sem significado patológico nessa faixa etária e sem repercussão visual. Não há o que investigar ou tratar. Lâmpada de fenda (B) e topografia (C) não mudam conduta; lágrima artificial (D) trata olho seco, não referido. Perla: o arco corneano só exige investigação de dislipidemia quando aparece ANTES dos 45 anos. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Homem, 39 anos, apresenta distensão abdominal e não evacua há 48 horas. Realizada tomografia computadorizada de abdome com achado de massa de 11 x 8 cm nos maiores diâmetros e sinais de compressão intestinal. Exames laboratoriais: Hemograma: Hb: 8,4 g/dL, HE 25%, VCM: 98 L, leucócitos: 14.000/mm³, plaquetas: 56.000/mm³ (esfregaço do sangue periférico mostrado na Figura); LDH: 3.236 U/L (VR < 230). ácido úrico: 13 mg/dL (VR < 6,0). Qual alteração eletrolítica é mais provável?

A. Hiponatremia.

B. Hiperfosfatemia. ✓

C. Hipercalemia.

D. Hipocalemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa volumosa com LDH de 3.236, ácido urico de 13, anemia e plaquetopenia em jovem: linfoma de alto grau com síndrome de LISE TUMORAL. A destruição celular maciça libera conteúdo intracelular - potássio, fósforo e ácido urico -, produzindo hipercalemia e HIPERFOSFATEMIA. O fósforo em excesso se precipita com o cálcio, gerando HIPOcalcemia, o que exclui a alternativa C. Hiponatremia (A) e hipocalcemia (D) não fazem parte da síndrome. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Mulher, 18 anos, procura atendimento médico devido a febre e dor de garganta há 2 dias. Teve reação anafilática aos 10 anos após uso de penicilina benzatina. Exame físico: edema e exsudato puntiforme nas tonsilas palatinas, associados a petéquias no palato. Dois linfonodos palpáveis e dolorosos em cadeia submandibular à direita com cerca de 2 cm de diâmetro. Qual é o tratamento mais adequado?

- A. Cefuroxima.
- B. Ampicilina.
- C. Azitromicina. ✓**
- D. Amoxicilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Faringoamigdalite com exsudato, petequias em palato e adenomegalia cervical dolorosa: quadro estreptococcico, cujo tratamento padrão seria penicilina/amoxicilina. Como houve ANAFILAXIA a penicilina, todos os betalactâmicos estão proibidos - o que elimina ampicilina (B), amoxicilina (D) e também a cefalosporina (A), pelo risco de reação cruzada em alergia grave. Resta o macrolídeo. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Homem, 17 anos, com adenomegalia, perda de peso e febre há 1 mês. Exame físico: linfonodos palpáveis em cadeias cervicais, axilares e inguinais, com 2 a 3 cm de diâmetro. Abdome: indolor, fígado e baço palpáveis. Ap. respiratório e cardiovascular sem alterações. Radiografia da admissão hospitalar é mostrada na figura A. Nova radiografia, após 20 dias de internação, é mostrada na figura B. Foram realizadas biópsia de linfonodo cervical e toracocentese diagnóstica. Líquido pleural: aspecto turvo e esbranquiçado; leucócitos: 4363 células/mm³ (VR < 200) (35% de 63% linfócitos); pH: 7.44; LDH: 138 L; proteínas totais: 4,29 g/dL; colesterol total: 54,1 mg/dL; triglicérides: 143 mg/dL. Relação proteína líquido pleural/sangue = 0,58; relação LDH líquido pleural/sangue = 0.53. Qual é o mecanismo fisiopatológico mais provável para a ocorrência de derrame pleural?

- A. Inflamação da pleura.
- B. Obstrução de drenagem linfática. ✓**
- C. Redução da pressão oncótica.
- D. Aumento na pressão hidrostática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfoma com massa mediastinal e derrame pleural de aspecto TURVO E LEITOSO, com triglicéridos de 143 mg/dL (acima do corte de 110): e quilotorax. O mecanismo é a obstrução/infiltração do ducto torácico e da drenagem linfática pela massa tumoral. Inflamação pleural (A) daria exsudato purulento ou seroso, não leitoso; redução da pressão oncótica (C) e aumento da hidrostática (D) geram TRANSUDATO claro, incompatível com a relação de proteínas de 0,58. Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Homem, 55 anos, teve infecção de vias aéreas superiores há 3 semanas, com melhora após uso de anti-inflamatório não esteroidal por 10 dias. Refere adinamia, redução do volume de diurese e edema de membros inferiores, progressivo, há 1 semana. Exame físico: PA= 140 x 90 mmHg, FC = 100 bpm. Ausculta: bulhas cardíacas rítmicas e hiperfonéticas, sem sopro: murmúrio vesicular presente, com crepitações em bases pulmonares. Exames laboratoriais Cr 3,0 mg/dL, Ur: 100mg/dL, Na: 140 mEq/L, K: 4,0 mEq/L, Ca: 7,5 mg/dL, albumina: 1,8 mg/ dL e dosagens de complemento C3 e C4 normais; urina rotina densidade: 1020, hemácias: 2/campo, leucócitos: 2/campo, proteínas: 500 mg/dL, lipídeos: 3+. Qual a hipótese mais provável?

A. Glomerulonefrite aguda pós infecciosa.

B. Nefrite intersticial aguda.

C. Glomerulopatia por lesões mínimas. ✓

D. Nefropatia por IgA.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica de instalação rápida (albumina 1,8, proteinúria maciça, lipidúria) após uso prolongado de anti-inflamatório não esteroidal, com complemento NORMAL, sedimento urinário inativo (sem hematuria dismórfica) e lesão renal aguda: é a associação clássica de doença por lesões mínimas com nefrite intersticial induzida por AINE. GNPE (A) cursaria com C3 BAIXO e hematuria; nefrite intersticial pura (B) não gera proteinúria nefrótica; nefropatia por IgA (D) da hematuria sinfaringítica. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Homem, 55 anos, hipertenso em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e atenolol 50 mg 2x ao dia, refere edema de membros inferiores e redução do volume de diurese há 30 dias. Submetido a biópsia renal, cujos achados foram compatíveis com nefropatia por IgA. Exame físico: PA: 110 x 70 mmHg. FC: 65 bpm. Ausculta respiratória com crepitações em terço inferior bilateral. Edema de membros inferiores 3+/4+. Exames laboratoriais: Cr: 1,5 mg/d (taxa de filtração glomerular estimada: 45 mL/min/1.73 m²); Ur: 85 mg/dL, K: 5.0 mg/dL; urina rotina densidade: 1018, proteínas: 300 mg/dL, hemácias: 10/campo. Proteinúria de 24 h: 900 mg (volume urinário de 1000 mL). Qual medicação deve ser associada ao tratamento?

A. Micofenolato mofetil.

B. Ciclosporina.

C. Prednisona.

D. Losartana. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nefropatia por IgA com proteinúria persistente (900 mg/24 h), hipertensão e queda da filtração glomerular: a base do tratamento é o bloqueio do sistema renina-angiotensina com IECA ou BRA, que reduz pressão intraglomerular, proteinúria e progressão - o paciente sequer usa essa classe ainda. Prednisona (C) só entra se a proteinúria permanecer acima de 1 g/dia APOS otimização com bloqueio do SRAA; micofenolato (A) e ciclosporina (B) não são terapia inicial. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito A

Homem, 41 anos, trabalhador rural, hipertenso em uso irregular de anti-hipertensivos. Foi admitido em hospital com queixa de dispneia, ortopneia, edema de membros inferiores e palpitações há 1 mês além de oligúria há 2 dias. Feito o diagnóstico inicial de insuficiência cardíaca e tratado com furosemida e vasodilatadores, sem melhora do quadro. História de consumo prévio de 95 g de etanol/dia por 15 anos; parou há 4 meses, no decorrer dos quais perdeu 10 Kg. Exame físico: consciente, afebril, PA 130/75 mmHg, FC: 121 bpm, estase jugular, edema depressível generalizado, pulsos amplos extremidades quentes, sem nistagmo ou ataxia. Exames complementares revelam: derrame pleural bilateral, acidose láctica, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 77% (aferida por ecocardiograma). Qual a etiologia mais provável da insuficiência cardíaca?

A. Deficiência de tiamina. ✓

B. Miocardite viral.

C. Miocardiopatia alcoólica.

D. Cardiopatia hipertensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência cardíaca de ALTO DEBITO - extremidades quentes, pulsos amplos, taquicardia, fração de ejeção preservada (77%) - com acidose láctica, em etilista crônico desnutrido e refratário a diurético e vasodilatador: beriberi úmido, por deficiência de tiamina (shoshin). Miocardiopatia alcoólica (C) e miocardite (B) cursam com FE REDUZIDA e baixo débito; cardiopatia hipertensiva (D) não explica a acidose láctica nem a refratariedade. O tratamento é tiamina parenteral, com resposta dramática. Resposta A.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Mulher, 67 anos, previamente hígida, internada por dispneia súbita, hemoptise e dor torácica há 1 hora. Tromboembolismo pulmonar foi confirmado por angiotomografia de tórax, sendo iniciada anticoagulação plena com enoxaparina. A dispneia passou a ser discreta, aos esforços. No terceiro dia de internação apresentou-se em REG, descorada (+/4+), consciente. Murmúrio vesicular simétrico, sem ruídos adventícios FR: 30 ipm. Ritmo cardíaco regular, FC: 128 bpm. PA: 60 x 30 mmHg, má perfusão distal. Sem sinais neurológicos focais. Eletrocardiograma abaixo:

A. Realizar cinecoronariografia.

B. Controle de frequência cardíaca.

C. Trombólise com alteplase. ✓

D. Repetir angiotomografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com tromboembolismo pulmonar já anticoagulada que evolui no 3º dia com hipotensão grave (60x30), taquicardia e má perfusão: é TEP maciço com instabilidade hemodinâmica - ou recorrência sob anticoagulação. A conduta é trombólise sistêmica com alteplase (ou embolectomia, se contraindicada). Repetir a angiotomografia (D) atrasa o tratamento de um diagnóstico já firmado; controle de frequência (B) não trata a causa; cinecoronariografia (A) não tem indicação. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Mulher, 41 anos, refere dispneia progressiva há 1 ano, atualmente ao andar 50 metros. Há 8 meses notou edema de membros inferiores. Refere que as mãos ficam arroxeadas e em seguida esbranquiçadas, quando em contato com água gelada, e diz ter disfagia com engasgos há 3 anos. Exame físico: BEG, corada, hidratada, elasticidade da pele reduzida em membros e face. com diminuição da abertura oral. Murmúrio vesicular presente, simétrico, sem ruídos adventícios FR: 26 ipm. Sat O2: 87% em ar ambiente. Ritmo cardíaco regular com hiperfonese de B2. FC: 98 bpm. PA: 110 x 60 mmHg. Estase jugular a 45 graus. Qual sintoma adicional seria mais compatível?

A. Síncope. ✓

B. Ortopneia.

C. Hemoptise.

D. Chiado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Esclerose sistêmica (Raynaud, esclerodactilia, microstomia, disfagia) com dispneia progressiva, hipoxemia importante, HIPERFONESE DE B2 e estase jugular, mas com ausculta pulmonar LIMPA: e hipertensão arterial pulmonar, não doença intersticial nem congestão esquerda. O sintoma mais compatível é a síncope de esforço, por incapacidade de aumentar o débito do ventrículo direito. Ortopneia (B) sugere congestão esquerda; hemoptise (C) e chiado (D) apontam outras causas. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Mulher, 52 anos, refere dor e rigidez em região lombar pela manhã há 1 ano. Ambos os sintomas são aliviados, parcialmente após horas e atividade ou uso de AINEs. Refere dor em calcanhares há 3 meses. Nega doenças e tratamentos. Exame físico: bom estado geral, corada; sem lesões cutâneas; unhas: onicólise e mancha de óleo nos pés; teste de Patrick positivo à esquerda. Os pés são mostrados na foto abaixo: Qual diagnóstico é mais provável?

A. Gota tofácea crônica.

B. Artrite psoriásica. ✓

C. Artrite reumatoide.

D. Espondilite anquilosante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia INFLAMATORIA (rigidez matinal, melhora com atividade), entesite de calcâneo, sacroileite (Patrick positivo) e - o achado que decide - onicolise com mancha de óleo nas unhas: artrite psoríase, que pode preceder ou dispensar a lesão cutânea típica. Espondilite anquilosante (D) não explica a alteração ungueal; artrite reumatoide (C) poupa esqueleto axial e não da entesite; gota tofácea (A) cursa com crises agudas e tofos, ausentes. Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Mulher, 52 anos, há três anos apresenta arroxamento, formigamento e queimação em dedos das mãos ao contato com superfícies ou ambientes frios. Refere disfagia para alimentos sólidos, com frequente queimação retroesternal pós alimentar. Exame físico: bom estado geral; redução da elasticidade da pele em dorso das mãos; murmúrio vesicular bem distribuído, com estertores em velcro nas bases pulmonares. Teste de contato com gelo resultou na imagem abaixo: Qual medicação está indicada para a alteração mostrada na imagem?

A. Metotrexato.

B. Nifedipino. ✓

C. Varfarina.

D. Prednisona.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste de contato com gelo reproduziu o fenômeno de Raynaud - vasoespasmo digital com mudança de coloração - no contexto de esclerose sistêmica. O tratamento de escolha para o VASOESPASMO é o bloqueador de canal de cálcio di-hidropiridínico, como o nifedipino (alternativas: inibidor de PDE-5, bosentana). Metotrexato (A) atua no acometimento cutâneo/articular; prednisona (D) não trata Raynaud e em dose alta precipita crise renal esclerodérmica; varfarina (C) não tem papel em vasoespasmo. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Homem de 65 anos de idade, diabético, apresenta-se no pronto-socorro com uma úlcera na região plantar do pé esquerdo há 6 semanas. Sem febre, com sinais vitais estáveis e com contagem de leucócitos de 9000 cels/mm³. A radiografia simples do pé demonstra destruição óssea significativa do primeiro e do segundo metatarsos distais. Ao exame, há uma ferida aberta de 3 x 4 cm sobre o antepé, com eritema circundante moderado menor que 0,5 cm. Pulsos distais ausentes, a pele do pé é brilhante e há perda dos fâneros até a metade da perna. O ultrassom mostra uma coleção discreta de fluido plantar sobre a primeira e a segunda cabeça do metatarso. O índice tornozelo braço (ITB) do lado esquerdo é 0,5. Foi internado e prescrito antibiótico endovenoso. Qual das alternativas a seguir descreve a melhor sequência de manejo cirúrgico para este paciente?

- A. Revascularização e posterior desbridamento. ✓**
- B. Desbridamento e curativo com pressão negativa.
- C. Desbridamento e oxigenioterapia hiperbárica.
- D. Amputação do primeiro e segundo raio e posterior revascularização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pe diabético com úlcera crônica, destruição óssea (osteomielite) e, sobretudo, ISQUEMIA significativa: pulsos ausentes, pele brilhante, perda de fâneros e ITB de 0,5. Sem fluxo arterial adequado nenhum desbridamento cicatriza - por isso a revascularização precede o tratamento cirúrgico da ferida. Desbridar isoladamente (B) ou apostar em câmara hiperbárica (C) em membro isquêmico leva a falha e progressão; amputar antes de revascularizar (D) inverte a lógica e amplia a perda tecidual. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito C

As figuras abaixo mostram os achados radiológicos de dois pacientes masculinos, Paciente 1 e Paciente 2, atendidos no serviço médico de urgência com história de dor súbita de forte intensidade em região anterior do tórax. Ambos têm 65 anos de idade e são hipertensos de longa data. Ambos receberam beta bloqueador e analgésico opioide na admissão e estão hemodinamicamente estáveis. Após medicados, a pressão arterial de ambos é de 130/80 mmHg, a frequência cardíaca de 56 bpm, ambos apresentaram redução significativa da dor e não apresentaram intercorrências. Das alternativas abaixo, qual mostra a conduta mais adequada para cada paciente?

- A. O Paciente 2 deve ser submetido a tratamento medicamentoso
- B. O Paciente 1 deve ser submetido a tratamento endovascular imediato.
- C. Paciente 1 deve ser submetido a tratamento medicamentoso. ✓**
- D. O Paciente 2 deve ser submetido a tratamento endovascular imediato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome aórtica aguda: o tratamento depende do segmento acometido. Dissecção que poupa a aorta ascendente (tipo B de Stanford), em paciente ESTÁVEL, sem dor refratária, sem má perfusão e já controlado com betabloqueador e opioide, e de tratamento CLÍNICO - controle rigoroso de frequência e pressão. Já o acometimento da aorta ascendente (tipo A) e emergência CIRÚRGICA aberta, e não endovascular (B e D). Resposta C.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Homem de 66 anos, diabético, portador de coronariopatia obstrutiva e doença arterial obstrutiva periférica, ambas ateroscleróticas, creatinina de 1,4 mg/dl, fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 30%, com 22% de miocárdio isquêmico pela cintilografia, com lesão de 55% de tronco de artéria coronária esquerda e obstruções maiores que 70% em ramo marginal a Sociedade Canadense de Cardiologia. Qual alternativa aponta para a conduta que tem maior probabilidade de oferecer maior sobrevida da circunflexa, descendente anterior proximal, segundo ramo diagonal e porção distal da coronária direita que é dominante. O Syntax Score I é de 38. Apresenta angina classe III segundo a Sociedade Canadense de Cardiologia. Qual alternativa aponta para a conduta que tem maior probabilidade de oferecer maior sobrevida em 4 anos?

A. Cirurgia de revascularização do miocárdio. ✓

B. Tratamento paliativo.

C. Tratamento medicamentoso otimizado apenas.

D. Intervenção Coronária Percutânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão de tronco de coronária esquerda com doença multiarterial, SYNTAX Score alto (38), diabetes e disfunção ventricular grave (FE 30%) com isquemia extensa: e o cenário em que a cirurgia de revascularização do miocárdio comprovadamente oferece maior sobrevida do que a angioplastia (D), cujo benefício se restringe a SYNTAX baixo. Tratamento clínico isolado (C) não controla angina classe III com 22% de miocárdio isquêmico; paliativo (B) é inadequado em paciente revascularizável. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Mulher de 32 anos, admitida com dor no andar superior do abdome há 12 horas. Achados físicos: icterícia +/4+, temperatura de 37 °C, frequências respiratória e cardíaca de 20 incursões e 100 batimentos por minuto, respectivamente, distensão e dor abdominal no andar superior à palpação superficial e profunda. Achados laboratoriais: Glóbulos brancos: 16.000/ml (valor de referência de 4.000 a 10.000/ml), amilase de 1.200 U/dl (valor de referência até 125 U/L), bilirrubinas totais e direta de 4,6 e 3,2 mg/dl (valor de referência de até 1,10 e 0,30 mg/dL, respectivamente). As imagens foram obtidas durante o tratamento cirúrgico realizado após uma semana da admissão. Dentre os cálculos observados, as manifestações clínicas e laboratoriais e os achados radiológicos estão associadas, provavelmente, ao:

A. 3

B. 4

C. 1

D. 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor no andar superior do abdome, icterícia com predomínio de bilirrubina DIRETA, leucocitose e amilase dez vezes o normal: colelitíase que migrou e obstruiu a via biliar principal, causando ao mesmo tempo colestase e pancreatite biliar. Entre os calculos identificados na exploracao, o responsavel pelo quadro e o impactado no coledoco distal/papila - o unico capaz de obstruir simultaneamente o fluxo biliar e o ducto pancreatico. Calculos apenas na vesicula nao produziram ictericia nem hiperamilasemia. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Homem, 20 anos, vítima de acidente automobilístico em rodovia há 40 minutos, com trauma de crânio evidente, trazido pelo SAMU; chega à sala de trauma de um hospital terciário com intubação traqueal em razão do rebaixamento do nível de consciência. A equipe de atendimento pré-hospitalar informou que o paciente apresentava sinais de choque hipovolêmico e infundiu até a chegada ao hospital 1 litro de solução cristaloide. Exame físico: saturação de O₂ = 95%, FC= 140 bpm, PA = 80 x 60 mmHg, ECG = 3. Qual a melhor forma de tratar o choque hemorrágico deste paciente?

A. Infundir hemácias e plasma fresco em proporções altas, sem necessidade de aguardar exames laboratoriais e buscar foco de sangramento. ✓

- B. Infundir 1 litro de cristaloide, aguardar exames laboratoriais para iniciar transfusão hemácias e buscar foco de sangramento.
- C. Infundir 1 litro de cristaloide, realizar hipotensão permissiva, iniciar transfusão de hemácias e buscar foco de sangramento.
- D. Infundir hemácias, realizar hipotensão permissiva, aguardar exames laboratoriais para infundir plasma fresco e buscar foco de sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado com choque hemorragico persistente apos 1 litro de cristaloide (FC 140, PA 80x60) e nao respondedor: aciona-se o protocolo de transfusao macica, com hemacias, plasma e plaquetas em proporcao equilibrada (1:1:1), SEM aguardar exames, enquanto se busca e controla o foco de sangramento. Insistir em cristaloide (B e C) agrava a coagulopatia dilucional e a triade letal; aguardar laboratorio (D) perde tempo. Atencao: hipotensao permissiva e proscrita no traumatismo cranioencefalico grave, como neste paciente. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Paciente de 76 anos, previamente hipertensa, é admitida no pronto atendimento com história de crise convulsiva inédita há 2 horas. Familiares negam episódios prévios, assim como referem que a crise convulsiva foi autolimitada, com ocorrência de liberação esfínteriana e abalos musculares tônico clônicos. Ao exame: confusa e sonolenta (Glasgow 13), pupilas isocóricas e bradirrêagentes e hemiparesia dimidiada à esquerda. Solicitada tomografia computadorizada de crânio sem e com administração de contraste endovenoso (vide figuras A e B, respectivamente). Tomografia computadorizada de crânio sem e com contraste Qual o diagnóstico mais provável?

A. Acidente vascular cerebral isquêmico.

B. Glioblastoma. ✓

C. Hemorragia intraparenquimatosa.

D. Meningioma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com crise convulsiva inedita, déficit focal (hemiparesia) e rebaixamento, cuja tomografia so revela plenamente a lesão APOS o contraste - ou seja, lesão expansiva intra-axial com realce e edema perilesional: glioblastoma. AVC isquêmico (A) não realça dessa forma na fase aguda e teria instalação subita sem efeito de massa inicial; hemorragia (C) e hiperdensa espontaneamente, sem precisar de contraste; meningioma (D) e extra-axial, de base dural e realce homogêneo, raramente com esse edema. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Criança de 1 mês de idade, nascida de parto cesáreo sem intercorrências, com quadro de irritabilidade e baixo ganho de peso. A mãe teve diagnóstico de toxoplasmose confirmado durante a gestação. Ao exame físico, encontra-se desperto e reativo, com peso de 2400 g e perímetro craniano de 42 cm; fontanelas abauladas, com mobilidade ocular normal. Seu exame de ultrassonografia de crânio transfontanelar encontra-se abaixo. Qual a melhor conduta terapêutica?

- A. Terceiroventriculocisternostomia endoscópica.
- B. Acetazolamida oral.
- C. Punção lombar de alívio.

D. Derivação ventrículo peritoneal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com toxoplasmose congênita apresentando macrocrania (PC 42 cm ao mês), fontanela ABAULADA e irritabilidade: hidrocefalia hipertensiva por obstrução inflamatória/aqueducal - situação clássica da doença. O tratamento definitivo é a derivação ventrículo-peritoneal. A terceiroventriculocisternostomia (A) tem baixa eficácia em lactente pequeno e em hidrocefalia pós-inflamatória; acetazolamida (B) tem efeito temporário e limitado; punção lombar (C) é perigosa na hidrocefalia obstrutiva. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Paciente de 23 anos, previamente hígida, é trazida ao pronto-socorro devido queixa de cefaleia súbita e de forte intensidade. Familiares negam perda de consciência, assim como negam episódios prévios semelhantes. Ao exame: sonolenta e confusa (Glasgow 13), pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits neurológicos focais, apresentando rigidez de nuca (+2/+4), afebril e estável hemodinamicamente. Qual a medida inicial indicada?

A. Tomografia computadorizada de crânio. ✓

- B. Punção lombar diagnóstica.
- C. Administração de solução salina hipertônica 3%.
- D. Intubação orotraqueal seguida por hiperventilação controlada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia SUBITA e de forte intensidade (thunderclap) com rebaixamento e rigidez de nuca em jovem: hemorragia subaracnoideia até prova em contrário. A primeira medida é sempre tomografia de crânio sem contraste, com sensibilidade próxima de 100% nas primeiras 6 horas. Punção lombar (B) só entra se a TC for normal e a suspeita persistir - e nunca antes de excluir efeito de massa. Salina hipertônica (C) e hiperventilação (D) tratam hipertensão intracraniana estabelecida, sem indicação neste momento. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Em uma avaliação médica de rotina de puericultura, notou-se em menino 2 anos de idade ausência do testículo esquerdo na bolsa. Já ao nascer o pediatra orientou os pais que até os dois anos o testículo poderia descer espontaneamente. O paciente encontra-se saudável e o exame físico geral não apresenta alterações. O testículo direito é tópico e normotrófico. Qual a próxima medida diagnóstica a ser tomada?

A. Descartar testículo retrátil. ✓

B. Solicitar ressonância magnética de abdome e pelve.

C. Solicitar US abdominal.

D. Prescrever gonadotrofina coriônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antes de rotular criptorquidia e programar cirurgia, é obrigatório afastar TESTÍCULO RETRÁTIL - situação benigna em que o reflexo cremasterico eleva a gonada, mas ela desce e permanece na bolsa a manobra adequada (paciente aquecido, posição de coca-cola). Trata-se de diagnóstico clínico. Exames de imagem (B e C) tem baixa acurácia para testículo não palpável e não mudam a conduta; gonadotrofina (D) foi abandonada pela baixa eficácia. Perla: criptorquidia verdadeira tem orquidopexia indicada até 1-2 anos. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Homem, 25 anos, vítima de queda de moto, trazido pelo SAMU, é admitido na sala de trauma de um hospital referência, confuso e com dor abdominal. Exame físico: saturação de O₂ = 94%. FC = 130 bpm, PA = 90 x 60 mmHg, Escala de Coma de Glasgow = 14. Após reanimação volêmica com 1L de solução cristaloide e infusão de dois concentrados de hemácias e um PFC, passou a apresentar FC = 105 bpm e PA = 100 x 70 mmHg. Realizou tomografia computadorizada de corpo inteiro, que evidenciou lesão hepática grau V com blush e volumoso hemoperitônio. Qual a conduta mais adequada?

A. Manter paciente em observação na sala de trauma nas primeiras 24 horas.

B. Encaminhar paciente para tratamento não cirúrgico em leito

C. Encaminhar paciente para tratamento cirúrgico.

D. Encaminhar paciente para a embolização. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma hepático grau V com BLUSH ativo na tomografia, em paciente que RESPONDEU a reanimação e estabilizou (FC 105, PA 100x70): e o cenário ideal para tratamento não operatorio com angioembolização, que controla o sangramento arterial preservando o fígado. Simples observação (A e B) ignora o extravasamento ativo de contraste; laparotomia (C) fica reservada ao instável/não respondedor - operar o estável aumenta morbidade e taxa de hepatectomia. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Mulher de 70 anos, com dor abdominal inicialmente no andar inferior do abdome que migrou para hemi abdome direito e, principalmente, na fossa ilíaca direita associada a cerca de 5 evacuações diárias sem sangue ou muco há 15 dias. Há 12 dias, em serviço externo, iniciou tratamento para infecção do trato urinário com antibiótico. Houve discreta melhora e foi submetida a exame de imagem que motivou o encaminhamento para hospital terciário. Na admissão estava consciente e orientada, desidratada +/4+, frequências, cardíaca de 78. batimentos por minuto e respiratória de 18 incursões por minuto e saturação de oxigênio de 95%. O abdome era globoso, distendido, com ruídos hidroaéreos hipoativos, massa palpável e dolorosa no hemi abdome direito e com reação de defesa à palpação de fossa ilíaca direita. A tomografia revelou volumosa coleção parcialmente delimitada com focos gasosos com extensão para o músculo iliopsoas, a cavidade e a parede abdominal, com provável fecalito no interior. Em adição às medidas de correção das alterações sistêmicas e antibioticoterapia, qual a abordagem a ser adotada?

A. Drenagem percutânea. ✓

B. Laparotomia exploradora.

C. Drenagem ecoendoscópica

D. Laparoscopia exploradora.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro arrastado de apendicite bloqueada: massa palpável em fossa ilíaca direita e tomografia com volumosa coleção com focos gasosos e fecalito - abscesso periapendicular. Em paciente estável, a conduta moderna e antibioticoterapia associada a DRENAGEM PERCUTÂNEA guiada por imagem, deixando a apendicectomia para depois (de intervalo) ou dispensando-a. Abordagem cirúrgica imediata (B e D) em plastrão inflamatório tem alta morbidade, risco de fístula e de ressecões ampliadas. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Mulher, 20 anos, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax esquerdo, na altura do 3º EIC junto à linha axilar anterior; chega dispneica à sala de trauma com saturação de O₂ = 88%. O tórax foi drenado com dreno tubular e sistema coletor selo d'água. A saturação após a drenagem pleural = 90%. Realizado RX de tórax ainda na sala de trauma que mostra dreno bem posicionado com pneumotórax persistente, apesar do coletor borbulhar bastante. Qual a próxima conduta?

A. Colocar um segundo dreno de tórax. ✓

B. Tomografia computadorizada de tórax.

C. Broncoscopia de urgência.

D. Trocar o dreno de tórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

Apos drenagem torácica bem posicionada, a persistência do pneumotorax com BORBULHAMENTO INTENSO e contínuo no selo d'água indica escape aéreo maior que a capacidade de um único dreno. A conduta imediata em paciente ainda hipoxêmico e acrescentar um segundo dreno para expandir o pulmão. Trocar o dreno (D) não resolve, pois ele funciona; tomografia (B) não se faz com pneumotorax não resolvido; broncoscopia (C) investigaria lesão traqueobronquial, mas só depois de estabilizada a drenagem. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Mulher de 50 anos procura cirurgião plástico preocupada com lesão papular hipercrômica na face, com cerca de 2 mm de espessura, simétrica, bordos regulares, coloração homogênea, diâmetro de 5 mm e crescimento lento. Qual a melhor conduta?

A. Exérese com margem de 5 mm e pesquisa do linfonodo sentinela cervical.

B. Eletrocauterização.

C. Crioterapia.

D. Exérese com margem de 2 mm e exame anatomopatológico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão papular pigmentada SIMETRICA, de bordos regulares, cor homogênea, 5 mm e crescimento lento tem todos os critérios ABCDE favoráveis a benignidade, mas nenhuma característica clínica dispensa a confirmação histológica de lesão pigmentada em excisão. Faz-se excisão com margem estreita (2 mm) e exame anatomopatológico. Margem de 5 mm com linfonodo sentinela (A) e conduta de melanoma já diagnosticado; eletrocauterização (B) e crioterapia (C) destroem a lesão e inviabilizam o diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Homem de 36 anos, 100 kg, foi vítima de queimaduras por combustão de álcool ao acender churrasqueira. Após 2 horas, foi admitido no pronto-socorro de hospital terciário, trazido pelo SAMU, tendo recebido no transporte 1.000 ml de solução de ringer lactato. Ao exame: consciente e orientado, Glasgow 15. saturação de oxigênio em ar ambiente de 95%, ventilação com murmúrio vesicular presente e simétrico, frequência respiratória de 18 ipm, frequência cardíaca de 86 bpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg, queimaduras de segundo e terceiro grau em metade do tronco posterior e todo membro inferior direito. De acordo com a 10ª edição do ATLS, como deve ser realizada a reposição volêmica deste paciente nas próximas horas?

A. 2.700 ml de solução cristaloide nas próximas 6 horas.

B. 2.700 ml de solução cristaloide nas próximas 8 horas.

C. 1.700 ml de solução cristaloide nas próximas 6 horas. ✓

D. 1.700 ml de solução cristaloide nas próximas 8 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Superfície queimada: metade do tronco posterior (9%) + todo o membro inferior direito (18%) = 27%. Pelo ATLS 10ª edição, a fórmula é $2 \text{ mL} \times \text{peso} \times \% \text{SCQ} = 2 \times 100 \times 27 = 5.400 \text{ mL}$ em 24 h, sendo METADE (2.700 mL) nas primeiras 8 horas contadas do TRAUMA. Ele já recebeu 1.000 mL e já se passaram 2 horas: restam 1.700 mL a infundir nas 6 horas seguintes. As demais alternativas erram por ignorar o volume já administrado ou o tempo decorrido. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Homem de 32 anos, sem comorbidades prévias, queixa-se de lombalgia de início súbito com irradiação para membro inferior esquerdo há 7 dias, contínua, melhora parcial com analgésicos. Ao exame físico, além de dor no membro citado (principalmente quando elevado em posição reta acima de 40 graus), apresenta outra nítida alteração semiológica ipsilateral. Realizou o exame de ressonância magnética em anexo. Qual a alteração vista no exame neurológico?

A. Hipoestesia na face posterior da coxa.

B. Paresia da extensão do hálux. ✓

C. Pé caído.

D. Hiporreflexia do aquileu.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombociatalgia com Lasegue positivo e hernia discal na ressonancia: o deficit motor identifica a raiz. A extensao do halux (extensor longo do halux) e funcao de L5 - raiz comprometida na hernia L4-L5, a mais frequente. Hipoestesia da face posterior da coxa (A) e territorio de S1/S2; pe caído (C) e paralisia completa do fibular, achado mais avancado; hiporreflexia do aquileu (D) traduz lesao de S1, poupada aqui. Perola: o reflexo aquileu e S1; nao existe reflexo especifico de L5. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Menino, 6 meses de idade. Há 6 horas iniciou quadro de dor abdominal em cólica, intensa, com período de acalmia. Evoluiu com piora da dor apresentando episódios mais frequentes com as mesmas características e vômitos. Na ocasião da troca das fraldas, informante refere sangue e muco. Exame físico: estado geral preservado, sem dor na ocasião do exame. Hidratado, corado, eupneico, afebril. Abdome globoso, flácido, sem distensão. Sinal de Dance positivo. Imediatamente encaminhado para exame contrastado, enema opaco. Considerando o provável diagnóstico e a conduta (enema opaco) proposta, qual o resultado esperado?

- A. Identificação da zona de transição confirmando Hirschsprung.
- B. Melhora clínica da enterocolite pela descompressão.
- C. Confirmação diagnóstica de volvo intestinal.

D. Redução hidrostática do intussuscepto. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 6 meses com dor abdominal em colica intermitente, vomitos, fezes com sangue e muco (geleia de framboesa) e sinal de Dance: intussuscepcao intestinal, tipicamente ileocolica. O enema opaco (ou pneumoenema) tem dupla funcao - diagnostica e TERAPEUTICA, promovendo a reducao hidrostatica do intussuscepto em cerca de 80% dos casos. Zona de transicao (A) e achado de Hirschsprung; sinal do bico de passaro sugere volvo (C). Contraindicacao: peritonite ou perfuracao. Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Homem, 21 anos, vem a um serviço de pronto atendimento com queixa de dor no testículo direito, de início insidioso, com progressão há um dia, associada à disúria. Exame físico: hiperemia da bolsa escrotal, dor á palpação do testículo e endurecimento do epidídimo. Sinal de Prehn positivo. Qual a melhor conduta no pronto atendimento?

- A. Analgesia, colher urina I, urocultura e encaminhar paciente para serviço especializado de urologia.
- B. Encaminhar paciente para realizar ultrassonografia com Doppler e avaliar do fluxo sanguíneo testicular
- C. Analgesia e encaminhar paciente para exploração cirúrgica de emergência

D. Tratamento clínico com anti-inflamatório, antibioticoterapia empírica e reavaliação entre 7 e 10 dias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor testicular de inicio INSIDIOSO, progressiva, com disuria, endurecimento do epididimo e sinal de Prehn POSITIVO (alivio da dor com elevacao do testiculo): epididimite aguda, nao torcao. O tratamento e ambulatorial - anti-inflamatorio, analgesia e antibiotico empirico cobrindo clamidia e gonococo nessa faixa etaria, com reavaliacao. Exploracao cirurgica (C) e para torcao (dor subita, Prehn negativo, reflexo cremasterico ausente); Doppler (B) e encaminhamento (A) nao dispensam iniciar o tratamento. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Homem de 90 anos, com internação prolongada e imobilização por tratamento cirúrgico de fratura do colo do fêmur. Estava em antibioticoterapia para tratamento de pneumonia nosocomial e passou a apresentar parada de eliminação de flatos e fezes associada à distensão abdominal dolorosa. Ao exame, o estado geral era bom, entretanto o abdome era distendido, doloroso à palpação superficial, hipertimpânico e sem sinais de irritação peritoneal. A radiografia simples de abdome mostrou importante distensão gasosa de todo o cólon. Qual o provável diagnóstico e a melhor conduta indicada neste caso?

- A. Íleo metabólico; compensação dos distúrbios hidroeletrólíticos e dieta laxativa.
- B. Megacólon funcional; colectomia total com ileostomia temporária e sepultamento do reto.
- C. Pseudo obstrução colônica aguda; descompressão endoscópica do cólon. ✓**
- D. Volvo colônico; colonoscopia descompressiva e compensação dos distúrbios e hidroeletrólíticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso acamado, com fratura de fêmur, sepse tratada e uso de opioides, que desenvolve distensão colônica MACICA sem sinais de irritação peritoneal e sem ponto de obstrução mecânica: síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução colônica aguda). Depois das medidas conservadoras e da neostigmina, a descompressão colonoscópica e o passo indicado, pelo risco de perfuração cecal. Volvo (D) mostraria imagem em grau de café localizada; colectomia (B) e desproporcional; dieta laxativa (A) e inadequada no colo distendido. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Mulher de 54 anos com queixa de frialdade, cianose não fixa, parestesia e dor súbita em pé e perna direita há 8 horas. Possui de antecedentes uma prótese valvular aórtica mecânica com controle irregular da anticoagulação com Varfarina. Foi submetida a embolectomia de emergência para revascularização de membro inferior direito, bem-sucedida. Uma hora após do procedimento, já na recuperação, apresentou recrudescimento da dor no membro, edema de panturrilha e perda de pulsos que haviam sido restabelecidos com a cirurgia. Qual o provável diagnóstico?

- A. Síndrome compartimental. ✓**
- B. Flegmasia cerúlea dolens.
- C. Novo episódio embólico.
- D. Trombose arterial devido a lesão iatrogênica pelo cateter de Fogarty.

COMENTÁRIO OSCELABS

Membro isquêmico por 8 horas que é revascularizado com sucesso e, uma hora depois, volta a doer, com edema tenso de panturrilha e perda dos pulsos recém-restabelecidos: e síndrome compartimental por lesão de reperfusão - o edema muscular eleva a pressão no compartimento, colapsa a microcirculação e por fim oblitera o fluxo. A conduta é fasciotomia imediata. Novo embolo (C) ou trombose iatrogênica (D) não explicariam o edema tenso da panturrilha; flegmasia (B) e complicação de trombose venosa maciça. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Homem de 64 anos com quadro de perda acentuada de peso (20 kg em 6 meses), astenia e dor abdominal pós prandial. Possui hipertensão arterial sistêmica descontrolada e tabagismo ativo. Ao exame físico apresenta-se em regular estado geral, hipocorado e hidratado. Peso atual 47 kg, Abdome escavado sem dor à palpação no momento. Aorta abdominal palpável e pulsátil, porém endurecida. Sopro sistólico audível em mesogástrio sem alteração com a respiração. Pulsos em membros inferiores presentes e simétricos. Realizou tomografia de abdome abaixo: Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Síndrome do ligamento arqueado mediano.
- B. Neoplasia de cabeça de pâncreas.

C. Compressão duodenal por aneurisma de aorta abdominal.

D. Isquemia mesentérica crônica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal POS-PRANDIAL com perda ponderal acentuada (20 kg) e medo de comer, em tabagista hipertenso com aterosclerose evidente (aorta endurecida, sopro em mesogastrio): e a angina abdominal da isquemia mesenterica cronica, por estenose ateromatosa das arterias viscerais. Neoplasia de cabeça de pancreas (B) cursaria com ictericia progressiva indolor; ligamento arqueado (A) acomete jovens e da sopro que VARIA com a respiracao - aqui ele nao varia; o aneurisma (C) nao explicaria a dor pos-prandial. Resposta D.