



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2024 (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

Você está atendendo em uma unidade de saúde da família. Mãe traz criança de 8 meses de idade que há 3 dias vem apresentando episódios de febre (temperatura atingindo até 38,1 °C), adinamia e perda de apetite. Criança tem náuseas, mas não está tendo vômitos, está aceitando líquidos orais e conseguindo se alimentar, mesmo em menor quantidade que do costume. Não tem alterações do hábito intestinal. Sem outras queixas. Mãe relata que criança nunca havia ficado doente antes. Sem intercorrências no período pré-natal e durante o parto. Criança com vacinas em dia, com bom crescimento e desenvolvimento. Sem história de doenças frequentes na família. Ao exame físico criança está em bom estado geral, hidratada, pulmões limpos, FR: 40 ipm, ACV sem alterações, FC: 112 bpm, abdome sem alterações ao exame, pele sem alterações, exame neurológico sem alterações, boca, ouvidos e orofaringe sem alterações. Realizados exames: HMG: Hb: 12; Ht: 37; GB: 9300 (Bastonetes 1%, Segmentados 59%, Linfócitos típicos 30%, Eosinófilos 4%, Monócito 5%, Basófilos 1%), Plaquetas: 190.000; Urina I com nitrito positivo, 4 hemácias por campo (normal até 4 por campo), leucócitos: 42 por campo (normal até 5 por campo), com leucócitos agrupados, não detectados glicose, proteínas ou bilirrubinas. Além de coletar urocultura e iniciar a antibioticoterapia adequada para o quadro, é necessário:

- A. Solicitar uretrocistografia miccional
- B. Solicitar cintilografia renal com DMSA
- C. Solicitar radiografia simples de abdome.
- D. Solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 8 meses com febre e Urina I com nitrito positivo e leucocitúria com leucócitos agrupados: ITU febril (provável pielonefrite). No primeiro episódio em lactente, além da urocultura e do antibiótico, a investigação de imagem inicial e a ultrassonografia de rins e vias urinárias, que avalia anatomia, hidronefrose e abscesso. Uretrocistografia miccional (A) fica para ITU recorrente ou USG alterada; DMSA (B) avalia cicatriz renal tardiamente; radiografia de abdome (C) não tem papel. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, 53 anos, vem para unidade de saúde da família para exames de rotina. Paciente sem queixas. Tem diagnóstico de hipertensão arterial, nega outras doenças. Faz uso de losartana 50 mg ao dia. Nega tabagismo ou etilismo. Paciente realizou todos os exames anuais preconizados para o paciente hipertenso: glicemia de jejum, lipidograma completo, função renal e eletrólitos, eletrocardiograma, urina rotina, sendo todos normais. Entre os exames, tem os seguintes achados na série vermelha do hemograma (série branca e plaquetas estavam normais). Qual a hipótese diagnóstica mais provável a respeito da série vermelha do sangue, dentre as alternativas abaixo?

- A. Talassemia. ✓**
- B. Anemia ferropriva.
- C. Deficiência de vitaminas.
- D. Anemia decorrente de doença crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem assintomático, com todos os demais exames normais e alteração isolada da série vermelha (microcitose/hipocromia com hemoglobina praticamente preservada e RDW normal): o padrão clássico do traço talassemico. A perla e a dissociação entre microcitose acentuada e anemia leve, com hemácias em número normal ou aumentado. Ferropriva (B) traria RDW alargado e ferritina baixa; doença crônica (D) exige doença inflamatória, ausente aqui; deficiência vitamínica (C) causa macrocitose, não microcitose. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Homem de 73 anos, vem para consulta de rotina semestral com seu médico de família e comunidade, apresenta-se assintomático, em uso regular de Losartana 50 mg de 12/12 horas e Anlodipino 5 mg 1 vez ao dia. Diagnósticos prévios: Hipertensão arterial, dislipidemia alto risco cardiovascular e sobrepeso. Exame físico: peso: 80 Kg; altura: 1,64 cm; IMC: 29 Kg/m²; pressão arterial: 127 X 78 mmHg; circunferência abdominal: 85 cm; demais dados do exame físico sem alterações. Considerando os diagnósticos do paciente, além do lipidograma, glicemia de jejum, creatinina, urina rotina e potássio qual exame laboratorial básico deve ser solicitado anualmente para este paciente?

- A. Hemograma.
- B. Ácido úrico. ✓**
- C. Ureia.
- D. Sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

A rotina laboratorial mínima do hipertenso, pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, inclui potássio, creatinina com estimativa de filtração glomerular, glicemia, perfil lipídico, análise de urina, ácido úrico e eletrocardiograma. Entre as opções, o exame que falta na lista citada no enunciado é o ácido úrico, marcador de risco cardiovascular e útil no manejo de diuréticos. Hemograma, ureia e sódio não fazem parte da avaliação básica anual de rotina do hipertenso. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Paciente do sexo feminino, 45 anos, traz em consulta o seguinte resultado de citologia oncológica. Considerando o resultado do exame, em quantos meses será necessária nova coleta de citologia oncológica para esta paciente?

- A. 24 meses.
- B. 36 meses.
- C. 12 meses.
- D. 6 meses. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de citologia com atipias de significado indeterminado em escamosas possivelmente não neoplásicas (ASC-US) em mulher de 45 anos, a recomendação do INCA/Ministério da Saúde é repetir a citologia em 6 meses (em menores de 30 anos, o intervalo é de 12 meses). O retorno ao rastreamento trienal só ocorre após dois exames consecutivos normais, e não há previsão de repetição em 24 meses. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Comparece à Unidade de Saúde da Família para seguimento, uma paciente de 65 anos, com diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Tipo II e doença cardiovascular estabelecida. Faz uso de metformina 500mg 4 comprimidos ao dia, gliclazida 60mg 2 comprimidos ao dia e não atingiu as metas clínicas propostas na última consulta. Taxa de Filtração Glomerular (TFG): 80 ml/min/1.73m²; glicemia de jejum: 220mg/dl; glicemia pós-prandial: 300mg/dl e Hb glicada: 10%. A conduta mais indicada na consulta de hoje é:

- A. Suspender todas as medicações e iniciar insulina para a paciente.
- B. Associar dapaglifozina 10mg ao tratamento. ✓**
- C. Encaminhar a paciente para endocrinologia, pois exames estão muito fora da meta.
- D. Suspender a metformina e a gliclazida e prescrever dapaglifozina 10mg dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabética com doença cardiovascular estabelecida e HbA1c de 10% em dose plena de metformina e sulfonilureia: a conduta é intensificar somando droga com benefício cardiovascular comprovado, e com TFG de 80 mL/min a dapagliflozina está plenamente indicada. Suspender a metformina (A e D) é erro, pois ela permanece a base do tratamento; encaminhar ao especialista (C) apenas posterga o ajuste que a própria atenção primária pode fazer. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Criança de 1 ano e 7 meses vem à consulta de puericultura com seu médico de família e comunidade (MFC). Mãe traz a criança após 6 meses sem consultar e não relata nenhuma queixa. A vacinação está atualizada e foi checada pelo MFC. Peso: p85; Estatura: p50. A criança anda, corre pela sala, sorri, faz contato visual, fala mama e papa e quando solicitada tira o próprio sapato e sobe na maca para ser examinada. Aponta objetos como a caneta e o papel. Hábito intestinal e urinário dentro da normalidade. A mãe tem mais dois filhos, um de 10 anos e outro de 5 anos. Qual o diagnóstico mais provável dessa criança?

- A. Obesidade.
- B. Eutrofia.
- C. Atraso da fala. ✓**
- D. Autismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 18 meses espera-se vocabulário de pelo menos 5 a 10 palavras; a criança fala apenas mama e papa, o que configura atraso de linguagem. O marco social está preservado (contato visual, aponta objetos, cumpre ordem simples), o que afasta autismo (D). Peso no p85 com estatura no p50 não caracteriza obesidade (A), e a presença do atraso isolado da fala impede chamar o quadro de eutrofia/desenvolvimento normal (B). Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Uma paciente de 57 anos é hipertensa, do lar e tem IMC de 28 Kg/m². Faz uso de enalapril 20mg 12/12 horas, hidroclorotiazida 25mg/dia, anlodipino 5mg 12/12 horas. Hoje, procurou a Unidade de Saúde da Família (USF) próxima a sua casa porque sua pressão tem estado descontrolada. Apesar de não apresentar sintomas, refere que sua pressão tem ficado sempre com valores acima de 160 x 100 mmHg. A médica de família e comunidade verifica na consulta a pressão que estava 170 x 90 mmHg e a frequência cardíaca 82 bpm. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2020 a médica deve:

- A. Associar losartana ao tratamento.
- B. Liberar a paciente visto que está assintomática.
- C. Prescrever um betabloqueador.
- D. Associar espironolactona ao tratamento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão acima da meta com três classes em doses otimizadas, incluindo diurético tiazídico, IECA e bloqueador de canal de cálcio: hipertensão resistente. A quarta droga de escolha, pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2020, é a espironolactona. Associar losartana (A) e duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina com o enalapril, contraindicado; betabloqueador (C) não é a quarta droga preferencial sem indicação específica; liberar a paciente (B) ignora o risco cardiovascular do descontrole. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

I Na reunião semanal da equipe da saúde da família a enfermeira relatou que recebeu um telefonema da Assistente Social do Hospital Municipal, informando que um paciente de 74 anos, morador do território da Unidade de Saúde da Família (USF), que foi submetido a uma colectomia total iria receber alta em 8 dias. Informou que a profissional do Hospital pediu informações sobre a família, repassou o contato da equipe que assistiu o paciente durante a internação e apresentou as recomendações assistenciais para o seu seguimento domiciliar. A enfermeira comunicou a Agente Comunitária de Saúde, responsável pela microárea onde mora o paciente, que ficou agendada uma visita conjunta de membros da equipe hospitalar e da USF à casa do paciente, para conversar com a família sobre a sua condição de saúde, a necessidade de cuidados específicos e uso de medicações, antes de sua alta hospitalar. A situação descrita acima representa melhor qual estratégia assistencial?

A. Transição do cuidado. ✓

B. Projeto terapêutico singular.

C. Gerenciamento de risco.

D. Atenção oportunística.

COMENTÁRIO OSCELABS

Comunicacao entre o hospital e a equipe de saude da familia antes da alta, repasse de informacoes clinicas, contato entre as equipes e visita domiciliar conjunta para preparar o seguimento: essa e a definicao de transicao do cuidado, estrategia que reduz reinternacao e eventos adversos pos-alta. Projeto terapeutico singular (B) e o plano construido para um caso complexo pela propria equipe; gerenciamento de risco (C) e estratificacao populacional; atencao oportunistica (D) e aproveitar o contato para acoes preventivas. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Uma pesquisa publicada no The Lancet Regional Health America, em março de 2023, apontou que, em 2019, 3,8% da população brasileira reportou ter necessidades não atendidas por serviços de saúde, apesar de o Brasil possuir um sistema público de saúde universal. Além disso, o estudo mostrou que essas necessidades de saúde não atendidas estavam concentradas na população de menor renda, tendo a região Norte do país apresentado as maiores desigualdades. Do ponto de vista da gestão, os resultados dessa pesquisa confirmam qual lei dos sistemas de atenção à saúde?

A. Lei da concentração de gastos.

B. Lei de cuidados inversos. ✓

C. Lei de Roemer.

D. Lei da despesa médica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A lei de cuidados inversos, formulada por Julian Tudor Hart, diz que a disponibilidade de boa assistencia tende a variar inversamente com a necessidade da populacao atendida. Necessidades nao atendidas concentradas nos mais pobres e na regioao Norte, apesar de sistema universal, sao exatamente essa distribuicao invertida. Lei de Roemer (C) trata da ocupacao de leitos ofertados; as leis de concentracao de gastos e da despesa medica descrevem custo, nao equidade de acesso. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Um estudo ecológico (N Engl J Med 2019;381:705-15), avaliou em 652 cidades espalhadas por todos os continentes a possível associação entre a concentração média de material particulado no ar (PM_{2.5} e PM₁₀) e a mortalidade por todas as causas no mesmo período da aferição. Comparou ainda as medições dessas partículas no ar com os limites máximos de concentração das mesmas estipulados por diferentes órgãos internacionais. Os resultados desse estudo estão sintetizados na figura abaixo. I Considerando os resultados, assinale a alternativa que melhor os interpretam.

- A. Observa-se elevação da mortalidade na população exposta a partir das concentrações de PM₁₀ e PM_{2.5} ultrapassando 150 µg/m³ e 75 µg/m³, respectivamente.
- B. Observa-se associação direta e linear entre o aumento da concentração de PM_{2.5} e a mortalidade na população exposta.
- C. Observa-se associação direta e linear entre o aumento da concentração de PM_{2.5} e PM₁₀ e a mortalidade na população exposta.
- D. Observa-se associação direta entre o aumento da concentração de PM₁₀ e PM_{2.5} e a mortalidade na população exposta, sem limite de segurança. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado central desses estudos de material particulado é a associação positiva entre concentração de PM_{2.5} e PM₁₀ e mortalidade sem limiar de segurança, ou seja, o risco já se eleva em concentrações abaixo dos limites recomendados pelos órgãos internacionais. Por isso A erra ao propor pontos de corte altos; B ignora o PM₁₀; e C assume linearidade estrita, quando a curva tem inclinação maior nas concentrações baixas. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Um estudo ecológico (Nature Climate Change. 2021 June;11(6):492-500), avaliou em 732 cidades espalhadas pelos cinco continentes a possível associação entre a temperatura média a cada período de 10 dias e a mortalidade por todas as causas no mesmo período da aferição. Parte dos resultados desse estudo estão sintetizados na figura abaixo. I Considerando os resultados, assinale a alternativa que melhor os interpretam.

- A. O risco de óbito eleva-se aproximadamente 50% em Chicago, quando a temperatura média ultrapassa 30°C. ✓**
- B. O risco de óbito eleva-se de forma desigual nas cidades estudadas, sendo Bangkok e Madrid mais resilientes ao aumento da temperatura do que Taipei e Chicago.
- C. O risco de óbito eleva-se nas cidades estudadas de forma proporcional ao aumento da temperatura média observada em cada localidade.
- D. O risco de óbito eleva-se nas cidades estudadas a partir do momento em que a temperatura média ultrapassa o percentil 99 da temperatura naquela localidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nesse tipo de estudo a curva é apresentada cidade a cidade, e a leitura correta é quantitativa: em Chicago o risco relativo de óbito sobe cerca de 50% nas temperaturas médias mais altas mostradas. A resposta não pode ser generalizante, porque o efeito do calor não é proporcional nem igual entre as cidades (B e C) e não começa somente acima do percentil 99 local (D) - o excesso de mortalidade já aparece em faixas menos extremas. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Um homem de 26 anos, sem antecedentes patológicos relevantes, assintomático, encaminhado para a Unidade de Saúde da Família onde você trabalha como médico. A carta de encaminhamento foi assinada pelo médico do trabalho de uma construtora que está contratando o jovem como pedreiro. Nela, o colega solicita sua avaliação devido a identificação de teste tuberculínico positivo em 5mm nos exames admissionais. Os demais exames de sangue realizados não identificaram anormalidades. A carteira de vacinação está em dia, segundo as recomendações do Programa Nacional de Imunização para a faixa etária. Diante deste cenário, assinale a alternativa que contém a conduta mais apropriada para o caso.

- A. Solicitar baciloscopia do escarro e Rx de tórax para excluir doença ativa. Tratar como To doença se exames positivos, ou Tb latente se escarro negativo e Rx normal.
- B. Escrever contrarreferência liberando o jovem para o trabalho, considerando que o teste tuberculínico positivo seja reflexo da vacinação contra BCG realizada na infância.
- C. Perguntar por contato com portador de tuberculose pulmonar, solicitar Rx de tórax e sorologia para HIV, visando identificar indicações para tratamento de Tb latente. ✓**
- D. Iniciar tratamento de Tb latente com rifapentina + isoniazida 1 dose semanal por 12 semanas consecutivas, independentemente de outros exames ou informações.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prova tuberculínica de 5 mm em adulto assintomático só tem valor depois de excluída doença ativa e de definido se há condição que torne o tratamento da infecção latente prioritário. Por isso a conduta é investigar contato com bacilífero, pedir radiografia de tórax e sorologia para HIV, já que o corte de 5 mm indica tratamento justamente em contatos e imunossuprimidos. Liberar atribuindo a BCG (B) é inseguro; escarro em assintomático (A) tem baixo rendimento; tratar sem avaliação (D) pode tratar doença ativa com esquema insuficiente. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

No período de 2020 a 2022, 282 casos suspeitos de rubéola, em gestantes, foram notificados no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) no país e 80 (28,4%) tiveram resultados de IgM reagentes, sendo todos descartados após a investigação epidemiológica. Nesse mesmo período, de acordo com os dados do Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL), foram realizados 14.127 exames de sorologia IgM para rubéola, em gestantes, e 110 (0,8%) foram reagentes. Entre as gestantes com sorologia IgM reagente, 28 (25,5%) realizaram RT-PCR, sendo todos os resultados não detectáveis. Diante das informações apresentadas, o Ministério da Saúde, desde 2003, não recomenda a realização do exame sorológico com pesquisa IgM para rubéola, na rotina do pré-natal, em gestantes assintomáticas. Assinale a alternativa que melhor justifica a conduta proposta pelo Ministério da Saúde.

- A. A acurácia do exame sorológico para rubéola no pré-natal é relativamente baixa.
- B. A relação de custo benefício do exame sorológico para rubéola no pré-natal é desfavorável, devido ao número baixo de casos notificados.
- C. O valor preditivo negativo do exame sorológico para rubéola no pré-natal é praticamente 100% devido à não circulação do vírus no país.
- D. O valor preditivo positivo do exame sorológico para rubéola no pré-natal é praticamente zero devido à não circulação do vírus no país. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O valor preditivo positivo depende da prevalência. Com o vírus da rubéola não circulando no país, praticamente todos os IgM reagentes são falso-positivos - foi o que os dados mostraram: 80 casos suspeitos descartados e todos os RT-PCR não detectáveis. Logo, testar gestante assintomática gera ansiedade, investigação e até interrupções indevidas. A acurácia intrínseca do teste (A) não mudou, e o argumento não é custo (B); o VPN alto (C) não é o problema apontado. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Recentemente, no Brasil, a febre amarela voltou a preocupar as autoridades sanitárias, com aumento na notificação de casos em alguns municípios. Notou-se aumento da notificação de mortes de primatas não humanos, de várias espécies, em matas próximas aos locais de residência dos pacientes notificados. Além da importância clínica da doença, as preocupações das autoridades sanitárias apontaram para algumas questões. Assinale a alternativa correta:

- A. Possibilidade de ocorrência de febre amarela urbana. ✓**
- B. Existência de *Aedes aegypti* em matas dessas regiões.
- C. Resistência do *Aedes aegypti* aos inseticidas usados.
- D. Existência de vetores de febre amarela silvestre em áreas urbanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumento de casos humanos junto a epizootias em primatas não humanos indica intensa circulação do vírus no ciclo silvestre próximo às áreas de moradia. O temor sanitário e a reurbanização da febre amarela: uma pessoa infectada na mata chega viremica à cidade infestada por *Aedes aegypti* e reinicia o ciclo urbano, ausente no Brasil desde 1942. O *Aedes aegypti* não habita a mata (B), e os vetores silvestres *Haemagogus* e *Sabethes* não se estabelecem no meio urbano (D). Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Você atende na Unidade de Saúde da Família um paciente de 49 anos, portador de hipertensão arterial há 5 anos e diabetes há 3 anos. Faz uso das seguintes medicações: Losartana 100 mg ao dia, Anlodipino 5 mg ao dia, Glifage XR 2.000 mg ao dia e Gliclazida MR 30 mg ao dia. Nega história prévia de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Declara que sua mãe teve um infarto aos 58 anos de idade. Não conheceu o seu pai. É tabagista desde os 39 anos de idade, 10 cigarros diariamente. Ao exame físico: P: 94 Kg; E: 170 cm, IMC 32,5 Kg/m². ACV: ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas. PA: 128/76 mmHg. Ap respiratório: murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, flácido, indolor à palpação, ausência de visceromegalias ou massas palpáveis. Exames laboratoriais: Colesterol total: 198 mg/dL; HDL colesterol: 45 mg/dL; Triglicerídeos: 105 mg/dL; glicemia de jejum: 94 mg/dL; HbA1c: 6,8%; creatinina: 0,82 mg/dL. Considerando o caso clínico descrito, qual a meta de LDL colesterol para esse paciente?

- A. Abaixo de 100 mg/dL.
- B. Abaixo de 130 mg/dL.
- C. Abaixo de 70 mg/dL. ✓**
- D. Abaixo de 50 mg/dL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético com estratificação de alto risco - tabagismo, obesidade e história familiar de doença coronariana precoce - mas sem evento cardiovascular prévio. Nessa categoria a meta de LDL é abaixo de 70 mg/dL. Metas de 100 e 130 (A e B) valem para risco intermediário e baixo, respectivamente, e o alvo abaixo de 50 mg/dL (D) é reservado ao muito alto risco, isto é, doença aterosclerótica já estabelecida, que ele nega. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Criança de 1 mês de idade foi levada pela mãe para tomar vacinas na unidade de saúde. adequadamente aos chamados, inquieta, chorando, expressando dor no local da injeção. Foi Após algumas horas da aplicação da vacina, a criança começou a ficar mole, não responder levada rapidamente para a unidade, e após atendimento médico, cuidados e medicação, a foi informada tratar se de síndrome hipotônica hiporesponsiva, relacionada à vacina. Essa reação é provavelmente devido a(o):

- A. Erro de técnica de aplicação da DPT.
- B. Componente pertussis da vacina DPT. ✓**
- C. Aplicação errada da dT em criança.
- D. Componente diftérico da vacina DPT.

COMENTÁRIO OSCELABS

Episódio hipotônico-hiporresponsivo (hipotonia, hiporresponsividade e palidez nas primeiras horas após a vacina) e evento adverso classicamente ligado ao componente pertussis de células inteiras da DTP. A conduta é completar o esquema com a DTPa (acelular). O componente diftérico (D) e o toxoide tetânico não causam esse quadro, e não se trata de erro de técnica (A) nem de aplicação de dT em criança (C), que aliás não produz essa reação. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Criança de 6 anos de idade foi mordida por um sagui (primata) ao tentar alimentá-lo com pipoca num parque ecológico. O ferimento foi pequeno, puntiforme, com duas perfurações, notando-se pequena quantidade de sangue. Após atendimento médico, verificou-se que a criança estava em dia com a vacinação contra tétano. Assinale a alternativa correta para a conduta clínica, além da limpeza criteriosa da lesão:

- A. Soro e vacina antirrábicos. ✓**
- B. Vacina antirrábica.
- C. Vacina antitetânica.
- D. Soro antitetânico e vacina antitetânica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura por primata é considerada acidente com animal silvestre, e todo animal silvestre é tratado como potencialmente raivoso, independentemente do porte da lesão. Assim, mesmo em ferimento puntiforme, a profilaxia é completa: soro (ou imunoglobulina) antirrábico infiltrado na lesão mais esquema vacinal. Vacina isolada (B) só serviria para acidentes leves com cães e gatos passíveis de observação; a vacinação antitetânica já está em dia. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

O Secretário Municipal da Saúde de um município de médio porte fez uma apresentação na reunião da Comissão Intergestores Regional sobre o aplicativo "Saúde em suas Mãos" que será implantado em todas as unidades de atenção primária à saúde (APS) de sua cidade, para que os usuários possam agendar as suas consultas de caso novo e de retorno, pelo celular. O usuário também poderá realizar o cancelamento de sua consulta e novo agendamento, caso haja necessidade. O gestor da saúde relatou que houve um grande investimento financeiro nessa estratégia digital que, na visão da gestão, irá facilitar a vida dos usuários da APS. Na perspectiva do usuário, a implantação desse recurso tecnológico se relaciona mais diretamente a que atributo da APS?

- A. Longitudinalidade.
- B. Integralidade.
- C. Coordenação da atenção.
- D. Atenção ao primeiro contato. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O aplicativo atua sobre a porta de entrada: facilita o agendamento, o cancelamento e o reagendamento da consulta, ou seja, mexe na acessibilidade ao serviço. Na perspectiva do usuário isso corresponde ao atributo atenção ao primeiro contato. Longitudinalidade (A) e o vínculo ao longo do tempo com a mesma equipe; integralidade (B) e a oferta do conjunto de ações necessárias; coordenação (C) e a articulação do cuidado prestado em outros pontos da rede. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Na última reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) o gestor municipal, representante de uma Região de Saúde (RS), sugeriu ao Secretário Estadual de Saúde que pautasse para discussão a questão do financiamento da rede SUS. Para subsidiar a discussão o gestor municipal apresentou alguns dados de três municípios de sua RS (município 1: grande porte; município 2: pequeno porte; município 3: médio porte) e do estado (Gráfico). Gráfico: Participação (%) da receita própria estadual e municipal aplicada em saúde (Lei complementar 141/2012), novembro/dezembro 2022. Em relação à legislação vigente sobre a aplicação de recurso financeiro na saúde pública, pode-se afirmar que:

- A. O município 1 aplicou acima do recomendado para municípios de grande porte. ✓**
- B. O município 2 não aplicou o percentual mínimo recomendado para os municípios de pequeno porte.
- C. O município 3 aplicou o teto preconizado para os municípios de médio porte.
- D. O estado aplicou um percentual abaixo do recomendado para a esfera estadual.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei Complementar 141/2012 fixa percentuais mínimos de receita própria aplicados em saúde que independem do porte do município: 15% para municípios e Distrito Federal e 12% para estados. Não existe teto (C) nem piso diferenciado por porte populacional (B). A única leitura compatível com a legislação é a de que o município 1 aplicou acima do mínimo exigido. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Homem, 34 anos de idade, relatou sintoma de dor lombar e irradiada para a perna direita, além de perda de força e "formigamento". O exame de ressonância magnética evidenciou uma hérnia de disco comprimindo o forame entre a quarta e a quinta vértebra lombar. Quais seriam os achados neurológicos esperados baseados no achado de exame de imagem?

- A. Redução da força para flexão plantar do pé e hipoestesia no primeiro interdigital do pé.
- B. Redução da força para dorsiflexão do hálux e hipoestesia na borda lateral do pé.**

C. Redução da força para extensão do joelho e hipoestesia na borda lateral da perna.

D. Redução da força para dorsiflexão do pé e hipoestesia na borda medial do pé. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hernia foraminal comprime a raiz que sai naquele forame; no forame L4-L5 a raiz comprometida é a L4. O miotomo de L4 inclui o tibial anterior, responsável pela dorsiflexão do pé, e o dermatomo cobre a face medial da perna e do pé. Flexão plantar e primeiro interdígito (A) são S1 e L5; borda lateral do pé (B) é S1; extensão do joelho com hipoestesia lateral da perna (C) mistura L3-L4 com L5. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Mulher de 58 anos, tabagista, apresentou há uma semana crise tônico-clônica generalizada inédita, sendo levada ao Pronto Atendimento onde recebeu diazepam endovenoso, que faz cessar a crise, e prescrição de fenitoína 100 mg de 12 em 12 horas, além de solicitação a realizar exame de ressonância magnética (RM) do encéfalo. Retorna ao ambulatório com resultado do exame (em anexo), relatando ter tido nova crise semelhante no dia anterior. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Ganglioglioma.
- B. Neurocitoma central.
- C. Glioblastoma. ✓**
- D. Ependimoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 58 anos, tabagista, com crise convulsiva inédita e lesão expansiva encefálica: em adulto dessa faixa etária o tumor cerebral primário mais frequente é o glioblastoma, tipicamente lesão infiltrativa com realce anelar irregular, necrose central e edema perilesional exuberante. Ganglioglioma (A) e neurocitoma central (B) são tumores de crianças e adultos jovens, de crescimento lento; o ependimoma (D) é habitualmente intraventricular e também predomina na infância. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Homem de 42 anos apresenta lesão ulcerada em região pré-auricular direita, de rápida evolução, apresentando paralisia facial periférica e presença de múltiplos linfonodos cervicais (figura abaixo). Qual o sítio primário mais provável?

- A. Conduto auditivo externo.
- B. Glândula parótida. ✓**
- C. Mucosa dos seios da face.
- D. Células de Merkel.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão ulcerada pré-auricular com paralisia facial periférica e linfonodomegalia cervical: o nervo facial atravessa a glândula parótida, e a paralisia facial em massa dessa topografia é sinal de neoplasia maligna da parótida com invasão perineural. Tumor de conduto auditivo externo (A) costuma cursar com otorreia e hipoacusia antes da paralisia; seios da face (C) não drenam para essa região com esse padrão; carcinoma de células de Merkel (D) é um tipo histológico de pele, não um sítio primário glandular. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Considerando princípios de cicatrização de feridas cirúrgicas, o objetivo é restaurar a anatomia e função mais próxima da normalidade possível. Ao proceder o fechamento de uma herniorrafia inguinal em homem adulto de 45 anos, tabagista, trabalhador na construção civil, temos que considerar os vários fatores locais e sistêmicos que podem afetar o sucesso da cirurgia. Assinale a alternativa correta.

- A. O tabagismo pouco interfere no processo de cicatrização, desde que suspenda 1 semana antes da cirurgia.
- B. O tempo para a retirada de pontos da sutura deve considerar restabelecimento da força tênsil da ferida. ✓**
- C. A atividade física pesada deve ser evitada até 6 semanas após a cirurgia e consequentemente o paciente deverá ficar afastado do trabalho.
- D. É indicado a utilização do fio de categut cromado para o fechamento da aponeurose e subcutâneo, e o fio de nylon para pontos na pele.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ferida so recupera parte relevante da força tensil ao longo das primeiras semanas, e o momento de retirar os pontos deve respeitar essa curva de cicatrização, considerando tensão local, comorbidades e o tipo de trabalho do paciente. Tabagismo (A) prejudica muito a cicatrização pela vasoconstrição e hipóxia tecidual, e a suspensão recomendada é de cerca de 4 semanas; a limitação de esforço (C) não implica obrigatoriamente afastamento do trabalho por 6 semanas; e categut cromado (D) não deve ser usado em aponeurose, que exige fio de absorção lenta ou inabsorvível. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

24. Um paciente sob ventilação mecânica possui a seguinte gasometria (Figura). Quais fatores devem ser inicialmente verificados?

- A. Volume minuto e pressão de distensão. ✓**
- B. Pressão positiva expiratória final (PEEP: positive end expiratory pressure) e fração inspirada de oxigênio.
- C. Complacência e espaço morto.
- D. Resistência de vias aéreas e PEEP.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de uma gasometria alterada em paciente sob ventilação mecânica, o primeiro passo é correlacionar o distúrbio com os parâmetros que o geram. Para o CO_2 e o pH, quem manda é a ventilação alveolar, ou seja, o volume minuto (volume corrente $\times$ frequência), avaliado junto da pressão de distensão para garantir ventilação protetora. PEEP e FiO_2 (B) são os parâmetros da oxigenação; complacência, espaço morto e resistência (C e D) são cálculos secundários, úteis depois de ajustada a ventilação. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Homem de 32 anos sofreu queimadura por escaldamento de líquido aquecido em membro superior esquerdo, com acometimento de toda a derme, com leito seco, sem eritema e sem perfusão tecidual a dígito pressão. Refere pouca dor no local. Qual a classificação dessa queimadura em relação à profundidade?

- A. 2º grau superficial.
- B. 2º grau profundo.
- C. 1º grau.
- D. 3º grau. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura acometendo toda a derme, com leito seco, esbranquiçado, sem enchimento capilar a digitopressão e com hipoestesia (pouca dor) traduz destruição das terminações nervosas e do plexo dérmico: e queimadura de espessura total, terceiro grau. Segundo grau superficial (A) e úmido, hiperemiado, muito doloroso e com flictenas; segundo grau profundo (B) mantém algum enchimento capilar e dor variável; primeiro grau (C) e eritema sem flictena. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Paciente de 25 anos, previamente hígido, admitido no CTI com choque circulatório e sem história clínica. Após a realização das medidas iniciais, a pressão arterial invasiva (PAi) está em 90/35 mmHg e a pressão de pulso (diferença da pressão sistólica e a pressão diastólica) está em 55 mmHg. Admitindo-se PAi calibrada, ajustada e sem interferências, qual o provável tipo de choque?

- A. Hipovolêmico.
- B. Distributivo. ✓**
- C. Cardiogênico.
- D. Obstrutivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão arterial de 90/35 mmHg com pressão de pulso alargada significa diastólica muito baixa por queda da resistência vascular sistêmica, com débito cardíaco preservado ou alto: e o padrão hemodinâmico do choque distributivo (séptico, anafilático ou neurogênico). Nos choques hipovolêmico, cardiogênico e obstrutivo (A, C e D) o débito cai e há vasoconstrição compensatória, com pressão de pulso estreitada e extremidades frias. Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Recém-nascido, feminino, pré-termo de 33 semanas, com 4 semanas de vida. Refere regurgitações de leite há 7 dias. Evoluiu com aumento da frequência das regurgitações. Há dois dias teve dois episódios de vômitos após tentativa de ingesta (aleitamento materno). Os vômitos são de conteúdo exclusivamente alimentar (leite) segundo informações colhidas. Exame físico: desidratado +1/+4, corado e eupneico. Abdome globoso, sem massas palpáveis. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Estenose hipertrófica do píloro.
- B. Refluxo gastroesofágico. ✓**
- C. Intussuscepção intestinal.
- D. Vício de rotação intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regurgitações que vêm aumentando desde os primeiros dias de vida, com poucos episódios de vômito de leite, sem massa palpável, sem vômitos em jato progressivos e sem alcalose ou desidratação importante em pré-termo: o quadro é de refluxo gastroesofágico do lactente. A estenose hipertrofica do píloro (A) cursa com vômitos em jato, incoercíveis e progressivos, com oliva palpável e alcalose hipocloremica; intussuscepção (C) da dor em cólica e sangue nas fezes; má rotação (D) costuma dar vômito bilioso, que aqui não há. Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Menino, 12 anos, submetido a apendicectomia há 10 dias. Refere internação prolongada na ocasião da cirurgia, relacionada a perfuração do apêndice e peritonite difusa. Recebeu alta hospitalar no 4º pós-operatório afebril, aceitando dieta via oral e com evacuações presentes. Há dois dias refere febre, parada da eliminação de flatus e fezes, vômito (um episódio) e dor abdominal. Exame físico: abdome distendido, ruídos hidroaéreos abolidos, dor à palpação profunda. Ferida operatória com hiperemia. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Volvo intestinal.
- B. Brida ou aderência.
- C. Abscesso de parede.
- D. Abscesso de cavidade. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Apendicite perfurada com peritonite, alta hospitalar e, no decimo dia, retorno com febre, dor, distensão e parada de eliminação de gases e fezes: é o quadro clássico do abscesso intracavitário (pélvico ou entre alças), que provoca íleo inflamatório secundário. A confirmação é por tomografia e o tratamento envolve antibiótico e drenagem. Bidas (B) são causa tardia e habitualmente sem febre; abscesso de parede (C) daria flutuação local sem íleo; volvo (A) não tem essa relação com o pós-operatório recente. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Homem de 68 anos, com dor em membro inferior direito há um mês. Evoluiu com escurecimento do hálux direito há dez dias. É tabagista (30 anos-maço) e diabético. Ao exame clínico apresenta necrose seca do hálux direito, com temperatura simétrica nos pés, pulsos femorais e poplíteos palpáveis, porém com pulsos distais diminuídos em amplitude. Índice tornozelo braquial de 0,50 à direita e 0,70 à esquerda. Qual a conduta mais adequada?

- A. Tratamento inicial com sessões de oxigenioterapia hiperbárica.
- B. Desbridamento precoce e curativo com pressão negativa.
- C. Angiografia arterial para planejamento de revascularização. ✓**
- D. Amputação primária do hálux direito com sutura hemostática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Necrose seca de hálux com dor em repouso há um mês e índice tornozelo-braquial de 0,50: isquemia crítica de membro, situação em que a prioridade é restabelecer o fluxo. Assim, está indicada arteriografia para mapear as lesões e planejar revascularização. Desbridamento ou curativo a vácuo (B) e amputação (D) em membro isquêmico sem revascularizar evoluem para necrose da borda cirúrgica; oxigenoterapia hiperbárica (A) é adjuvante, jamais tratamento inicial isolado. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Lactente, menino, 4 meses. Informante refere abaulamento inguinal direito aos esforços (choro) com melhora espontânea. Ao exame físico, sem alterações. Genitália de fenótipo masculino característico, testículos palpáveis em bolsa testicular, sem abaulamento inguinal à inspeção. Qual a conduta mais adequada?

- A. Ultrassonografia diagnóstica.
- B. Herniorrafia inguinal eletiva. ✓**
- C. Acompanhamento clínico.
- D. Observação e reavaliação em 6 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento inguinal que aparece ao choro e reduz espontaneamente em lactente e hernia inguinal indireta por persistencia do conduto peritoneovaginal. Hernia em criança nao fecha sozinha e tem alto risco de encarceramento nos primeiros meses, portanto a conduta e herniorrafia eletiva, mesmo com exame fisico normal no momento da consulta. Ultrassom (A) nao e necessario com historia tipica; acompanhamento clinico (C) e observacao por 6 horas (D) so caberiam em hernia encarcerada reduzida. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Homem de 56 anos refere surgimento de lesão ulcerada em pavilhão auricular (vide figura) há 8 meses, com crescimento progressivo. Neste período, houve episódios de sangramento após manipulação. Qual é a célula que dá origem a este tipo de neoplasia?

- A. Condrócito.
- B. Melanócito.
- C. Adipócito.
- D. Queratinócito. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesao ulcerada de crescimento progressivo em pavilhao auricular, area de grande exposicao solar cronica, com sangramento a manipulacao: trata-se de cancer de pele nao melanoma (carcinoma basocelular ou espinocelular), ambos originados do queratinocito da epiderme. Melanocito (B) da origem ao melanoma, que seria lesao pigmentada assimetrica; condrocito (A) origina condrossarcoma e adipocito (C) lipoma/lipossarcoma, tumores de partes moles e nao ulcerados na superficie. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Homem de 48 anos, portador de hipertensão arterial controlada, foi submetido a herniorrafia inguinal eletiva em esquema ambulatorial, com técnica cirúrgica sem a utilização de tela. Não foi utilizado antibiótico profilático e a anestesia foi apenas espinal (raquidiana), sem sedação. Após 24 horas da cirurgia, passou a apresentar temperatura axilar de 38,2°C, além de mialgia e cansaço. Não tem perda de apetite ou dor abdominal. Refere dor no local da incisão, porém tolerável e controlável com as medicações analgésicas e anti-inflamatórias prescritas. Qual a melhor alternativa?

- A. Não deveria ter sido realizada a cirurgia em caráter ambulatorial por conta da hipertensão arterial sistêmica.
- B. A causa mais provável da febre neste paciente é atelectasia.
- C. Deveria ter sido utilizado antibiótico profilático.
- D. Não é possível descartar totalmente uma causa infecciosa para a febre. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre nas primeiras 24 a 48 horas de pos-operatorio costuma ser resposta inflamatória a agressão cirúrgica, mas ela nunca autoriza descartar infecção: mialgia e febre podem ser as primeiras manifestações de infecção de sítio cirúrgico precoce por estreptococo ou clostridio, e o paciente precisa de reavaliação da ferida. Atelectasia (B) como causa de febre e mito, ainda mais em raqui-anestesia sem intubação; hipertensão controlada (A) não contraindica cirurgia ambulatorial; e herniorrafia sem tela e cirurgia limpa, sem indicação formal de profilaxia (C). Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Homem de 22 anos, com história de trauma escrotal leve há 40 dias. Antecedente de criptorquidia. O exame físico revelou a presença de testículo esquerdo aumentado, indolor com nódulo endurecido. Qual a suspeita clínica e a conduta?

A. Neoplasia testicular, ultrassonografia, dosagem de alfafetoproteína e BHCG. ✓

B. Orquiepididimite bacteriana, ultrassonografia, antibioticoterapia.

C. Orquiepididimite bacteriana, urina tipo 1, antibioticoterapia.

D. Neoplasia testicular, ultrassonografia, cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo endurecido e indolor em testículo aumentado, em jovem com antecedente de criptorquidia (fator de risco maior), e neoplasia testicular até prova em contrário - o trauma foi apenas o evento que chamou a atenção. A investigação correta é ultrassonografia escrotal mais marcadores tumorais (alfafetoproteína, beta-hCG e LDH) colhidos ANTES da orquiectomia inguinal, pois servem para estadiamento e seguimento. Por isso D erra a sequência; orquiepididimite (B e C) cursa com dor, febre e sintomas urinários. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Paciente encontrado em via pública desorientado, sem história clínica. É trazido por ambulância em serviço de urgência com quadro de sudorese, dispneia, tempo de enchimento capilar de 6 segundos. Sinais vitais são os seguintes: PA: 50x30 mmHg, FC: 137 bpm, FR: 28 imp, SatO₂: 94% e glicemia capilar: 132 mg/dL. Foi realizado ultrassom à beira leito (figura abaixo). Qual a conduta?

A. Toracocentese.

B. Diurético endovenoso.

C. Pericardiocentese. ✓

D. Iniciar vasopressor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque com hipotensão grave, taquicardia, tempo de enchimento capilar de 6 segundos e ultrassom à beira do leito diagnóstico em paciente sem história: o achado ecográfico que justifica essa apresentação e derrame pericárdico com colapso de câmaras direitas, ou seja, tamponamento cardíaco. O tratamento é a descompressão imediata por pericardiocentese. Diurético (B) piora o quadro dependente de pré-carga; vasopressor (D) e apenas medida de ponte; toracocentese (A) trataria pneumotorax hipertensivo, outro achado ecográfico. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Homem de 70 anos é admitido em unidade de pronto atendimento com queixa de dor lombar súbita intensa sem fatores de melhora. Relata que é um episódio inédito. Nega dor torácica, dispneia ou perda de consciência. Tem antecedente de hipertensão arterial crônica, tabagismo e doença pulmonar obstrutiva crônica. PA: 110/60 mmHg; FC: 90 bpm. Paciente é obeso de difícil exame abdominal. Giordano negativo. Abaixo segue imagem de tomografia realizada pronto socorro. Exames laboratoriais: Hb: 9,5 g/dl; Ht: 39%; Na: 130 mEq/L; K: 5,8 mEq/L; Creatinina: 2,5 mg/dl. Qual a melhor conduta?

A. Tratamento cirúrgico imediato. ✓

B. Tratamento cirúrgico em 24 a 48 horas.

C. Investigação adicional com ressonância nuclear magnética.

D. Inicialmente, apenas compensação clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem idoso, tabagista e hipertenso, com dor lombar subita e intensa, anemia, hipotensão relativa e tomografia de urgência: o cenário é de aneurisma de aorta abdominal roto (frequentemente com hematoma retroperitoneal, o que explica a lesão renal e a dificuldade do exame abdominal no obeso). A conduta é cirurgia imediata, aberta ou endovascular. Aguardar 24 a 48 horas (B) ou apenas compensar clinicamente (D) e aceitar a exsanguinação; ressonância (C) só atrasa o tratamento. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Paciente de 55 anos no 10º pós-operatório de nefrectomia direita videolaparoscópica devido a carcinoma renal de células claras com boa evolução cirúrgica. Voltou em retorno com queixa de edema e dor súbitos de perna direita há 1 dia. Ao exame físico, apresenta panturrilha discretamente edemaciada e empastada, porém com dor controlada. Exames laboratoriais. Hb: 9,0 dl/ml; Ht: 35%; Creat: 1,2 mg/dl; Na: 138 mEq/ml; K: 5,5 mEq/ml; Glicemia jejum: 110 mg/dl. Estava usando AAS para profilaxia de tromboembolismo venoso e apresentou 1 episódio leve e autolimitado de epistaxe há 4 dias. Realizou ultrassom venoso em caráter de urgência que evidenciou trombose de veia poplítea. Qual a melhor conduta?

- A. Repetir ultrassom em 3 dias.
- B. Enoxaparina.
- C. Filtro de veia cava.

D. Apixabana. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trombose de veia poplítea e TVP proximal exige anticoagulação plena imediata - o AAS não serve como profilaxia nem como tratamento, e a epistaxe leve e autolimitada não contraindica anticoagular. Entre as opções, a apixabana e o esquema oral de escolha atual, com dose de ataque própria, sem necessidade de ponte parenteral e adequada ao tratamento ambulatorial prolongado. Repetir ultrassom (A) posterga o tratamento e filtro de veia cava (C) só cabe quando há contraindicação absoluta à anticoagulação. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Homem de 30 anos, vítima de ferimentos por arma de branca na região abdominal, é admitido em unidade de atendimento de urgência. Ao exame, encontra-se desorientado, pálido, pulsos finos, PA: 40 X 0 mmHg; FC: 145 bpm; FR: 25 ipm. O abdome está distendido, muito doloroso à palpação e observa-se 3 perfurações na parede abdominal (epigástrico, flanco esquerdo e hipocôndrio esquerdo). É encaminhado à laparotomia exploradora em caráter de emergência. Qual a incisão mais apropriada para esse caso?

- A. Subcostal esquerda.
- B. Transversa supraumbilical.
- C. Paramediana esquerda.

D. Mediana supraumbilical. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento abdominal por arma branca com choque grave e peritonite exige laparotomia de emergência, e a incisão de escolha no trauma é a mediana: entra rápido, praticamente exangue, permite inventário de todos os quadrantes e pode ser ampliada em qualquer direção conforme os achados. Incisões subcostal (A), transversa (B) e paramediana (C) são mais demoradas, sangram mais e limitam o acesso a outros compartimentos da cavidade. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Paciente masculino de 65 anos, portador de hipertensão arterial crônica, deu entrada no Pronto Atendimento com quadro de perda de força de início súbito no hemicorpo direito há 5 dias. Ao exame neurológico, apresentava escala de coma de Glasgow de 15, pupilas isocóricas, e hemiparesia à direita grau 2. Foi submetido a tomografia computadorizada de crânio, mostrada na figura abaixo. O médico neurocirurgião de plantão foi consultado quanto à indicação de craniectomia descompressiva, e não indicou o procedimento. Qual dos seguintes fatores ele levou em consideração para esta não indicação?

- A. Idade do paciente.
- B. Tempo de início dos sintomas. ✓**
- C. Extensão da área de isquemia.
- D. Dominância do hemisfério envolvido.

COMENTÁRIO OSCELABS

A craniectomia descompressiva no AVC isquêmico maligno de artéria cerebral média tem benefício comprovado quando realizada precocemente, dentro das primeiras 48 horas do início dos sintomas. Este paciente está no quinto dia, fora da janela em que o procedimento altera desfecho. Idade (A) é um critério relativo, e nem extensão da isquemia (C) nem dominância hemisférica (D) são os fatores que, neste caso, justificam a recusa - o determinante aqui é o tempo. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Recém-nascido masculino, 3 semanas de vida, com quadro sugestivo de suboclusão intestinal alta. O diagnóstico de estenose hipertrófica do piloro foi confirmado pelo ultrassom abdominal. Será submetido a correção cirúrgica com a realização de uma piloromiotomia por via laparotômica. Qual a classificação pré-operatória conforme o grau de contaminação?

- A. Contaminada.
- B. Infectada.
- C. Potencialmente contaminada.
- D. Limpa. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A piloromiotomia (técnica de Fredet-Ramstedt) secciona apenas a camada muscular do piloro, sem abertura da mucosa e, portanto, sem contato com o trato digestivo, respiratório ou urinário. Trata-se, na classificação pré-operatória, de cirurgia limpa. Seria potencialmente contaminada (C) se houvesse abertura controlada de víscera oca, contaminada (A) na presença de contaminação grosseira ou inflamação aguda, e infectada (B) diante de pus ou víscera perfurada. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Lactente, menino, 6 meses, dor abdominal em cólica, intensa, com períodos de acalmia há 6 horas. Exame físico: hipoativo, sem dor na ocasião do exame. Abdome: indolor, flácido, sem resistência à palpação. Ao abrir a fralda, fezes com muco e sangue. Sem outras alterações. Qual a conduta mais adequada?

- A. Colonoscopia.
- B. Enema opaco. ✓**
- C. Laparoscopia.
- D. Laparotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com dor abdominal em colica e periodos de acalmia, hipoatividade entre as crises e fezes com muco e sangue (geleia de framboesa): intussuscepcao intestinal. Sem sinais de peritonite ou perfuracao, a conduta e o enema (opaco ou com ar), que e simultaneamente diagnostico e terapeutico, com altas taxas de reducao. Colonoscopia (A) nao tem papel; laparoscopia e laparotomia (C e D) ficam para falha da reducao nao cirurgica, peritonite ou instabilidade. Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Homem, 40 anos, sem comorbidades, é admitido na unidade de emergência com dor precordial há 2 dias de moderada intensidade, que piora com a inspiração e melhora com inclinação do tronco para frente, sem irradiação. Relata episódio de dengue sem complicações há 2 semanas. Ao exame físico: BEG FC:75 bpm; PA:130 x 85 mmHg; FR:22 ipm, exame respiratório e abdominal normais, ictus cordis no 5° espaço intercostal esquerdo com 1 polpa digital de extensão, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, extremidades quentes pulsos presentes e simétricos, sem edemas. Radiografia de tórax é normal. Eletrocardiograma abaixo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o próximo passo na investigação?

A. Cineangiografografia.

B. Ecocardiograma transtorácico. ✓

C. Angiotomografia de coronárias.

D. Teste ergométrico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial ventilatorio-dependente que melhora com a inclinacao do tronco para frente, duas semanas apos quadro viral, com eletrocardiograma compativel: pericardite aguda. O proximo exame e o ecocardiograma transtoracico, que procura derrame pericardico, sinais de tamponamento e disfuncao ventricular (miopericardite). Cineangiografografia, angiotomografia de coronarias e teste ergometrico (A, C e D) investigam doenca coronariana, hipotese improvavel em jovem sem fatores de risco e com essa semiologia. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Mulher, 43 anos, branca, queixa-se de dispneia aos esforços, com piora progressiva há 4 meses, atualmente classe funcional III da NYHA, associadamente a ortopneia e edema de tornozelos. Há 1 semana procurou atendimento médico devido a piora dos sintomas. Exame físico, FC: 94 bpm; FR: 22 ipm; PA:145 x 60 mmHg, ausculta pulmonar com estertores bibasais, ictus cordis no 6° espaço intercostal na linha axilar anterior com duas polpas digitais e edema 2+/4+ ate joelhos bilateralmente, sopro cardíaco com epicentro em foco aórtico. Distensão abrupta e colapso rápido dos pulsos femorais e braquiais. Pulsações capilares observadas nos leitos ungueais. De acordo com a principal hipótese diagnóstica, qual fonograma melhor representa a ausculta cardíaca dessa paciente?

A. Diagrama 1.

B. Diagrama 2.

C. Diagrama 3. ✓

D. Diagrama 4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro em foco aortico com pressão arterial divergente (145 x 60 mmHg), pulso em martelo d'água (distensão abrupta e colapso rápido), pulsações capilares nos leitos ungueais e ictus desviado para baixo e para fora: insuficiência aortica crônica importante já descompensada. O fonograma correspondente é o que mostra sopro DIASTOLICO, iniciado imediatamente após a segunda bulha, em decrescendo e aspirativo - e não sopro sistólico ou contínuo, como nos demais diagramas. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Mulher, 36 anos, previamente hígida e sem uso de medicamentos, apresentou exulcerações em mucosa jugal e gengiva há 4 meses e, há 1 mês, bolhas flácidas disseminadas pelo corpo, com dor e ardência intensa nas lesões. Exame físico: BEG; sinal de Nikolsky positivo perilesional; sem outros achados. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual achado histopatológico é mais provável de ser encontrado na biópsia de pele?

A. Bolha intraepidérmica suprabasal. ✓

B. Bolha por degeneração vacuolar.

C. Bolha intraepidérmica subcórnea.

D. Bolha subepidérmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Erosões de mucosa oral precedendo em meses o surgimento de bolhas flácidas disseminadas, com sinal de Nikolsky positivo, e o quadro típico do penfigo vulgar, causado por autoanticorpos contra desmogleína 3. Como a agressão é ao desmossomo entre os queratinócitos, a acantólise ocorre logo acima da camada basal: bolha intraepidérmica suprabasal. Bolha subepidérmica (D) corresponde ao penfigoide bolhoso; subcórnea (C) ao penfigo foliáceo; degeneração vacuolar (B) as dermatites de interface, como o eritema multiforme. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Homem, 55 anos, apresenta lesões de pele (figura) há 4 meses. Nega dor ou sangramento no local. Tem hábito de pescar e relata que um colega de pescaria teve lesão semelhante há 1 ano. Traz biópsia de pele: infiltrado inflamatório linfocitário com ocasionais células gigantes e rico em plasmócitos e visualizadas estruturas intracelulares nos macrófagos à coloração de Giemsa. Considerando o diagnóstico mais provável, qual exame está indicado?

A. Teste de Kveim Siltzbach.

B. Teste de Montenegro. ✓

C. Teste de Mantoux.

D. Teste de Mitsuda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão cutânea crônica em pessoa com exposição a ambiente ribeirinho, com biópsia mostrando infiltrado linfocitário-histiocitário rico em plasmócitos e estruturas intracelulares em macrófagos ao Giemsa (amastigotas): leishmaniose tegumentar americana. O exame imunológico complementar é a intradermoreação de Montenegro. Kveim-Siltzbach (A) e teste histórico para sarcoidose, Mantoux (C) e a prova tuberculínica e Mitsuda (D) classificam a forma clínica da hanseníase. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Homem, 66 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, em uso de metformina XR 2g/dia e empagliflozina 25 mg/dia. Nega complicações crônicas. Após uma viagem, queixa-se de náuseas e vômitos, associados a episódios diarreicos, cerca de 5x/dia, sem febre ou outros sinais de alarme. Exame físico: desidratado 2+/4+; FC: 106 bpm; FR: 22 irpm; PA: 112x68 mmHg; sem outros achados. Exames laboratoriais: Glicemia:145 mg/dL; pH:7,26; Bicarbonato sérico:12 mmol/L (VN: 21-28); Sódio:145 mmol/L (VN: 135,0-145,0) e Cloro:110 mmol/L (VR: 98,0-107,0) Em relação à principal hipótese diagnóstica, podemos afirmar que:

A. A elevação de beta hidroxibutirato ocorre precocemente. ✓

B. Há aumento da cetonúria e da cetonemia.

C. Está associada ao uso de gliflozinas.

D. É uma cetoacidose diabética hiperglicêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acidose metabólica com anion gap elevado (cerca de 23) e glicemia de apenas 145 mg/dL em usuário de inibidor de SGLT2 desidratado: cetoacidose euglicêmica. O corpo cetônico predominante e o beta-hidroxibutirato, que se eleva precocemente e não é detectado pelas fitas de nitroprussiato, que só leem acetoacetato - por isso a cetonúria pode vir pouco expressiva e enganar (B). E D erra ao chamar o quadro de hiperglicêmico, quando a marca da apresentação é justamente a glicemia quase normal. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito A

Mulher, 35 anos, queixa-se dor epigástrica associada a náuseas, 2 ou 3 x/semana, há 3 meses. A dor interfere nas suas atividades diárias. Nega perda de peso, vômitos, sangramentos ou disfagia. Evacua 1x/dia, fezes formadas. Sem outros antecedentes. Exame físico: sem alterações. Qual é a conduta mais adequada?

A. Teste não invasivo para H. pylori. ✓

B. Tomografia de abdome com contraste.

C. Endoscopia digestiva alta.

D. Parasitológico de fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 35 anos com dispepsia há 3 meses, sem sinais de alarme (sem perda de peso, disfagia, vômitos, sangramento, massa ou anemia) e com menos de 40 anos: a estratégia recomendada é testar e tratar H. pylori com método não invasivo (teste respiratório ou antígeno fecal). Endoscopia (C) fica reservada aos maiores de 40 anos ou com sinais de alarme; tomografia (B) e parasitológico (D) não tem papel na investigação inicial da dispepsia. Resposta A.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Homem, 52 anos, há quatro meses apresenta dor localizada no epigástrico, associada a perda de apetite e perda de 10 kg nesse período. É acordado pela dor, com alívio parcial após uso de analgésico comum. Há duas semanas percebeu aumento do número de evacuações, com fezes pastosas, sem sangue ou muco. Nega outros antecedentes. Exame físico: dor à palpação profunda do epigástrico. Sem outras anormalidades. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Dispepsia funcional.

B. Síndrome do intestino irritável.

C. Úlcera péptica duodenal.

D. Neoplasia de pâncreas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica há meses que desperta o paciente, perda de 10 kg, anorexia e, agora, fezes pastosas e aumento do número de evacuações (esteatorreia por insuficiência pancreática exócrina): a tríade dor, emagrecimento e diarreia gordurosa em homem de 52 anos aponta neoplasia de pâncreas, provavelmente de corpo ou cauda. Dispepsia funcional (A) e síndrome do intestino irritável (B) são diagnósticos de exclusão e não causam perda ponderal; úlcera duodenal (C) alivia com alimento e não produz esse emagrecimento. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Homem, 78 anos, portador de doença renal crônica, HAS, dislipidemia, DM tipo 2 e gota. Usa enalapril, anlodipina, rosuvastatina, metformina, empagliflozina e alopurinol. Nega etilismo ou tabagismo. Exame físico: FR: 17 ipm, FC: 70 bpm e PA: 130 x 76 mmHg. Exames laboratoriais: Ur: 55 mg/dL; Hb: 13,5 g/dL; Cr: 1,6 mg/dL; Sódio: 138 mEq/L; Potássio: 4,9 mEq/L; PTH: 122 PG/mL (VR: 14,5-87,1); Cálcio total: 8 mg/dL (VR: 8,4-10,5); Fósforo: 5,8 mg/dL (VR: 2,5-5,6); Albumina: 4,6 g/dL (VR: 3,5-4,8) e Hemoglobina glicada: 7,8 % (VR: 4,3-6,1). Qual é o mecanismo patogênico primário mais provável para as alterações laboratoriais encontradas?

- A. Diminuição da hidroxilação renal da vitamina D. ✓**
- B. Aumento da excreção renal de fosfato.
- C. Mutação no gene do receptor de detecção do cálcio (CaSR).
- D. Produção autônoma do paratormônio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal crônica com PTH elevado, cálcio baixo e fósforo alto: hiperparatireoidismo secundário. O gatilho primário é a perda da 1-alfa-hidroxilação renal da 25-OH vitamina D, que reduz o calcitriol, diminui a absorção intestinal de cálcio e retira o freio sobre a paratireoide (somando-se a retenção de fosfato e ao FGF-23). Na DRC há redução, e não aumento, da excreção de fosfato (B); mutação do CaSR (C) cursa com cálcio alto; produção autônoma (D) define o hiperparatireoidismo primário ou terciário, também com hipercalcemia. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Mulher, 26 anos, previamente hígida, queixa-se de dispnéia e fadiga progressivas, de início há 10 dias. Exame físico: palidez cutâneo mucosa, icterícia 2+/4+; baço palpável a 1 cm do rebordo costal esquerdo. Restante sem alterações. Exames laboratoriais: Hb: 7,1 g/dL; VCM: 101 fL (VN: 80,1 - 95,3), HCM: 32 pg (VN: 27-32,9); Gb: 9.000/uL (VN: 4.050-11.800) e Plaquetas: 89.000/uL (VN: 203.000-445.000). Hematoscopia: policromasia, microesferócitos, plaquetas reduzidas no esfregaço de sangue periférico. Contagens de reticulócitos absoluta: 424.000/uL (VN: 25.000-105.000) e relativa: 19% (VN: 0,5-2,0). Bilirrubinas totais: 4,0 mg/dL (VN: 0,3-1,2 mg); Bilirrubina direta: 0,29 mg/dL (VN: < 0,3); Bilirrubina indireta: 3,71 mg/dL (VN: < 0,9); LDH: 1089 U/L (VN: 120 - 246) e Haptoglobina: 4,6 mg/dL (VN: 40-280). Qual é o exame laboratorial mais adequado para a avaliação diagnóstica?

- A. Dosagem plasmática da ADAMTS13.
- B. Teste de Coombs direto. ✓**
- C. Dosagem sérica de vitamina B12.
- D. Curva da fragilidade osmótica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia com reticulocitose intensa, hiperbilirrubinemia indireta, LDH alto e haptoglobina consumida define hemólise; a presença de microesferocitos com plaquetopenia associada sugere anemia hemolítica autoimune, eventualmente síndrome de Evans. O exame que confirma a etiologia imune é o teste de Coombs direto (antiglobulina direto). ADAMTS13 (A) investiga PTT, que cursa com esquizocitos e não com esferocitos; B12 (C) causaria anemia megaloblástica sem hemólise franca; fragilidade osmótica (D) só seria considerada após Coombs negativo. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Homem, 65 anos, realizou hemograma completo para investigação de fraqueza generalizada. Hb: 7,6 g/dL (VN:13,9-17,7); VCM: 72 fL (VN:80,1- 95,3); HCM: 21 pg (VN:27,6- 33,2); RDW: 19% (VN:11,5-14,7); Gb: 5.300/uL (VN:3.800-10.300) e Plaquetas: 742.000/uL (VN:166.000-389.000). Qual é o exame mais indicado?

- A. Dosagem da ferritina. ✓**
- B. Avaliação da medula óssea.
- C. Pesquisa da mutação JAK2V617F.
- D. Eletroforese de hemoglobina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia acentuada, microcítica (VCM 72) e hipocrômica, com RDW alargado (19%) e trombocitose reacional: o padrão é de ferropenia, e o exame de escolha para confirmar é a dosagem de ferritina, marcador do estoque de ferro. Em homem de 65 anos o passo seguinte obrigatório é investigar perda crônica pelo trato digestivo. Mielograma (B) não é primeira linha; JAK2 (C) investiga neoplasia mieloproliferativa; eletroforese de hemoglobina (D) só faria sentido com ferro normal e RDW normal. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Mulher, 30 anos, queixa-se de tosse seca, febre diária (até 38,5°C) e dispnéia progressiva há 3 semanas, com piora acentuada nos últimos 2 dias. Tomou, sem orientação médica, amoxicilina+clavulanato (500/125 mg a cada 8 horas) por uma semana, sem melhora. Exame Físico: FR: 28 ipm e tiragens intercostais. Ausculta respiratória sem anormalidades. Ausência de lesões em pele e mucosa oral, sem adenomegalias. Exames complementares: PCR para SARS CoV 2 em secreção nasal: negativa; Teste rápido molecular para M. tuberculosis em escarro: negativo. Hb: 12,2 g/dL; Gb: 3000/uL (neutrófilos 65%; linfócitos: 30%); plaquetas: 233.000 /uL. Gasometria ar ambiente: pH: 7,44; PO₂: 71 mmHg; PCO₂: 38 mmHg; HCO₃: 26 mmol/L BE. mmol/L ; Saturação O₂ : 92%. LDH sérica: 5300 U/L (VN: 120-246). Teste rápido para HIV: positivo. Qual é a terapia mais adequada?

- A. Sulfametoxazol+trimetoprim ✓**
- B. Fluconazol
- C. Ceftriaxona
- D. Rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com HIV recém-diagnosticado, tosse seca, febre e dispnéia arrastadas por semanas, hipoxemia com ausculta pulmonar normal, LDH muito elevada e ausência de resposta a betalactâmico: quadro clássico de pneumocistose (*Pneumocystis jirovecii*). O tratamento de escolha é sulfametoxazol-trimetoprim, associado a corticoide se PaO₂ menor que 70 mmHg em ar ambiente, como aqui. Fluconazol (B) não cobre *Pneumocystis*; ceftriaxona (C) trata pneumonia bacteriana típica; e o teste molecular negativo torna o esquema RIPE (D) inadequado neste momento. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Homem, 65 anos, admitido em pronto atendimento com queixa de dor lombar há 15 dias. Refere inchaço, falta de ar e redução do volume de urina nos últimos 7 dias. Exame físico: REG, icterico; anasarca; linfonodomegalia inguinal e PA:170x100 mmHg. Exames admissionais: gasometria venosa pH:7,29; HCO₃:10,4 mmol/L; PCO₂: 22 mmHg; PO₂: 54 mmHg; Cr: 9,2 mg/dL; Ur: 420 mg/dL; Potássio: 7,3 mmol/L; Cálcio: 5,9 mg/dL (VR: 8,5-10,5); Fósforo: 13,1 mg/dL (VR: 2,5-5,6); Albumina: 2,5 g/dL; Bilirrubina total: 18,1 mg/dL (VR: 0,1-1,2); Bilirrubina direta: 14,8 mg/dL (VR: 0-0,2) e Hemograma normal. Qual é a provável etiologia da lesão renal aguda?

- A. Síndrome hemolítico urêmica.
- B. Nefrite intersticial aguda.
- C. Hipertensão maligna.
- D. Síndrome de lise tumoral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão renal aguda com hipercalemia grave, hiperfosfatemia e hipocalcemia, em paciente com linfonodomegalia e acometimento sistêmico: essa tríade eletrolítica e a assinatura da síndrome de lise tumoral, com liberação maciça de conteúdo intracelular e nefropatia por ácido úrico e fosfato de cálcio. Síndrome hemolítico-urêmica (A) traria anemia e plaquetopenia, mas o hemograma é normal; nefrite intersticial (B) não produz esse perfil eletrolítico; e a hipertensão aqui é consequência, não causa (C). Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Mulher, 30 anos, submetida a cirurgia bariátrica há 3 anos devido à obesidade mórbida. Peso pré-operatório de 135 kg e há 1 ano mantém 95 kg. No último ano, apresentou 4 infecções de via aérea superior e 1 episódio de herpes zoster em face, tratada com aciclovir, há 2 meses. Apresenta cansaço persistente, diminuição da acuidade visual, em especial noturna, e xerostomia. Nos últimos dias, notou lesão esbranquiçada na conjuntiva ocular esquerda. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Herpes zoster oftálmico.
- B. Endoftalmite por *Candida albicans*.
- C. Deficiência de Vitamina A. ✓**
- D. Síndrome de Sjögren.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pos-operatório tardio de cirurgia bariátrica com má absorção de vitaminas lipossolúveis: cegueira noturna, xerostomia/xeroftalmia, lesão esbranquiçada na conjuntiva (mancha de Bitot) e infecções de repetição formam o quadro de hipovitaminose A. Herpes zoster oftálmico (A) daria lesão vesicular dolorosa em trajeto do trigêmeo; endoftalmite (B) e quadro agudo com dor e perda visual grave; Sjögren (D) não explica a cegueira noturna nem esse contexto cirúrgico. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Homem, 25 anos, notou há 3 meses edema de face ao acordar pela manhã, com melhora durante o dia. Há 1 mês, há piora gradual do edema, com extensão para o pescoço, sem melhora ao longo do dia, associado à hiperemia dessa região. Há 15 dias, refere dispneia, inicialmente aos grandes esforços, com piora gradual. Nega febre. Exame Físico: REG; eupneico; Saturação O₂ em ar ambiente: 92%; edema e hiperemia em face, em pescoço e em região superior de tronco; distensão venosa em região cervical e torácica superior e sem outras alterações. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Angioedema crônico.
- B. Insuficiência renal crônica.
- C. Síndrome de Veia Cava Superior. ✓**
- D. Insuficiência cardíaca direita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema de face que evolui para pescoço e tronco superior, com hiperemia e circulação/distensão venosa cervical e torácica (edema em esclavina), progressivo em semanas e com dispneia: síndrome da veia cava superior, que em adulto jovem deve levantar a suspeita de linfoma ou tumor mediastinal. Angioedema (A) é episódico e não causa distensão venosa; doença renal (B) e insuficiência cardíaca direita (D) causam edema gravitacional, predominante em membros inferiores, e não restrito a metade superior do corpo. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Mulher, 65 anos, com hipertensão de difícil controle, dislipidemia e obesidade. Queixa-se de dispneia aos esforços há 4 meses, edema de membros inferiores e despertares noturnos por falta de ar. Exame físico: BEG, corada e hidratada. Ritmo cardíaco regular em 3 tempos com presença de B3; Bulhas normofonéticas. FC: 76 bpm. PA: 172 x 100 mmHg. Som vesicular abolido em bases de hemitorácicos, com estertores finos ao fim da inspiração em regiões infraescapulares. FR: 20 ipm. Edema de membros inferiores (2/4+). Radiografia de tórax: pequeno derrame pleural bilateral, trama broncovascular proeminente e cardiomegalia. Qual é a alteração mais provável?

- A. Pré-carga ventricular reduzida.
- B. Pressão elevada na artéria pulmonar. ✓**
- C. Derrame pericárdico acentuado.
- D. Derrame pleural exsudativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia aos esforços, ortopneia, dispneia paroxística noturna, B3, estertores, derrame pleural bilateral e cardiomegalia em hipertensa de difícil controle: insuficiência cardíaca congestiva. A alteração hemodinâmica esperada é a hipertensão pulmonar pós-capilar, ou seja, pressão elevada na artéria pulmonar por transmissão retrograda da pressão de enchimento do ventrículo esquerdo. A pré-carga está aumentada, e não reduzida (A); o derrame descrito é transudato e pequeno (D); e não há achados de derrame pericárdico importante (C). Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Homem, 72 anos, tabagista (85 anos-maço). Refere dispneia aos esforços e tosse seca há 5 anos. Há alívio parcial e efêmero dos sintomas quando usa beta agonista inalado. Exame físico: BEG, corado, hidratado. FR: 18 ipm. Diâmetro antero-posterior do tórax aumentado; som hipersonoro à percussão do tórax, com murmúrio vesicular reduzido globalmente; sem ruídos adventícios. Qual é a alteração fisiopatológica mais provável?

- A. Infiltração eosinofílica de brônquios.
- B. Rigidez de caixa torácica.**

C. Fibrose de septos alveolares.

D. Alta complacência pulmonar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tabagista pesado com dispneia e tosse crônicas, torax em tonel, hipersonoridade a percussão e murmúrio vesicular globalmente reduzido: enfisema pulmonar. A destruição das paredes alveolares faz perder o recolhimento elástico, o que aumenta a complacência pulmonar e provoca aprisionamento aéreo. Infiltrado eosinofílico (A) corresponde a asma; rigidez de caixa torácica (B) a doenças restritivas extrapulmonares; e fibrose de septos (C) reduziria a complacência, com estertores em velcro e torax de volume diminuído. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Mulher, 48 anos, queixa-se de dor e edema em punhos e dedos das mãos, com rigidez matinal maior que uma hora, há três meses. Nega tabagismo e etilismo. Faz tratamento para hipotireoidismo. Exame físico: BEG; edema, calor e dor à movimentação de punhos, segunda e terceira metacarpofalangeanas bilateralmente e segunda a quarta interfalangeanas proximais de ambas as mãos. Exames laboratoriais: Hemograma normal; Proteína C reativa: 3,8 mg/dL (VN < 1,0); Fator reumatoide: negativo; anti CCP: negativo; ALT: 15 U/L; AST: 12 U/L; Glicemia em jejum: 82 mg/dL; Cr: 0,9 mg/dL; TSH: 1,9 uIU/mL (VN: 0,4-4,0). Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Espondiloartrite não axial.

B. Osteoartrite nodal erosiva.

C. Artrite reumatoide. ✓

D. Lúpus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simétrica de pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais) e punhos, com rigidez matinal maior que uma hora há três meses e provas inflamatórias elevadas: artrite reumatoide. Fator reumatoide e anti-CCP negativos não afastam o diagnóstico - cerca de 20% a 30% dos casos são soronegativos. Osteoartrite nodal (B) poupa metacarpofalangeanas, atinge interfalangeanas distais e não cursa com rigidez prolongada; espondiloartrite periférica (A) é tipicamente oligoarticular e assimétrica; lúpus (D) exigiria manifestações sistêmicas ausentes aqui. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Homem, 60 anos, refere dor em joelhos há cinco anos, desencadeada pelas atividades do dia a dia, com piora lenta (no início, a intensidade era 2/10, hoje, 8/10). Hipertenso, em uso de propranolol e hidroclorotiazida. Exame físico: bom estado geral; IMC: 31 Kg/m²; valgismo de joelhos; edema e calor em joelho esquerdo, com sinal da tecla; sem outras alterações. Líquido do joelho esquerdo foi coletado e enviado para análise. Qual é o achado mais provável?

A. Cristais em agulha com birrefringência negativa.

B. Cristais visualizados com vermelho alizarina.

C. Contagem global de leucócitos < 2.000/mm³. ✓

D. Contagem diferencial de neutrófilos > 95%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem obeso com dor mecânica de joelhos, progressiva ao longo de anos, com valgismo e derrame discreto: osteoartrite. O líquido sinovial da artrose é não inflamatório, com contagem global de leucócitos abaixo de 2.000/mm³, claro e viscoso. Cristais em agulha com birrefringência negativa (A) definem gota; vermelho de alizarina (B) cora cristais de hidroxapatita; e predomínio de neutrófilos acima de 95% com celularidade alta (D) sugere artrite séptica, incompatível com cinco anos de evolução. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Homem, 38 anos, sem comorbidades. Há 2 dias queixa-se de cefaleia intensa, temporal à direita, com duração de 15 a 30 minutos, principalmente à noite. Concomitante, há hiperemia conjuntival, edema palpebral e sudorese facial. Hoje, acordou com ptose palpebral direita. Procurou o pronto atendimento, durante a crise de cefaleia. Exame neurológico: orientado em tempo e espaço, ptose palpebral à direita, pupilas isocóricas e fotorreagentes, musculatura ocular extrínseca preservada e sem déficits focais. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Ressonância magnética de encéfalo.
- B. Oxigênio 10 L/min + sumatriptano 6 mg SC. ✓**
- C. Tomografia de crânio sem contraste.
- D. Dipirona 1 g EV + cetoprofeno 100 mg EV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crises de cefaleia unilateral temporal, muito intensas, de 15 a 30 minutos, predomínio noturno, com hiperemia conjuntival, edema palpebral, sudorese facial e ptose (sinais autonômicos e Horner parcial): cefaleia em salvas. O tratamento abortivo de escolha é oxigênio sob máscara em alto fluxo associado a sumatriptano subcutâneo. Analgésico comum endovenoso (D) é ineficaz nesse tipo de crise, e a neuroimagem (A e C), embora frequentemente solicitada na investigação, não trata o paciente que está em crise no pronto atendimento. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Homem, 50 anos, casado, queixa-se de astenia, adinamia e redução de força muscular nos últimos 4 meses, além de redução de libido e de ereção matinal espontânea. Exame físico: IMC: 26,2 kg/m², sem outros achados. Exames complementares: TSH: 16,9 uIU/mL (VR: 0,4-4,5); T4 livre: 0,45 ng/dL (VR: 0,9 - 1,8 ng/dL); testosterona total: 90,34 ng/dL (VR: 250-900 ng/dL); Hb: 11,7 g/dL e Ht: 34 dL. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Síndrome do eutireoideo doente.
- B. Hipotireoidismo primário.
- C. Hipopituitarismo anterior. ✓**
- D. Uso de esteróide anabolizante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com astenia, perda de força, queda de libido e de ereções matinais, com hipotireoidismo e hipogonadismo simultâneos além de anemia: o comprometimento de mais de um eixo ao mesmo tempo aponta insuficiência hipofisária anterior. Vale lembrar que no hipotireoidismo central o TSH pode vir normal ou até discretamente elevado, por secreção de molécula bioinativa - o que não afasta a origem hipofisária. Eutireoideo doente (A) ocorre em doença aguda grave; anabolizante (D) não explicaria o eixo tireoidiano nem a anemia. Resposta C.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Você é responsável pelo alojamento de um hospital. Uma mãe vem comunicar que seu filho perdeu 5% do peso do nascimento com 48 horas de vida. Ela ficou preocupada porque não tem ainda produção de leite nos seios. Você explica que o neonato fisiologicamente perde aproximadamente 10% do peso de nascimento na primeira semana de vida. Então a mãe pergunta o porquê isso ocorre. Qual é a explicação para esse fato?

- A. A massa volumosa de mecônio, armazenada no intestino neonatal durante a gestação, é eliminada na primeira semana de vida.
- B. A destruição das hemácias fetais na primeira semana de vida diminui a massa eritrocitária sanguínea.
- C. O neonato nasce com uma reserva hídrica que é consumida no intervalo entre o nascimento e a amamentação. ✓**
- D. Para ocorrer a transição para a vida extrauterina há consumo de tecido adiposo branco.

COMENTÁRIO OSCELABS

O recém-nascido nasce com excesso de água corporal, sobretudo no compartimento extracelular, herdado da vida intrauterina. Nos primeiros dias, antes da amamentação, ele mobiliza e elimina essa reserva hídrica pela urina, o que explica a perda fisiológica de até 10% do peso na primeira semana, recuperado por volta do décimo ao décimo quinto dia. Mecônio (A) representa massa pequena; a hemólise fisiológica (B) causa icterícia, não perda ponderal significativa; e o consumo de gordura marrom (D) gera calor, com impacto mínimo no peso. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Menino de 7 anos de idade, queixa-se de dores difusas na panturrilha e na região pré-tibial direitos há 6 meses, que aparecem principalmente no final da tarde, quase diárias. Às vezes, a criança acorda à noite pela dor, sendo essa dor muito intensa. A mãe não nota qualquer alteração objetiva nas pernas (edema, calor, vermelhidão) e as dores melhoram com massagens locais. A criança nega qualquer outra queixa e ao exame físico não apresenta qualquer alteração. Foi realizado diagnóstico de Dor do Crescimento pelo pediatra. Qual das características da dor descritas na história coloca em dúvida esse diagnóstico?

- A. É muito intensa.
- B. Acorda a criança à noite.
- C. É unilateral. ✓**
- D. É vespertina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dor do crescimento é um diagnóstico de exclusão com características bem definidas: é BILATERAL, localizada em músculos (panturrilhas, coxas, região pré-tibial), vespertina ou noturna, podendo ser intensa e até despertar a criança, e melhora com massagem, sem qualquer alteração ao exame físico. Justamente por isso, a lateralidade única descrita no caso e o dado discordante obriga a investigar causa orgânica local. Intensidade, despertar noturno e horário vespertino (A, B e D) são compatíveis com o diagnóstico. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Recém-nascido (RN) de 39 semanas e 3 dias, 3500g, Apgar 9/10. Permaneceu em Alojamento Conjunto com a mãe após o nascimento, em aleitamento materno exclusivo. Tipo sanguíneo da mãe: O positivo (Coombs indireto negativo); tipo sanguíneo do RN: B positivo (Coombs direto negativo). Com 24 horas de vida, foi notada icterícia e colhida dosagem sérica de bilirrubina total (13,1 mg/dL) e hematócrito (58%). Foi iniciada fototerapia contínua, utilizando aparelho com lâmpadas tipo LED azul. Com 48 horas de vida, o RN mantinha-se em boas condições, com bilirrubina total de 16,7 mg/dL e hematócrito de 55%, sendo mantido em fototerapia. No momento, com 72 horas de vida, o RN permanece bem, em aleitamento materno exclusivo, pesando 3350g. Resultados de exames: bilirrubina total 16,0 mg/dL, hematócrito 56%. Após avaliar os níveis de indicação de fototerapia intensiva, conforme mostrados na figura abaixo, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A. Suspende a fototerapia e dosar bilirubina em 12-24 horas.
- B. Dar alta hospitalar, orientando reavaliação clínica em 24 horas.
- C. Otimizar a fototerapia, colocando o RN em fototerapia dupla.
- D. Manter a fototerapia conforme administrada no momento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido a termo, em boas condicoes, com bilirrubina que estabilizou e ate caiu discretamente (16,7 para 16,0 mg/dL) sob fototerapia continua, hematocrito estavel e sem sinais de hemolise (Coombs direto negativo): a resposta ao tratamento e adequada. A conduta e manter a fototerapia como esta e continuar monitorando. Suspende (A) ou dar alta (B) com nivel ainda acima do limiar arrisca rebote; intensificar para fototerapia dupla (C) so se houvesse elevacao ou aproximacao do nivel de exsanguineotransfusao. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Paciente de 3 anos, do sexo masculino, apresenta quadro de otites médias bilaterais desde os 9 meses de idade, cerca de 3 vezes ao ano. Além disso, apresentou 1 episódio de pneumonia com tratamento domiciliar aos 2 anos. Nega sintomas de rinite alérgica ou sibilância recorrente. Apresenta quadros semanais de dor abdominal, eventualmente com diarreia e vômitos. Ao exame físico, apresenta linfonodomegalia cervical bilateral, de 0,5 a 1 cm, sem outras alterações. Nasceu a termo, nega intimações e ainda não frequenta creche. Não possui história familiar relevante. Possui os seguintes exames: Hb 11,8g/dL; Gb 5400/mm³ (1700 Segmentados; 3500 Linfócitos; 200 Eosinófilos); Plaquetas 190.000/mm³. IgG 388 mg/dl (menor do que P3). IgM 61 mg/dl (entre P10 e P25). IgA 20 mg/dl (menor do que P3), IgE 10 mg/dl (VR: menor do que 100 mg/dl). Com base no quadro clínico e nos exames laboratoriais, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Hipogamaglobulinemia transitória da infância. ✓**
- B. Imunodeficiência combinada
- C. Síndrome linfoproliferativa autoimune.
- D. Hipogamaglobulinemia fisiológica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crianca de 3 anos com infeccoes de repeticao de baixa gravidade, IgG e IgA abaixo do percentil 3 com IgM preservada, linfocitos em numero normal e bom estado geral: hipogamaglobulinemia transitoria da infancia, atraso na maturacao da sintese de imunoglobulinas que costuma normalizar ate os 4 a 6 anos. Imunodeficiencia combinada (B) cursaria com infeccoes graves, oportunistas e linfopenia; sindrome linfoproliferativa autoimune (C) traria citopenias e esplenomegalia; e a hipogamaglobulinemia fisiologica (D) ocorre entre 3 e 6 meses de vida. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Menino de 6 anos e 30 kg foi levado ao pronto atendimento devido a quadro de tosse e coriza há 2 dias, que evoluiu com dispneia e chiado no peito. Na admissão, estava em regular estado geral, falava frases completas, FR: 28 lpm, FC: 115 bpm, satO₂: 93% em ar ambiente, murmúrio vesicular abafado, com sibilos esparsos e retração subcostal leve. Foram realizados 4 jatos de salbutamol com espaçador a cada 20 minutos, 3 vezes. Na reavaliação após, criança apresentava murmúrio vesicular muito abafado, sem sibilos, com retração subcostal e de fúrcula moderadas, saturação de O₂: 88% em ar ambiente, falava palavras isoladas, FR: 36 ipm, FC: 125 bpm. Qual a conduta mais adequada no pronto atendimento, além de fornecer oxigênio?

- A. Corticoide oral e salbutamol a cada 20 minutos, com dose mais alta. ✓**
- B. Corticoide oral, salbutamol de hora em hora e iniciar brometo de ipratrópio.
- C. Corticoide endovenoso e iniciar sulfato de magnésio endovenoso.
- D. Corticoide endovenoso e salbutamol de hora em hora.

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança piorou (torax silencioso, saturação 88%, fala palavras isoladas), mas recebeu subdose: para 30 kg a recomendação é de 4 a 10 jatos de salbutamol por dose. Antes de escalar para terapias de resgate, corrige-se o básico - otimizar a dose do broncodilatador, mantendo as séries a cada 20 minutos, e administrar corticoide, que por via oral tem eficácia equivalente a endovenosa em quem aceita a via. O sulfato de magnésio (C) fica para a falha desse tratamento otimizado, e o espaçamento horário (B e D) é insuficiente na crise grave. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Lactente de 4 meses de idade está em consulta de puericultura de rotina para a idade. Qual dos seguintes achados deve estar presente nessa avaliação?

- A. Pega de objetos quando colocado à mão. ✓**
- B. Preensão palmar tipo pinça polegar dedo.
- C. Mudança de decúbito dorsal para ventral.
- D. Brincadeira tipo esconde achou.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 4 meses espera-se que o lactente segure objetos colocados em sua mão, marco da preensão voluntária que sucede o reflexo de preensão palmar. A pinça polegar-indicador (B) surge por volta dos 9 a 12 meses; rolar de decúbito dorsal para ventral (C) em torno dos 5 a 6 meses; e a brincadeira de esconde-achou (D) depende da noção de permanência do objeto, que se estabelece perto dos 9 meses. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Lactente com 6 meses de vida, nascido a termo, adequado para a idade gestacional e sem intercorrências, comparece para consulta de rotina. Não usa medicamentos. É alimentado exclusivamente ao seio materno, com bom ganho ponderal, e a mãe irá iniciar alimentação complementar. Com relação à suplementação de ferro, quando deve ser iniciada neste paciente?

- A. Em caso de anemia.
- B. Não há indicação.
- C. Imediatamente. ✓**
- D. Aos 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente a termo, adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses: a partir do momento em que a alimentação complementar é introduzida, o leite materno deixa de suprir a necessidade de ferro e a suplementação profilática está indicada imediatamente, mantida até os 24 meses. Esperar a anemia (A) e conduta reativa e tardia; não suplementar (B) ignora a recomendação vigente; e aos 12 meses (D) é tarde demais para prevenir a deficiência. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Uma menina de 4 anos e meio é atendida e sua mãe relata que ela é muito agitada, não para quieta, está sempre a mil por hora. Na creche, as professoras relatam que ela não consegue acompanhar as atividades, levanta da cadeira e atrapalha os colegas. Não consegue permanecer na mesma atividade por muito tempo. A mãe engravidou aos 44 anos por fertilização artificial. A criança nasceu prematura (32 semanas) e permaneceu duas semanas internada em unidade neonatal. Tem avaliação da visão e da audição normais. A paciente utiliza telas (TV e tablet) por 4 a 6 horas/dia. O acompanhamento do desenvolvimento pela cademeta de saúde da criança encontra-se a seguir. Qual é alternativa que melhor descreve a conduta inicial mais adequada?

- A. Iniciar risperidona e, após 4 semanas, iniciar metilfenidato.
- B. Tranquilizar a mãe, pois o desenvolvimento está adequado.
- C. Encaminhar para neuropsiquiatria para avaliação especializada.

D. Aplicar o instrumento de triagem SNAP IV em dois cenários. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Antes de rotular ou medicar, a avaliação de suspeita de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade exige demonstrar que os sintomas ocorrem em pelo menos dois ambientes diferentes (casa e escola) e trazem prejuízo funcional - e o SNAP-IV e o instrumento de triagem padronizado para isso, respondido por pais e professores, além de revisar o excesso de telas. Iniciar risperidona e metilfenidato (A) é desproporcional e precoce; tranquilizar a mãe (B) ignora o prejuízo escolar; encaminhar direto ao especialista (C) pula a avaliação que o pediatra pode e deve conduzir. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Menino de 8 anos apresentou episódio de dor torácica intensa em precórdio, durante brincadeira em cama elástica; a dor aliviou quando a criança descansou, mas se intensificou quando voltou a pular. Em avaliação médica, foi identificada lesão miocárdica isquêmica, secundária a trombose de aneurisma em trajeto da artéria descendente anterior. Para a investigação causal, qual a pergunta mais importante a ser feita?

- A. A criança teve episódio prévio de febre prolongada, conjuntivite e lesões de pele? ✓**
- B. A criança ou a família tem alguma história de malformação congênita ou síndrome genética?
- C. A criança fez algum procedimento dentário ou usou medicações endovenosas recentemente?
- D. A criança teve episódios de febre e dor articular recorrente nos últimos meses?

COMENTÁRIO OSCELABS

Aneurisma de artéria coronária em criança, complicado por trombose e infarto, tem como principal causa a doença de Kawasaki prévia, muitas vezes não diagnosticada. Por isso a pergunta decisiva busca o quadro clássico: febre prolongada acompanhada de conjuntivite não exsudativa, exantema, alterações de extremidades e de mucosas. Endocardite (C) causa vegetações e embolia, não aneurisma coronário; febre reumática (D) acomete valvas; e síndromes genéticas (B) não produzem esse padrão aneurismático. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

70. Menino do 9 anos de idade, apresenta queixa de urina avermelhada há cerca de dois meses, uma a duas vezes por semana, sendo encaminhado para investigação. O exame de urina rotina mostrou hemácias na sedimentoscopia. A pesquisa do dismorfismo eritrocitário evidenciou hemácias dismórficas (90%) com 20% de acantócitos. Qual dos seguintes achados urinários, se presente, poderia corroborar o diagnóstico mais provável?

- A. Coágulos.
- B. Alta osmolaridade
- C. Proteinúria ✓**
- D. Cristalúria

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematuria com mais de 80% de hemácias dismórficas e presença de acantócitos define origem GLOMERULAR do sangramento. O achado que reforça essa topografia é a proteinúria, pois a lesão do glomérulo permite passagem simultânea de hemácias e proteínas. Coágulos (A) sugerem sangramento de via urinária baixa (e praticamente excluem origem glomerular); osmolaridade alta (B) reflete apenas concentração urinária; e cristalúria (D) aponta litíase, que causaria hematuria isomórfica. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Criança de 7 anos, residente em zona urbana de Ribeirão Preto, vem ao atendimento de urgência com história de 6 dias de febre (38,5° a 39°C), cefaleia e prostração. Há 1 dia evoluiu com dor abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame: regular estado geral, corado, desidratado leve, anictérico, acianótico, eupneico; Sinais vitais normais. Pele: exantema micro macular em tronco e membros. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome difusamente doloroso à palpação, sem dor à descompressão, fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, baço não palpável. Foram realizados os seguintes exames: Hemograma: Hemoglobina: 14g/dL, hematócrito: 46%, glóbulos brancos: 3200/mm³ (25% neutrófilos segmentados e 70% linfócitos), plaquetas: 89.000/mm³. Albumina: 3,2 g/dL (VR 3,5-5); TGO: 110 U/L (VR <45). Coagulograma: INR 0,99 (VR < 1,3); TTPA 33 segundos, ratio 1,0 (VR < 1,26). Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Riquetsiose
- B. Dengue grupo C. ✓**
- C. Doença de Kawasaki.
- D. Mononucleose infecciosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta há 6 dias com exantema evoluindo para dor abdominal intensa, vômitos e hepatomegalia, com plaquetopenia (89.000), leucopenia com linfocitose, hipoalbuminemia e elevação de transaminases: dengue com sinais de alarme, ou seja, grupo C, que exige hidratação venosa e internação. Riquetsiose (A) cursaria com exantema de extremidades e evolução mais grave; Kawasaki (C) exige critérios mucocutâneos que faltam; mononucleose (D) traria linfadenomegalia e faringite exsudativa arrastadas, sem esse extravasamento plasmático. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Criança de 2 anos, estava brincando nos fundos de casa, quando iniciou choro intenso. Após alguns minutos, apresentou muitos episódios de vômitos, sudorese e palidez. Mãe procurou atendimento de urgência. Ao exame: sonolenta, sudoreica, com extremidades frias, sialorreica FC: oscilando de 90 a 166 bpm, FR: 45 ipm, oximetria de pulso: 90% em ar ambiente, PA: 138/80 mmHg. Ausculta cardíaca arritmica, sem sopros. Ausculta pulmonar: murmúrios reduzidos e com estertores em bases. Glicosimetria capilar: 364 mg/dL. Considerando o caso clínico acima, qual o tipo de choque envolvido?

- A. Hipovolêmico
- B. Anafilático.
- C. Cardiogênico. ✓**
- D. Séptico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança pequena, quintal de casa, dor súbita seguida de vômitos repetidos, sudorese, sialorreia, taquipneia, hipertensão, hiperglicemia e estertores em bases com arritmia: e a síndrome colinérgica e adrenergica do escorpionismo grave. A liberação maciça de catecolaminas leva a miocardite tóxica com disfunção ventricular e edema pulmonar - portanto, choque cardiogênico, que além do antiveneno demanda suporte inotrópico e cuidado com volume. Não há perda volêmica (A), exposição alérgica (B) nem foco infeccioso (D). Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Mãe procura pediatra, pois seu filho de 9 anos está apresentando sonolência e dormindo na escola. Dorme às 22:00, com latência para o início do sono menor que 5 minutos, e é acordado às 6:00 pela mãe, com dificuldade. Estuda pela manhã, tem bom aproveitamento escolar e a mãe queixa-se de irritabilidade em casa. Aos finais de semana dorme às 22:00 e acorda às 9:00. Nega roncos, sonambulismo, dores pelo corpo ou outras queixas. Qual seria a orientação que teria um melhor impacto na melhora da sonolência da criança?

- A. Realizar atividades físicas no período da manhã.
- B. Evitar alimentos gordurosos antes de deitar-se.
- C. Encorajar o uso de cafeína pela manhã.
- D. Incentivar a criança a dormir por volta das 20:00. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança dorme 8 horas nos dias de aula e 11 horas no fim de semana, com latência menor que 5 minutos e dificuldade para despertar: o padrão é de privação crônica de sono, com sono de recuperação aos sábados e domingos. Escolares de 9 anos precisam de 9 a 11 horas por noite, e a medida de maior impacto é antecipar o horário de deitar. Atividade física matinal (A) e dieta (B) tem efeito marginal, e cafeína (C) mascara o sintoma e piora ainda mais a duração do sono. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Em uma palestra para pais de adolescentes, você aborda ações preventivas para esta população. Um dos pontos importantes será reforçar a vacinação neste grupo. Neste sentido, você cita as infecções provenientes pelas vacinas oferecidas no Programa Nacional de Imunizações para esta idade. Qual das alternativas contempla infecções que devem ser citadas?

- A. HPV e difteria, tétano e coqueluche.
- B. Meningite por meningococo C e hepatite A.
- C. HPV e meningite por meningococo A. ✓**

D. Meningite por meningococo B e tétano.

COMENTÁRIO OSCELABS

O calendário do adolescente no Programa Nacional de Imunizações contempla HPV e a vacina meningocócica ACWY, que protege contra o sorogrupo A, além de reforços de dT, hepatite B e triplice viral conforme a situação vacinal. Meningocócica C (B) é aplicada no lactente e hepatite A aos 15 meses; meningocócica B (D) não integra a rotina pública; e a coqueluche em adolescente é coberta pela dTpa apenas em situações específicas, o que torna a formulação da alternativa A inadequada para essa faixa. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Adolescente de 16 anos chega à sala de emergência com história de ter sido encontrada desacordada em seu quarto há 1 hora. Ao exame físico: sonolenta (Escala de Coma de Glasgow 11), frequência respiratória de 30 ipm, frequência cardíaca de 100 bpm, pressão arterial de 100/70 mmHg, pulsos amplos e simétricos, tempo de enchimento capilar de 2 segundos. A acompanhante relata ter encontrado uma cartela de comprimidos vazia ao lado da cama da paciente. A gasometria arterial mostra: pH: 7,52 PO₂:100 mmHg; PCO₂:22 mmHg; Bicarbonato: 14 mEq/L; Base Excess: 11; sódio plasmático: 140 mEq/L; potássio plasmático: 4,0 mEq/L; cloro plasmático: 103 mEq/L. Qual é o provável agente causador da intoxicação?

- A. Benzodiazepínico.
- B. Antidepressivo tricíclico.
- C. Ácido acetil salicílico. ✓**
- D. Opióide.

COMENTÁRIO OSCELABS

A gasometria mostra alcalose respiratória (pH 7,52 com PCO₂ 22) somada a acidose metabólica com anion gap elevado ($140 - 103 - 14 = 23$), em adolescente com taquipneia após ingestão de cartela de comprimidos: esse distúrbio misto e a assinatura da intoxicação por salicilato. Benzodiazepínico e opióide (A e D) causam depressão respiratória com acidose respiratória e hipercapnia; tricíclico (B) cursa com alargamento de QRS, anticolinérgicos e acidose metabólica, sem essa alcalose respiratória primária. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Paciente de 12 anos com doença renal crônica em estágio terminal é submetido a transplante renal de doador falecido, com tempo de isquemia de 26 horas. Recebe fluidoterapia de manutenção no pós-operatório e apresenta, subitamente, deterioração de sua condição hemodinâmica. O traçado eletrocardiográfico mostra: A conduta apropriada é a administração endovenosa de:

- A. Cloreto de potássio 0,3 mEq/kg/h em 3 horas.
- B. Fosfato de potássio 1 mmol/kg em 24 horas.
- C. Sulfato de magnésio 50 mg/kg em 30 minutos.
- D. Gluconato de cálcio 1 mL/kg em bolus. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Transplante renal com tempo de isquemia fria muito prolongado (26 horas) cursa com função retardada do enxerto; a deterioração hemodinâmica súbita com alteração eletrocardiográfica nesse contexto e hipercalcemia grave. A prioridade absoluta é estabilizar a membrana do miocárdio com gluconato de cálcio endovenoso, antes das medidas que deslocam ou eliminam o potássio. Oferecer potássio (A e B) e agravar o quadro, e o magnésio (C) só seria indicado se houvesse torsades de pointes. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Menina de 4 anos de idade foi encaminhada para serviço de urgência com história de epistaxe há algumas horas. Negava história prévia de sangramentos. Ao exame: bom estado geral, sem sangramento ativo nasal; presença de algumas petéquias em membros inferiores. Sem outros achados anormais ao exame clínico. Hemograma (contagem automatizada) desta paciente: Hemoglobina: 12,1 g/dL (VN: 10,8 a 15,6). Hematócrito: 38% (VN: 33,0 a 45,0). Leucócitos: 7.500/mm³ (VN: 5.000 a 13.000) Neutrófilos: 50%, 3750/mm³ (VN: 1.800 a 8.000). Eosinófilos: 3%, 225/mm³ (VN: 0 a 600). Linfócitos: 45,5%, 3520/mm³ (VN: 1.200 a 6.000). Plaquetas: 38.000/mm³ (VN: 200.000 a 400.000). Presença de megaplaquetas. Qual a conduta inicial mais adequada a ser tomada neste caso?

- A. Colher aspirado de medula óssea
- B. Seguir ambulatorialmente com hemogramas. ✓**
- C. Transfundir concentrado de plaquetas.
- D. Prescrever imunoglobulina humana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança previamente saudável com plaquetopenia isolada (38.000), megaplaquetas ao esfregado, demais séries normais e sangramento apenas cutâneo-mucoso leve, já cessado: purpura trombocitopenica imune. Sem sangramento ativo importante, a conduta é observação com hemogramas seriados, pois a remissão espontânea ocorre na maioria dos casos pediátricos. Mielograma (A) só se houver achados atípicos; imunoglobulina (D) e corticoide ficam para sangramento significativo; e transfusão de plaquetas (C) é ineficaz e reservada a hemorragia grave. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, 4 anos e 2 meses, encaminhado para avaliação por obesidade. Primeiro filho de casal jovem, saudável e não consanguíneo. Ele nasceu a termo (40 semanas), com 3.200 gramas, sem intercorrência. Nos primeiros meses de vida teve muita dificuldade na sua alimentação, pois não sugava adequadamente, o que resultou em baixo ganho ponderal. Neste período foi introduzida fórmula láctea enriquecida de açúcar e farinha láctea. Durante o primeiro ano de vida foi notada também hipotonia importante, o que levou a atraso no desenvolvimento motor. Atualmente o quadro de hipotonia melhorou significativamente. Posteriormente, os pais perceberam hiperfagia e ganho ponderal excessivo a partir de segundo ano de vida. Na avaliação inicial, durante a primeira consulta, ao exame físico apresentava estatura no percentil 3 (Escore Z de -2) e a curva ponderal está mostrada na figura abaixo. Os exames laboratoriais iniciais (perfil lipídico, glicemia, hemoglobina glicada, função tireoidiana, hepática e renal) estavam normais. Considerando todas as informações apresentadas acima, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Síndrome de Prader Willi ✓**
- B. Síndrome do Down.
- C. Síndrome de Cushing
- D. Obesidade primária associada a erro alimentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotonia neonatal com dificuldade de sucção e baixo ganho ponderal nos primeiros meses, seguida de hiperfagia e obesidade progressiva a partir do segundo ano, com baixa estatura (percentil 3): essa inversão evolutiva é a marca da síndrome de Prader-Willi. Síndrome de Down (B) traria dismorfismos e atraso cognitivo evidentes desde o nascimento; Cushing (C) cursa com estrias, hipertensão e exames metabólicos alterados; e obesidade primária por erro alimentar (D) não explica a hipotonia nem a estatura baixa. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Crianga de 9 anos é levado ao pronto socorro com história de crise convulsiva inédita, caracterizada por movimentos tônico-clônicos em hemidomínio esquerdo, de duração de 2 minutos, acompanhado de sonolência após episódio. Pais relatam que há cerca de 1 mês paciente vem apresentando cefaleias matinais, intensas, que por vezes despertavam o paciente no final da madrugada. Negava história de trauma. Exame clínico geral de admissão mostrava paciente viril e orientado. Frequência cardíaca de 92 bpm, com enchimento capilar <3 segundos. Pressão arterial de 100x60 mmHg (abaixo do P90). Neurológico: força muscular grau 5 em hemidomínio direito, e grau 3 em hemidomínio esquerdo. Com base nos dados clínicos, qual a alternativa que corresponde ao diagnóstico mais provável para este paciente?

- A. Tumor cerebral parietal. ✓**
- B. Hematoma extradural.
- C. Meningoencefalite viral.
- D. Síndrome epiléptica da infância.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia matinal intensa que desperta a criança no final da madrugada há um mês, evoluindo para crise convulsiva focal (hemidomínio esquerdo) e déficit motor persistente à esquerda grau 3: o conjunto indica lesão expansiva no hemisfério direito, isto é, tumor cerebral. Hematoma extradural (B) exige trauma e tem curso agudo; meningoencefalite viral (C) cursa com febre e sinais meníngeos; e síndrome epiléptica da infância (D) não produz cefaleia progressiva nem déficit focal fixo. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Um menino com 2 anos e 4 meses de idade é avaliado por apresentar desenvolvimento de pelos pubianos e do pênis há dois meses. É filho único. Seu pai tem 40 anos e mede 191 cm. Sua mãe tem 36 anos, mede 174 cm e teve diagnóstico recente de neoplasia da mama. O avô materno está em tratamento de neoplasia do cólon. Na última consulta de puericultura, aos 2 anos media 87 cm (P50) e pesava 12 kg e o pediatra não notou alterações ao exame físico. Exame físico atual: Estatura= 92 cm; peso= 15 kg. Pele com acne facial e presença de duas manchas café com leite com 1 cm de diâmetro, arredondadas, no dorso. Há hipertrofia muscular. O exame genital está mostrado na figura abaixo. Utilizando-se o orquímetro de Prader, o volume testicular foi estimado em 2 mL, bilateralmente. O comprimento peniano (esticado) foi de 9 cm. Havia pelos pubianos (Tanner P3). Os resultados dos exames complementares estão mostrados na tabela abaixo (resultados repetidos e confirmados). Com base nestes dados clínicos e laboratoriais, qual é o diagnóstico de alta probabilidade neste paciente?

- A. Puberdade precoce de causa exógena. ✓**
- B. Adrenarca precoce idiopática.
- C. Puberdade precoce central.
- D. Tumor adrenocortical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 2 anos com pubarca, aumento peniano, acne, hipertrofia muscular e aceleração de crescimento, mas com volume testicular PRE-PUBERAL (2 mL bilateralmente): a dissociação entre virilização intensa e testículos pequenos exclui ativação do eixo hipotálamo-hipofisário, afastando puberdade precoce central (C). Trata-se de puberdade precoce periférica, e a causa mais provável é a exposição exógena a androgênio (contato com gel de testosterona de um adulto da casa). Adrenarca precoce idiopática (B) não causa crescimento peniano nem hipertrofia muscular. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Mulher, 32 anos, G1P1 (1PC), em uso contínuo de desogestrel 75mcg/dia, em amenorréia há 9 meses, procura atendimento ginecológico com queixa de dor pélvica em hipogástrio de forte intensidade há 10 meses que tem comprometido suas atividades habituais. Refere que sempre teve cólica menstrual de forte intensidade, com necessidade ocasional de medicação endovenosa. Refere dispareunia de profundidade em todas as relações, nega sangramento nas fezes ou na urina, porém refere alteração do hábito intestinal há 6 meses com disquezia e afilamento das fezes. Ao exame físico: PA: 110x80mmHg, FC: 76bpm, abdome plano, normotenso, doloroso em todo andar inferior do abdome à palpação profunda, descompressão brusca negativa. Especular: colo róseo, sem lesões ou conteúdo anormal. Toque: colo cartilaginoso, doloroso à mobilização, útero centrado, RVF, fixo e doloroso à palpação e mobilização, anexos não palpados e sem dor nas fossas ilíacas, fundo de saco vaginal com lesão irregular de 1,5cm muito doloroso. Exames complementares: Hb: 13,2g/dl; Ht: 35%. USTV: útero RVF, centrado, fixo, ausência de deslizamento com compartimento posterior, volume de 72cm³, com lesão intestinal de cerca de 3,5 x 2,5 x 1,2 cm comprometendo até a camada muscular interna, cerca de 8 cm da borda anal com comprometimento de 45% da circunferência intestinal. Ovário esquerdo de 4,2cm³, ovário direito de 4,5cm³. Considerando-se a possibilidade diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Ressonância magnética da pelve.
- B. Dienogeste 2mg/dia contínuo.
- C. Laparoscopia cirúrgica. ✓**
- D. Análogo de GnRH injetável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia incapacitante, dispareunia de profundidade, disquezia com afilamento das fezes, nódulo doloroso em fundo de saco, útero fixo sem deslizamento e lesão intestinal a 8 cm da borda anal comprometendo 45% da circunferência: endometriose profunda com acometimento intestinal, já refratária a progestagênio contínuo (desogestrel). A conduta e o tratamento cirúrgico por videolaparoscopia. A ultrassonografia com preparo já mapeou a doença, dispensando ressonância (A); dienogeste (B) e análogo de GnRH (D) não resolvem a obstrução progressiva nem a dor refratária. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito C

Mulher, 32 anos, G1P1 (1PN), procura atendimento ginecológico com queixa de fluxo menstrual regular, porém aumentado há 8 meses, associado a cólica de forte intensidade, com exacerbação do sangramento há 2 meses. No momento refere fraqueza e palpitação associados ao sangramento vaginal e atividade física. Ao exame físico: PA: 110x60mmHg, FC: 92bpm, abdome plano, normotenso, indolor a palpação. Especular: colo uterino sem lesões, sem sangramento ativo. Toque vaginal: útero AVF, centrado, aumentado de tamanho e palpável cerca de 3cm acima da sínfise púbica. Exames complementares: Hb: 10,3g/dl Ht: 30%, B-HCG: 2,2mUI/ml (VR: <25mUI/ml) USTV: útero AVF, centrado, volume de 180cm³ (VN: < 120cm³), com lesão nodular de 4,5cm no maior diâmetro comprometendo a cavidade endometrial (FIGO 1), ovário esquerdo de 7cm³, ovário direito de 4cm³ (VN: 3 a 9 cm³) (vide figura) Imagem: Ultrassonografia transvaginal. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento para a paciente?

- A. Embolização arterial.
- B. DIU de levonorgestrel (52mg).
- C. Histeroscopia cirúrgica. ✓**
- D. Progestagênio IM.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino aumentado com anemia sintomática e ultrassom mostrando mioma único de 4,5 cm comprometendo a cavidade endometrial (FIGO 1, submucoso): o tratamento definitivo e a miomectomia por histeroscopia cirúrgica, que remove a causa preservando o útero e a fertilidade. DIU de levonorgestrel (B) tem alta taxa de expulsão e menor eficácia com cavidade distorcida; progestagênio intramuscular (D) e apenas paliativo; embolização (A) não é a primeira escolha para mioma submucoso único e ressecável. Resposta C.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Mulher com 58 anos, G3P3 (2PN e 1PC), DUM: há 9 anos. Encaminhada para Hospital terciário com queixa de perda urinária principalmente durante atividade física, associado a urgência miccional, noctúria, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e disúria. Refere ter HAS, DM tipo II e glaucoma em tratamento. Exame ginecológico: sem alterações, não observada perda urinária durante manobra de Valsalva. Exame ginecológico: sem alterações, não observada perda urinária durante manobra de Valsalva. Fez estudo urodinâmico apresentado a seguir. Paciente foi encaminhada à fisioterapia e orientada a alterações comportamentais para tratamento. Além das medidas orientadas, qual a melhor conduta neste momento?

- A. Mirabegrona 50mg oral diário. ✓**
- B. Sling transobturatório com faixa sintética.
- C. Sling retropúbico com faixa sintética.
- D. Solifenacina 10 mg oral diário.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro predominante é de urgência miccional, noctúria e esvaziamento incompleto, sem perda demonstrável a manobra de Valsalva - ou seja, bexiga hiperativa, e não incontinência de esforço. Após falha das medidas comportamentais e fisioterapia, entra o tratamento farmacológico, e aqui a solifenacina (D) está contraindicada pelo glaucoma. Restam os agonistas beta-3: mirabegrona. Os slings (B e C) tratam incontinência urinária de esforço, que não foi comprovada nesta paciente. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Mulher de 30 anos, nuligesta, portadora da síndrome dos ovários policísticos, em uso de contraceptivo combinado oral (COC) há 8 anos, com ciclos regulares e satisfeita com o controle do hiperandrogenismo. Comparece à consulta de rotina referindo dificuldade na perda de peso mesmo após orientações nutricionais. Refere prática irregular de atividade física. Exame físico: PA=120x80mmHg; IMC=31,3Kg/m²; Índice de Ferriman Gallwey=2; circunferência da cintura 104cm. Exame ginecológico: sem alterações. Exames complementares: Lipidograma normal; Teste de tolerância oral à glicose (75g): jejum= 88mg/dl e após 2 horas= 136mg/dl. Além de reforçar as orientações de alimentação saudável e atividade física regular, qual das condutas abaixo é a mais adequada para este caso?

- A. Trocar COC por progestagênio isolado.
- B. Iniciar metformina. ✓**
- C. Iniciar inositol.
- D. Repetir exames metabólicos em seis meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome dos ovários policísticos com obesidade e circunferência abdominal de 104 cm, resistência insulínica evidente e glicemia de 2 horas já no limite superior, sem resposta às medidas de estilo de vida isoladas: a metformina e o adjuvante indicado, melhorando o perfil metabólico e auxiliando no controle ponderal. Trocar o contraceptivo combinado (A) sacrificaria o controle do hiperandrogenismo, que está satisfatório; inositol (C) tem evidência fraca; e apenas repetir exames em seis meses (D) posterga a intervenção em paciente já sintomática. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito D

Paciente do sexo feminino, 15 anos, comparece em consulta ginecológica trazida pela mãe para orientação. As condições ao nascimento e desenvolvimento na infância foram normais. Iniciou desenvolvimento puberal aos 9 anos com telarca. Nega menarca. Exame físico: PA: 110x70 mmHg, IMC: 18 kg/m², Estágio de Tanner: M4P1. Genitália externa feminina, púbere, introito vaginal com hímen íntegro e vaginometria de 3cm. Qual a abordagem complementar para elucidar este caso clínico?

- A. FSH, TSH e Prolactina.
- B. Ressonância magnética de pelve.
- C. Teste de estímulo com GnRH.
- D. Cariótipo de células periféricas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com amenorreia primária, mamas bem desenvolvidas (M4) mas AUSÊNCIA de pelos pubianos (P1), genitalia externa feminina e vagina em fundo cego de 3 cm: essa dissociação entre telarca normal e pilosidade ausente é clássica da síndrome de insensibilidade androgênica completa. O exame que elucidaria o caso é o cariótipo (46,XY). FSH, TSH e prolactina (A) investigam amenorreia de causa hipotálamo-hipofisária; ressonância (B) e teste de GnRH (C) não definem o diagnóstico etiológico aqui. Resposta D.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Mulher, 55 anos, G1P1, com queixa de fogacho há 2 anos, especialmente no período noturno, que atrapalha sua qualidade de vida. Última menstruação há 1 ano. Deseja alívio do sintoma, mas não deseja usar terapia hormonal. Não apresenta comorbidades e nem faz uso de medicações. IMC: 26 Kg/m². PA: 120x70 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Exames de rastreamento recomendados para a idade: normais Qual opção de tratamento não hormonal é a mais efetiva para a redução dos sintomas vasomotores?

- A. Sertralina.
- B. Fluoxetina.
- C. Amitríptilina.
- D. Paroxetina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre as opções não hormonais para sintomas vasomotores da menopausa, a paroxetina é a que tem melhor evidência de eficácia, sendo inclusive a única formulação aprovada por agência regulatória especificamente para essa indicação (mesilato de paroxetina em baixa dose). Sertralina e fluoxetina (A e B) mostram efeito modesto e inconsistente nos estudos; amitríptilina (C) é um tricíclico sem indicação para fogachos e com perfil de efeitos adversos desfavorável. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Na unidade básica de saúde, você atende uma mulher nuligesta de 19 anos com depressão em tratamento com sertralina. Não apresenta outras comorbidades ou queixas ginecológicas. Deseja contracepção reversível. IMC: 21 Kg/m². PA: 100x65 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Exames de rastreamento recomendados para a idade: normais. Considerando os critérios de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (2015), qual alternativa contém a orientação contraceptiva mais adequada?

- A. Os contraceptivos combinados são preferíveis pelo efeito positivo no humor.
- B. O único contraceptivo a ser evitado é acetato de medroxiprogesterona de depósito.
- C. Evitar contraceptivos pela via oral enquanto estiver em uso de sertralina.

D. Todos os contraceptivos reversíveis podem ser prescritos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS, depressão - inclusive em uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina como a sertralina - é categoria 1 para todos os métodos contraceptivos: não há restrição. Assim, a jovem pode escolher qualquer método reversível, incluindo os de longa duração. Não há superioridade dos combinados sobre o humor (A), não existe restrição específica ao acetato de medroxiprogesterona de depósito nesse contexto (B), e a sertralina não contraindica a via oral (C). Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Mulher de 53 anos foi submetida à biópsia percutânea assistida à vácuo devido a agrupamento de microcalcificações suspeitas identificadas em mamografia de rastreamento. A mamografia de controle após a biópsia confirmou a ressecção completa das microcalcificações. O resultado do estudo histológico revelou a presença de hiperplasia ductal atípica. Qual a conduta mais apropriada no momento?

- A. Mastectomia redutora de risco bilateral.
- B. Tamoxifeno 20mg via oral por 5 anos

C. Excisão cirúrgica da área afetada. ✓

- D. Seguimento com mamografia anual.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperplasia ductal atípica diagnosticada em biópsia percutânea, mesmo com retirada completa das microcalcificações, exige exérese cirúrgica da área: a taxa de subestimacão histológica gira em torno de 15% a 20%, ou seja, a peça cirúrgica pode revelar carcinoma ductal in situ ou invasor. Seguimento apenas com mamografia (D) arrisca deixar um câncer sem tratamento; tamoxifeno (B) e redução de risco discutida DEPOIS da exérese; mastectomia bilateral (A) é conduta desproporcional. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Uma mulher de 53 anos realizou uma mamografia de rastreamento e vem para consulta na Unidade Básica de Saúde. O laudo vem descrito como BIRADS 0 à direita e as imagens estão apresentadas a seguir. Incidência Crânio Caudal Incidência Medio lateral oblíqua Baseado em sua interpretação das imagens e sua correlação com laudo do radiologista, qual seria a conduta mais adequada?

- A. Repetir a mamografia.
- B. Solicitar ultrassonografia da mama.
- C. Encaminhar para um especialista.

D. Solicitar incidências adicionais. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 0 significa exame inconclusivo, que necessita de avaliação adicional por imagem. Diante de achado visto no rastreamento que precisa ser mais bem caracterizado (assimetria, distorção ou microcalcificações), o passo correto é complementar a própria mamografia com incidências adicionais - compressão localizada e magnificação. A ultrassonografia (B) complementa apenas quando a suspeita é de nódulo; repetir o exame integralmente (A) e encaminhar ao especialista (C) sem completar a investigação não respondem a categoria 0. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Primigesta, na 31ª semana de gestação chega em Unidade de Pronto Atendimento referindo dor de cabeça há dois dias. Nega queixas de turvação visual e epigastralgia. Refere pré-natal sem intercorrências até há 2 semanas quando apresentou elevação dos níveis pressóricos. Exame físico: regular estado geral, mucosas coradas, edema de mãos e tornozelos. PA: 160x110mmHg. Altura uterina compatível com a idade gestacional, feto único, cefálico, BCF de 136 bpm e atividade uterina ausente. Qual é a prescrição mais adequada neste momento?

- A. Hidralazina.
- B. Metildopa.
- C. Nifedipina.
- D. Sulfato de magnésio. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 31 semanas com PA de 160x110 mmHg e cefaleia persistente: pre-eclampsia com sinais de gravidade e sintoma premonitório de eclampsia. A prescrição que muda desfecho neste momento é o sulfato de magnésio, para prevenção da crise convulsiva, além da anti-hipertensão. Hidralazina e nifedipina (A e C) são usadas para a crise hipertensiva e devem ser associadas, mas não substituem a neuroproteção; metildopa (B) é droga de manutenção, sem efeito no quadro agudo. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Mulher de 28 anos chega à unidade de pronto atendimento vítima de múltiplos ferimentos por arma branca há 30 minutos, evoluindo a óbito após 3 horas, mesmo após ser submetida a cirurgia de emergência e receber todos os cuidados necessários. Dentre os exames laboratoriais, foi constatado teste de gravidez positivo. Como a instituição deve notificar esse óbito?

- A. Morte materna obstétrica indireta.
- B. Morte materna obstétrica direta.
- C. Morte materna não obstétrica. ✓**
- D. Não sendo morte materna.

COMENTÁRIO OSCELABS

Morte materna é o óbito ocorrido durante a gestação ou até 42 dias após seu término. Quando a causa é incidental, sem relação com o estado gravídico - como o homicídio por arma branca deste caso -, a notificação é de morte materna NÃO obstétrica. Obstétrica direta (B) decorre de complicações próprias da gravidez, parto ou puerpério; indireta (A), de doença prévia agravada pela gestação; e ignorar o óbito (D) prejudicaria a vigilância, já que todo óbito de mulher em idade fértil deve ser investigado. Resposta C.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Tercigesta, 27 anos, com gestação de 29 semanas, iniciou o pré-natal tardiamente. Ela vem à consulta para checar exames da rotina. Apresenta tipo sanguíneo A negativo, com Coombs Indireto positivo, anticorpo identificado anti-Jk. Questionada sobre possíveis antecedentes de risco, ela relata que recebeu "vacina anti-Rh" apenas após o primeiro parto. No segundo parto, ela teve hemorragia e recebeu dois concentrados de hemácias. Na atual gestação, ela está assintomática e a ultrassonografia obstétrica realizada hoje está normal. Com relação à imunoprofilaxia anti-Rh, qual alternativa representa a melhor conduta nesse caso?

- A. Imunoglobulina anti-RhD está contraindicada por haver aloimunização.
- B. Pedir titulação dos anticorpos para decidir conduta.
- C. Realizar imunoglobulina anti-RhD agora. ✓**
- D. Repetir Coombs Indireto para confirmar aloimunização.

COMENTÁRIO OSCELABS

A gestante é Rh negativo e o anticorpo identificado é o anti-Jk (sistema Kidd), NÃO o anti-D - provavelmente aloimunização decorrente da transfusão prévia. Como ela não está sensibilizada ao antígeno D, a imunoprofilaxia anti-RhD permanece plenamente indicada e deve ser feita agora, na 28ª semana, além da dose pós-parto se o recém-nascido for Rh positivo. Por isso A está errada, e nem titulação (B) nem repetição do Coombs indireto (C) mudam essa conduta. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Secundigesta, 31 anos, com 33 semanas de gestação, vem para retorno pré-natal. É portadora de hipertensão arterial crônica, em uso de 750mg/dia de metildopa. Teve o diagnóstico de feto pequeno para a idade gestacional há duas semanas. Realizou outra ultrassonografia ontem com os seguintes achados: peso fetal estimado no percentil 5, maior bolsa de líquido amniótico de 2,0cm, índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 92, relação cerebroplacentária no percentil 4, com ducto venoso normal. Ao chegar no ambulatório, assintomática, realizou a seguinte cardiotocografia mostrada na figura a seguir. Cardiotocografia realizada hoje, após lanche da tarde. Qual alternativa apresenta o melhor manejo nesse caso?

- A. Resolução imediata por cesárea. ✓**
- B. Realizar perfil biofísico fetal por meio da ultrassonografia.
- C. Realizar manobras de ressuscitação intrauterina.
- D. Resolução da gestação após um ciclo de corticosteroides.

COMENTÁRIO OSCELABS

Restrição de crescimento fetal com peso no percentil 5, oligoamnio (maior bolsa de 2,0 cm), Doppler de artéria umbilical no percentil 92 e relação cerebroplacentária no percentil 4 caracterizam centralização - insuficiência placentária em franca deterioração; somada a cardiotocografia com padrão não tranquilizador em gestante hipertensa de 33 semanas, a indicação é resolução imediata, por cesárea. Perfil biofísico (B) apenas repete informação já obtida; ressuscitação intrauterina (C) não corrige insuficiência placentária crônica; e aguardar o corticoide (D) é inaceitável diante do comprometimento agudo. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Gestante, G3P2, 26 anos, idade gestacional de 29 semanas, veio encaminhada de unidade básica de saúde devido aos seus resultados sorológicos referentes à hepatite B. O resumo destes exames estão listados a seguir: HBsAg: positivo HBeAg: negativo Anti HBsAg: negativo Anti HBeAg: positivo Anti HBcAg: positivo Baseado nestes exames sorológicos qual das alternativas é considerada correta para essa gestante?

- A. Solicitar carga viral. ✓**
- B. Iniciar tenofovir.

C. Solicitar novo anti HBsAg.

D. Solicitar novo HBsAg.

COMENTÁRIO OSCELABS

HBsAg reagente com anti-HBc positivo caracteriza infecção crônica pelo vírus B; HBeAg negativo com anti-HBe positivo sugere fase de baixa replicação, mas isso NÃO dispensa a medida da replicação viral. A conduta é solicitar carga viral (HBV-DNA), pois a profilaxia da transmissão vertical com tenofovir a partir do terceiro trimestre é indicada quando a carga é alta (acima de 200.000 UI/mL). Iniciar tenofovir sem essa informação (B) é empírico, e repetir sorologias (C e D) não acrescenta nada ao diagnóstico já definido. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Secundigesta com parto vaginal prévio, 27 anos, 28 semanas de idade gestacional, parceria sexual inconstante até o último relacionamento há dois anos. Nega alterações na atual gravidez, mas referiu lesões exantemáticas que desapareceram sem tratamento há três anos aproximadamente. Dentre seus exames laboratoriais, os únicos alterados foram a quimioluminescência para sífilis (reagente) e o VDRL (reagente 1/32). Foi prescrita penicilina benzatina 7.200.000UI, divididas em três tomadas semanais. As duas primeiras doses foram aplicadas com intervalo de 1 semana. Comparece na Unidade Básica de Saúde para tomar a terceira dose, verificando-se que a última dose foi aplicada há 15 dias atrás. Considerando as atuais diretrizes do Ministério da Saúde, qual seria a conduta correta?

A. Fazer a terceira dose e considerar como sífilis tratada.

B. Solicitar VDRL e, se o título cair, a gestante pode ser considerada tratada.

C. Reiniciar o tratamento completo com penicilina benzatina (3 doses). ✓

D. Nada a fazer, considerar a gestante tratada com duas doses.

COMENTÁRIO OSCELABS

No tratamento da sífilis na gestação com penicilina benzatina 7.200.000 UI em três doses semanais, o intervalo entre as aplicações não pode ultrapassar 14 dias. Como a última dose foi há 15 dias, o esquema perdeu a validade e deve ser REINICIADO por completo, com as três doses. Aplicar apenas a terceira dose (A) ou considerar a gestante tratada (D) resultaria em tratamento inadequado, com notificação de sífilis congênita; e a queda de título (B) leva meses e não valida retroativamente um esquema irregular. Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Nuligesta, 27 anos, suspendeu método anticoncepcional combinado oral para tentar engravidar há 4 meses. Relata que tem relações heterossexuais, 2 vezes por semana, com ejaculação vaginal. Geralmente, tem ciclos menstruais regulares, porém o último ocorreu alguns dias depois do habitual. No ciclo atual, também está com a menstruação atrasada há uma semana. Está assintomática. Fez um teste de urina na UBS com o resultado demonstrado na figura a seguir. Está assintomática. Fez um teste de urina na UBS com o resultado demonstrado na figura a seguir. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, qual é a próxima conduta?

A. Prescrever progesterona via oral por 14 dias.

B. Conduta expectante até que haja menstruação espontaneamente.

C. Repetir o teste imunológico de gestação em 15 dias. ✓

D. Solicitar ultrassonografia transvaginal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher tentando engravidar, com atraso menstrual de uma semana e teste imunológico de gravidez na urina NEGATIVO: o resultado pode ser falso-negativo por ovulação tardia (o próprio ciclo anterior já veio atrasado) e beta-hCG ainda abaixo do limite de detecção. A recomendação do Ministério da Saúde é repetir o teste em 15 dias. Progesterona para provocar sangramento (A) é inadequada em quem busca gestação; conduta expectante indefinida (B) e ultrassonografia transvaginal (D) não esclarecem nesta fase precoce. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Primigesta de 28 anos com 9 semanas de idade gestacional, sem comorbidades, retoma à consulta de pré-natal sem queixas clínicas ou obstétricas. Exame físico dentro dos padrões de normalidade. Exames laboratoriais: Hemograma com Hb 12,0g/dl; Ht 37%; sorologias não reagentes; glicemia de jejum 93 mg/dl. Considerando condições técnicas e financeiras totais, de acordo com a atual recomendação nacional da Organização Panamericana de Saúde Organização Mundial de Saúde / Ministério da Saúde / Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia / Sociedade Brasileira de Diabetes, qual deve ser a avaliação complementar para este caso?

A. Glicemia de jejum após 24 semanas de idade gestacional.

B. Glicemias de jejum e pós prandiais diárias imediatamente. ✓

C. Teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g de glicose anidra após 24 semanas.

D. Teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75g de glicose anidra imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 93 mg/dL na primeira avaliação da gestante já é diagnóstica de diabetes mellitus gestacional, pois o ponto de corte na gravidez cai para 92 mg/dL (e valores acima de 126 definem diabetes prévio). Feito o diagnóstico, não há por que aguardar ou repetir teste de sobrecarga: inicia-se imediatamente o tratamento com dieta, atividade física e monitorização com glicemias capilares de jejum e pós-prandiais. Por isso o TOTG (C e D) e a glicemia após 24 semanas (A) estão equivocados. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Parturiente de 38 anos, secundigesta (um parto vaginal anterior há 2 anos), 38 semanas de idade gestacional, chega à maternidade em fase ativa de trabalho de parto, apresentando evolução taquitócica, com nascimento de neonato masculino, 3120g, Apgar 8/10. Realizado manejo ativo do terceiro período do parto. A dequitação placentária ocorre espontânea e completamente após 30 minutos da expulsão fetal, seguida de sangramento via vaginal moderado, mal estar geral, tontura, agitação psicomotora. Antecedentes pessoais: síndrome coronariana aguda com necessidade de cirurgia de revascularização miocárdica há 3 anos em seguimento clínico. Exame físico: Regular estado geral, hipocorada (+++/++++), pressão arterial: 80x45 mmHg. Frequência cardíaca: 123 bpm, Frequência respiratória: 24 ipm, saturação de OI = 92%. Exame gineco-obstétrico: fundo uterino palpável a 2 cm acima da cicatriz umbilical, consistência amolecida, canal de parto íntegro. A equipe assistencial imediatamente iniciou primeiro pacote de intervenções com manobra de Hamilton, reposição volêmica com cristaloides e hemocomponentes, infusão de ocitocina e de ácido tranexâmico, porém sem resposta adequada quanto ao sangramento e estabilização clínica. Qual a conduta deve ser indicada em sequência?

A. Misoprostol e pressão uterina interna em punho.

B. Metilergometrina e sutura hemostática uterina.

C. Misoprostol e inserção de balão de tamponamento intrauterino. ✓

D. Metilergometrina e segunda dose de ácido tranexâmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pos-parto por atonia (utero amolecido acima da cicatriz umbilical, canal de parto integro) que nao respondeu ao primeiro pacote com ocitocina, acido tranexamico e reposicao volemica. O passo seguinte associa outro uterotonico a uma medida mecanica: misoprostol mais balao de tamponamento intrauterino. A metilergometrina (B e D) esta CONTRAINDICADA nesta paciente com doenca coronariana e revascularizacao previa, pelo risco de vasoespasma e isquemia miocardica - essa e a pegadinha da questao. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Paciente de 35 anos, G2P1 (PC), tempo de amenorreia de 31 semanas, encontra-se no ambulatório de gestação de alto risco em seguimento por Hipertensão Arterial Crônica em uso de metildopa 250mg de 6 em 6h. Nega cefaleia, turvação visual e epigastralgia. Nega sangramento ou outras queixas clínicas e obstétricas. Traz curva pressórica com média de PAS de 160mmHg e média de PAD de 105mmHg. Exame físico: bom estado geral, corada, afebril, com PA: 160x100mmHg, pulso de 82bpm. US obstétrico: feto único, longitudinal cefálico com dorso a esquerda; PBF 8/8; Peso fetal estimado: 1210g no percentil 1. Doppler artéria umbilical com índice de pulsatilidade (IP) de 1,32 no Percentil 98 e Doppler da artéria cerebral média com IP 1,90 valor no Percentil 47. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Hipertensão arterial crônica com pré-eclampsia sobreposta. ✓**
- B. Hipertensão arterial crônica com crise hipertensiva.
- C. Pré-eclampsia com sofrimento fetal agudo.
- D. Pré-eclampsia com sinais de gravidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensa cronica que, no terceiro trimestre, evolui com agravamento pressorico refratario (medias de 160x105 mmHg em uso de metildopa) e repercussao placentaria grave - peso fetal no percentil 1 com indice de pulsatilidade da umbilical no percentil 98 - preenche criterio de pre-eclampsia sobreposta a hipertensao arterial cronica, ja que a insuficiencia placentaria conta como disfuncao de orgao-alvo. Nao se trata de pre-eclampsia isolada (C e D), pois a hipertensao precede a gestacao, e o quadro vai alem de simples crise hipertensiva (B). Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Mulher de 20 anos, primigesta, com tempo de amenorreia de 11 semanas, apresenta aumento do volume abdominal desproporcional à idade gestacional, náuseas e sangramento vaginal discreto desde que descobriu a gestação. Realizou USTV com os seguintes achados: útero aumentado de volume (700cm³), com conteúdo na cavidade endometrial heterogêneo com múltiplas vesículas e embrião não identificado. Ovários aumentado de tamanho (200cm³ à direita e 250cm³ à esquerda), com múltiplas imagens císticas. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual a melhor conduta?

- A. Misoprostol dose única seguido de curetagem uterina e laparoscopia para ooforoplastia.
- B. Aspiração uterina e laparoscopia para ooforoplastia.
- C. Misoprostol de 4 em 4 horas seguido de aspiração uterina.
- D. Dilatação do colo uterino com vela e aspiração intrauterina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Utero muito aumentado para 11 semanas, sangramento, conteúdo endometrial heterogeneo com multiplas vesiculas e ausencia de embriao, com ovarios volumosos e multicisticos (cistos tecaluteinicos): mola hidatiforme completa. O tratamento e o esvaziamento uterino por dilatacao do colo e aspiracao intrauterina (vacuoaspiracao), seguido de seguimento com beta-hCG seriado. Misoprostol (A e C) e curetagem cortante devem ser evitados pelo risco de sangramento e de embolizacao trofoblastica, e os cistos tecaluteinicos regridem espontaneamente, dispensando cirurgia ovariana. Resposta D.