



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Criança A tem o diagnóstico de Tetralogia de Fallot e após receber vacina de 2 meses, apresentou episódio de cianose severa que melhorou somente após o uso de morfina endovenosa. A criança manteve desvio de rima labial para esquerda após este evento. Criança B tem diagnóstico de coarctação de aorta e deu entrada em serviço de urgência com 2 meses de vida, apresentando vômitos e distensão abdominal severa e dolorosa. Precisou de cirurgia de ressecção de alça intestinal e ileostomia. Ambas as crianças evoluíram com complicações graves secundárias às suas cardiopatias congênitas, sendo que a criança A sofreu uma lesão cerebral e a criança B, uma lesão intestinal. Qual das alternativas apresenta as causas corretas para as complicações apresentadas?

- A. A - Isquemia; B - Isquemia.
- B. A-Isquemia; B - Hipoxemia.
- C. A - Hipoxemia; B - Isquemia. ✓**
- D. A - Hipoxemia; B - Hipoxemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na Tetralogia de Fallot, o estresse (dor, choro pós-vacina) desencadeia espasmo infundibular, aumenta o shunt direita-esquerda e gera crise HIPOXÊMICA — o cérebro sofre lesão por falta de oxigênio, daí a paresia facial residual. Na coarctação de aorta, o fechamento do canal arterial reduz o fluxo aórtico distal e produz ISQUEMIA mesentérica, com necrose de alça. Pérola: cianótica com shunt = hipoxemia; obstrutiva de arco = hipofluxo/isquemia. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Menino de 8 anos, 25kg, está internado em serviço de urgência, pois sofreu fratura de úmero após queda de bicicleta. A chefe do plantão recomendou prescrever jejum com soro de manutenção 100% do Holliday, o proporcional para correr por 12 horas. A criança precisará de cirurgia amanhã pela manhã. Qual volume você deve prescrever para este período?

- A. 250 mL.
- B. 500 mL.
- C. 1600 mL.
- D. 800 mL. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Holliday-Segar para 25 kg: 100 mL/kg nos primeiros 10 kg (1000) + 50 mL/kg nos 10 kg seguintes (500) + 20 mL/kg nos 5 kg restantes (100) = 1600 mL em 24 horas. Como a prescrição é proporcional a 12 horas, corre-se metade: 800 mL. 1600 mL (C) seria o volume de um dia inteiro; 250 e 500 mL subestimam a manutenção. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Paciente de 4 anos vem ao pronto atendimento 20 minutos após picada de escorpião. Enfermeira do plantão chama referindo que a criança está vomitando, tem pele fria e pegajosa, pulsos radiais finos e os seguintes sinais vitais: Frequência cardíaca variando entre 80 bpm e 170 bpm, pressão em membro superior direito 120/105 mmHg, frequência respiratória de 40 irpm, saturação de oxigênio 95%. Após o atendimento da paciente, a enfermeira pede para tirar uma dúvida do caso com você: Se a pressão estava alta, por que o pulso estava fino? Qual o mecanismo mais adequado para explicar a dúvida apresentada?

- A. Pressões sistólica e diastólica muito convergentes. ✓**
- B. Pressão é medida em vaso central e pulso na periferia.

- C. Importante redução da fração de ejeção do miocárdio.
- D. Efeito arterial da liberação colinérgica do veneno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escorpionismo grave cursa com tempestade catecolaminérgica: vasoconstrição periférica intensa eleva a diastólica e estreita a pressão de pulso (120/105 mmHg = apenas 15 mmHg de convergência), de modo que o volume ejetado que chega à periferia é pequeno — pulso fino, extremidades frias e pegajosas. Pulso central x periférico (B) não explica PA convergente; o veneno tem efeito adrenérgico, não colinérgico arterial (D). Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Menino de 2 anos com histórico de epilepsia é trazido para a sala de emergência. Mãe refere que criança fez uso de um medicamento por via retal por orientação médica (não lembra o nome), pois apresentou movimentos tônicos clônicos com duração aproximada de 6 minutos. Ao exame físico: sonolenta, frequência respiratória = 10 incursões/minuto, respiração superficial, saturação de oxigênio = 85%. À ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Qual é a conduta imediata mais apropriada para este paciente?

- A. Fornecer oxigênio por máscara não reinalante.
- B. Administrar Naloxone.

C. Ventilar com bolsa-válvula-máscara. ✓

- D. Administrar flumazenil.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é depressão respiratória por benzodiazepínico retal (diazepam): sonolência, FR 10, respiração superficial e SpO₂ 85%. O problema é VENTILAÇÃO, não oxigenação — ofertar O₂ em máscara (A) não corrige hipoventilação. A conduta imediata do ABC é ventilar com bolsa-válvula-máscara. Naloxone serve para opioide (B) e o flumazenil (D) é antídoto de risco em epilético, podendo precipitar crise refratária. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Menino de 4 anos está internado em enfermaria no 7º dia de pós-operatório de uma cirurgia cardíaca para correção de uma comunicação interventricular. Inicia sinais de desconforto respiratório súbito, com queda de saturação para 90%, mesmo em uso de cateter nasal de oxigênio 4 litros/minuto. Refere também dor torácica no lado esquerdo. A radiografia de tórax é apresentada a seguir:

- A. Iniciar antibiótico de amplo espectro.
- B. Ventilar com bolsa-válvula-máscara.
- C. Aumentar o fluxo de oxigênio suplementar.

D. Drenagem torácica à direita. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia SÚBITA com dor torácica e queda de saturação refratária a O₂ no pós-operatório de cirurgia cardíaca aponta para pneumotórax (complicação clássica após manipulação torácica e drenos). Com repercussão clínica, o tratamento é a drenagem torácica do lado acometido pela radiografia. Antibiótico (A) trataria pneumonia, que não é súbita; aumentar o fluxo de O₂ (C) não resolve o colapso pulmonar. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Menina de 18 meses é levada ao atendimento de urgência. Mãe relata que, há 30 minutos, criança estava brincando em casa, sem supervisão, quando a escutou tossir e chorar subitamente. Iniciou sialorreia logo a seguir. Nega febre, sintomas gripais ou vômitos. Na entrada, a criança se encontrava pouco chorosa, mantendo sialorreia, eupneica, com murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem ruídos adventícios. Frequência cardíaca de 120 bpm, saturação de Oxigênio de 97% em ar ambiente, frequência respiratória de 28 ipm. Com relação à investigação, qual a recomendação que aumenta o poder diagnóstico do exame de imagem?

- A. Realizar radiografias de abdome seriadas.
- B. Solicitar radiografia com contraste iodado.
- C. Fazer duas incidências do tórax, incluindo perfil. ✓**
- D. Aguardar 6 a 8 horas para realizar a radiografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Engasgo súbito em criança sem supervisão + sialorreia persistente e ausência de sinais respiratórios sugere corpo estranho ESOFÁGICO (moeda/objeto radiopaco). O rendimento da radiografia aumenta com duas incidências, PA e perfil: define a topografia (esôfago x traqueia) e o número de objetos. Contraste iodado (B) traz risco de aspiração e adiar o exame (D) só retarda a retirada. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Uma criança de 8 anos é atendida no ambulatório geral de pediatria devido a baixo rendimento escolar. Há 3 meses, vem sendo observadas dificuldades como falta de atenção nos afazeres escolares e domésticos, dificuldade em manter a concentração durante as atividades de lazer e nas aulas de educação física, além de dificuldade em seguir instruções e concluir os deveres. A mãe relata que o comportamento desatento é frequente e que a criança rotineiramente perde objetos e se distrai facilmente com estímulos externos. O pré-natal e parto foram sem intercorrências e não tem antecedentes familiares de doenças neurológicas. O exame neurológico não tem sinais de focalização. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Iniciar metilfenidato 30 minutos antes de ir para escola.
- B. Manter seguimento e solicitar relatórios acadêmicos. ✓**
- C. Solicitar eletroencefalograma com fotoestimulação.
- D. Iniciar carbamazepina e checar níveis séricos no retorno.

COMENTÁRIO OSCELABS

O DSM-5 exige sintomas de desatenção por pelo menos 6 MESES, presentes em dois ou mais ambientes e com prejuízo funcional claro. Aqui há apenas 3 meses de queixa, exame neurológico normal e nenhum relato escolar formal — não se fecha TDAH. Conduta: manter seguimento e coletar relatórios acadêmicos. Metilfenidato (A) sem diagnóstico é precipitado; EEG e carbamazepina (C/D) só fariam sentido se houvesse crises. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Lactente de 8 meses é encaminhado ao consultório pediátrico com quadro de lesões cutâneas pruriginosas e recidivantes desde os 6 meses de vida. Não notou fatores desencadeantes. Criança em aleitamento materno, iniciou complementação com fórmula infantil de seguimento aos 6 meses de vida, juntamente com introdução alimentar. Atualmente aceita todos os tipos de alimentos, inclusive trigo e ovo. Lesões são predominantemente em face, abdome e superfícies extensoras com características conforme foto a seguir: Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Dermatite atópica. ✓**

- B. Eritema multiforme.
- C. Urticária crônica.
- D. Dermatite de contato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com prurido crônico e recidivante desde os 6 meses, lesões em face, tronco e superfícies EXTENSORAS (padrão típico do lactente) preenche os critérios de dermatite atópica. Eritema multiforme (B) faz lesões em alvo agudas e autolimitadas; urticária crônica (C) faz urticas fugazes que somem em menos de 24 h; dermatite de contato (D) exige contactante identificável e distribuição restrita à área exposta. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Menina de 8 anos, com relato de febre, coriza e odinofagia há 10 dias, que melhoraram espontaneamente. Há 2 dias iniciou dor e edema de tornozelos, há 1 dia com dor abdominal acompanhada de diarreia sanguinolenta e presença de lesões purpúricas em membros inferiores. A avaliação laboratorial mostrou hemograma normal, urina rotina normal e VHS de 27 mm/1 hora (VN < 20mm/1 hora). Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Hemofilia A.
- B. Vasculite por IgA. ✓**
- C. Lupus eritematoso sistêmico.
- D. Síndrome inflamatória multissistêmica pós COVID.

COMENTÁRIO OSCELABS

Púrpura palpável em membros inferiores + artrite de tornozelos + dor abdominal com sangramento digestivo, 10 dias após IVAS e com HEMOGRAMA NORMAL (plaquetas normais), é a tríade da vasculite por IgA (Henoch-Schönlein). Hemofilia (A) causa sangramento profundo/hemartrose, não púrpura palpável; LES (C) traria outras manifestações e alterações laboratoriais; SIM-P (D) cursa com febre alta persistente e disfunção multissistêmica. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Menino, 4 anos, apresenta-se com queixas de diarreia crônica há 1 ano. A mãe relata que está mais apático e com o apetite reduzido. Ao exame físico apresenta-se com abdômen distendido, face edemaciada e edema assimétrico em membros inferiores principalmente à direita. Exames Laboratoriais: Hemograma: Hb= 10g/dL; GB = 10.000/microL; linfócitos = 700/microL (VN: 1500 6000/microL). Albumina: 2,5 g/dL (VR: 3,5 5,0). Gamaglobulina: 0,2 g/ dL (0,50 a 1,68). Esteatócrito: 10% (VN < 2%). Alfa 1 antitripsina fecal: 5,0 mg/g fezes (VN < 3,0). Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Deficiência de alfa 1 antitripsina.
- B. Doença de Kwashiorkor.
- C. Hipogamaglobulinemia congênita.
- D. Enteropatia perdedora de proteínas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia crônica com hipoalbuminemia, hipogamaglobulinemia, LINFOPENIA e edema assimétrico, somados a alfa-1 antitripsina FECAL elevada, definem enteropatia perdedora de proteínas (tipicamente linfangiectasia intestinal, que também drena linfócitos). Atenção à pegadinha: a alfa-1 antitripsina alta nas fezes é marcador de perda entérica, não deficiência (A), que é diagnóstico sérico. Kwashiorkor (B) não cursa com esteatorreia e linfopenia desse padrão. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Paciente de 10 anos, caiu do balanço há 5 dias, evoluindo com dor em joelho esquerdo e dificuldade para deambular. Há 1 dia, apresentou piora do estado geral, tosse e desconforto respiratório importante, além de rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico: Mau estado geral, FR: 50 ipm, retrações intercostais e subcostais, murmúrio vesicular reduzido bilateralmente, FC: 160 bpm, pressão arterial 70/20 mmHg, pulsos amplos, tempo de enchimento capilar menor que 1 segundo, extremidades quentes e avermelhadas. Presença de edema, calor local e hiperemia em joelho esquerdo. Não houve melhora do quadro após colocação de coxim abaixo de occipício, aspiração de vias aéreas inferiores, intubação com sequência rápida, administração de duas alíquotas de soro fisiológico e início da antibioticoterapia. Como próximo passo do tratamento, é recomendado iniciar droga endovenosa de infusão contínua. Qual droga deve ser iniciada neste momento?

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Sepse de foco osteoarticular com choque QUENTE: pulsos amplos, enchimento capilar rápido, extremidades quentes e avermelhadas e PA 70/20 (diastólica muito baixa) traduzem vasoplegia. Após volume e antibiótico sem resposta, o vasopressor de escolha é a noradrenalina. Epinefrina (A) é a droga do choque FRIO (baixo débito); dobutamina e milrinona (B/D) são inotrópicos/inodilatadores e agravariam a hipotensão vasoplégica. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Uma menina com 9 anos foi avaliada há 4 meses em função do pai de 32 anos apresentar dislipidemia e estar em tratamento com estatina há 2 anos. Esta paciente apresenta peso e estatura no percentil 75, tem aprendizagem normal e não utiliza nenhum tipo de medicamento ou suplementação nutricional ou vitamínica. Seu exame físico não apresenta anormalidades. Os pais informam que seguiram a maior parte das recomendações nutricionais e de atividade física recomendada na avaliação anterior. Abaixo estão os resultados dos exames realizados na primeira avaliação e atualmente. Qual é a conduta mais adequada para esta paciente?

- A. Iniciar tratamento com fibrato.
- B. Iniciar tratamento com estatina. ✓**
- C. Iniciar tratamento com levotiroxina.
- D. Intensificar as mudanças no estilo de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com dislipidemia e história familiar forte (pai em estatina aos 30 anos) sugere hipercolesterolemia familiar. Após 4 meses de mudanças de estilo de vida bem conduzidas e sem resposta, a partir dos 8-10 anos está indicado iniciar ESTATINA. Fibrato (A) é para hipertrigliceridemia grave; levotiroxina (C) só em hipotireoidismo; insistir apenas em dieta e exercício (D) já falhou e retarda a proteção vascular. Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Você recebe para atendimento uma criança de 3 anos, do sexo masculino, com queixa de sangramento de difícil controle por uma lesão perfuro cortante em pé direito há 1 hora. Os pais mudaram-se recentemente para a região, e contam que no seguimento anterior na origem, criança foi diagnosticada com "problema de sangramento", mas não trouxeram relatório médico. Ao exame clínico de admissão, paciente encontra-se em bom estado geral, descorado +/4+ e hidratado. Apresentava ferimento de cerca de 6 cm em dorso do pé direito, com sangramento abundante no local, com pouca melhora do sangramento com medidas locais de compressão do ferimento. À ectoscopia, foram observadas algumas raras petéquias em membros inferiores. Sem outros achados anormais ao exame clínico. Qual o diagnóstico de base mais provável?

- A. Hipertensão porta com hiperesplenismo.
- B. Hemofilia A ou B moderada.
- C. Doença de Von Willebrand. ✓**
- D. Púrpura trombocitopênica imune.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento abundante e prolongado por ferimento cutâneo, com petéquias e história familiar de 'problema de sangramento', aponta defeito de hemostasia PRIMÁRIA hereditário: doença de von Willebrand, o distúrbio hemorrágico hereditário mais prevalente. Hemofilia A/B (B) dá hemartrose e hematomas profundos, sem petéquias; PTI (D) é adquirida, aguda e com plaquetopenia; hiperesplenismo (A) traria esplenomegalia. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Lactente de 1 ano, em consulta com pediatra apresenta história prévia de 3 episódios de sibilância, com necessidade de procurar pronto atendimento e realizar beta 2 agonista de curta duração. Apresenta também tosse seca pela manhã quase diariamente e tosse desencadeada pelo choro. Investigação dos diversos aparelhos revelou regurgitações frequentes até o 7º mês de vida, com melhora espontânea, e pele ressecada, com lesões pruriginosas em superfícies extensoras e abdômen. Qual é o tratamento de primeira escolha para esse paciente?

- A. Corticosteroide inalatório. ✓**
- B. Inibidor de bomba de prótons.
- C. Salbutamol nas crises.
- D. Antileucotrieno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com três ou mais episódios de sibilância exigindo pronto-socorro, tosse seca quase diária e marcha atópica (dermatite atópica em extensoras) tem sintomas de asma NÃO controlados: indica-se corticosteroide inalatório de manutenção. Salbutamol só nas crises (C) não trata a inflamação; IBP (B) não tem papel, pois as regurgitações já cessaram espontaneamente; antileucotrieno (D) é alternativa de menor eficácia. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Paciente do sexo masculino, com 3 anos e 6 meses de idade, é trazido ao pronto socorro devido a crises convulsivas tônicas recorrentes que persistem há 20 minutos. Foi transportado pelo SAMU, acompanhado pela mãe. Durante o transporte, foram iniciadas a monitorização dos sinais vitais, a administração de oxigênio por máscara e a verificação da glicemia capilar, que resultou em 80 mg/dL. Nenhuma medicação foi administrada. Na admissão, o paciente apresentava-se em regular estado geral, com os seguintes sinais vitais: FC de 140 bpm, FR de 28 ipm, Saturação de oxigênio de 100%, e temperatura de 38,3°C. O paciente estava pálido, com olhar fixo, sialorreico e com postura de hipertonia generalizada. A mãe relata que ele já teve crises febris curtas desde os 12 meses de idade. Qual é a conduta farmacológica imediata mais adequada?

- A. Fenobarbital.
- B. Midazolam. ✓**
- C. Fenitoína.
- D. Ácido valproico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise com mais de 5 minutos de duração já é estado de mal epilético — e esta persiste há 20 minutos sem nenhuma droga administrada. A primeira linha é sempre BENZODIAZEPÍNICO: midazolam (IM, IN, bucal ou EV) ou diazepam. Fenitoína, fenobarbital e valproato (A/C/D) são drogas de segunda linha, reservadas para a falha do benzodiazepínico. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Criança de 4 anos é levada ao consultório com história de febre diária há 6 dias, com picos a cada 8 horas. Passou em atendimento médico há 2 dias, recebendo diagnóstico de amigdalite e prescrita amoxicilina, que já iniciou uso. Há 4 horas, notou aparecimento de rash cutâneo. Mãe está preocupada, pois acha que o antibiótico não está fazendo efeito, além de ter provocado alergia na criança. Na sua avaliação, você identifica que a criança possui placas em ambas as amígdalas e que estas se encontram aumentadas, apresenta ainda adenomegalias cervicais e discreto aumento de baço. O rash cutâneo é maculopapular e morbiliforme difuso, com predomínio no tronco. Os sinais vitais se encontram dentro da normalidade e o aspecto geral da criança é bom. Qual a melhor conduta?

- A. Trocar o antibiótico para amoxicilina com clavulanato.
- B. Prescrever anti-histamínico e trocar o antibiótico para azitromicina.
- C. Suspender o antibiótico e orientar somente sintomáticos. ✓**
- D. Prescrever anti-histamínico e orientar manter o tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre prolongada, amigdalite com placas, adenomegalia cervical e ESPLENOMEGALIA, com rash maculopapular morbiliforme surgindo após aminopenicilina, é o retrato da mononucleose infecciosa (EBV). O rash é reação idiossincrática ao antibiótico e não alergia verdadeira — mas o ponto é que não há infecção bacteriana a tratar. Conduta: suspender a amoxicilina e manter apenas sintomáticos, orientando evitar esportes de contato. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Menina de 8 anos é trazida à sala de emergência após ser atropelada por um carro. A criança foi encontrada inconsciente no local, mas recuperou a consciência durante o transporte para o hospital. Apresenta dor abdominal. Ao exame físico: frequência cardíaca de 150 bpm, pressão arterial de 70/40 mmHg, frequência respiratória de 30 rpm, saturação de oxigênio de 95% em máscara não reinalante, enchimento capilar 6 segundos e pulsos finos. Administrados 20ml/kg de cristaloides com manutenção dos parâmetros clínicos. Qual é o próximo passo no manejo desta criança?

- A. Repetir dose de cristaloides.
- B. Administrar plasma fresco.
- C. Iniciar agentes vasopressores.
- D. Infundir concentrado de hemácias. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança politraumatizada com taquicardia, hipotensão, enchimento capilar de 6 segundos e pulsos finos está em choque hemorrágico avançado; sem resposta ao bolus de 20 mL/kg de cristalóide, o próximo passo é HEMODERIVADO — concentrado de hemácias 10 mL/kg. Repetir cristalóide indefinidamente (A) dilui fatores e agrava a coagulopatia; vasopressor (C) não corrige hipovolemia; plasma isolado (B) não é o primeiro componente. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Recém-nascido (RN) do sexo masculino, nascido com 2950g, Apgar 9/10. A mãe teve pré-eclampsia na gestação e trabalho de parto inibido com 29 semanas. Com 36 semanas, ela apresentou um quadro febril, com trabalho de parto espontâneo e rotura da bolsa amniótica, sendo iniciado tratamento de corioamnionite. Evoluiu para um parto vaginal, 20 horas após a rotura da bolsa. Ao nascer, o RN foi colocado em contato pele a pele com a mãe, permanecendo em boas condições, com exame físico normal. Considerando a presença de fatores de risco para sepse neonatal precoce, qual é a conduta mais adequada para o RN neste momento?

- A. Iniciar avaliações clínicas seriadas. ✓**
- B. Colher duas amostras de hemocultura.
- C. Colher hemograma e proteína C reativa.
- D. Iniciar antibioticoterapia empírica.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 36 semanas, com Apgar 9/10 e exame físico normal, exposto a corioamnionite materna: as diretrizes atuais para recém-nascidos com 35 semanas ou mais privilegiam AVALIAÇÕES CLÍNICAS SERIADAS (a cada 6-12 h por 36-48 h) em vez de tratar todo mundo. Hemograma e PCR (C) têm baixo valor preditivo positivo; hemocultura (B) e antibiótico empírico (D) ficam reservados ao RN que se torna sintomático. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Lactente de 6 meses é avaliado em consulta de puericultura. Nasceu com 30 semanas de idade gestacional, pesando 1250g, com boa evolução. A mãe relata aleitamento materno exclusivo desde a alta hospitalar e nega queixas. Peso atual: 6100g. Na avaliação clínica, o lactente apresenta sustentação da cabeça, emite sons, não rola, pega objetos e não leva à boca. Tem exame físico normal. Curva de crescimento trazida pela mãe. Os círculos pretos correspondem às medidas de peso do lactente nos primeiros 6 meses de vida. Observando os dados da curva de crescimento trazida pela mãe (figura), qual é a orientação alimentar mais adequada neste momento?

- A. Iniciar a introdução alimentar.
- B. Iniciar fórmula infantil de partida.

C. Manter amamentação exclusiva. ✓

D. Iniciar fórmula infantil de seguimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ex-prematuro de 30 semanas tem 6 meses cronológicos, mas apenas cerca de 4 meses e meio de idade CORRIGIDA — e é pela idade corrigida que se guia a introdução alimentar e se interpreta o marco do desenvolvimento. Com ganho ponderal adequado na curva e em aleitamento materno exclusivo sem queixas, a conduta é manter o AME e adiar a introdução alimentar para os 6 meses corrigidos. Fórmula (B/D) não tem indicação. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Menina de 4 meses, 6kg, vem à consulta de puericultura. Os pais não trazem nenhuma queixa clínica e, ao exame físico, você também não identifica nenhuma alteração. A mãe sofreu um acidente há cerca de 2 semanas e precisou ficar internada por alguns dias, já está bem, porém não tem conseguido mais amamentar sua filha. Os pais estão decididos que iniciarão fórmula infantil de primeiro semestre e pedem orientação quanto ao volume e preparo. Qual referência de gasto energético basal deve ser usada para este cálculo?

A. 150 kcal/kg.

B. 25 kcal/kg.

C. 50 kcal/kg.

D. 100 kcal/kg. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Para calcular o volume de fórmula infantil no primeiro semestre parte-se da necessidade energética de aproximadamente 100 kcal/kg/dia; com a fórmula diluída a cerca de 0,67 kcal/mL, chega-se ao volume diário e ao número de mamadas. 150 kcal/kg (A) é oferta excessiva, típica de cardiopata/desnutrido em recuperação, enquanto 25 e 50 kcal/kg (B/C) são muito abaixo do gasto de um lactente. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

O médico de família e comunidade (MFC) observou que um paciente, de 50 anos, que ele havia referenciado para o cardiologista, por conta de uma hipertensão arterial de difícil controle, não retornou mais à Unidade de Saúde da Família (USF) para seguimento. Como não recebeu nenhuma contrarreferência do cardiologista, entrou em contato para saber sobre a condição de saúde do paciente. O cardiologista informou que o paciente estava bem e que, após a realização de exames, trocou algumas medicações anti-hipertensivas, com estabilização da pressão arterial. Comentou, ainda, que não havia contrarreferenciado o paciente à atenção primária à saúde (APS), pois entendia que o melhor manejo deste agravo é realizado pelo cardiologista. O MFC argumentou que o paciente poderia ser contrarreferenciado à APS e que eles poderiam compartilhar o cuidado dessa pessoa. Considerando a Política Nacional de Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde, como pode ser classificada esta prática do cardiologista?

A. Apoio matricial.

B. Classificação de risco.

C. Efeito velcro. ✓

D. Gestão de caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reter o paciente estável no ambulatório especializado, sem contrarreferenciá-lo à atenção primária, é o chamado 'efeito velcro' — o usuário fica grudado no especialista, fragmentando o cuidado e congestionando a agenda secundária. Apoio matricial (A) é exatamente o oposto: cuidado compartilhado, como propôs o médico de família. Classificação de risco (B) e gestão de caso (D) descrevem outras tecnologias de organização do cuidado. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Um novo morador do território de uma Unidade de Saúde da Família (USF) é visitado pelo agente comunitário de saúde (ACS) que oferece os serviços da unidade de saúde e a possibilidade de cadastramento, no sistema de saúde do município. Durante a visita, o morador pergunta para o ACS qual o horário de funcionamento da USF e é informado que ela funciona das 7:30 h até às 17:00 h. O morador, então, comenta que possivelmente não conseguirá usar este serviço de saúde, pois sai de casa às 7:00 h da manhã e só retorna do trabalho às 20:00 h. Considerando a atenção primária à saúde como porta preferencial do sistema de saúde, qual a dimensão da acessibilidade está prejudicada na situação descrita acima?

- A. Econômica.
- B. Comodidade. ✓**
- C. Disponibilidade.
- D. Aceitabilidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O serviço existe, é gratuito e é culturalmente aceito — o que falha é o HORÁRIO, incompatível com a jornada de trabalho do usuário. Essa é a dimensão de comodidade (conveniência) da acessibilidade, que engloba horário de funcionamento, tempo de espera e forma de agendamento. Disponibilidade (C) trata da existência e suficiência da oferta; econômica (A), dos custos; aceitabilidade (D), de aspectos culturais e de acolhimento. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Na última reunião de equipe, na Unidade de Saúde da Família, a enfermeira informou que havia recebido um e-mail do Conselho Tutelar sobre a situação de uma adolescente de 13 anos que não tem comparecido às aulas. O agente comunitário de saúde (ACS) disse que esta família era bem complexa, residia na região da comunidade e que, no passado, já tinham abordado essa família, juntamente, com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A enfermeira se dispôs a realizar uma visita domiciliar (VD) com o ACS, no dia seguinte. O médico de família e comunidade se propôs a consultar sua agenda e verificar a data mais próxima para atender a adolescente. No início da reunião seguinte, o ACS apresentou o genograma atualizado da família para subsidiar as discussões. Fonte: Arquivo próprio do autor Na abordagem desta família, considerando o genograma apresentado, como pode ser classificada a relação da mãe do caso índice com a sua avó materna?

- A. Conflituosa e de proximidade. ✓**
- B. Abuso físico e conflituosa.
- C. De proximidade e harmoniosa.
- D. Conflituosa e separada.

COMENTÁRIO OSCELABS

No genograma, os tipos de vínculo são grafados por linhas: a linha em ziguezague representa relação CONFLITUOSA e as linhas paralelas adicionais indicam PROXIMIDADE — e as duas podem coexistir, retratando díades intensas, muito próximas e ao mesmo tempo brigadas, achado comum em famílias de alta complexidade. Relação 'separada' ou 'distante' seria grafada por linha tracejada/interrompida, o que não é o caso. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Um pesquisador aplicou um teste diagnóstico numa população de 1.000 indivíduos. A sensibilidade e a especificidade do teste utilizado eram de 90%. A população da qual foram retirados os indivíduos tinha uma prevalência da doença X igual a 20%. Outro pesquisador utilizou o mesmo teste, mas agora numa população de 1.000 indivíduos, cuja prevalência da doença X era de 2%. Os valores preditivos positivos, respectivamente, nas duas populações são:

- A. 6,92% e 9,72%.
- B. 6,92% e 1,55%.
- C. 69,2% e 15,5%. ✓**
- D. 69,2% e 97,2%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Com sensibilidade e especificidade de 90% e prevalência de 20% em 1.000 pessoas: 200 doentes geram 180 verdadeiros-positivos e 800 sadios geram 80 falsos-positivos, logo $VPP = 180/260 = 69,2\%$. Com prevalência de 2%: 18 verdadeiros-positivos e 98 falsos-positivos, $VPP = 18/116 = 15,5\%$. Pérola: sensibilidade e especificidade não mudam, mas o VPP DESABA quando a prevalência cai. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Paciente do sexo feminino, de 72 anos de idade, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade grau 2, fibrilação atrial crônica, lombalgia crônica por espondiloartrose e transtorno depressivo crônico. Faz uso regular de dipirona, losartana, insulinas NPH e regular, metformina, sertralina e varfarina, não fuma e ingere cerveja diariamente, mas não sabe precisar a quantidade, ao médico de família e comunidade (MFC). Paciente vem à Unidade de Saúde da Família, onde é seguida há 17 anos, para atendimento eventual. Durante consulta com o MFC informa que, há cerca de 3 meses, após a morte do esposo, vem apresentando, diariamente, tristeza, anedonia, insônia, perda de apetite, sentimento de menos valia, sem esperança de melhora no futuro. Nega sintomas psicóticos. Paciente está morando sozinha, tem apenas uma filha e a relação das duas sempre foi muito conflituosa, com piora nos últimos meses, devido a desentendimentos pela divisão da herança do esposo. Paciente reduziu suas atividades sociais de costume, perdendo contato com amigos e outros familiares. Ao ser questionada pelo MFC, responde que tem vontade de morrer, pois já não vê solução para sua vida. Revela que, há cerca de 20 anos, ingeriu vários medicamentos para tentar tirar a própria vida. Ela relata que pensa em tirar a própria vida tomando grande dosagens de seus medicamentos, de uma só vez. Paciente sente que suas forças para suportar a dor emocional estão se acabando. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Encaminhar a paciente a um serviço de urgência, se ela estiver acompanhada por alguém de sua confiança e se houver o seu consentimento ou de seu acompanhante.
- B. Encaminhar a paciente a um serviço de urgência, acompanhada por profissionais de saúde ou alguém de sua confiança, independente do consentimento da paciente. ✓**
- C. Utilizando-se do vínculo que possui com a paciente, otimizar o tratamento farmacológico da depressão, agendar retorno dentro de um a dois dias e solicitar avaliação da psicóloga da USF.

D. Preencher o formulário de encaminhamento e orientar a paciente a procurar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para atendimento com psiquiatra e equipe multiprofissional, agendando retornos curtos na USF.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com depressão grave, luto recente, isolamento social, TENTATIVA PRÉVIA de suicídio e ideação atual estruturada — com plano definido e meio disponível em casa (os próprios medicamentos, incluindo insulina e varfarina) — configura risco iminente de morte. Nessa situação a proteção da vida se sobrepõe à autonomia: encaminhamento imediato e acompanhado a serviço de urgência, independentemente do consentimento. Ajustar medicação e agendar retorno (C/D) deixa a paciente exposta. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Criança do sexo masculino, de 8 anos e 3 meses de idade, foi trazida à Unidade de Saúde da Família pela mãe, para consulta de puericultura. Mãe não relatou queixas ativas. Ao ser questionada, durante a anamnese, mãe respondeu que percebeu odor forte nas axilas do filho que se iniciou há cerca de 2 meses, sendo necessário iniciar o uso de desodorante. Não surgiram queixas cardiorrespiratórias, genitourinárias ou gastrointestinais, durante o interrogatório dos diversos sistemas. Criança apresentava desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade, alimentação, razoavelmente, dentro das orientações do Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, fazia atividade física regularmente e não passava mais que duas horas ao dia em uso de telas. Estava com a carteira de vacinação atualizada. Não tinha história de doenças prévias graves e histórico de saúde familiar sem informações relevantes. Ao exame físico, o peso e a altura da criança encontravam-se sobre o percentil 50, sem mudanças de percentil recentemente. Ao exame da genitália havia pelos mais grossos, enegrecidos e encaracolados ao redor da base do pênis e em pequena quantidade (ainda contáveis), testículo de cerca de 2 cm³ (medido com orquímetro), pênis de tamanho e forma semelhantes à última consulta de rotina, realizada 6 meses antes. Não havia pelos em outras partes do corpo que chamassem a atenção e não havia acne na face. Sem achados alterados no restante do exame físico completo. O diagnóstico mais provável para este caso é:

A. Adrenarca precoce. ✓

B. Puberdade fisiológica típica.

C. Puberdade precoce.

D. Hipertricosose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Odor axilar e pelos pubianos escassos aos 8 anos, mas com TESTÍCULOS DE 2 cm³ (pré-puberais, pois o limiar de puberdade é 4 mL) e pênis inalterado, sem aceleração de crescimento: são androgênios adrenais isolados, ou seja, adrenarca precoce, condição benigna que exige apenas seguimento. Puberdade precoce central (C) exigiria aumento do volume testicular; puberdade típica (B) não começa aos 8 anos com pubarca isolada. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Paciente 47 anos, sexo feminino, comparece em consulta com queixa de há 3 meses apresentar fadiga, astenia e episódios de tontura, Paciente G1P1A0CO, com método contraceptivo e laqueadura tubária há 12 anos, sem atraso menstrual. Nega uso de medicações, doenças prévias e história familiar de doenças. Exame físico normal. Qual o questionamento mais adequado que o médico deve fazer para complementar a anamnese?

A. Perda ponderal não intencional.

B. Padrão de fluxo menstrual. ✓

C. Ingesta de alimentos ricos em vit. B12.

D. Uso excessivo de álcool.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fadiga, astenia e tontura em mulher de 47 anos, sem comorbidades e com exame normal, apontam anemia — e a causa mais frequente nessa faixa etária é a perda menstrual crônica, agravada pelos ciclos irregulares e volumosos da perimenopausa. A laqueadura não interfere no fluxo. Perda ponderal (A) e álcool (D) investigam outras hipóteses menos prováveis; deficiência de B12 (C) daria macrocitose e sintomas neurológicos. Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

A médica de família e comunidade (MFC) trabalha há 5 anos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e conhece bem a população que assiste e os principais problemas do território. Recentemente, uma nova família chegou em uma das 5 micro áreas que conformam seu território. Trata-se de uma família com filhos adolescentes e tiveram consultas de casos novos agendadas na USF. Na consulta de caso novo da mãe dos adolescentes ela comentou que andava muito preocupada com o filho mais velho, de 17 anos. Achava que ele estava usando algum tipo de droga, pois mudou muito seu comportamento, ultimamente. No dia da consulta de Caso Novo desse adolescente, enquanto se prepara para chamá-lo, a MFC lembrou-se da preocupação da mãe e, na consulta, além de explorar as queixas do adolescente se preparou para realizar a triagem sobre o uso, abuso e dependência de substâncias. Qual instrumento de triagem seria melhor aplicado pela MFC, no caso acima?

A. ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). ✓

B. CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty and Eye opener).

C. SADD (Short Alcohol Dependence Data)

D. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

COMENTÁRIO OSCELABS

A suspeita da mãe é de uso de 'algum tipo de droga', não apenas álcool. O ASSIST, desenvolvido pela OMS, rastreia uso, abuso e dependência de MÚLTIPLAS substâncias (álcool, tabaco, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos), sendo o instrumento adequado ao caso e validado para adolescentes. CAGE, AUDIT e SADD (B/C/D) são específicos para álcool e deixariam de fora o restante do problema. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Ao realizar o cadastro de uma pessoa na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, a agente comunitária de saúde (ACS) pergunta sobre a sua sexualidade. Ela responde ter nascido mulher, mas se reconhece como homem e deseja sexualmente mulheres. Como a ACS deve registrar, no cadastro, a identidade de gênero e a orientação sexual desta pessoa?

A. Homem, transgênero, homossexual.

B. Homem, cisgênero, homossexual.

C. Homem, transgênero, heterossexual. ✓

D. Homem, cisgênero, heterossexual.

COMENTÁRIO OSCELABS

Identidade de gênero é como a pessoa se reconhece: nasceu com sexo feminino designado e se reconhece como HOMEM, portanto homem transgênero (cisgênero seria a concordância com o sexo designado). Orientação sexual se define em relação à identidade de gênero: um homem que deseja mulheres é HETEROSSEXUAL. Registrar 'homem, transgênero, heterossexual'. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Em uma investigação sobre a associação entre Mortalidade Infantil e indicadores socioeconômicos, Fonseca et al. (2019) utilizaram fontes de dados secundários de 74 municípios de uma região do Brasil e vários indicadores socioeconômicos. Verificaram que o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) estava associado à Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), com Coeficiente de Correlação de 0,643, e a Renda per capita Média (RPCM), com Coeficiente de Correlação de 0,549, ambos com nível de significância inferior a 1%. Considerando as informações acima qual o tipo de estudo realizado pelos autores?

- A. Transversal.
- B. Ecológico. ✓**
- C. Coorte.
- D. Caso controle.

COMENTÁRIO OSCELABS

A unidade de análise não é o indivíduo, e sim o MUNICÍPIO: correlacionaram-se indicadores agregados (IDH, renda per capita) com a taxa de mortalidade infantil de 74 municípios, usando dados secundários. Isso define estudo ecológico — cujo risco clássico é a falácia ecológica. Transversal (A) e caso-controle (D) mediriam exposição e desfecho individualmente; coorte (C) exigiria seguimento no tempo. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Paciente de 14 anos, sexo feminino, acompanhada da mãe e refere história de há 15 dias ter iniciado tosse seca e esporádica, associada à rinorreia e febre baixa (não aferida). Refere que houve melhora dos sintomas, exceto da tosse, que há 2 dias passou a ser paroxística, súbita, incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (cinco a dez), em uma única expiração associada a episódios de vômitos, após a tosse. Mãe nega que a adolescente tenha problemas de saúde prévios, nega alergias e refere vacinação atualizada. A adolescente reside com a mãe, pai e um irmão de 10 meses de idade. Nega sintomas em familiares e refere que todos estão com as vacinas atualizadas. Considerando que foi colhido exame apropriado e iniciado tratamento indicado para suspeita do caso sintomático, qual conduta é a mais indicada para os comunicantes deste caso?

- A. Indicação de quimioprofilaxia para os três familiares. ✓**
- B. Não há indicação de quimioprofilaxia para os familiares.
- C. Indicação de reforço de vacina para todos os familiares.
- D. Indicação de quimioprofilaxia apenas para a criança menor de 1 ano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse paroxística em salvas, súbita e incontrolável, seguida de vômitos após 15 dias de pródromo catarral é coqueluche. A quimioprofilaxia com macrolídeo está indicada para TODOS os comunicantes domiciliares, independentemente do estado vacinal, sobretudo porque há lactente menor de 1 ano no domicílio — grupo de maior letalidade. A vacina não protege o contato já exposto (C) nem substitui a profilaxia. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Paciente 45 anos, sexo feminino, portadora de asma em uso diário de glicocorticoide inalatório em baixa dose e para crises, uso de Beta 2 (B2) agonista de curta duração. Comparece em consulta de rotina na Unidade de Atenção Básica (UBS). Refere que nos últimos 3 meses não apresentou sintomas de falta de ar, durante o dia ou à noite. Nega ter usado B2 de curta duração e nega limitações de atividades devido à asma. No último ano não teve história de exacerbações. Nega tabagismo e outras doenças. Exame físico sem alterações. IMC 22 Kg/m². Qual a conduta mais adequada para o manejo deste quadro?

- A. Glicocorticoide inalatório em baixa dose + B2 de longa duração como manutenção e alívio dos sintomas.
- B. B2 de curta duração para alívio dos sintomas como único tratamento.
- C. Glicocorticoide inalatório em baixa dose + B2 de longa duração como manutenção.

D. Glicocorticoide inalatório em baixa dose + B2 de longa duração para alívio dos sintomas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Asma completamente controlada há 3 meses, sem exacerbações no último ano, autoriza o step-down. O GINA aboliu o beta-2 de curta isolado (B) por risco de exacerbação grave, e o esquema mínimo seguro passa a ser corticoide inalatório em dose baixa associado ao formoterol usado APENAS conforme necessidade, para alívio. Manter dose fixa diária de manutenção (A/C) seria não reduzir o degrau em paciente já controlado. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Mulher de 43 anos vem à Unidade de Saúde da Família (USF) para coleta de citologia oncótica de colo de útero e a enfermeira percebe que ela apresenta uma lesão na unha do hálux do pé direito. Solicita, então, uma avaliação da médica de família e comunidade que conversa com a paciente e a mesma conta que solicitou a sua manicure que cortasse a sua unha que estava oca, há 3 meses. Não procurou atendimento na USF para esta condição, pois achou que ao cortar esta unha, iria crescer uma nova. No entanto, percebeu há 15 dias, que cada vez mais a unha tem ficado oca. Qual o diagnóstico mais provável desta condição?

A. Onicólise. ✓

- B. Onicodistrofia.
- C. Onicosquizia.
- D. Onicocriptose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Unha que fica progressivamente 'oca' é o descolamento da lâmina ungueal do leito, ou seja, ONICÓLISE — comum após trauma/manipulação por manicure e frequentemente colonizada secundariamente por fungos ou Pseudomonas. Onicodistrofia (B) é termo genérico de deformidade; onicosquizia (C) é a descamação lamelar da borda livre; onicocriptose (D) é a unha encravada, dolorosa e inflamatória. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Mulher de 68 anos, procura a Unidade de Saúde da Família (USF) em demanda espontânea e no acolhimento refere febre não aferida há 4 dias, associada à cefaleia, mialgia, artralgia, náuseas e diarreia. Nega vômito, dor abdominal. Não buscou atendimento antes, pois o esposo e o filho estão diagnosticados com dengue e acreditou que pudesse ser o mesmo. A técnica de enfermagem solicita supervisão da enfermeira que orienta a mesma a notificar dengue, realizar prova do laço e hematócrito em centrífuga e após os resultados solicita avaliação médica. A médica de família e comunidade examina a paciente e identifica que a mesma está em BEG, corada, hidratada, PA 136X79 mmHg, FC 96 bom, FR 16 ipm, ausculta cardíaca e respiratória sem alterações; Abdome: RHA +, normoativo, indolor, sem visceromegalias, Descompressão brusca (DB) ausente, membros sem edema, panturrilhas livres. Prova do laço positiva. Hematócrito: 49%. Qual a melhor conduta inicial para esta situação?

- A. Hidratação endovenosa na USF, 20ml/kg em 20 minutos com soro fisiológico 0,9%.
- B. Hidratação oral na USF, 60 ml/Kg/dia, com 1/3 de sais de reidratação e 2/3 com outros líquidos.
- C. Hidratação oral domiciliar, 60ml/Kg/dia, com 1/3 de sais de reidratação e 2/3 com outros líquidos.
- D. Hidratação endovenosa na USF, 10ml/kg em 1 hora com soro fisiológico 0,9%. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dengue sem sinais de alarme, mas com PROVA DO LAÇO POSITIVA, classifica no grupo B — e o grupo B com hematócrito ALTERADO (49% em mulher, indicando hemoconcentração) deve ser tratado como grupo C: hidratação endovenosa de 10 mL/kg em 1 hora, com reavaliação seriada. Hidratação oral (B/C) só vale se o hematócrito for normal; 20 mL/kg em 20 minutos (A) é o esquema do choque, grupo D. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Um estudo clínico (N Engl J Med 390;10: 900-910, 2024) investigou a presença de micro e nanoplásticos (MNPs) em placas de ateroma da artéria carótida de pacientes submetidos à endarterectomia. Posteriormente, acompanhou por 34 meses a incidência de eventos cardiovasculares comparativamente entre os que tinham MNPs nas placas da carótida e os que não tinham. Os resultados do desfecho primário do estudo estão sintetizados na Figura 1. Considerando os resultados desse estudo, assinale a alternativa abaixo que melhor os interpretam.

- A. Nesse estudo de caso controle, a incidência de AVC, infarto cardíaco ou morte por qualquer causa esteve inversamente associada a presença de micro e nanoplásticos na carótida.
- B. Nesse estudo de coorte retrospectivo, a incidência de AVC, infarto cardíaco ou morte por qualquer causa esteve diretamente associada a presença de micro e nanoplásticos na carótida.
- C. Nesse estudo experimental, a incidência de AVC, infarto cardíaco ou morte por qualquer causa esteve inversamente associada a presença de micro e nanoplásticos na carótida.
- D. Nesse estudo de coorte prospectivo, a incidência de AVC, infarto cardíaco ou morte por qualquer causa esteve diretamente associada a presença de micro e nanoplásticos na carótida. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A exposição (microplásticos na placa) foi aferida no início e os desfechos foram contabilizados ao longo de 34 meses de seguimento: isso é coorte PROSPECTIVA, não caso-controle nem experimental (não houve alocação de intervenção pelo pesquisador). E o resultado mostrou MAIOR incidência de AVC, infarto e morte no grupo com microplásticos, ou seja, associação direta. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Um estudo ecológico foi realizado no Reino Unido (Lancet Planet Health 2024; 8: e156-162) para investigar a possível associação entre a temperatura ambiente diária e o risco populacional de Insuficiência Renal Aguda (IRA) no mesmo dia e nos dias subsequentes. A figura abaixo ilustra os resultados principais desse estudo. Considerando os resultados apresentados, assinale a alternativa abaixo que melhor os interpretam.

- A. IO risco de insuficiência renal aguda eleva-se significativamente a partir do momento em que a temperatura média ultrapassa 25° C, o que provavelmente se deve à desidratação e consequente redução do fluxo plasmático renal. ✓**
- B. O risco de insuficiência renal aguda decresce significativamente a partir do momento em que a temperatura média decresce a menos de 10° C, o que provavelmente se deve às pessoas saírem menos de casa no frio.
- C. O risco de insuficiência renal aguda decresce significativamente a partir do momento em que a temperatura média decresce a menos de 15° C, o que provavelmente se deve à menor perda de água por transpiração.
- D. O risco de insuficiência renal aguda eleva-se significativamente a partir do momento em que a temperatura média ultrapassa 25° C, o que provavelmente se deve à hipertermia e consequente nefrite intersticial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão descrito é de curva com elevação do risco de IRA acima de aproximadamente 25 °C. O mecanismo fisiopatológico plausível é a desidratação por sudorese, que reduz o volume circulante efetivo e o fluxo plasmático renal, gerando IRA pré-renal — a forma clássica de lesão renal relacionada ao calor. Nefrite intersticial (D) não é o mecanismo dominante, e as opções B e C invertem a direção da associação. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

A imagem abaixo foi publicada pelo Sistema de Estimativas de Emissões e Remoções de Gases de Efeito Estufa (SEEG), ligado ao Observatório do Clima, e retrata as emissões desses gases por município e macrorregião brasileira, nos últimos 10 anos. A figura também discrimina os principais setores emissores desses mesmos gases, em cada município. Com base nas informações apresentadas, e nos seus conhecimentos sobre esse problema, assinale a alternativa que melhor as interpreta.

- A. A região campeã na emissão de gases de efeito estufa é a região norte, devido às emissões ligadas à mineração, o processamento industrial e o transporte dos minérios.
- B. Os estados campeões na emissão de gases de efeito estufa são Minas Gerais e São Paulo porque são os estados com maior malha de transporte rodoviário e mais industrializados.
- C. No Brasil, grande parte das emissões de gases de efeito estufa advém das queimadas da região amazônica, voltadas para a criação de gado de corte e plantio de soja. ✓**
- D. Globalmente, o Brasil equilibra a emissão anual de gases de efeito estufa com a remoção desses mesmos gases, por meio de suas florestas e plantações.

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil, o perfil de emissões é atípico em relação ao mundo industrializado: a maior fatia vem de MUDANÇA DE USO DA TERRA — desmatamento e queimadas na Amazônia para pastagem e soja — seguida da agropecuária, e não do setor energético/industrial. Por isso os municípios campeões são amazônicos, e não os de São Paulo e Minas Gerais (B). O país é emissor líquido, não neutro (D). Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 1974 o Programa Expandido de Imunizações que acaba de completar 50 anos de existência. A figura abaixo, extraída de um artigo científico (Lancet 2024; 403: 2307-16) ilustra o impacto global acumulativo produzido por esse programa sobre desfechos de interesse em saúde pública. Considerando as informações apresentadas e seu conhecimento sobre imunização, assinale a alternativa que melhor as interpreta.

- A. Comparativamente às demais vacinas, a vacinação contra poliomielite não impactou muito a sobrevida, mas promoveu ganho em anos de vida plenamente saudável ao prevenir sequelas. ✓**
- B. A prevenção de mortes pela vacinação contra o tétano deve-se, principalmente, à redução na incidência e letalidade do tétano neonatal devido à vacinação das gestantes, mas não do tétano acidental.
- C. A vacina tríplice viral não teve uma efetividade uniforme já que a proteção contra o sarampo foi muito superior à proteção observada contra caxumba e rubéola, sequer mencionadas na figura.
- D. A vacinação contra a tuberculose (BCG) evitou muitas mortes, especialmente, de crianças na primeira infância, devido à elevada proteção conferida contra as formas meningoencefálica e pleural da doença.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pérola do gráfico é a diferença entre mortes evitadas e anos de vida saudável ganhos. A pólio mata pouco, mas incapacita muito: a vacina teve impacto modesto sobre mortalidade e enorme sobre morbidade/sequelas paralíticas. O sarampo é o campeão em mortes evitadas. A vacina antitetânica também previne o tétano acidental (B), a tríplice viral protege bem contra os três vírus (C) e a BCG previne formas graves como meningite e miliar, e não a pleural (D). Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Na reunião do Conselho Local de Saúde (CLS) alguns moradores do território da Unidade de Saúde da Família (USF) apresentaram a preocupação com o aumento do número de acidentes de trânsito, na principal avenida do bairro. Relataram, ainda, que os idosos estão com dificuldade para atravessar esta avenida, pois os carros e as motos transitam em alta velocidade. Os conselheiros decidiram convidar um representante do Departamento dos Serviços de Trânsito do município para participar da próxima reunião do CLS, discutirem este problema e possíveis estratégias de enfrentamento. Esta deliberação dos conselheiros locais de saúde se relaciona, principalmente, com qual atributo da atenção primária à saúde?

- A. Competência cultural.
- B. Longitudinalidade do cuidado.
- C. Integralidade da atenção.
- D. Orientação comunitária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Reconhecer um problema do TERRITÓRIO (acidentes de trânsito e barreiras à mobilidade dos idosos) e articular outro setor para enfrentá-lo é a expressão do atributo derivado ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA — a equipe planeja a partir das necessidades da população adscrita e age intersetorialmente. Competência cultural (A) trata de adequação a diferenças culturais; longitudinalidade (B) é o vínculo ao longo do tempo; integralidade (C) é a oferta do rol completo de ações no indivíduo. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Mulher de 20 anos, procura a Unidade de Saúde da Família para iniciar Planejamento Familiar. Tem um filho de 6 anos e relata a ocorrência de um aborto. Após a gestação ficou hipertensa e, atualmente, apresenta um IMC: 30kg/m². Apresenta anticorpo antifosfolípideo positivo, mas a doença está controlada. Ela deseja fazer laqueadura, pois a situação financeira não está nada fácil, só o esposo trabalha e diz que não pode engravidar, novamente, de jeito nenhum. Como Médico de Família e Comunidade desta Unidade qual conduta você indicaria?

A. Prescrição de pílula anticoncepcional apenas de progestágeno. ✓

B. Indicação do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre

C. Prescrição de anticoncepcional combinado oral.

D. Encaminhar a paciente para laqueadura, pois esse é o seu desejo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anticorpo antifosfolípideo positivo torna qualquer método com ESTROGÊNIO categoria 4 pela OMS (risco trombótico proibitivo), o que elimina o combinado oral (C) — e a paciente ainda soma hipertensão e obesidade. A laqueadura (D) não é conduta de primeira consulta: a lei exige critérios e prazo de reflexão, e o pedido nasce de dificuldade financeira momentânea. Resta o método hormonal sem estrogênio, a pílula só de progestágeno. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Gestante, 24 anos, G3P2A0, com 12 semanas, com sorologia anti-HIV não reagente na última semana, procurou o serviço de urgência referindo que durante relação sexual há 26 horas, houve ruptura total do preservativo com ejaculado no canal anal. A paciente está muito ansiosa, pois seu parceiro vive com HIV, sem tratamento e sem controle clínico e laboratorial no último ano. O teste rápido para detecção do HIV da gestante foi negativo. Qual a conduta mais adequada?

A. Fazer profilaxia com lamivudina, tenofovir e dolutegravir. ✓

B. Profilaxia pós exposição não está indicada nessa idade gestacional.

C. Fazer profilaxia somente com zidovudina endovenosa.

D. Após este tempo da exposição não está mais indicada a profilaxia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exposição de altíssimo risco (relação anal receptiva com rompimento do preservativo, parceiro vivendo com HIV sem tratamento) e apenas 26 horas decorridas — a janela da profilaxia pós-exposição é de até 72 horas. Gestação NÃO contraindica a PEP (B), e o esquema preferencial é tenofovir + lamivudina + dolutegravir por 28 dias. Zidovudina isolada (C) está abandonada, e o prazo não expirou (D). Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Secundigesta, 27 anos, 28 semanas de idade gestacional, parceria sexual inconstante e início tardio de pré-natal. Na anamnese negou alterações clínicas compatíveis com sífilis. Sem alterações no exame físico e ginecológico/obstétrico. Exames laboratoriais: Quimioluminescência para sífilis reagente e Rapid Plasma Reagin (RPR) não reagente. Considerando as atuais diretrizes do Ministério da Saúde para o diagnóstico sorológico da sífilis, qual seria a melhor estratégia para este caso?

A. Repetir a quimioluminescência.

B. Repetir o RPR.

C. Solicitar outro teste treponêmico. ✓

D. Solicitar o VDRL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Teste treponêmico reagente (quimioluminescência) com teste NÃO treponêmico não reagente (RPR) é resultado discordante. Pelo fluxograma do Ministério da Saúde, a conclusão exige um SEGUNDO teste treponêmico, de metodologia diferente do primeiro — se reagente, considera-se sífilis (cicatriz sorológica ou infecção recente), e gestante deve ser tratada. Repetir o mesmo exame (A/B) não resolve, e VDRL (D) é apenas outro teste não treponêmico. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Puérpera, 27 anos, G1P1, está no quarto dia após parto cesárea a termo por parada secundária de descida, internada em alojamento conjunto, evoluindo com quadro de febre. Tem obesidade grau 3 e sua avaliação de escore de alerta precoce (do inglês = MEOWS modified early obstetric warning score) está destacada em negrito no quadro apresentado a seguir. Abdômen normotenso, ruídos hidroaéreos presentes, ferida operatória sem sinais flogísticos, fundo uterino palpável a 2 cm abaixo da cicatriz umbilical e doloroso em hipogástrio. Especular = loquiação presente, avermelhada e com odor fétido. Toque vaginal = colo pérvio 3 cm, amolecido, doloroso a imobilização. Qual é o melhor esquema terapêutico?

A. Ceftriaxona e claritromicina.

B. Gentamicina e clindamicina. ✓

C. Oxacilina e clindamicina.

D. Ceftriaxona e azitromicina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre no 4º dia pós-cesárea com útero subinvoluído e doloroso, colo pérvio doloroso à mobilização e loquiação FÉTIDA fecha endometrite puerperal — infecção polimicrobiana com anaeróbios e gram-negativos entéricos. O esquema padrão-ouro é clindamicina + gentamicina endovenosas. Ceftriaxona com macrolídeo (A/D) não cobre adequadamente anaeróbios; oxacilina (C) é antiestafilocócica, própria de infecção de ferida. Resposta B.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Primigesta, 24 anos, com 36 semanas, portadora de Diabetes Mellitus tipo 1 desde os 10 anos de idade e nefropatia diabética há 5 anos. Paciente retorna à consulta de pré-natal referindo controle glicêmico satisfatório, porém com episódios de mal-estar geral, tonturas e sudorese, que melhoram com alimentação, há uma semana. Nega episódios de perda de consciência. Refere adequada adesão ao plano nutricional e à insulino terapia prescritos. Em uso de análogos de insulinas NPH e Asparte desde o início da gestação. Exame físico geral e obstétrico normais. Ganho de peso semanal de 100 g. Hoje, a ultrassonografia evidenciou peso fetal estimado no percentil 9, índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 100 e da artéria cerebral média no percentil 2, maior bolsão de líquido amniótico de 4 cm, perfil biofísico fetal de 8 em 8. A análise do perfil glicêmico da última semana está demonstrada no quadro a seguir: Além do ajuste de insulinas e vigilância de bem-estar fetal, com que idade gestacional deve ser programada a resolução de sua gestação?

A. 39 semanas.

B. 37 semanas.

C. Imediatamente. ✓

D. 38 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Feto com peso no percentil 9 somado a Doppler de artéria umbilical no percentil 100 e cerebral média no percentil 2 traduz restrição de crescimento com CENTRALIZAÇÃO hemodinâmica — sinal de hipoxemia crônica com redistribuição de fluxo. Com 36 semanas, feto viável e mãe diabética com nefropatia, não há o que ganhar aguardando: a resolução deve ser imediata. Postergar até 37, 38 ou 39 semanas (B/D/A) expõe o feto a óbito intrauterino. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Primigesta, 30 anos, com 39 semanas, foi admitida para indução do trabalho de parto, por hipertensão controlada, assintomática. Exame físico geral normal. Altura uterina de 36cm, atividade uterina ausente, feto com boa vitalidade. A indução foi iniciada com misoprostol e, no segundo dia, com progressão do índice de Bishop de 2 para 6, foi continuada com infusão de ocitocina. Após 4 horas, se obteve a cardiotocografia exibida abaixo (Figura 1). Foram prescritos para a mãe decúbito lateral esquerdo, oxigenação em máscara, infusão rápida de soro fisiológico e interrupção da ocitocina. A cardiotocografia obtida após 30 minutos está demonstrada na Figura 2. O exame cervical nesse momento mostrava colo centrado, curto, 7 cm, feto ODT, 1, bolsa rota.

- A. Tocólise aguda com terbutalina subcutânea.
- B. Conduta expectante com monitorização fetal contínua.
- C. Retorno da infusão endovenosa de ocitocina.

D. Resolução da gestação por parto cesárea. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cardiotocografia alterada durante indução com ocitocina que NÃO se recupera após as medidas de reanimação intrauterina (decúbito lateral, oxigênio, expansão volêmica e suspensão da ocitocina) caracteriza sofrimento fetal agudo persistente. Com colo apenas 7 cm e apresentação alta, o parto vaginal não é iminente: indica-se cesárea. Reiniciar ocitocina (C) ou apenas observar (B) perpetuaria a hipóxia; tocólise (A) é medida temporizadora, não resolutiva. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Primigesta, 24 anos, com 37 semanas gestacionais. Realizou pré-natal no posto de saúde sem intercorrências. Procura a maternidade por perda líqüida vaginal há 2 horas, em episódio único. Nega febre, sangramento ou dores abdominais. Sinais vitais normais. Altura uterina: 34 cm. Atividade uterina ausente. Exame especular: conteúdo claro no fundo de saco em pequena quantidade. Testes auxiliares: pH de 7,5. Padrão microscópico de cristalização com ramificações secundárias. Índice de líquido amniótico: 2 cm. Toque vaginal: colo dilatado 2 cm, variedade de posição sacro transversa esquerda, apresentação alta e móvel. Cardiotocografia: feto ativo e reativo. Qual a melhor orientação para esta paciente?

- A. Internação para indução do trabalho de parto.
- B. Internação para interrupção da gestação por via cesariana. ✓**
- C. Alta hospitalar e aguardar início espontâneo do trabalho de parto.
- D. Internação para versão cefálica externa e conduta expectante.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda líquida com pH 7,5, cristalização em folha de samambaia e ILA de 2 cm confirma rotura prematura de membranas com oligoâmnio, a termo (37 semanas). O detalhe decisivo é o toque: variedade sacro transversa esquerda, ou seja, apresentação PÉLVICA, alta e móvel, com bolsa rota — situação em que a via de parto indicada é a cesárea. Indução (A) é inadequada na pelvipodálica, alta hospitalar (C) é proibida com bolsa rota e versão externa (D) não se faz sem líquido. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Tercigesta (2 partos vaginais, com 34 e 35 semanas), 31 anos, com 38 semanas de gestação, internou em fase ativa do trabalho de parto, sem intercorrências no pré-natal. A parturiente está bem ativa, deambulando e fazendo exercícios na bola Bobath. Quer muito o parto vaginal. A evolução de seu trabalho de parto está demonstrada no partograma abaixo. Os sinais vitais maternos e vitalidade fetal são normais. Escolha a alternativa com a melhor conduta para essa parturiente, segundo as Diretrizes Nacionais e da Organização Mundial da Saúde (2020).

- A. Realizar parto cesárea.
- B. Conduta expectante.
- C. Analgesia farmacológica de parto.
- D. Ocitocina endovenosa contínua. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O partograma de múltipara em fase ativa com progressão inadequada e contratilidade insuficiente aponta distocia FUNCIONAL. As diretrizes nacionais e da OMS recomendam corrigir a dinâmica antes de qualquer decisão cirúrgica: ocitocina endovenosa contínua, mantendo o desejo de parto vaginal da parturiente com vitalidade fetal normal. Cesárea (A) seria precipitada, conduta expectante (B) só prolonga a distocia e analgesia (C) não corrige a contratilidade. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Primigesta, 30 anos, com idade gestacional de 33 semanas e 3 dias. Pré-natal de risco habitual e sem intercorrências. Procura a maternidade com queixa de cólicas abdominais intermitentes, a cada 10 minutos acompanhada de eliminação de muco pela vagina. Nega sangramentos ou perdas líquidas. Sem outras queixas. Ao exame: sinais vitais normais. Obstétrico: 2 contrações moderadas de 30 segundos em 10 minutos; frequência cardíaca fetal de 140 bpm, sem desacelerações. Toque vaginal: colo dilatado 4 cm, esvaecido 50%, centrando, com bolsa palpável e apresentação cefálica, alta e móvel. Qual a melhor conduta para a gestante?

- A. Tocólise, corticosteroide e profilaxia antibiótica. ✓**
- B. Sulfato de magnésio e assistência ao parto.
- C. Reavaliar em 2 horas após hiperidratação materna.
- D. Ultrassonografia imediata para medida do colo uterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 33 semanas e 3 dias com contrações regulares, colo 4 cm e 50% esvaecido está em trabalho de parto prematuro estabelecido. A tríade é: tocólise (para ganhar as 48 h de janela), corticoide antenatal (maturação pulmonar) e profilaxia antibiótica para estreptococo do grupo B. Sulfato de magnésio para neuroproteção (B) se reserva a idades abaixo de 32 semanas; hiperidratação (C) não é tocolítica e a medida do colo (D) é irrelevante com trabalho de parto já instalado. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Múltipara, G4P4, parto vaginal sem intercorrências há 30 minutos. Recém-nascido com peso de 4.100 gramas. Foram administradas 10 unidades de ocitocina intramuscular para profilaxia de hemorragia pós-parto. Logo após a dequitação observou-se sangramento vaginal volumoso e útero hipotônico. Até o momento já foram realizadas massagem uterina bimanual, ocitocina, ácido tranexâmico e 2.500 ml de soro fisiológico (SF 0,9%). No momento, útero hipotônico, pressão arterial 90 x 50 mmHg e frequência cardíaca: 128 batimentos por minuto. Índice de choque de 1,4. Qual manejo mais adequado?

- A. Misoprostol retal e 1000 ml de soro fisiológico 0,9%.
- B. Pontos de B-Lynch e 1000 ml de ringer lactato.
- C. Metilergometrina e dois concentrados de hemácias. ✓**
- D. Balão de tamponamento intrauterino e SF 0,9%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pós-parto por atonia (feto macrossômico, múltipara) já refratária a massagem, ocitocina, ácido tranexâmico e 2.500 mL de cristalóide, com índice de choque de 1,4 — acima de 1,0 esse índice indica necessidade de HEMOCOMPONENTES. Portanto: escalonar para o uterotônico de segunda linha (metilergometrina) e transfundir. Mais cristalóide (A/D) agrava a coagulopatia dilucional, e balão e B-Lynch (D/B) vêm depois de esgotados os uterotônicos. Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Secundigesta (G2P0A1), 26 anos, com atraso menstrual de 18 semanas, inicia pré-natal hoje após teste de gravidez positivo. Nega doenças ou intercorrências até o momento. Exame físico geral sem alterações. A altura uterina é de 26cm. Fez ultrassonografia hoje, com achado de gestação gemelar dicoriônica, com idade gestacional de 24 semanas, achados fetais e anexiais normais. Com relação à profilaxia de pré-eclâmpsia, nesse caso, a alternativa correta é:

- A. Iniciar ácido acetilsalicílico e cálcio.
- B. Prescrever ácido acetilsalicílico.
- C. Prescrever ácido acetilsalicílico e enoxaparina.
- D. Não deve ser prescrita. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia de pré-eclâmpsia com AAS em baixa dose só é eficaz se iniciada precocemente, idealmente entre 12 e 16 semanas e nunca depois de 20 semanas — passada essa janela, a placentação já está estabelecida e o benefício não se sustenta. Como a gestante chega com 24 semanas confirmadas por ultrassonografia, não se prescreve AAS. Enoxaparina (C) exigiria trombofilia, e o cálcio isolado não substitui a indicação perdida. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Mulher de 55 anos, nuligesta, menopausada há 7 anos, sem comorbidades, sem antecedentes familiares de câncer, comparece em retorno de consulta ginecológica para checar exames solicitados. Exame físico realizado há 15 dias sem alterações dignas de nota. Exames laboratoriais de rotina normais. Laudo da mamografia descreve área de assimetria focal em região central no terço profundo de mama direita, BI RADS 0. Paciente refere que última mamografia realizada foi há 5 anos e não tem as grafias guardadas. Qual a conduta mais apropriada nesse caso?

- A. Realizar biópsia de mama por agulha grossa dirigida por imagem.
- B. Tranquilizar a paciente e agendar seguimento anual com mamografia.
- C. Solicitar compressão localizada e ultrassonografia de mama. ✓**

D. Agendar retorno em 6 meses com mamografia somente da mama direita.

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 0 significa exame INCONCLUSIVO, que exige complementação — e não é categoria de benignidade nem de malignidade. Diante de assimetria focal, o passo seguinte são as incidências adicionais (compressão localizada e/ou magnificação) associadas à ultrassonografia mamária, que reclassificarão o achado. Biópsia (A) só após BI-RADS 4 ou 5; tranquilizar (B) ou repetir em 6 meses (D) deixa passar um possível câncer. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Mulher de 27 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde para checar resultado de exame citopatológico, sem queixas. Refere ciclos menstruais regulares, nega sangramento intermenstrual, dispareunia, sinusorragia e dor pélvica. Resultado de colpocitologia: Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas. De acordo com as diretrizes do INCA, qual a melhor conduta?

A. Repetir citopatológico em 12 meses. ✓

B. Encaminhar para colposcopia.

C. Repetir citopatológico em 6 meses.

D. Colher novo exame citopatológico imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas) é o achado citológico de menor risco. Pelas diretrizes do INCA a conduta é repetir a citologia, com intervalo que varia pela idade: 3 anos para menores de 25 anos, 12 meses dos 25 aos 29 anos e 6 meses a partir dos 30 anos. Com 27 anos, repete-se em 12 meses. Colposcopia (B) só se houver duas citologias alteradas ou lesão mais grave. Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Mulher de 47 anos de idade, G4P4A0, tabagista e sem outras comorbidades refere aparecimento de nódulo doloroso em região periareolar da mama direita há 4 dias. Refere que há algumas horas houve drenagem de secreção purulenta. Tem antecedente familiar positivo para câncer: tia paterna com câncer de ovário aos 67 anos de idade e mãe com câncer de mama aos 72 anos de idade. Inspeção estática representada na figura. Qual o diagnóstico mais provável?

A. Doença de Paget do mamilo.

B. Mastite perductal. ✓

C. Carcinoma inflamatório.

D. Mastite granulomatosa

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo PERIAREOLAR doloroso, agudo, com drenagem de secreção purulenta em mulher TABAGISTA fora do puerpério é a mastite perductal (doença de Zuska), fortemente associada ao tabagismo e propensa a fístula recidivante. Doença de Paget (A) é lesão eczematosa crônica do complexo areolopapilar; carcinoma inflamatório (C) dá eritema difuso com peau d'orange e sem pus; mastite granulomatosa (D) é massa periférica crônica, de curso arrastado. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Mulher de 52 anos, G2P2A0 (2PN), DUM há 3 anos, procura atendimento ginecológico com queixa de perda urinária há 8 meses que vem atrapalhando suas atividades habituais. Após orientações comportamentais e de fortalecimento do assoalho pélvico, que não melhoraram as queixas da paciente, foi realizado estudo urodinâmico. O exame físico e o estudo urodinâmico estão representados na figura. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, qual a conduta mais apropriada neste momento?

- A. Colporrafia anterior e posterior.
- B. Mirabegrona oral.
- C. Imipramina oral.
- D. Sling sintético de uretra média. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda urinária que compromete as atividades habituais, sem resposta às medidas comportamentais e à fisioterapia do assoalho pélvico, com urodinâmica compatível com incontinência urinária de ESFORÇO, tem como tratamento padrão o sling sintético de uretra média. Mirabegrona e imipramina (B/C) tratam bexiga hiperativa, outro mecanismo; colporrafia (A) corrige prolapso e não a incontinência de esforço. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Mulher de 33 anos, foi submetida a cirurgia para ooforoplastia devido a massa anexial benigna. Evoluiu bem no pós-operatório imediato, mas apresentou dor na região inguinal direita que progrediu continuamente. Há 8 meses vem apresentando dor intensa no local, acompanhada de alodínia, formigamento, dor à exposição ao frio e episódios súbitos e repentinos de dor, ambos muito intensos. Tem antecedente de apendicectomia e colecistectomia. A ultrassonografia transvaginal e transabdominal não identificou alterações anatômicas significativas. Com base nestas informações, qual a opção terapêutica mais adequada?

- A. Adesiólise laparoscópica.
- B. Neuromodulação lombossacral.
- C. Gabapentina 1800 mg ao dia. ✓**
- D. Canabidiol 100 mg ao dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor inguinal iniciada no pós-operatório e persistente por 8 meses, com ALODÍNIA, parestesias, piora ao frio e paroxismos em choque, é dor NEUROPÁTICA por lesão/aprisionamento dos nervos ílio-inguinal ou ílio-hipogástrico — e a ultrassonografia normal reforça que não há causa estrutural. O tratamento de primeira linha é neuromodulador: gabapentina. Adesiólise (A) trataria aderências inexistentes; neuromodulação invasiva (B) e canabidiol (D) não são primeira escolha. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Mulher de 42 anos, G3P2A1, método anticoncepcional: laqueadura tubária, DUM há 12 dias, procura atendimento ginecológico com queixa de sangramento uterino aumentado há 6 meses, com aumento do fluxo, permanecendo cerca de 6 a 7 dias com sangramento associado a dismenorreia moderada. Ao exame físico: PA: 120x70mmHg, FC: 78bpm, abdome plano, normotenso e indolor a palpação. Espéculo: colo róseo, sem lesões ou conteúdo anormal; Toque: colo cartilaginoso, centrado, indolor a mobilização, útero centrado em anteversoflexão (AVF), globoso e aumentado de tamanho. Exames complementares: Hb: 11,2g/dl; Ht: 30%; USTV: útero AVF, centrado, volume de 195cm³. Ovário esquerdo: 4,2cm³, ovário direito: 5,7cm³, representado na figura. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Adenomiose. ✓**
- B. Endometriose.

- C. Hiperplasia endometrial.
- D. Leiomiomatose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino aumentado com dismenorreia progressiva e útero GLOBOSO, difusamente aumentado (195 cm³) e sem nódulos delimitados caracteriza adenomiose. Leiomiomatose (D) daria útero de contornos irregulares, com nódulos identificáveis à ultrassonografia; hiperplasia endometrial (C) se manifesta por espessamento endometrial, não por aumento uterino global; endometriose (B) causa dor, mas não altera o volume uterino. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Mulher de 26 anos, nuligesta, refere parada das menstruações. Refere menarca aos 13 anos, seguida de ciclos regulares por 7 anos, após os quais passou a apresentar intervalos menstruais longos de 3 a 4 meses, sendo a última menstruação há dois anos. É triatleta e treina cerca de 6 horas diárias. Associa a alteração menstrual ao aumento na intensidade dos treinos. Nega uso de medicações. No momento sem atividade sexual. Ao exame físico: PA:90x60mmHg; IMC: 17,2Kg/m²; Índice de Ferriman Gallwey: 2. Mamas sem alterações. Exames complementares: FSH=1,19mIU/ml (VN=3,5 a 10,5mIU/ml); Prolactina=12ng/dl (VN menor 25ng/dl) e TSH 2.1mIU/ml (VN=0,4 a 4,0mIU/ml). Qual o exame mais relevante a ser solicitado para esta paciente?

- A. Estradiol.
- B. Densitometria óssea. ✓**
- C. Cortisol.
- D. Perfil lipídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Triatleta com IMC 17,2, treino de 6 horas diárias, FSH baixo e amenorreia secundária há 2 anos tem amenorreia hipotalâmica funcional — o eixo hipotálamo-hipófise está suprimido e o hipoestrogenismo é prolongado. O desfecho mais temido dessa tríade da mulher atleta é a perda de massa óssea, daí a densitometria ser o exame mais relevante. Estradiol (A) apenas confirmaria o que a clínica já diz; cortisol (C) e perfil lipídico (D) não mudam a conduta. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Mulher de 36 anos, nuligesta, deseja engravidar. Refere 2 a 3 relações pênis-vagina por semana, sem uso de métodos contraceptivos há 2 anos. Ciclos menstruais regulares, sem queixas. Nega vícios ou uso de medicações. Exame físico geral e ginecológico sem alterações. Parceiro com 39 anos, sem doenças crônicas. Nega vícios e uso de medicações. Exames complementares: Parceiro: Espermograma 1 (critérios de normalidade da OMS, 2021): volume de 4,7 mL, 1,6 milhões de espermatozoides/mL, 5% de motilidade progressiva, 1% de formas normais e 58% de vitalidade. Espermograma 2, realizado cerca de 3 meses após com parâmetros similares. Paciente: histerossalpingografia e ultrassonografia transvaginal sem anormalidades. Qual a abordagem terapêutica mais efetiva para este casal?

- A. Indução da ovulação com clomifeno para coito programado.
- B. Indução da ovulação e inseminação intrauterina.
- C. Estimulação ovariana e injeção intracitoplasmática de espermatozoide. ✓**
- D. Antioxidantes orais associados a ácidos graxos ômega 3 para o parceiro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois espermogramas concordantes com 1,6 milhão/mL, 5% de motilidade progressiva e 1% de formas normais configuram oligoastenoteratozoospermia GRAVE. Com fator masculino desse porte, coito programado (A) e inseminação intrauterina (B) têm taxas de sucesso muito baixas, pois ambas dependem de concentração e motilidade adequadas. A abordagem efetiva é a estimulação ovariana com ICSI. Antioxidantes (D) não corrigem alteração dessa magnitude. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Menina de 5 anos, comparece ao consultório com queixa de sangramento genital há 3 dias. O sangramento foi de pequena quantidade, vermelho vivo, sem presença de coágulos, e foi notado na roupa íntima, na roupa de cama e na higiene da criança após a primeira urina da manhã. A mãe relata que a criança queixava-se de dor e coceira na região genital na última semana, e observou presença de secreção amarelada, sem odor na genitália externa. Nega queixas urinárias ou infecções recentes. Exame físico geral: Mamas M1, Pelos P1, sem anormalidades. Exame da genitália externa: padrão pré-púbere, presença de hiperemia e secreção branca de aspecto homogêneo. Qual a conduta neste caso?

A. Sorologias para infecções de transmissão sexual.

B. Orientações de higiene da genitália externa. ✓

C. Ultrassonografia pélvica transabdominal.

D. Cultura de secreção vaginal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina pré-púbere com prurido, hiperemia vulvar e secreção esbranquiçada homogênea, com sangramento discreto explicado por escoriação/irritação local, tem vulvovaginite INESPECÍFICA — condição muito frequente na infância, por hipoestrogenismo, proximidade anal e higiene inadequada. A conduta inicial é orientar higiene perineal correta. Sorologias e cultura (A/D) só se houver suspeita de violência ou secreção purulenta; ultrassonografia (C) não se justifica com mamas M1 e pelos P1. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Na unidade básica de saúde, você atende uma mulher de 23 anos, GO, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 desde os 12 anos de idade. Deseja contracepção. IMC: 31 Kg/m². PA: 110x65 mmHg. Exame ginecológico sem alterações. Exames de rastreamento recomendados para a idade: normais, com exceção de HDL: 30 mg/dL (VN > 40 mg/dL). Exames de monitoramento da diabetes mellitus: sem alterações. Veja abaixo as figuras de 1 a 4, que apresentam opções de orientação contraceptiva: Considerando os critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015, qual das figuras apresenta a orientação contraceptiva mais adequada?

A. Figura 1.

B. Figura 2.

C. Figura 3. ✓

D. Figura 4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios médicos de elegibilidade da OMS, diabetes de longa data somada a obesidade e HDL baixo eleva o risco cardiovascular e torna o método com ESTROGÊNIO inadequado. A orientação correta é oferecer os métodos categoria 1 ou 2 para esse perfil: DIU de cobre, DIU de levonorgestrel, implante ou progestágeno isolado — todos com eficácia alta e sem componente estrogênico. Resposta C.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Homem, 45 anos, apresenta episódios de febre de até 38,3°C há 2 semanas. Sem outras queixas. Exame físico: PA: 138 x 80 mmHg; frequência cardíaca: 112 bpm, regular, com sopro diastólico em borda esternal esquerda 2+/4+, sem outros achados. Eletrocardiograma: normal. Ecocardiograma: valva aórtica bicúspide com filamento móvel em sua face ventricular e regurgitação leve. Hemoculturas: um par negativo no sétimo dia de leitura. Qual das imagens acima seria mais sugestiva para confirmar o diagnóstico deste paciente?

A. Imagem C.

B. Imagem B. ✓

C. Imagem A.

D. Imagem D.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre arrastada, sopro diastólico novo, valva aórtica BICÚSPIDE com filamento móvel ao ecocardiograma e hemocultura ainda negativa: falta um critério para fechar endocardite infecciosa. Os critérios menores de Duke incluem os fenômenos vasculares e imunológicos periféricos — hemorragias em lasca subungueais, manchas de Janeway (maculares, indolores, palmoplantares) e nódulos de Osler (dolorosos, em polpas digitais). A imagem que exibe esse estigma periférico é a que confirma. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Mulher, 75 anos, apresenta palpitações taquicárdicas e dispneia há 3 horas. Sem outras queixas. Exame físico: consciente, orientada, ritmo cardíaco irregular em 3 tempos, bulhes hipofonéticas, sem sopros. Tempo de enchimento capilar menor que 3 segundos. Murmúrio vesicular presente e simétrico, com estertores finos em terços inferiores dos campos pulmonares. FC = 142 bpm, PA = 110 x 70 mmHg. Eletrocardiograma na figura abaixo: Qual das condutas abaixo é a mais apropriada para o atendimento inicial dessa paciente?

A. Cardioversão elétrica. ✓

B. Amiodarona.

C. Manobra vagal.

D. Betabloqueador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fibrilação atrial de alta resposta ventricular (142 bpm) com dispneia aguda e ESTERTORES em bases traduz congestão pulmonar — ou seja, instabilidade hemodinâmica atribuível à arritmia. Nessa condição a conduta é cardioversão elétrica sincronizada, sem esperar controle farmacológico. Amiodarona e betabloqueador (B/D) são para o paciente estável, e o betabloqueador ainda agravaria a congestão; manobra vagal (C) serve a taquicardias supraventriculares regulares. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Homem, 24 anos, sem comorbidades prévias, apresenta bolhas flácidas e lesões exulceradas com retalhos de bolhas rotas nas áreas seboreicas do tronco anterior e posterior, além de lesões crostosas no couro cabeludo e na face há 18 meses. Relata ter feito uso de anti-histamínicos, hidratantes e corticoides tópicos sem melhora das lesões. Ao exame, além das lesões descritas, não apresentava lesões nas mucosas e o Nikolsky estava positivo ao lado de uma lesão ativa. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Porfíria cutânea tarda.

B. Penfigoide bolhoso.

C. Pênfigo vulgar.

D. Pênfigo foliáceo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Bolhas FLÁCIDAS que rompem facilmente, deixando exulcerações e crostas em áreas seborreicas (tronco, couro cabeludo, face), com Nikolsky positivo e POUPANDO MUCOSAS, é o quadro do pênfigo foliáceo (fogo selvagem), cuja clivagem é subcórnea. Pênfigo vulgar (C) acomete a mucosa oral em quase todos os casos; penfigoide bolhoso (B) faz bolhas tensas com Nikolsky negativo, em idosos; porfiria (A) dá bolhas em áreas fotoexpostas e fragilidade cutânea. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Menina 6 anos, histórico de dermatite de repetição, atualmente mais intenso nas dobras, além de rinite alérgica. Há 3 semanas notou exacerbação das lesões de dermatite, piora do prurido e aparecimento de lesões novas no abdome, onde refere também muito prurido. Ao exame apresenta placas de dermatite subaguda nas dobras, sinais de escoriações e no abdome as lesões da figura. Considerando o diagnóstico mais provável, qual microorganismo seria identificado nas lesões ativas do abdome?

- A. Malassezia furfur.
- B. Staphylococcus aureus. ✓**
- C. Trichophyton rubrum.
- D. Herpes simplex.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pele do atópico tem barreira deficiente e é COLONIZADA por Staphylococcus aureus em quase todos os pacientes; a piora abrupta do eczema, com escoriações de coçadura e lesões novas exsudativas/crostosas no abdome, traduz impetiginização secundária — a infecção bacteriana é o gatilho mais comum de exacerbação na dermatite atópica. Malassezia (A) faz dermatite seborreica e pitíriase versicolor; Trichophyton (C) daria placa anular com bordo ativo; herpes simples (D) produziria vesículas monomorfos umbilicadas do eczema herpético. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Homem, 45 anos, trabalhador rural, é levado ao pronto socorro após exposição accidental a um produto químico. Apresenta-se com sudorese excessiva, lacrimejamento, sialorréia e dificuldade para respirar. Apresentou 3 episódios de vômitos em 3 horas. Exame físico: FC= 60 bpm, PA= 90/60 mmHg, FR= 25 irpm, SpO2= 94% em ar ambiente, consciente, mas confuso; pupilas mióticas e fotorreagentes; ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, com sibilos e roncos úmidos difusos, expectoração de escarro incolor. Demais sistemas sem alterações. Qual é a conduta inicial mais adequada para o manejo desse paciente?

- A. Atropina via endovenosa. ✓**
- B. Lavagem gástrica com solução isotônica.
- C. Carvão ativado via enteral.
- D. Adrenalina via intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhador rural com exposição química evoluindo com síndrome COLINÉRGICA muscarínica plena — miose, sialorreia, lacrimejamento, sudorese, broncorreia com sibilos, vômitos, bradicardia e hipotensão — tem intoxicação por organofosforado/carbamato. A conduta inicial que salva é atropina endovenosa em doses repetidas até secar as secreções brônquicas (associada à pralidoxima nos organofosforados). Adrenalina (D) trata anafilaxia; lavagem gástrica e carvão (B/C) não são prioridade diante da broncorreia. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Mulher, 28 anos, com diabetes mellitus tipo 1, apresenta poliúria, polidipsia, náuseas e vômitos há 48 horas. Interrompeu a administração de insulina regular há dois dias devido a um episódio de gastroenterite. Exame físico: desidratada, respiração de Kussmaul e hálito cetônico. Sinais vitais: PA= 90x50 mmHg, FC= 120 bpm, FR= 28 irpm, SpO2= 96% em ar ambiente. Laboratório: glicose sérica= 480 mg/dL (VR: 70-99), pH arterial= 7,15 (VR: 7,35-7,45), bicarbonato= 10 mEq/L (VR: 22-28), cetonas séricas positivas, sódio= 142 mEq/L (VR: 135-145), cloro= 100 mEq/L (VR: 98-106), potássio= 4,0 mEq/L (VR: 3,5-5,0). Qual é a conduta inicial mais adequada para o manejo deste caso?

- A. Administração de bicarbonato de sódio intravenoso.
- B. Administração de insulina subcutânea.
- C. Administração de solução fisiológica 0,9% intravenosa. ✓**
- D. Administração de insulina intravenosa contínua.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética com desidratação, hipotensão e taquicardia: a primeira medida NÃO é insulina, e sim a expansão volêmica com solução fisiológica 0,9%, que já reduz a glicemia, melhora a perfusão renal e evita o colapso circulatório quando a insulina puxar glicose e potássio para dentro da célula. Insulina EV (D) vem logo depois e só com potássio acima de 3,3 mEq/L; insulina subcutânea (B) não serve na CAD com instabilidade; bicarbonato (A) só com pH abaixo de 6,9. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Mulher, 64 anos, portadora de diabetes mellitus tipo 2 desde os 56 anos, em uso de empagliflozina 25 mg/dia, linagliptina 5 mg/dia e metformina XR 1g/dia. Será submetida à colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Última hemoglobina glicada (HbA1c): 7,3% (VR: 4.3-6.1). Quais orientações devem ser feitas em relação ao uso dos antidiabéticos?

- A. Manter a metformina e a empagliflozina até o dia anterior à cirurgia; suspender a linagliptina 1 dia antes da cirurgia.
- B. Manter a metformina até o dia anterior à cirurgia; suspender a empagliflozina 4 dias antes do procedimento; manter a linagliptina. ✓**
- C. Suspender a metformina 2 dias antes da cirurgia e a empagliflozina 1 dia antes do procedimento; manter a linagliptina.
- D. Suspender a metformina 3 dias antes da cirurgia; manter a empagliflozina até o dia anterior à cirurgia; suspender a linagliptina 1 dia antes da cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto crítico é o inibidor de SGLT2: a empagliflozina precisa ser suspensa 3 a 4 dias antes de cirurgia pelo risco de cetoacidose EUGLICÊMICA no perioperatório — o paciente cetoacidota com glicemia quase normal, e o diagnóstico atrasa. A metformina pode ser mantida até a véspera (suspende-se no dia, pelo jejum e pelo risco de acidose láctica) e os inibidores de DPP-4, como a linagliptina, são seguros e podem ser mantidos. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Homem, 53 anos, assintomático, comparece à Unidade Básica de Saúde buscando orientações sobre os resultados de exames realizados para doação de sangue. Antecedente de cirurgia para correção de fratura de fêmur aos 18 anos de idade devido acidente automobilístico. Exame físico: obesidade grau II. Exames laboratoriais: HBsAg = não reagente; anti HBc IgG = não reagente; anti HBsAg = reagente; anti HCV = reagente; AST = 18 U/L (VR: 15-37); ALT = 57 U/L (VR: 10-49) Qual é a conduta mais adequada?

- A. Solicitar elastografia hepática.
- B. Repetir os exames em 6 meses.
- C. Indicar biópsia hepática.

D. Solicitar RNA HCV. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anti-HCV reagente é apenas teste de TRIAGEM: indica contato prévio, mas não distingue infecção ativa de infecção curada espontaneamente ou de falso-positivo. A confirmação obrigatória é a pesquisa de RNA do HCV (carga viral), ainda mais com ALT alterada. Elastografia (A) e biópsia (C) só fazem sentido depois de confirmada a infecção, para estadiar fibrose; repetir em 6 meses (B) atrasa um tratamento hoje curativo. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Homem, 53 anos, com histórico de pancreatite crônica associada ao consumo abusivo de bebida alcoólica, refere aumento da frequência de evacuações nos últimos 9 meses, fezes de aspecto gorduroso e com mau cheiro. Exame físico: emagrecido, sinais vitais normais, sem outras alterações. Qual deficiência de vitamina mais provavelmente pode ser encontrada nesse paciente?

- A. Vitamina C.
- B. Vitamina B12.

C. Vitamina A. ✓

- D. Ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite crônica alcoólica com esteatorreia significa insuficiência pancreática EXÓCRINA: sem lipase, não há digestão de gorduras e perdem-se justamente as vitaminas LIPOSSOLÚVEIS — A, D, E e K. Entre as opções, a única lipossolúvel é a vitamina A. B12 (B) depende de fator intrínseco e íleo terminal, e vitamina C e folato (A/D) são hidrossolúveis, absorvidos sem necessidade de lipase. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Mulher, 84 anos, portadora de síndrome demencial fase moderada, apresentou queda no domicílio com fratura de fêmur e foi internada para correção cirúrgica. Após 12 horas do procedimento, evoluiu com confusão mental e agitação psicomotora de difícil controle, medidas não farmacológicas. Qual é a melhor conduta medicamentosa?

- A. Clonazepam.

B. Quetiapina. ✓

- C. Donepezila.
- D. Sertralina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Confusão e agitação de início agudo e flutuante 12 horas após cirurgia, em idosa com demência, é DELIRIUM hiperativo. Esgotadas as medidas não farmacológicas, o fármaco de escolha é um antipsicótico em dose baixa, e a quetiapina é preferida no idoso com demência pelo menor risco extrapiramidal. Benzodiazepínico (A) piora e prolonga o delirium; donepezila (C) e sertralina (D) não têm efeito no quadro agudo. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Mulher, 70 anos, há 8 meses com adinamia e dispneia progressiva. Exame físico: BEG, hipocorada 2+/4+, sem outras alterações. Hemograma completo: hemoglobina: 9,6 g/dL; VCM: 73 fl; glóbulos brancos: 5.300/uL; plaquetas: 425.000/uL; reticulócitos=0,3%. Ácido fólico: 3,6 ng/mL (VR: 3.0 a 17.0); Vitamina B12: 654 pg/mL (VR: 174,0 a 878,0); Ferritina: 1,5 ng/mL (VR: 10 a 291), ferro sérico: 25 ug/dL (VR: 50 a 170), capacidade latente de fixação de ferro: 460 ug/dL (VR: 250 a 425). Qual exame deve ser solicitado para complementar a avaliação da paciente?

- A. Sangue oculto nas fezes.
- B. Anticorpo anti célula parietal.
- C. Eletroforese de hemoglobina.

D. Endoscopia digestiva alta. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcítica (VCM 73) com ferritina de 1,5 ng/mL, ferro baixo e capacidade de fixação alta é ferropenia inequívoca. Em paciente de 70 anos, na pós-menopausa e sem sangramento visível, a ferropenia é sangramento do trato digestivo até prova em contrário e obriga investigação ENDOSCÓPICA. Sangue oculto (A) não altera a indicação, pois seu resultado negativo não exclui a lesão; eletroforese (C) e anticorpo antiparietal (B) investigam outras anemias. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Homem, 27 anos, auxiliar administrativo, morador de Ribeirão Preto. Há 6 dias com fadiga, mal-estar e odinofagia. Nega febre. Um dia após o início do quadro, notou lesões de pele (figuras abaixo). Refere início dos sintomas uma semana após relações sexuais com diferentes parceiros, com uso de preservativos nas relações sexuais genitais, porém não nas relações sexuais orais. Nega contato com áreas de mata ou com animais silvestres ou domésticos. Exame físico: lesões de pele pouco numerosas e com distribuição aleatória conforme fotos abaixo. Orofaringe: hiperemiada com pequena úlcera em palato mole. Linfonodos palpáveis em região cervical e axilar. Hemograma, dosagem de transaminases e avaliação da função renal sem alterações. Teste rápido para HIV, sífilis, hepatite C e B negativos. Qual agente infeccioso é a provável causa do quadro?

- A. Treponema pallidum.
- B. Monkeypox vírus. ✓**
- C. Neisseria Gonorrhoeae.
- D. Vírus Varicela Zoster.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com lesões cutâneas POUCO NUMEROSAS e de distribuição aleatória, úlcera em palato mole, linfadenopatia cervical e axilar, iniciadas uma semana após sexo oral desprotegido com múltiplos parceiros, e com sorologias negativas, é o quadro típico de mpox (Monkeypox). Sífilis secundária (A) daria exantema palmoplantar difuso e teste treponêmico reagente; varicela (D) faz lesões pruriginosas em surtos; gonococo (C) cursa com uretrite/faringite, não com esse exantema. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Homem, 25 anos, há 6 dias com febre de início súbito (até 39° C), cefaleia, mialgia intensa e mal-estar. Após 3 dias notou lesões de pele, não pruriginosas, nas mãos e pés, com posterior desenvolvimento de petéquias, sem prurido; edema de mãos e pés, sem outras alterações. Nega contato com animais silvestres ou domésticos. Frequentemente trabalha em áreas rurais aos finais de semana e noites. Nega uso de medicamentos. Exame físico: consciente, orientado, temperatura axilar 38,5°C, PA: 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca: 120 bpm, frequência respiratória: 24 RPM, saturação de oxigênio: 93% em ar ambiente; exantema maculopapular difuso, com presença de petéquias, sem prurido; edema de mãos e pés, sem outras alterações. Exames laboratoriais: leucócitos: 3.000 células/ul, 85% neutrófilos, plaquetas: 150.000/ul. TGO: 240 U/L (VN: 10 a 49), TGP: 160 U/L (VN: 10 a 49). Teste rápido para HIV: negativo; Teste rápido para sífilis: negativo; Teste treponêmico: negativo; IgM para toxoplasmose: negativo; IgG para toxoplasmose: positivo; IM: negativo; Radiografia de tórax: sem alterações. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual o tratamento indicado?

- A. Sulfametoxazol trimetoprim.
- B. Penicilina benzatina.
- C. Itraconazol.

D. Doxíciclina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta súbita, mialgia intensa, exantema que começa em MÃOS E PÉS e evolui com petéquias, edema de extremidades, leucopenia, plaquetas em queda e transaminases elevadas, em quem frequenta área rural, é febre maculosa brasileira (*Rickettsia rickettsii*). O tratamento é doxíciclina, iniciada pela SUSPEITA clínica, sem esperar sorologia — o atraso é o principal determinante de letalidade. Penicilina (B) trataria sífilis, já afastada; itraconazol (C) e sulfametoxazol-trimetoprim (A) não cobrem riquetsia. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Homem, 38 anos, assintomático, procura atendimento por necessidade de relatório médico para a prática de atividade física. Nega uso de medicamentos. Nega tabagismo e etilismo. Exame físico: PA 140x90 mmHg. Eletrocardiograma normal. Solicitado monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), com resultado abaixo. Qual é o diagnóstico e a conduta apropriada?

- A. Hipertensão arterial sistêmica; orientar dieta hipossódica e reavaliação dos níveis pressóricos em 3 meses.
- B. Hipertensão mascarada; iniciar bloqueador de canal de cálcio e incentivar quanto à realização de atividade física.

C. Hipertensão do avental branco; apto a praticar atividade física. ✓

- D. Hipertensão do avental branco, apto a praticar atividade física e iniciar uso de medicamento anti-hipertensivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão elevada no consultório (140x90 mmHg) com MAPA dentro da normalidade define hipertensão do AVENTAL BRANCO — condição que não exige anti-hipertensivo (D), apenas mudanças de estilo de vida e monitorização periódica, pois há risco intermediário de evoluir para hipertensão sustentada. O paciente está apto à atividade física. Hipertensão mascarada (B) é o oposto: consultório normal e MAPA alterado. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Homem, 70 anos, apresenta-se com perda de peso significativa, fadiga e dispneia aos pequenos esforços. Relata dificuldade para se alimentar devido à falta de apetite e sensação de saciedade precoce.

Antecedentes: doença pulmonar obstrutiva crônica grave e insuficiência cardíaca congestiva. Exame físico: perda de massa muscular e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais: albumina sérica: 2,9 g/dL (VR: 3,4-5,0); hemoglobina: 12,0 g/dL; creatinina: 1,1 mg/dL; proteína C reativa (PCR): 0,8 mg/dL (VR: < 1,0); glicemia de jejum: 105 mg/dL. Qual intervenção nutricional é a mais apropriada para este paciente?

A. Aumentar a ingestão de proteínas e calorias por refeições fracionadas. ✓

B. Reduzir a ingestão de carboidratos para melhorar a glicemia de jejum.

C. Implementar dieta hipossódica rigorosa para controlar o edema.

D. Introduzir nutrição enteral suplementar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com DPOC grave e insuficiência cardíaca, perda de peso, perda de massa muscular e saciedade precoce apresenta desnutrição/caquexia com hipoalbuminemia — o trato digestivo funciona, o problema é o volume tolerado por refeição. A intervenção correta é aumentar a densidade calórico-proteica em refeições FRACIONADAS. Restringir carboidratos (B) e sódio de forma rigorosa (C) só piora a ingestão; nutrição enteral (D) fica para quando a via oral for insuficiente ou impossível. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Homem, 68 anos, refere tosse persistente há 3 meses, com piora progressiva. Refere perda de peso não intencional de 5kg neste período. Há 2 meses apresenta dor contínua, de intensidade 6/10, localizada no ombro direito, irradiando para o braço ipsilateral. Na última semana, iniciou com sudorese vespertina, principalmente na face à esquerda. É tabagista (carga tabágica de 60 anos/maço). Exame físico: redução da expansibilidade pulmonar e de murmúrio vesicular no terço superior do pulmão direito. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para este quadro clínico?

A. Tuberculose.

B. Empiema.

C. Linfoma.

D. Tumor de Pancoast. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tabagista de 60 anos-maço com tosse, emagrecimento, dor em ombro irradiada para o braço e alteração da sudorese facial (anidrose por comprometimento simpático, parte da síndrome de Claude Bernard-Horner) somada a achado no ÁPICE pulmonar direito: é tumor de Pancoast (sulco superior), que invade plexo braquial e cadeia simpática. Tuberculose (A) e linfoma (C) não explicam a dor radicular com Horner, e empiema (B) cursaria com febre e derrame. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Mulher, 45 anos, conta que desde a infância tem episódios de dispneia, tosse seca e chiado no peito quando exposta a poeira ou fumaça. Nunca fumou e nega comorbidades. Exame físico com sibilos esparsos, sem outras alterações. Qual acometimento de vias aéreas é o mais provavelmente envolvido nesse caso?

A. Remodelamento.

B. Hiper responsividade. ✓

C. Neutrofilia em mucosa.

D. Fibrose subepitelial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas desde a infância, desencadeados por estímulos INESPECÍFICOS (poeira, fumaça), reversíveis e em paciente sem comorbidades, traduzem a hiper-responsividade brônquica — a resposta broncoconstritora exagerada a estímulos que não afetariam vias aéreas normais, marca fisiopatológica da asma. Remodelamento e fibrose subepitelial (A/D) são alterações estruturais tardias da doença de longa data e mal controlada; neutrofilia (C) caracteriza fenótipos graves e corticorresistentes. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Homem, 76 anos, em acompanhamento por DPOC há 8 anos; nega comorbidades. Refere piora progressiva da dispneia (de pequenos esforços para dispneia em repouso) há 2 semanas, sem piora da tosse ou do aspecto da expectoração. Nega dor torácica, hemoptise, piora súbita dos sintomas. Exame físico: BEG, corado, cianótico (++/4+). Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Frequência respiratória: 28 i.pm. Ritmo cardíaco regular, com hiperfonese de B2, sem sopros. FC: 98 bpm. PA: 110 x 80 mmHg. Edema de membros inferiores (3+/4+) bilateral, depressível e simétrico. Presença de estase jugular a 45°. Qual é a medida indicada para o diagnóstico mais provável?

- A. Anticoagulação.
- B. Agente inotrópico.
- C. Vasodilatador pulmonar.

D. Oxigenioterapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

DPOC de longa data que evolui com cianose, hiperfonese de B2, estase jugular a 45° e edema bilateral tem cor pulmonale: hipertensão pulmonar HIPÓXICA com falência de ventrículo direito. O tratamento que corrige o mecanismo (vasoconstrição pulmonar pela hipoxemia) e é o único que aumenta sobrevida nesse cenário é a oxigenoterapia. Anticoagulação (A) trataria TEP, afastado pela ausência de dor e piora súbita; inotrópico e vasodilatador pulmonar (B/C) não são a medida indicada aqui. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Mulher, 68 anos, refere dor em joelhos há 1 ano, com piora progressiva, localizada principalmente 7/10). A dor é acentuada durante ortostase e atividades físicas, melhorando parcialmente após uso de dipirona, com alívio parcial. É hipertensa, em tratamento com enalapril, mas refere que não controla bem a pressão arterial. Exame físico: BEG; IMC: 31,5 kg/m²; presença de calor e crepitação à movimentação em joelhos (figura abaixo). Qual é a alteração mais provável de ser encontrada em radiografia dos joelhos?

A. Esclerose óssea subcondral. ✓

- B. Calcificações ligamentares.
- C. Erosões em saca bocado.
- D. Osteopenia justa articular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 68 anos, IMC 31,5, dor MECÂNICA em joelhos (piora com ortostase e atividade, melhora com repouso) e crepitação à mobilização: é osteoartrite. A radiografia mostra redução assimétrica do espaço articular, osteófitos, cistos subcondrais e ESCLEROSE ÓSSEA SUBCONDRA. Erosões em saca-bocado (C) são da gota; osteopenia justa-articular (D) é achado precoce de artrite reumatoide; calcificações ligamentares (B) sugerem outras entesopatias. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Homem, 55 anos, refere dor em interfalangeanas distais de ambas as mãos há três anos, pior após períodos de repouso. Obtém melhora com o uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Nega outros tratamentos. Exame físico: BEG, corado; edema e dor à palpação de 2º a 5º interfalangeanas distais de ambas as mãos; pele (ver figura). Levando em conta as alterações cutâneas e articulares, qual tratamento está indicado?

- A. Hidroxicloroquina.
- B. Metotrexato. ✓**
- C. Azatioprina.
- D. Sulfassalazina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Artrite de INTERFALANGEANAS DISTAIS, com dor pior após repouso (padrão inflamatório) e lesões cutâneas associadas, aponta artrite psoriásica. O tratamento de escolha entre as opções é o metotrexato, droga modificadora que atua tanto na pele quanto nas articulações. Hidroxicloroquina (A) pode até exacerbar a psoríase; azatioprina (C) e sulfassalazina (D) têm papel limitado no acometimento cutâneo e nas IFDs. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Mulher, 56 anos, obesa. No segundo dia de pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica por litíase biliar. Cirurgia eletiva. Refere dor em hipocôndrio direito e febre. Exame físico: paciente com dor, temperatura axilar de 37,6°C. Ausência de taquicardia. Eupneica e anictérica. Ferida operatória em bom aspecto. Abdome discretamente distendido, com ruídos hidroaéreos sem alterações. Sem resistência e sem dor à palpação superficial. Ao revisar os controles, observou-se temperatura axilar oscilando entre 36,7°C e 37,8°C com três temperaturas aferidas acima de 37°C no período. Antibiótico prescrito em caráter profilático na indução anestésica e suspenso nesta data, no segundo dia de pós-operatório. Qual a conduta mais adequada?

- A. Sintomáticos (antipirético e analgésico). ✓**
- B. Exames laboratoriais para investigar infecção.
- C. Iniciar antibioticoterapia.
- D. Exame de Imagem para investigar complicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre baixa e oscilante no segundo dia de pós-operatório, com paciente sem taquicardia, ferida limpa, abdome sem irritação peritoneal e ruídos presentes, é febre pós-operatória PRECOCE — inflamatória, decorrente da resposta metabólica ao trauma cirúrgico e de atelectasias, sem causa infecciosa. A conduta é sintomáticos, estímulo à deambulação e fisioterapia respiratória. Antibiótico (C), exames (B) e imagem (D) são desnecessários nas primeiras 48 horas sem sinal localizador. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Homem, 27 anos, sexo masculino, pós-operatório de apendicectomia. Refere febre de 37,8°C há 2 dias. Nega alteração do hábito intestinal e uso de medicamentos. Exame físico: bom estado geral, temperatura axilar de 37,8°C. Abdome normotenso, sem sinais de irritação peritoneal. Ferida operatória sem sinais flogísticos, com hiperemia do abaulamento em sua topografia. Ruídos hidroaéreos presentes, sem sinais de irritação dos hidroaéreos. Ao exame: dor à palpação abdominal profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Considerando o diagnóstico mais provável, qual a conduta mais adequada?

- A. Ampliar espectro de antibiótico.
- B. Tomografia computadorizada de abdome.
- C. Laparotomia exploradora.
- D. Laparoscopia diagnóstica. ✓**

D. Retirada de pontos de incisão. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Febre baixa com ABAULAMENTO HIPEREMIADO na topografia da ferida operatória, sem irritação peritoneal, é infecção de sítio cirúrgico superficial/coleção da parede. O tratamento é essencialmente mecânico: abrir a incisão retirando os pontos, drenar, colher cultura e fazer curativos abertos. Antibiótico (A) é coadjuvante e só com celulite extensa ou sepse; tomografia (B) e laparotomia (C) são desproporcionais ao abdome normal. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Homem, 52 anos, será submetido a colectomia subtotal devido a doença diverticular. O paciente tem hipertensão arterial e diabetes mellitus controlados com uso correto e regular de medicamentos. Qual a classificação pré-operatória desse paciente conforme os critérios de risco cirúrgico anestésico da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA)?

- A. Asa I.
- B. Asa III.
- C. Asa II. ✓**
- D. Asa IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação ASA gradua o estado físico: ASA I é o paciente hígido; ASA II tem doença sistêmica LEVE e bem controlada; ASA III tem doença sistêmica grave com limitação funcional; ASA IV, doença grave que é ameaça constante à vida. Hipertensão e diabetes controlados com medicação regular, sem lesão de órgão-alvo, enquadram-se em ASA II. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

Homem de 57 anos desenvolveu lesão por pressão sacral grau 4 após internação prolongada em unidade de terapia intensiva para tratamento de choque séptico. A lesão é bem delimitada, com presença de tecido desvitalizado no leito e dimensões de 18 x 12 cm. Quais as próximas condutas indicadas no tratamento deste paciente?

- A. Treinamento de decúbito ventral, desbridamento cirúrgico, terapia por pressão negativa e rotação de retalhos locais. ✓**
- B. Treinamento de decúbito lateral, desbridamento cirúrgico, matriz dérmica acelular e enxerto de pele.
- C. Treinamento de decúbito ventral, sulfadiazina de prata 1%, matriz dérmica acelular e enxerto de pele.
- D. Treinamento de decúbito lateral, sulfadiazina de prata 1%, terapia por pressão negativa e rotação de retalhos locais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão por pressão sacral grau 4, extensa (18 x 12 cm) e com tecido desvitalizado, exige uma sequência: aliviar a pressão sobre o sacro (treinamento de decúbito ventral), desbridar cirurgicamente o tecido necrótico, preparar o leito com terapia por pressão negativa e cobrir com RETALHOS locais — pois enxerto de pele não resiste sobre proeminência óssea nem suporta carga. Sulfadiazina de prata (C/D) é curativo de queimadura, não substitui o desbridamento. Resposta A.

QUESTÃO 85 — ANULADA

Menino, 8 meses de idade, vem encaminhado pelo pediatra para avaliação especializada, devido ao fato de não ter encontrado o testículo direito em bolsa escrotal. Criança nascida a termo, sem problemas de saúde. Exame físico geral sem anormalidades. Testículo esquerdo está tóxico e aparentemente normotrófico. A bolsa escrotal direita está vazia. Qual a medida mais adequada para condução deste paciente?

- A. Solicitar ressonância magnética de abdome e pelve para pesquisa de gônadas.
- B. Palpação do testículo no canal inguinal e tentar posicioná-lo na bolsa escrotal.
- C. Indicar a cirurgia o mais rápido possível para preservar a fertilidade.
- D. Solicitar ultrassom abdominal para pesquisa de gônadas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema é a criptorquidia: diante de bolsa escrotal vazia, o passo inicial é sempre a palpação cuidadosa do canal inguinal, que diferencia testículo palpável de não palpável e afasta o testículo retrátil — exames de imagem têm baixa acurácia e, na prática, não mudam a conduta. O tratamento cirúrgico (orquidopexia) é recomendado entre 6 e 18 meses de vida, para preservar fertilidade e permitir vigilância oncológica. Por ter sido anulada, não se atribui alternativa correta.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Mulher de 64 anos, submetida à biópsia excisional de melanoma em membro superior direito, com índice de Breslow de 3,7 milímetros sem a presença de ulceração e com índice mitótico de zero. Foi submetida à ampliação de margens de 2 centímetros e à pesquisa de linfonodo sentinela axilar direito, que revelou a presença de micrometástases. Quais as próximas condutas indicadas no tratamento desta paciente?

- A. Realizar uma segunda ampliação de margens de 1 cm e seguimento clínico da cadeia linfonodal.
- B. Realizar uma segunda ampliação de margens de 1 cm e linfadenectomia axilar direita.
- C. Realizar o seguimento clínico da cadeia linfonodal, sem a necessidade de nova ampliação de margens. ✓**
- D. Realizar a linfadenectomia axilar direita, sem a necessidade de nova ampliação de margens.

COMENTÁRIO OSCELABS

Melanoma com Breslow de 3,7 mm exige margem de 2 cm, que já foi realizada — não há indicação de nova ampliação (A/B), pois margens maiores não aumentam sobrevida. Quanto ao linfonodo sentinela positivo por MICROmetástase, os estudos MSLT-II e DeCOG-SLT mostraram que a linfadenectomia completa não melhora a sobrevida global, apenas aumenta linfedema; a conduta atual é seguimento clínico e ultrassonográfico da cadeia. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Homem, 35 anos, vítima de 2 ferimentos por arma de fogo em região abdominal, admitido em choque hipovolêmico no pronto atendimento de hospital secundário. Exame físico: Pressão Arterial de 60 x 20 mmHg, intensa palidez, gemente, desorientado e com extremidades frias. Na inspeção do abdome observa-se 2 ferimentos perfurantes em parede abdominal, sendo um em hipocondrio esquerdo e outro em flanco esquerdo. Na ausência de recursos de imagem o paciente será submetido a laparotomia exploradora de urgência. Qual a melhor incisão para acessar a cavidade abdominal?

- A. Transversa supraumbilical.
- B. Paramediana esquerda.
- C. Mediana supraumbilical. ✓**
- D. Subcostal esquerda (Kocher).

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento abdominal por arma de fogo com choque hipovolêmico grave e sem recursos de imagem: a laparotomia exploradora precisa oferecer acesso AMPLO e rápido a todos os quadrantes. A incisão mediana supraumbilical, prontamente ampliável até xifopúbica, é a de escolha — rápida, pouco sangrante (segue a linha alba avascular) e compatível com cirurgia de controle de danos. Incisões transversa, paramediana e subcostal (A/B/D) limitam a exposição e consomem tempo precioso. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Mulher de 85 anos apresenta tumoração eritematosa de cerca de 1 cm de diâmetro, bordos perolados e presença de teleangiectasias há 1 ano na ponta nasal. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada?

- A. Melanoma amelanótico; biópsia excisional com margem de 2 mm.
- B. Carcinoma espinocelular; crioterapia.
- C. Ceratoacantoma; biópsia incisional.
- D. Carcinoma basocelular; biópsia excisional com margem de 4 mm. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração de crescimento lento com BORDOS PEROLADOS e telangiectasias na ponta nasal de idosa é carcinoma basocelular, o câncer de pele mais comum, de crescimento local e raríssima metástase. A conduta é excisão com margem de 4 mm para lesões de baixo risco. Melanoma amelanótico (A) não tem borda perolada; espinocelular (B) é lesão ceratósica/ulcerada e crioterapia não é adequada em face; ceratoacantoma (C) cresce em semanas, não em um ano. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Menino, 4 anos, apresenta parada da eliminação de flatus e fezes há 4 dias. Evoluiu com distensão abdominal progressiva, inapetência e febre. Antecedentes: constipação intestinal desde o período neonatal. Eliminou mecônio com 16 horas de vida. Informante refere necessidade frequente de estímulo com supositório para evacuação. Nega eliminação de fezes explosivas. Três internações por enterocolite com 8 meses, 1 ano e 2 anos de idade. Exame físico: regular estado geral, febril (38°C), desidratado (+1/+4), corado, eupneico. Abdome: distendido, ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal. Timpânico à percussão. Após radiografia simples de abdome, o paciente foi internado. Prescrita lavagem intestinal, hidratação endovenosa e antibioticoterapia. Diagnóstico do plantonista foi de doença de Hirschsprung. Qual dado é mais compatível com o diagnóstico de plantonista?

- A. Eliminação de mecônio após 12 horas.
- B. Enterocolites de repetição. ✓**
- C. Ausência de fezes explosivas ao toque.
- D. Sexo masculino.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os dados oferecidos, as ENTEROCOLITES DE REPETIÇÃO são o achado que mais sustenta doença de Hirschsprung — a enterocolite associada é a complicação clássica e mais temida, podendo ser fatal. Eliminação de mecônio com 12-16 horas (A) é NORMAL e até depõe contra o diagnóstico, que se associa a atraso além de 24-48 horas; as fezes explosivas ao toque retal são achado a favor, e sua AUSÊNCIA (C) não ajuda; sexo masculino (D) é apenas predomínio epidemiológico. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Homem de 75 anos, hipertenso e tabagista com queixa de dor em membro inferior esquerdo ao caminhar 50 metros, com melhora completa ao repouso. Interna em leito de enfermaria comum para tratamento de COVID 19 de gravidade moderada. O índice tornozelo braço a esquerda é 0,4 e à direita é 0,8. Ausência de edema em membros inferiores. Nega antecedentes de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Está em uso de ácido acetil salicílico (AAS) 100 mg ao dia e Anlodipino 5mg uma vez ao dia. Realizou radiografia de tórax e tomografia de tórax com contraste, sem alterações. Exames laboratoriais de entrada: Hematócrito: 45 %; Glóbulos Brancos: 6500 (sem desvio) /mm³; Plaquetas: 250000/mm³; Sódio: 145 mM/L; Potássio: 4,4 mM/L; Creatinina: 2,5 mg/dl; Dímeros D: 755 ng/dl (VN<500 ng/dl). Qual a melhor conduta inicial em relação ao manejo das medicações antitrombóticas?

- A. Suspende AAS e iniciar heparina não fracionada (HNF), subcutânea 5000 UI de 8/8 h.
- B. Suspende AAS e iniciar heparina de baixo peso molecular (HBPM) 1 mg/kg de 12/12 h.
- C. Manter o AAS e iniciar heparina de baixo peso molecular (HBPM) 1 mg/kg de 12/12 h.
- D. Manter o AAS e iniciar heparina não fracionada (HNF) 5000 UI subcutânea de 8/8 h. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O AAS tem indicação vascular estabelecida (doença arterial periférica com ITB de 0,4) e não deve ser suspenso (A/B). Não há trombose diagnosticada — o D-dímero é inespecífico na COVID e a tomografia foi normal — portanto cabe apenas PROFILAXIA, não anticoagulação plena de 1 mg/kg 12/12 h (B/C). Com creatinina de 2,5 mg/dL, a heparina não fracionada subcutânea é a mais segura, pois não depende de depuração renal. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Mulher, 52 anos, obesa, hipertensa, diabética, fazendo uso irregular de medicamentos para controle das comorbidades, procura uma Unidade de Pronto Atendimento, com queixas de um abscesso em região pré auricular esquerda. Ao exame nota-se tumoração inflamatória na área citada, de cerca de 2 cm de diâmetro, com flutuação central. Feita a medida da glicemia que resultou 450 mg/dl e PA 150 X 90 mmHg. Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- A. Regular o paciente para serviço hospitalar de maior complexidade para controle glicêmico e drenagem do abscesso.
- B. Encaminhar o paciente para controle glicêmico de urgência e drenar somente após a normalização da glicemia.
- C. Drenar o abscesso, instituir antibioticoterapia e controle glicêmico concomitante. ✓**
- D. Prescrever anti-inflamatório, antibiótico, compressa quente e esperar a drenagem espontânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso com FLUTUAÇÃO já demanda drenagem — coleção purulenta não responde a antibiótico isolado nem 'amadurece' com compressa (D). Além disso, a hiperglicemia de 450 mg/dL é consequência da infecção: sem drenar o foco, o controle glicêmico não se estabelece. A conduta é simultânea: drenar, antibiótico e controle metabólico. Adiar a drenagem (B) ou transferir (A) um procedimento realizável na UPA só amplia a infecção em uma diabética descompensada. Resposta C.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Mulher, 60 anos com história de câncer de mama, submetida a mastectomia há 3 semanas e em início tratamento quimioterápico complementar. Na consulta ambulatorial observou-se edema súbito em perna direita, associada a dor local. Qual a conduta mais adequada, considerando o diagnóstico mais provável?

- A. Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica. ✓**

- B. Implante de filtro de veia cava inferior.
- C. Indicar uso de meia elástica e dose profilática de anticoagulante.
- D. Internação para uso de heparina não fracionada subcutânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema súbito e unilateral de perna, com dor, em paciente oncológica recém-operada e em quimioterapia (tríade de Virchow completa) é trombose venosa profunda até prova em contrário. O tratamento no paciente com câncer é anticoagulação PLENA, e a heparina de baixo peso molecular tem a melhor evidência nesse grupo. Dose profilática (C) é insuficiente diante de trombose instalada; filtro de veia cava (B) só se a anticoagulação estiver contraindicada; internação para HNF (D) é desnecessária. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

Menino, 20 dias de vida, é levado pela sua mãe ao pediatra em uma unidade hospitalar, com queixas de vômitos em jatos, com conteúdo de leite, inicialmente discretos e no momento mais intensos, que iniciaram há 3 dias. A mãe relata que criança chora muito, perdeu peso e que evacua muito pouco. Na avaliação o pediatra suspeita de um quadro de suboclusão intestinal sugestiva de estenose hipertrófica do piloro. Qual o achado de gasometria mais compatível com esse caso?

- A. Acidose respiratória.
- B. Alcalose respiratória.
- C. Acidose metabólica.
- D. Alcalose metabólica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na estenose hipertrófica do piloro os vômitos são pós-prandiais, em jato e sem bile, e a perda é de suco GÁSTRICO — ou seja, de H⁺ e cloro. O resultado clássico é alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica, com aciduria paradoxal. Acidose metabólica (C) apareceria em perdas intestinais baixas ou hipoperfusão avançada; os distúrbios respiratórios (A/B) não são o mecanismo primário. Corrigir o distúrbio ANTES da piloromotomia é regra. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Homem, 21 anos, admitido com dor aguda em bolsa testicular direita de início há duas horas. Nega disúria, polaciúria ou nictúria. Nega alteração na cor, odor e aspecto da urina. Previamente hígido, vida sexual ativa, várias parceiras, sem uso de preservativo. Refere dor, afebril. Testículos tópicos, direito mais alto que esquerdo, e com hiperemia e dor em escroto a direita. Qual medida de propedêutica ou semiotécnica poderia contribuir para o diagnóstico nesse caso?

- A. Sinal de Chutro.
- B. Sinal de Giordano.
- C. Sinal de Prehn. ✓**
- D. Sinal de Murphy.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor escrotal aguda, de início súbito, em jovem, com testículo direito ELEVADO e horizontalizado, sem sintomas urinários, é torção de cordão espermático até prova em contrário. O sinal semiológico útil é o de Prehn: a elevação manual do testículo alivia a dor na epididimite e NÃO alivia (ou piora) na torção. Giordano (B) pesquisa dor renal, Murphy (D) é vesícula biliar e Chutro (A) refere desvio da cicatriz umbilical. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Menino, 5 dias de vida. Internado em pós-operatório de colostomia em duas bocas por anomalia anorretal caracterizado por genitália de fenótipo masculino e imperfuração anal. Submetido a colostomia no primeiro dia de vida, sem intercorrências. Evoluiu com febre, distensão abdominal e queda do estado geral. Exame físico: febril, em regular estado geral. Hidratado, corado, eupneico. Colostomia funcionante, bom aspecto de ferida operatória. Aceitando leite materno. Abdome discretamente distendido. Massa palpável em flanco direito. Qual o provável foco de infecção?

- A. Abdominal.
- B. Urinário. ✓**
- C. Ferida operatória.
- D. Respiratório.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anomalias anorretais integram o espectro VACTERL e associam-se em até metade dos casos a malformações do trato URINÁRIO (refluxo, hidronefrose, rim displásico) — e a massa palpável em flanco direito é justamente o rim obstruído/hidronefrótico. Em RN séptico com colostomia funcionante, ferida operatória de bom aspecto, abdome apenas discretamente distendido e sem sintomas respiratórios, o foco mais provável é urinário. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

Mulher, 22 anos, admitida em abdome agudo inflamatório. Submetida à laparotomia exploradora e salpingectomia por gravidez ectópica. Após alta da recuperação anestésica, é encaminhada à enfermaria para suporte clínico geral e cuidados de pós-operatório. Exame físico: bom estado geral, hidratada, corada, eupneica, afebril. Com náusea. Abdome: plano, ruído hidroaéreo diminuído, curativo limpo, dor à palpação em topografia de incisão. Aguarda pela prescrição. Considerando esta etapa do pós-operatório, qual item poderia ser subtraído do soro de manutenção?

- A. Potássio. ✓**
- B. Cálcio.
- C. Magnésio.
- D. Sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

No pós-operatório imediato a resposta metabólica ao trauma cursa com liberação de ADH e aldosterona e com saída de POTÁSSIO das células lesadas, o que, somado à oligúria relativa das primeiras 24 horas, tende a elevar a calemia. Por isso o potássio é o item habitualmente omitido do soro de manutenção nesse período, sendo reintroduzido quando houver diurese estabelecida. Sódio (D) é essencial para manter a volemia, e cálcio e magnésio (B/C) não são rotina nessa fase. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Um paciente de 60 anos, tabagista há mais de 30 anos e etilista crônico, apresenta uma lesão ulcerada indolor na cavidade oral, notada há aproximadamente 5 meses. Durante a avaliação clínica, observa-se que o paciente também apresenta um nódulo endurecido e fixo no pescoço localizado em nível II à direita (figura). Com base no quadro clínico e considerando que a lesão primária está na cavidade oral, qual é o sítio mais provável de origem do tumor?

- A. Mucosa jugal.
- B. Borda da língua. ✓**
- C. Gengiva inferior.

D. Palato duro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 60 anos, tabagista e etilista crônico, com úlcera oral indolor de 5 meses e linfonodo endurecido e fixo em nível II à direita: é carcinoma epidermoide de cavidade oral com metástase cervical. O sítio mais frequente é a BORDA LATERAL DA LÍNGUA (seguida do assoalho bucal), que também drena preferencialmente para os níveis I-II, coerente com o achado. Mucosa jugal, gengiva e palato duro (A/C/D) são sítios menos comuns nesse perfil de risco. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Homem, 45 anos de idade, obeso grau 3, IMC atual de 65Kg/m² (mas já perdeu 38Kg de seu peso máximo). Diabético e hipertenso. Foi submetido a cirurgia bariátrica pela técnica de bypass gástrico em Y de Roux por via laparoscópica. A informação é que sua cirurgia durou mais de três horas por dificuldade técnica em vista de aderências na cavidade abdominal devido a colecistectomia realizada por via aberta há 10 anos. Você, como médico hospitalista, foi avaliar o paciente no segundo dia de pós-operatório. O mesmo queixava-se de dor em região dorsal bilateral e fraqueza. Negava febre, dispneia, dor abdominal, disúria, colúria ou icterícia, mas apresentava urina mais escura. Pensando no diagnóstico mais provável, qual deve ser a conduta para confirmar este diagnóstico e terapia inicial adequada?

- A. Solicitar bilirrubinas e enzimas canaliculares hepáticas, aumentar a hidratação do paciente e programar colangiorressonância.
- B. Solicitar urocultura e hemograma e iniciar antibioticoterapia com cobertura para gram negativos.
- C. Solicitar creatinofosfoquinase sérica, aumentar a hidratação do paciente e iniciar bicarbonato de sódio endovenoso. ✓**
- D. Solicitar tomografia de abdome total, iniciar antibioticoterapia com cobertura para gram negativos e acionar a equipe cirúrgica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Superobeso (IMC 65) submetido a cirurgia de mais de três horas em decúbito prolongado, que no segundo pós-operatório apresenta dor LOMBAR bilateral, fraqueza e urina escura sem icterícia, tem rabdomiólise por compressão muscular — a urina escura é mioglobínúria, não colúria. Confirma-se com CPK sérica e trata-se com hidratação vigorosa, com alcalinização por bicarbonato, para prevenir necrose tubular aguda. Investigar via biliar (A) ou fístula (D) não explica a dor lombar bilateral com fraqueza. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Homem de 38 anos, previamente hígido. Encontra-se em tratamento

- A. Passagem de sonda nasogástrica e correção dos distúrbios eletrolíticos. ✓**
- B. Preparo rápido do cólon com manitol a 20% pela sonda nasogástrica para realização de colonoscopia diagnóstica.
- C. Laparotomia exploradora imediata para confecção de cecostomia descompressiva.
- D. Administração de corticoide venoso e opioides para controle da dor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Grande queimado com parada de eliminação de flatos e fezes, distensão DIFUSA das alças sem ponto de transição ao exame radiológico, hipocalemia e distúrbios metabólicos: trata-se de íleo adinâmico/pseudo-obstrução colônica, não de obstrução mecânica. A conduta inicial é conservadora — descompressão com sonda nasogástrica, jejum, hidratação e correção dos distúrbios hidroeletrólitos, sobretudo do potássio. Preparo com manitol (B) e laparotomia (C) são inadequados e arriscados sem sinais de isquemia ou perfuração. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Mulher de 38 anos de idade foi trazida para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde você é o médico de plantão? O acompanhante refere que a mesma foi submetida a cirurgia bariátrica (não sabe qual a técnica operatória realizada) há 36 dias. Vem evoluindo com vômitos de repetição e precisou ser levada diversas vezes na mesma UPA para receber hidratação endovenosa. Na última semana apresentou fraqueza, parestesias nos pés e dores musculares. Há dois dias começou a reclamar que a visão estava ficando turva (SIC) e como acordou confusa no dia de hoje, o acompanhante a trouxe. Ao exame físico, apresentava se estável hemodinamicamente e com índice de 14 na Escala de Coma de Glasgow. Qual das alternativas abaixo está CORRETA, com relação ao quadro da paciente?

- A. A mesma deve receber hidratação endovenosa e ser encaminhada prontamente para um serviço terciário de urgência para realização de uma tomografia de crânio.
- B. A fisiopatologia deste quadro está mais relacionada aos vômitos de repetição e não tanto ao tipo de cirurgia bariátrica realizada. ✓**
- C. É prioritário tentar descobrir qual foi a técnica cirúrgica a qual a paciente foi submetida, pois depende disto para se chegar ao diagnóstico e assim tratar o quadro.
- D. Pensando no diagnóstico de hipoglicemia secundária a provável síndrome de dumping, recomenda se infundir imediatamente solução glicosada endovenosa. para a residência médica 100% focado nas instituições de São Paulo. Preparamos nosso material com didática padrão-ouro vinda de nossos professores especialistas que já foram residentes onde você quer passar. Nosso maior objetivo é ajudar nossos alunos a conquistarem a residência dos sonhos. E para isso, nos certilcamos de estarmos juntos até o Inal. juntos até o Inal! Você em 1º lugar na residência dos seus sonhos! A sua aprovação pode ser a próxima a aparecer aqui! Seu nome na lista de aprovados Henrique Bosso 2º lugar na Unifesp em Oftalmologia Beatriz Aveiro 1º lugar no HIAE em Medicina Intensiva Raphaela Bastos 3º lugar na USP-RP em Dermatologia

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos incoercíveis por semanas após bariátrica, com hidratações endovenosas repetidas (glicose sem tiamina), evoluindo com neuropatia periférica, alteração visual e confusão, é encefalopatia de Wernicke por deficiência de TIAMINA. O gatilho é a privação nutricional imposta pelo vômito prolongado e pela reposição glicosada, independentemente da técnica operatória empregada (C). O tratamento é tiamina parenteral IMEDIATA, antes de qualquer soro glicosado (D), e não uma tomografia (A). Resposta B.