UNESP Botucatu — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

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

Conteúdo da prova: documento de acesso público do processo seletivo.
Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Gestante com 35 semanas apresentou sangramento vaginal, sendo indicada cesárea de urgência. O líquido amniótico era sanguinolento, e o bebê chorou ao nascer. O tempo indicado para o clampeamento do cordão é:

A. De até 30 segundos.
B. De 30 a 60 segundos.
C. De 1 a 3 minutos.
D. Imediato. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Clampeamento tardio (1-3 min) so vale para RN com boa vitalidade e circulacao placentaria intacta. Aqui ha sangramento vaginal com liquido amniotico sanguinolento, ou seja, suspeita de descolamento/rotura vasa previa: a placenta deixa de ser fonte confiavel de transfusao e pode haver perda sanguinea fetal ativa. Nessa situacao o clampeamento e imediato. A e B descrevem tempos usados em outros contextos (RN nao vigoroso), e C e a regra do RN sem intercorrencia. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Em relação à massagem cardíaca na reanimação em sala de parto, é correto afirmar que:

A. Deve ser rapidamente realizada independentemente da adequação da ventilação pulmonar.
B. A técnica dos 2 dedos é mais recomendada por ser mais fácil, menos cansativa e mais efetiva.
C. Deve ser intercalada com ventilação por cânula traqueal utilizando oxigênio a 100%. ✓
D. A sincronização da massagem com a ventilação deve possibilitar 30 ventilações e 120 compressões por minuto.

COMENTÁRIO OSCELABS

A massagem cardiaca na sala de parto so entra depois de 30 s de ventilacao adequada, preferencialmente ja com canula traqueal e O2 a 100% (por isso A esta errada). A tecnica recomendada e a dos 2 polegares, mais efetiva e menos cansativa que a dos 2 dedos (B erra). A relacao e 3:1, ou seja, 90 compressoes e 30 ventilacoes por minuto, e nao 120 compressoes (D erra). Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Após parto cesáreo, RN de 35 semanas de idade gestacional necessita de ventilação com pressão positiva na sala de parto. Com 30 minutos de vida, apresenta FR 80 irpm, tiragem intercostal e batimento de aletas nasais. O padrão radiológico esperado, a etiopatogenia e o tratamento para estabilização do paciente são, respectivamente:

A. Hiperinsuflação pulmonar e derrame intercisural; retardo da absorção do líquido pulmonar; CPAP nasal. ✓
B. Infiltrado retículo-granular difuso e broncogramas aéreos; deficiência e inativação do surfactante pulmonar; administração de surfactante.
C. Condensação pulmonar grosseira, atelectasia e hiperinsuflação; aspiração de mecônio; CPAP nasal.
D. Hiperinsuflação pulmonar e infiltrado retículo-granular grosseiro; extravazamento de ar (pneumotórax); oxigênio inalatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN de 35 semanas, cesarea (sem trabalho de parto), desconforto que aparece logo apos o nascimento com taquipneia franca e sinais de esforco leve: e a taquipneia transitoria, por retardo na absorcao do liquido pulmonar. O radiograma mostra hiperinsuflacao e liquido cisural, e o suporte e CPAP nasal. B descreve doenca de membrana hialina (reticulogranular difuso, surfactante), C aspiracao meconial e D pneumotorax, quadros com historia e imagem distintas. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Após o nascimento, entre os sinais de alerta para a necessidade de procurar um profissional de saúde, está:

A. Fralda seca por mais de 12 horas. ✓

B. Presença de cólicas, antes dos primeiros 30 dias de vida.

C. Oscilação no padrão das fezes, em relação a consistência, cor e frequência.

D. Choro muito frequente nas primeiras semanas de vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fralda seca por mais de 12 horas traduz oliguria, ou seja, ingesta insuficiente/desidratacao, e e sinal de alerta real no RN. As demais opcoes descrevem o esperado nos primeiros meses: colicas sao comuns ja nas primeiras semanas, a consistencia, cor e frequencia das fezes oscilam muito no lactente em aleitamento, e choro frequente faz parte do padrao normal. Perola: em RN, diurese e ganho de peso sao os melhores termometros de ingesta. Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Em relação ao aleitamento materno, assinale a alternativa correta.

A. As infecções maternas por retrovírus como o HTLV1 e HTLV2 são contraindicações relativas para a amamentação, devendo-se analisar a carga viral materna.

B. O Ministério da Saúde não contraindica a amamentação em mães infectadas pelo vírus da hepatite C, porque, apesar de teoricamente possível, a transmissão pelo leite materno não foi documentada. ✓

C. A mãe que usa medicamento contínuo deverá amamentar a criança logo após a sua ingestão, de forma a haver um período de tempo de, pelo menos, meia hora até a próxima mamada.

D. No recém-nascido cardiopata, a amamentação está contraindicada devido à possibilidade de aumento do trabalho cardíaco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hepatite C nao contraindica a amamentacao, pois a transmissao pelo leite nunca foi documentada (cautela apenas se houver fissura mamilar sangrante). Ja HTLV-1 e HTLV-2 sao contraindicacao ABSOLUTA, e nao relativa, independentemente de carga viral (A erra). Em C, a orientacao correta e o inverso: tomar o medicamento logo APOS a mamada, para que o pico serico caia ate a proxima. Cardiopatia neonatal nao contraindica amamentar (D). Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Com relação à vacina BCG, assinale a alternativa correta.

A. As complicações mais comuns são abscesso, úlcera e linfonodos fistulizados. ✓

B. Exerce proteção contra as manifestações iniciais da tuberculose.

C. A revacinação é indicada após a segunda dose sem evidência de cicatriz vacinal.

D. Para melhor cicatrização da lesão vacinal, devem-se orientar pomadas cicatrizantes.

COMENTÁRIO OSCELABS

As complicacoes locais mais frequentes da BCG sao abscesso subcutaneo frio, ulcera maior que 1 cm e linfadenite regional supurada/fistulizada, tratadas com isoniazida quando indicadas. B erra o alvo: a BCG protege contra as formas GRAVES (miliar e meningea), nao contra a primoinfeccao nem contra as formas pulmonares do adulto. Em D, a lesao vacinal e evolucao esperada e deve receber apenas limpeza com agua e sabao, sem pomadas ou curativos. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Com relação à pneumonia na infância, assinale a alternativa correta.

A. A implantação da imunização contra o pneumococo não alterou o cenário etiológico das pneumonias, de acordo com sua abrangência populacional.

B. O uso de antibióticos protege a flora da orofaringe, dificultando a aquisição de infecção comunitária

C. Entre os principais mecanismos de defesa do aparelho respiratório, estão o reflexo de tosse e a função mucociliar, que adere e elimina agentes infecciosos. ✓

D. O agente H. Influenzae ainda é responsável por grande parte das pneumonias graves e complicadas na infância.

COMENTÁRIO OSCELABS

O reflexo de tosse e o clearance mucociliar sao as principais barreiras mecanicas do trato respiratorio, aprisionando e removendo particulas e agentes infecciosos. A vacina conjugada contra o pneumococo mudou de fato o perfil etiologico e reduziu doenca invasiva (A erra); o antibiotico ALTERA a flora de orofaringe e favorece colonizacao por germes resistentes (B); e o H. influenzae tipo b praticamente desapareceu como causa de pneumonia grave apos a vacinacao (D). Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Lactente de 11 meses apresenta palidez. No investigatório alimentar, observa-se apenas consumo eventual de frutas, legumes, verduras e carne, pois a criança prefere mamadeira de leite de vaca e mingau com bolacha. AP: aleitamento exclusivo até os 4 meses de vida e após introdução de leite de vaca. Exame físico: BEG, descorado +2/+4, presença de sopro sistólico discreto a ausculta cardíaca, sem visceromegalias. Exame laboratorial: hemograma: Hb 7,5 g/dL, Ht 24%, VCM 62, HCM 19,5, RDW 25%, leucócitos 8900/mm³ (neutrófilos - 21%, linfócitos - 61%, eosinófilos - 2,6%, monócitos - 15%), plaquetas 460000/mm³ . A classificação morfológica das hemácias e a provável etiologia da anemia são, respectivamente:

A. Normocítica e normocrômica; anemia hemolítica autoimune.

B. Macrocítica e normocrômica; anemia megaloblástica.

C. Microcítica e hipocrômica; anemia ferropriva. ✓

D. Microcítica e hipocrômica; anemia de doença crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

VCM 62 e HCM 19,5 definem anemia microcitica e hipocromica. O contexto fecha o diagnostico: leite de vaca introduzido aos 4 meses, dieta pobre em carne e vegetais, RDW muito elevado (25%) por anisocitose e plaquetose reacional, marcadores tipicos de ferropenia. A anemia de doenca cronica costuma ser normocitica ou discretamente microcitica, com RDW normal e sem esse contexto alimentar. Hemolitica e megaloblastica nao dao esse indice. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Lactente masculino com 3 meses de idade apresenta cansaço e interrupções às mamadas, cianose perioral quando chora muito e ganho pondero-estatural insuficiente. AP: sopro cardíaco desde o nascimento. Exame físico: REG, FR 71 irpm, FC 159 bpm, mucosas descoradas (2+/4+), acianótico, pulsos com amplitude aumentada, tempo de enchimento capilar de 3 segundos, tiragens intercostal e subdiafragmática, crepitações pulmonares bilaterais, sopro sistólico e diastólico (2+/6+) na borda esternal esquerda superior com irradiação para o dorso, fígado palpável a 4 centímetros do RCD e o baço palpável a 2 centímetros do RCE. Esse lactente encontra-se em insuficiência cardíaca com padrão hemodinâmico:

A. Quente (sem sinais de baixo débito) e seco (sem sinais de congestão venosa).
B. Quente (sem sinais de baixo débito) e úmido (com sinais de congestão venosa). ✓
C. Frio (com sinais de baixo débito) e seco (sem sinais de congestão venosa).
D. Frio (com sinais de baixo débito) e úmido (com sinais de congestão venosa).

COMENTÁRIO OSCELABS

O sopro sistolico e diastolico em borda esternal esquerda alta com irradiacao para o dorso e pulsos amplos apontam hiperfluxo pulmonar (canal arterial/shunt esquerda-direita). Ha congestao evidente: taquipneia, tiragens, crepitacoes, hepatomegalia, portanto UMIDO. Mas a perfusao esta preservada (pulsos amplos, e nao filiformes), ou seja, QUENTE, sem baixo debito. Perfil B da classificacao hemodinamica de Stevenson. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Menina de 2 meses apresenta febre (39,5 ºC) há 5 dias, irritabilidade e diminuição das mamadas há 2 dias e está em uso de cefalexina há 1 dia. Exame físico: T 38 ºC, REG. Exames laboratoriais: urina por sondagem vesical pH 6,0, densidade 1013, nitrito positivo, leucoesterase +3, 106 leucócitos/campo; cultura de urina negativa. Para o diagnóstico de infecção urinária, o exame de imagem a ser solicitado é:

A. Ultrassonografia renal.
B. Cintilografia renal estática com DMSA. ✓
C. Cintilografia renal dinâmica com DTPA.
D. Uretrocistografia miccional.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao pede o exame que confirma o comprometimento do parenquima renal na fase aguda: a cintilografia com DMSA e o padrao-ouro para documentar pielonefrite (areas hipocaptantes), especialmente util aqui porque a urocultura veio negativa apos 1 dia de cefalexina, embora nitrito e leucocituria sejam francamente positivos. A ultrassonografia avalia anatomia e complicacoes, nao faz diagnostico de ITU; DTPA avalia funcao/obstrucao e a uretrocistografia investiga refluxo. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Menino de 3 anos apresenta edema em face há 2 semanas, que progrediu para pernas e barriga há 7 dias, e diminuição da diurese há 2 dias. Exame físico: FC 110 bpm, FR 20 irpm, PA 87 x 50 mmHg. BEG, hidratado, corado, edemaciado: palpebral +2/+4, membros inferiores +3/+4, escrotal e na região sacral, presença de ascite. As alterações laboratoriais urinárias e sanguíneas, respectivamente, que sugerem o diagnóstico da doença são:

A. Hematúria; diminuição do C3 e elevação do ASLO.
B. Proteinúria; hipoalbuminemia e diminuição do C3.
C. Proteinúria e hematúria; hipoalbuminemia. ✓

D. Proteinúria e hematúria; elevação do ASLO e da creatinina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema progressivo com anasarca e ascite, PA normal e diurese reduzida em pre-escolar e a apresentacao classica da sindrome nefrotica (lesao minima). O que sustenta o diagnostico e a proteinuria macica com hipoalbuminemia; hematuria microscopica pode acompanhar em parte dos casos. C3 baixo e ASLO elevado (A, B, D) apontam glomerulonefrite pos-estreptococica, que cursa com hipertensao e hematuria macroscopica, ausentes aqui. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção terapêutica para menina de 4 anos com dor em membros noturna benigna (dor de crescimento).

A. Analgésicos e anti-inflamatórios.

B. Calor local, massagem e analgésicos. ✓

C. Calor local, massagem e anti-inflamatórios.

D. Massagem, analgésicos e anti-inflamatórios.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dor de crescimento e benigna, noturna, bilateral, sem sinais inflamatorios e com exame normal. O manejo e essencialmente nao farmacologico: tranquilizar a familia, calor local, massagem e alongamento, reservando analgesico simples para os episodios mais intensos. Anti-inflamatorio nao tem papel, pois nao ha processo inflamatorio a tratar, e seu uso rotineiro so expoe a crianca a efeitos adversos. Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Menino de 8 anos apresenta marcha claudicante e febre há 5 dias. Exame físico: toxemia, palidez, com edema, hiperemia, dor e limitação ao movimento do joelho direito. Exames laboratoriais: hemograma anemia, leucocitose com desvio à esquerda, proteína C reativa elevada. O diagnóstico mais provável é:

A. Artrite séptica. ✓

B. Artrite reativa.

C. Febre reumática.

D. Artrite idiopática juvenil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda de joelho com febre, toxemia, sinais flogisticos, limitacao funcional, leucocitose com desvio e PCR elevada e artrite septica ate prova em contrario, exigindo artrocentese diagnostica e drenagem com antibiotico. Artrite reativa ocorre semanas apos infeccao e o paciente nao e toxemiado; febre reumatica cursa com poliartrite migratoria; a artrite idiopatica juvenil exige mais de 6 semanas de evolucao. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Menina de 14 anos apresenta queixa principal de dor abdominal há 4 meses associada a apetite diminuído, perda de 5 kg e ocasionais evacuações amolecidas e sem sangue. Na inspeção anal, são observados dois grandes plicomas. Exames laboratoriais: pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo, hemoglobina de 8,8 g/dL e albumina de 3,2 g/dL. A principal hipótese diagnóstica é:

A. Infestação crônica por giárdia.

B. Doença de Crohn. ✓

C. Doença celíaca.

D. Síndrome do intestino irritável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal cronica com perda ponderal, anemia, hipoalbuminemia, sangue oculto positivo e, sobretudo, plicomas anais volumosos (doenca perianal) formam o quadro tipico da doenca de Crohn no adolescente. A doenca celiaca e a giardiase causam ma absorcao, mas nao acometimento perianal; e a sindrome do intestino irritavel, por definicao, nao cursa com sinais de alarme como perda de peso, anemia e sangramento. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

As características das diarreias inflamatória, osmótica e secretora são, respectivamente:

A. pH fecal maior que 5,5; gordura nas fezes usualmente; pH fecal menor que 5,5.

B. Frequência evacuatória alta; geralmente cessa durante o jejum; pH fecal menor que 5,5.

C. Não cessa durante o jejum; pH fecal menor que 5,5; geralmente cessa durante o jejum.

D. Fezes pouco volumosas; odor ácido; fezes muito volumosas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A alternativa correta respeita a sequencia pedida. A diarreia inflamatoria da fezes pouco volumosas, frequentes, com muco/sangue e tenesmo. A osmotica tem odor acido e pH fecal abaixo de 5,5 (acidos graxos de cadeia curta) e cessa com o jejum. A secretora produz fezes muito volumosas e aquosas e NAO cessa com o jejum, pois independe da ingesta. As demais opcoes embaralham essas caracteristicas. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Na cetoacidose diabética em crianças:

A. A principal causa de óbito é o choque.

B. O tratamento baseia-se em reposição fluídica, insulinoterapia e correção dos distúrbios eletrolíticos. ✓

C. Na primeira hora de atendimento, deve receber cristaloide, insulina subcutânea e bicarbonato de sódio (se menor que 15 mEq/L).

D. A normalização da glicemia é a meta principal do tratamento da primeira hora.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento da cetoacidose diabetica se apoia em tres pilares: reposicao volemica, insulinoterapia (endovenosa continua, apos a expansao) e correcao dos disturbios eletroliticos, sobretudo do potassio. A principal causa de obito na crianca e o edema cerebral, e nao o choque (A). Insulina subcutanea e bicarbonato na primeira hora estao proscritos (C). A meta inicial nao e normalizar a glicemia, mas corrigir volemia e acidose, com queda glicemica controlada. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Criança de 6 anos foi acompanhar o pai no serviço de instalação de cerca na fazenda. Refere que bateu algo no olho esquerdo e sentiu correr uma “água quente”. Exame ocular: não realizado devido ao blefaro-espasmo à esquerda. Até o especialista chegar, a conduta é:

A. Jejum, colírio, pomada de antibiótico, curativo compressivo e estudo da profilaxia antitetânica.

B. Jejum, colírio de antibiótico de hora em hora sem necessidade de curativo e avaliação da profilaxia antitetânica.

C. Dieta livre, pois provavelmente se trata de abrasão corneana superficial.

D. Jejum, curativo oclusivo, repouso e avaliação da profilaxia antitetânica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A sensacao de agua quente escorrendo apos trauma com objeto metalico sugere perfuracao ocular com saida de humor aquoso, reforcada pelo blefaroespasmo que impede o exame. A conduta e proteger o olho com curativo oclusivo (jamais compressivo, pois pode extrusar conteudo intraocular), jejum para eventual cirurgia, repouso e avaliacao antitetanica. Colirios e pomadas sao contraindicados no globo aberto, e abrasao superficial (C) e diagnostico inseguro aqui. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Criança de quatro anos é desatenta na escola, está demorando para falar frases mais elaboradas, mantendo muitas trocas fonêmicas. Mãe e professora têm dúvida quanto à acuidade auditiva da criança. Nega antecedentes otológicos importantes como secreção ou dor. Audiograma apresenta: Trata-se de

A. Otite média serosa, e o exame de otoscopia estará provavelmente alterado.

B. Surdez neurossensorial bilateral, e a investigação diagnóstica deve incluir avaliação genética, exames sorológicos e de imagem. ✓

C. Surdez do tipo neurossensorial, e a causa mais comum é a hipertrofia das adenoides culminando em obstrução da tuba auditiva.

D. Surdez do tipo condutiva, quadro reversível com o tratamento de desobstrução das tubas auditivas

COMENTÁRIO OSCELABS

Atraso de linguagem com trocas fonemicas persistentes e suspeita de hipoacusia, sem qualquer antecedente otologico (sem otite, otorreia ou dor), aponta perda neurossensorial bilateral. A investigacao deve incluir pesquisa genetica (conexina 26), sorologias para infeccoes congenitas (sobretudo CMV) e imagem da orelha interna. Otite serosa e hipertrofia de adenoide causam perda CONDUTIVA, e nao neurossensorial, o que invalida A, C e D. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Menina de 3 meses não consegue firmar a cabeça e é muito irritada. AP: mãe não teve intercorrências durante a gestação. Na imagem, apresenta-se a curva de perímetro cefálico. A hipótese diagnóstica é:

A. Síndrome de Crouzon.

B. Craniossinostose.

C. Porencefalia.

D. Hidrocefalia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 3 meses que nao sustenta a cabeca, irritada, com curva de perimetro cefalico cruzando percentis para cima traduz macrocefalia progressiva: o padrao e de hidrocefalia, com hipertensao intracraniana. Craniossinostose e sindrome de Crouzon cursam com deformidade craniana e restricao do crescimento (curva achatada), nao com aumento acelerado; porencefalia decorre de perda de parenquima e nao expande o cranio dessa forma. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Os principais agentes causadores de meningites em neonatos são:

A. Haemophylus influenzae, Streptococcus pneumoniae e Neisseria meningitidis.

B. Listeria spp, Streptococcus agalactiae e Haemophylus influenza.

C. Streptococcus agalactiae, Haemophylus Influenzae e Streptococcus pneumonia.

D. Escherichia coli, Listeria spp e Streptococcus agalactieae. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No periodo neonatal os agentes vem do canal de parto e do trato digestivo materno: Streptococcus agalactiae (grupo B), Escherichia coli e Listeria monocytogenes. Haemophilus influenzae, pneumococo e meningococo (A, B, C) predominam a partir dos 3 meses e nas criancas maiores. Perola: essa etiologia justifica o esquema empirico neonatal com ampicilina (cobre Listeria) associada a cefotaxima ou aminoglicosideo. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Gestante de 29 anos, G2P1A0C0, com 31 semanas e pré-natal sem intercorrências, é avaliada no pronto atendimento de maternidade de alto risco. Apresenta, há quatro horas, perda de líquido claro vaginal e, há uma hora, dor em cólica de moderada intensidade em hipogástrio. Exame físico: BEG, sinais vitais normais. A altura uterina de 29 cm, feto cefálico, BCF 140 bpm, dinâmica uterina de 3 contrações em 10 minutos, com 50 segundos de duração, rítmicas, dolorosas. Exame ginecológico: vulva umedecida, líquido amniótico escoando pela rima vulvar e acumulado em fundo de saco vaginal. Exame de toque: colo esvaecido 50%, medianizado, 5 cm de dilatação, com saída de líquido claro sem grumos, cefálico, plano 0 de De Lee. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta:

A. Indometacina, betametasona e antibioticoterapia para tratamento de corioamnionite subclínica.

B. Nifedipina, dexametasona e antibiótico para profilaxia de infecção neonatal por estreptococo do grupo B.

C. Sulfato de magnésio, betametasona e antibiótico para profilaxia de infecção neonatal por estreptococo do grupo B. ✓

D. Terbutalina, sulfato de magnésio, dexametasona e antibioticoterapia para tratamento de corioamnionite subclínica

COMENTÁRIO OSCELABS

Com 31 semanas, rotura de membranas e trabalho de parto ja em franca evolucao (5 cm, colo esvaecido, dinamica efetiva), a tocolise esta contraindicada e seria inutil. Resta otimizar o prognostico neonatal: corticoide (betametasona) para maturacao pulmonar, sulfato de magnesio para neuroprotecao fetal (abaixo de 32 semanas) e antibiotico para profilaxia da infeccao neonatal pelo estreptococo do grupo B. Nao ha febre nem taquicardia que sustentem corioamnionite. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Gestante de 29 anos, G3P1A1, com 13 semanas de gestação, retorna à consulta de pré- natal com seu parceiro sexual. Os resultados da sorologia para sífilis estão apresentados a seguir. Em relação ao parceiro, a interpretação do resultado e a conduta são, respectivamente:

A. Não é um caso de sífilis; não tratar o parceiro e repetir a sorologia para sífilis em 15 dias.

B. Diagnóstico presumido de sífilis; tratá-lo com penicilina benzatina, por via intramuscular, em dose única totalizando 2400000 UI. ✓

C. Sífílis latente recente; tratá-lo com penicilina benzatina, por via intramuscular, em duas doses com intervalo semanal, totalizando 4800000 UI.

D. Sífilis latente tardia; tratá-lo com penicilina benzatina, por via intramuscular, em três doses com intervalo semanal, totalizando 7200000 UI.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parceiro sexual de gestante com sorologia reagente deve ser tratado mesmo sem confirmacao completa: e o diagnostico presumido, justamente para nao perder a janela e evitar a reinfeccao da gestante. O esquema para sifilis recente (primaria, secundaria ou latente recente) e penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular em dose unica. As doses fracionadas semanais de C e D correspondem a esquemas nao recomendados/da sifilis tardia, e adiar sorologia (A) mantem o risco. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Primigesta de 21 anos, com 12 semanas de gestação, comparece assintomática na primeira consulta de pré-natal. Antes da gravidez, recebeu duas doses de vacina contendo o componente tetânico. A orientação quanto à vacina antitetânica é:

A. Informar que não há necessidade de vacinar durante a gestação.
B. Indicar uma dose de tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche - dTpa) imediatamente.
C. Indicar uma dose de dTpa a partir da 20I semana de gestação. ✓
D. Indicar uma dose de dupla adulto (difteria e tétano) imediatamente e uma dose de dTpa a partir da 20I semana de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com apenas duas doses previas de vacina com componente tetanico precisa completar o esquema, e o Ministerio da Saude recomenda que a dose faltante seja a dTpa, aplicada a partir da 20a semana em TODA gestacao. Isso protege a mae e transfere anticorpos contra coqueluche ao recem-nascido. Por isso nao cabe dizer que nao ha necessidade de vacinar (A), nem aplicar imediatamente com 12 semanas (B, D). Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Secundigesta de 22 anos, com 36 semanas e 2 dias, procura a maternidade com desconforto abdominal e um pequeno sangramento vaginal há 1 hora. Exame físico: BEG, eupneica, hidratada, FC 110 bpm, PA 150x100 mmHg, tônus uterino aumentado, BCF 170 bpm. Presença de discreta quantidade de sangue coletado em fundo de saco vaginal, colo grosso e impérvio. O diagnóstico e a conduta são, respectivamente:

A. Rotura de seio marginal; ultrassom e observação de sangramento.
B. Trabalho de parto prematuro; inibição do trabalho de parto.
C. Placenta prévia; ultrassom e observação de sangramento.
D. Descolamento prematuro de placenta; cesárea de emergência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento discreto e desproporcional a gravidade, hipertonia uterina, hipertensao (150 x 100) e sofrimento fetal (BCF 170) formam o quadro classico de descolamento prematuro de placenta, e a hipertensao e o principal fator de risco. Com feto vivo e sem parto iminente, a conduta e cesarea de emergencia. Placenta previa da sangramento indolor com utero normotonico e colo alto; rotura de seio marginal nao cursa com hipertonia nem sofrimento fetal. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Tercípara, portadora de HAS sob controle, em uso de inibidor de receptor de angiotensina (IECA) e hidroclorotiazida (HCTZ), em consulta de rotina com clínico geral, refere que pretende engravidar e quer orientação sobre os medicamentos que está usando, a qual deve ser:

A. Substituir o IECA por alfametildopa e manter a HCTZ. ✓

B. Manter os medicamentos em uso, pois a PA está sob controle.

C. Substituir o IECA por bloqueador de receptor de angiotensina.

D. Substituir os medicamentos em uso por levomepromazina.

COMENTÁRIO OSCELABS

IECA e BRA sao contraindicados na gestacao por fetotoxicidade (oligoamnio, disgenesia tubular renal, hipoplasia de cranio), e a mulher que planeja engravidar deve trocar ANTES da concepcao. A substituicao correta e por metildopa, o anti-hipertensivo com maior seguranca documentada na gravidez. Manter o esquema (B) expoe o feto; trocar por outro bloqueador do sistema renina-angiotensina (C) repete o mesmo erro; levomepromazina e neuroleptico, nao anti-hipertensivo. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Feto restrito com 30 semanas de gestação, morfologicamente normal, apresenta dopplervelocimetria com diástole ausente nas artérias umbilicais. A conduta é:

A. Resolução por cesárea após corticoterapia e sulfato de magnésio.

B. Acompanhamento pelo ducto venoso. ✓

C. Avaliação diária com cardiotocografia convencional até 34 semanas.

D. Resolução imediata por cesárea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diastole zero na arteria umbilical indica insuficiencia placentaria significativa, mas ainda sem sinais de descompensacao fetal. Com 30 semanas, a prematuridade extrema pesa mais que o risco imediato, entao a conduta e escalonar a vigilancia pelo ducto venoso, que traduz a funcao cardiaca fetal e sinaliza o momento do parto (onda A ausente/reversa). Resolucao imediata ou programada agora (A, D) antecipa prematuridade desnecessaria; a cardiotocografia isolada tem baixa sensibilidade nessa idade. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Mulher de 51 anos queixa-se de fogachos principalmente à noite, acompanhados de suor e insônia. Relata canseira e indisposição. AP: G2P2C2, DUM em 2018, HAS e hipotireoidismo controlados. AF: pai falecido por AVC aos 65 anos e avó materna por câncer de mama aos 75 anos. Exame físico: PA 125 x 80 mmHg, IMC 31 kg/m². Exame ginecológico: hipotrofismo vaginal. Mamografia recente: BI-RADS 2. Considerando o caso, assinale a alternativa correta.

A. Terapia hormonal (TH) pode ser indicada, sendo a via transdérmica a primeira escolha. ✓

B. Pelos antecedentes pessoais e familiares, estrogênio via vaginal é a melhor indicação.

C. Pelas contraindicações à TH, melhor indicar o uso de antidepressivos no alívio dos fogachos.

D. Pela contraindicação do uso do estrogênio no hipotireoidismo, indica-se progesterona isolada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fogachos com repercussao no sono e sintomas genitourinarios, dentro da janela de oportunidade e sem contraindicacao formal (mamografia BI-RADS 2, avo com cancer aos 75 anos nao configura risco elevado), autorizam terapia hormonal. Com HAS e IMC 31, a via transdermica e a primeira escolha, pois evita a primeira passagem hepatica e nao aumenta o risco tromboembolico. Estrogenio vaginal trata apenas a atrofia; progesterona isolada nao controla fogachos e hipotireoidismo nao contraindica estrogenio. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Mulher de 45 anos, em consulta ginecológica, queixa-se de ausência de menstruação há quatro meses. Nega episódio anterior de amenorreia e queixas climatéricas. AP: G4P3A1C3, laqueadura tubárea. A conduta é:

A. Expectante, sem indicação de avaliação hormonal. ✓

B. Dosar FSH, LH e estradiol basal.

C. Realizar a biópsia de endométrio e beta-hcg.

D. Dosar FSH, LH, estradiol basal, TSH e progesterona em fase lútea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 45 anos, amenorreia de quatro meses sem outras queixas e comportamento esperado da transicao menopausal, em que os ciclos se tornam irregulares e depois cessam. Com laqueadura previa, gravidez e improvavel. Dosagens de FSH, LH e estradiol flutuam muito nessa fase e nao mudam conduta, por isso nao sao indicadas rotineiramente. Biopsia de endometrio so entraria se houvesse sangramento anormal, o que nao ocorre. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Menina de 4 anos e 5 meses apresenta sangramento vaginal há 4 dias e odor diferente nas calcinhas. A principal hipótese é:

A. Dermatite por candidíase.

B. Sarcoma botrioide.

C. Corpo estranho. ✓

D. Condilomatose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com odor fetido em menina pre-puber tem como causa mais comum o corpo estranho vaginal (frequentemente papel higienico), que gera secrecao purulenta, sanguinolenta e malcheirosa. A conduta e a vaginoscopia para retirada. Sarcoma botrioide e raro e se apresenta como massa polipoide em cacho de uva exteriorizada; candidiase e incomum antes da puberdade e nao sangra; condilomatose exibe lesoes verrucosas visiveis e exige avaliar abuso. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Paciente de 35 anos queixa-se de mastalgia de intensidade moderada, quase todos os meses, antes das menstruações. AP: G0P0. AF: mãe recentemente diagnosticada com câncer de mama aos 61 anos. Exame das mamas: desconforto à palpação dos quadrantes superolaterais bilateralmente. A conduta é:

A. Evitar suporte mamário (sutiã, top).

B. Prescrever anti-inflamatórios não esteroidais tópicos ou orais. ✓

C. Iniciar rastreamento anual com mamografia e ressonância magnética das mamas.

D. Prescrever óleo de prímula e vitamina D, medidas comprovadamente eficazes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mastalgia ciclica, bilateral, em quadrantes superolaterais, e condicao benigna. O manejo consiste em tranquilizar a paciente, usar suporte mamario ADEQUADO (o sutia deve ser mantido, nao evitado) e prescrever anti-inflamatorio topico ou oral nos periodos sintomaticos. Oleo de primula e vitamina D nao tem eficacia comprovada. Mae com cancer de mama aos 61 anos nao configura alto risco, portanto nao ha indicacao de rastreamento com ressonancia. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Mulher de 48 anos apresenta aumento do volume menstrual e cólicas intensas que não melhoram com uso de analgésicos. AP: menstruações regulares a cada 30 dias com duração de 6 dias, G3P3C3, laqueadura prévia, HAS, obesidade e tabagismo. Exame ginecológico: útero aumentado de volume, superfície lobulada. Ultrassom transvaginal: útero com volume 200 cm^3, várias imagens nodulares de até 20 mm sugestivas de miomas de localização intramural e subserosa, endométrio regular de 7 mm, ovários sem alterações. A conduta inicial é indicar:

A. Miomectomia laparoscópica.

B. Anticoncepcionais combinados.

C. Anti-inflamatórios não hormonais no período menstrual. ✓

D. Análogo de GnRH.

COMENTÁRIO OSCELABS

Miomas intramurais e subserosos com sangramento aumentado e dismenorreia em mulher de 48 anos com prole constituida pedem escalonamento terapeutico, comecando pelo menos invasivo. Anti-inflamatorio nao hormonal no periodo menstrual reduz fluxo e dor e e a conduta inicial. O anticoncepcional combinado esta contraindicado por tabagismo acima dos 35 anos e HAS. Analogo de GnRH so serve como ponte pre-operatoria, e miomectomia nao e primeira linha aqui. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

O diafragma pélvico feminino é formado pelos músculos:

A. Levantador do ânus (iliococcígeo, pubococcígeo e puborretal) e coccígeo. ✓

B. Levantador do ânus (coccígeo, iliococcígeo e puborretal) e obturador interno

C. Puborretal e obturador interno.

D. Coccígeo e obturador interno.

COMENTÁRIO OSCELABS

O diafragma pelvico e formado pelo musculo levantador do anus, com seus tres feixes (iliococcigeo, pubococcigeo e puborretal), e pelo musculo coccigeo (isquiococcigeo). O obturador interno pertence a parede lateral da pelve e ao compartimento do quadril, nao ao assoalho pelvico, o que elimina B, C e D. Perola: o feixe puborretal e o principal responsavel pelo angulo anorretal e pela continencia fecal. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Mulher de 21 anos queixa-se de dispareunia. Exame ginecológico: colo com intensa hiperemia e edema, JEC-3, recoberta por secreção amarelada espessa, teste de aminas negativo e pH vaginal 4,4. Exame microscópico do conteúdo vaginal a seguir. A hipótese diagnóstica e o melhor tratamento são, respectivamente:

A. Vaginite aeróbia; clindamicina creme vaginal a 2% por 14 dias.

B. Cervicite; azitromicina 1 g (VO) e ceftriaxone 500 mg (IM) em doses únicas. ✓

C. Vaginose bacteriana; metronidazol 500 mg (VO) de 12/12 h por 7 dias.

D. Candidíase vulvovaginal; fluconazol 150 mg (VO) em dose única,

COMENTÁRIO OSCELABS

Colo intensamente hiperemiado e edemaciado, com secrecao mucopurulenta espessa, pH vaginal normal (4,4) e teste de aminas negativo definem cervicite, e nao vaginite. Como nao se distingue clinicamente clamidia de gonococo, trata-se empiricamente os dois: azitromicina 1 g VO mais ceftriaxona IM em dose unica, alem de tratar parceiros. Vaginose exige pH acima de 4,5 e aminas positivo; candidiase da corrimento grumoso com prurido e pH normal, sem essa cervicite. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Mulher de 62 anos foi submetida a histerectomia total + salpingooforectomia bilateral por via laparoscópica. Histopatológico da peça cirúrgica: carcinoma endometrial tipo endometrioide, grau de diferenciação nuclear 1, estádio FIGO IA. A conduta é:

A. Reabordagem cirúrgica para realização de linfadenectomias pélvica e paraórtica.

B. Complementação do tratamento cirúrgico com radioterapia e braquiterapia.

C. Complementação do tratamento cirúrgico com quimioterapia.

D. Seguimento oncológico com observância clínica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma endometrioide grau 1, estadio FIGO IA (invasao inferior a metade do miometrio), corresponde a doenca de baixo risco: a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral ja e tratamento suficiente e o seguimento e clinico. Reabordar para linfadenectomia nao traz beneficio nesse cenario, e radioterapia, braquiterapia ou quimioterapia adjuvantes ficam reservadas a risco intermediario/alto (grau 3, invasao profunda, tipo II, invasao linfovascular). Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

SAMU foi acionado pelo marido de mulher de 58 anos que apresenta insuficiência respiratória aguda. AP: tratamento para neoplasia ovariana há 6 meses, atualmente em quimioterapia paliativa; marido relata clareza da paciente sobre o seu prognóstico e que não desejava ser submetida a medidas como intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Exame físico: extremamente desconfortável e confusa. FR: 38 irpm com uso de musculatura acessória, saturação de O2 em ar ambiente de 70%, PA 160 x 100 mmHg; MV abolido em hemitórax direito e reduzido em 1/3 inferior de hemitórax esquerdo. Marido manifesta desejo de honrar a vontade da esposa. Assinale a alternativa que apresenta a conduta imediata:

A. Acionar o comitê de bioética local.

B. Sedação para intubação orotraqueal e solicitar leito de UTI, pois não fazê-lo implicaria em omissão de socorro.

C. Sedação para intubação orotraqueal e solicitar leito de UTI, pois o relato da família não possui validade legal, uma vez que a paciente não registrou sua diretiva antecipada de vontade em cartório.

D. Iniciar titulação de morfina até controle dos sintomas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente oncologica em cuidado paliativo, com prognostico conhecido e recusa previa de intubacao e ventilacao mecanica relatada por familiar. Respeitar a diretiva antecipada de vontade e ortotanasia, conduta licita e amparada pelo CFM, e nao omissao de socorro. A diretiva NAO exige registro em cartorio para ter validade. Diante de desconforto respiratorio intenso, o tratamento imediato do sintoma e a titulacao de morfina. Acionar comite de bioetica nao resolve a urgencia. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Mulher de 72 anos apresenta sangramento vaginal há 6 meses. AP: G2P2A0C0, DUM aos 49 anos. AF: irmã falecida de neoplasia ovariana aos 68 anos. Exame físico: IMC 27 kg/m². Exame ginecológico: colo atrófico, ausência de sangramento ativo com presença de discreto sangramento residual em fundo vaginal, útero intrapélvico, mobilidade preservada, palpada massa cística de difícil delimitação em fundo de saco lateral esquerdo. US transvaginal: útero com volume de 86 cm³; espessura endometrial 7 mm; massa cística anecoica com maior diâmetro de 6 cm, sem septos ou vegetações e sem fluxo ao Doppler em ovário esquerdo; ovário direito de aspecto atrófico. TC abdome e pelve: extensa linfadenopatia pélvica bilateral e em cadeia paraórtica próximo à bifurcação das ilíacas. O diagnóstico provável é câncer de:

A. Endométrio do tipo II. ✓

B. Ovário do tipo I produtor de estrogênio.

C. Ovário do tipo II produtor de estrogênio.

D. Endométrio do tipo I.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa tardia, IMC normal, utero pequeno e endometrio de apenas 7 mm, mas com linfadenopatia pelvica e paraortica extensa, indicam tumor agressivo e de disseminacao precoce: o carcinoma endometrial tipo II (seroso/celulas claras), que surge em endometrio atrofico e nao depende de estrogenio. O tipo I (endometrioide) associa-se a hiperestrogenismo, obesidade e endometrio espessado, com melhor prognostico. O cisto anecoico simples, sem septos ou fluxo, tem aspecto benigno. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Mulher de 27 anos, em consulta na Unidade Básica de Saúde, apresenta dismenorreia incapacitante e progressiva desde a menarca. Relata que nos últimos 5 anos passou a apresentar limitações em sua vida diária devido ao quadro de dor pélvica, necessitando com frequência procurar ambiente hospitalar para administração de medicação endovenosa. AP: G0P0. Exame físico: IMC 29 kg/m². Toque vaginal: colo fibroelástico, indolor à mobilização, útero intrapélvico, mobilidade preservada, pouco doloroso à palpação bimanual, anexos não palpáveis, sem massas ou coleções palpáveis em sua topografia, ausência de nodulações e espessamentos em fundo de saco posterior. US transvaginal: normal. A conduta é:

A. Solicitar exames especializados (US transvaginal com preparo intestinal ou RNM abdome) e manter seguimento em serviço primário.

B. Prescrever tratamento clínico com anti-inflamatórios e contraceptivos orais e manter seguimento em serviço primário. ✓

C. Prescrever tratamento clínico com analgésicos potentes (opioides) e imunomoduladores e encaminhar para serviço especializado.

D. Indicar laparoscopia exploradora e encaminhar para serviço especializado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia progressiva desde a menarca, incapacitante, com exame fisico e ultrassom normais e um quadro altamente sugestivo de endometriose, mas sem doenca profunda documentada. Na atencao primaria, o tratamento inicial e clinico e empirico: anti-inflamatorio associado a contraceptivo oral continuo, com seguimento no proprio servico e encaminhamento apenas se houver falha. Laparoscopia diagnostica nao e primeira linha, e opioide potente com imunomodulador nao tem respaldo. Resposta B.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Mulher de 42 anos apresenta, há 2 meses, dores pelo corpo, desânimo, irritabilidade, insônia com sono não reparador, diminuição do apetite e emagrecimento de 5 kg, com piora há 15 dias. Não tem conseguido fazer as tarefas domésticas, nem outras atividades de que antes gostava, passando a maior parte do dia com os sintomas, com discreta melhora da disposição física no período da tarde. Não consegue relacionar sua situação a nenhum fator ambiental, mas relata maior indisposição para o trabalho, o que tem gerado alguma dificuldade com os colegas. AP: episódio semelhante há 10 anos. O diagnóstico e a conduta medicamentosa são:

A. Transtorno depressivo maior; inibidor preferencial de recaptura de serotonina. ✓

B. Transtorno do sintoma somático; benzodiazepínicos.

C. Transtorno bipolar; estabilizador de humor.

D. Transtorno depressivo persistente (distimia); antidepressivo tricíclico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Humor deprimido com anedonia, insonia com sono nao reparador, perda de apetite e de 5 kg, fadiga e prejuizo funcional por mais de duas semanas, somados a episodio semelhante ha 10 anos, fecham episodio depressivo maior recorrente, e o tratamento de primeira linha e um inibidor seletivo da recaptacao de serotonina. Distimia exige sintomas leves por mais de 2 anos; transtorno bipolar exige episodio de mania/hipomania; e benzodiazepinico nao trata depressao. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Paciente portador de estenose aórtica, confirmada com ecocardiograma. Os três sintomas que indicam gravidade da doença são:

A. Dor torácica, dispneia e síncope. ✓

B. Dispneia, escarro hemoptoico e tosse produtiva.

C. Dor precordial aos esforços, síncope e palpitações.

D. Síncope, edema de membros inferiores e escarro hemoptoico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A triade classica de gravidade da estenose aortica e angina (dor toracica), sincope e dispneia por insuficiencia cardiaca. O aparecimento de qualquer um deles marca a queda abrupta da sobrevida sem intervencao (cerca de 5, 3 e 2 anos, respectivamente) e indica troca valvar. Escarro hemoptoico, tosse produtiva e palpitacoes (B, C, D) nao compoem a triade e podem ocorrer em varias outras cardiopatias e pneumopatias. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Mulher de 28 anos em investigação de hipoglicemia. Nega medicação de uso crônico. AF: mãe portadora de DM em uso de medicação oral e insulina. Considere os exames laboratoriais. Diante desses resultados, a hipótese diagnóstica é hipoglicemia:

A. Reacional reativa.
B. Por insulinoma.
C. Pelo uso de insulina. ✓
D. Pelo uso de sulfonilureias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na investigacao da hipoglicemia, o que separa as causas e o peptideo C: se a insulina esta elevada com peptideo C SUPRIMIDO, a insulina e exogena, pois o peptideo C so e produzido junto com a insulina endogena. O contexto reforca o acesso ao farmaco, ja que a mae usa insulina. Insulinoma e sulfonilureia cursam com insulina E peptideo C elevados, diferenciando-se pela pesquisa de hipoglicemiantes na urina. Hipoglicemia reativa e pos-prandial e nao cursa com esse perfil. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Mulher de 38 anos apresenta nódulo no lobo esquerdo da tireoide, há 3 meses. Exames laboratoriais: TSH 0,007 mUI/L (VR 0,4 - 4,0), T4L 1,6 ng/dL (VR 0,8 - 1,8). Exame ultrassonográfico: nódulo único de 1,8 cm de diâmetro, regular, sólido isoecogênico, com fluxo central e periférico ao Doppler. A conduta é:

A. Tratar com iodo radiativo.
B. Solicitar cintilografia da tireoide. ✓
C. Realizar punção aspirativa por agulha fina.
D. Introduzir metimazol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de nodulo tireoidiano, o primeiro passo e dosar o TSH. Com TSH suprimido (0,007), a suspeita e de nodulo hiperfuncionante, e a cintilografia deve preceder qualquer puncao: nodulo quente tem risco de malignidade despresivel e nao se punciona, sendo tratado com radioiodo ou cirurgia. Fazer PAAF antes (C) desperdicaria o exame e poderia gerar citologia indeterminada em nodulo benigno. Metimazol e radioiodo (A, D) exigem definir antes se ha autonomia. Resposta B.

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Mulher de 60 anos, assintomática, está em uso de losartana 100 mg à noite, anlodipino 10 mg e hidroclorotiazida 25 mg pela manhã. As doses das medicações foram aumentadas há 2 meses. AP: HAS, AVC há 5 anos, com drenagem de hematoma. Exame físico: euvolêmica. Exame laboratorial de sódio: atual 125 mEq/L e anteriores 128 a 130 mEq/L, desde a cirurgia. A principal causa da hiponatremia e as condutas são:

A. Secreção inapropriada do hormônio antidiurético (SIHAD) associada ao uso de tiazídico; dosar, no soro, ureia e ácido úrico, e, na urina, osmolaridade e sódio; retirar hidroclorotiazida e propor restrição hídrica. ✓
B. Uso de hidroclorotiazida; dosar, no soro, ureia e creatinina, e, na urina, sódio; hidratar com soro fisiológico e suspender a hidroclorotiazida.
C. Efeito colateral da losartana; dosar, no soro, ureia, creatinina e potássio, e, na urina, sódio e potássio; suspender losartana.
D. SIHAD; dosar, no soro, ureia e ácido úrico, e, na urina, osmolaridade e sódio; solução hipertônica endovenosa para elevar sódio a 130 mEq/L; trocar hidroclorotiazida e losartana por outros anti-hipertensivos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiponatremia cronica (sodio ja em 128-130 desde a neurocirurgia) em paciente EUVOLEMICA aponta secrecao inapropriada de ADH, aqui agravada pelo tiazidico, que tambem depleta sodio. A investigacao correta usa ureia e acido urico sericos (baixos na SIHAD) com osmolalidade e sodio urinarios elevados; a conduta e suspender a hidroclorotiazida e restringir liquidos. Salina hipertonica (D) so em hiponatremia sintomatica/aguda, pelo risco de mielinolise pontina. Resposta A.

QUESTÃO 45 — Gabarito C

O uso do carvão ativado está indicado na intoxicação por:

A. Chumbo.
B. Monóxido de carbono.
C. Paracetamol. ✓
D. ´Ácido muriático.

COMENTÁRIO OSCELABS

O carvao ativado adsorve moleculas organicas de peso intermediario, e o paracetamol e o exemplo classico, com beneficio maximo na primeira hora apos a ingestao. Metais como chumbo e ferro, alcools e litio nao sao adsorvidos (A), assim como gases (o monoxido de carbono e tratado com oxigenio a 100%, B). Em causticos como o acido muriatico o carvao e formalmente contraindicado: nao adsorve, atrapalha a endoscopia e aumenta o risco de aspiracao. Resposta C.

QUESTÃO 46 — Gabarito A

Homem de 57 anos apresenta febre de 38 ºC, tosse e expectoração amarelada há 3 dias. Exame físico: FC 110 bpm, PA 80 x 50 mmHg, FR 31 mpm e oximetria de pulso 87%. Consciente e orientado, MV presente com crepitações finas na base de hemitórax esquerdo. O valor de quick SOFA desse paciente é:

A. Dois. ✓
B. Um.
C. Quatro.
D. Três.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quick SOFA soma 1 ponto para cada criterio: frequencia respiratoria maior ou igual a 22, pressao sistolica menor ou igual a 100 mmHg e alteracao do nivel de consciencia (Glasgow abaixo de 15). O paciente tem FR 31 (1 ponto) e PAS 80 (1 ponto), mas esta consciente e orientado (0 ponto). Total: dois pontos, ja indicando alto risco de desfecho desfavoravel. Saturacao e frequencia cardiaca nao entram no escore. Resposta A.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Entre as medidas que devem ser realizadas, na primeira hora do atendimento do paciente com sepsis, estão: a realização de ressuscitação volêmica com:

A. 30 ml/kg de cristaloide e a prescrição de noradrenalina para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg. ✓
B. 30 ml/kg de coloide e a prescrição de noradrenalina para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg, e de dobutamina, se a saturação venosa central for menor que 70%.
C. 30 ml/kg de ringer lactato e a prescrição de noradrenalina e de vasopressina para manter PAM maior ou igual a 75 mmHg e de hidrocortisona 200 mg em infusão contínua por 24 horas.

D. Cristaloide até a pressão venosa central ficar maior que 12 mmHg e a prescrição de noradrenalina para manter PAM maior ou igual a 75 mmHg.

COMENTÁRIO OSCELABS

O pacote da primeira hora na sepse inclui lactato, hemoculturas antes do antibiotico, antibiotico de amplo espectro, cristaloide 30 mL/kg na hipotensao ou hiperlactatemia e noradrenalina para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg. Coloide nao e recomendado (B, pelo risco renal); a meta de PAM e 65 e nao 75, e hidrocortisona so entra no choque refratario a vasopressor (C); e a pressao venosa central como alvo de ressuscitacao foi abandonada (D). Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Homem de 48 anos refere falta de ar aos esforços e edema de membros inferiores há 2 anos, de caráter progressivo. Há 3 meses, apresenta edema facial pela manhã que melhora durante o dia. AP: tabagista 80 anos/maço, HAS e DM tipo II há 6 anos. Exame físico: PA 160 x 100 mmHg, FC 104 bpm, ictus no sexto espaço intercostal dois cm para fora da linha hemiclavicular esquerda, estase jugular +/4, crepitações finas até terço médio dos pulmões, edema de membros inferiores até raiz da coxa. Saturação de oxigênio de 90%. O diagnóstico mais provável é:

A. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.
B. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. ✓
C. DPOC com cor pulmonale.
D. Síndrome nefrótica de etiologia diabética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ictus desviado para o sexto espaco e para fora da linha hemiclavicular traduz DILATACAO ventricular esquerda, marca da insuficiencia cardiaca com fracao de ejecao reduzida (na fracao preservada o ictus e propulsivo, porem nao desviado). Ha congestao pulmonar (crepitacoes) e sistemica (estase jugular, edema ate a raiz da coxa, edema facial), com HAS e DM de longa data como substrato. Cor pulmonale nao explica o ictus a esquerda, e sindrome nefrotica nao causa estase jugular. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Mulher de 45 anos apresenta dor epigástrica em queimação associada a sensação de plenitude pós-prandial, há aproximadamente 1 ano. Refere que alguns alimentos costumam causar mais sintomas, como frituras, refrigerantes e molhos industrializados. EDA: pangastrite enantemática leve e gastrite erosiva antral intensa associada a bulboduodenite erosiva leve com teste da urease positivo. O tratamento de escolha é:

A. Amoxicilina 1 g, claritromicina 500 mg e IBP em dose plena, todos de 12/12 h, por 7 dias.
B. Amoxicilina 1 g, claritromicina 500 mg e IBP em dose plena, todos de 12/12 h, por 14 dias. ✓
C. Levofloxacina 500 mg 1 x ao dia, claritromicina 500 mg e IBP em dose plena de 12/12 h por 7 dias.
D. Levofloxacina 500 mg 1 x ao dia, claritromicina 500 mg e IBP em dose plena de 12/12 h por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Teste da urease positivo com gastrite erosiva e bulboduodenite indica erradicacao do Helicobacter pylori. O esquema de primeira linha e amoxicilina 1 g, claritromicina 500 mg e inibidor de bomba em dose plena, todos de 12/12 h, mas por 14 dias: a extensao de 7 para 14 dias aumenta significativamente a taxa de erradicacao e por isso e a recomendacao atual. Esquemas com levofloxacina ficam reservados ao retratamento apos falha. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Mulher de 83 anos apresenta sensação de cansaço, fraqueza e fadiga, com perda de peso não intencional de 6 kg em 6 meses (peso anterior era de 60 kg); não consegue andar uma quadra. AP: tem escolaridade universitária e utiliza 8 medicações ao dia. Exame físico: IMC 17,9 kg/m²; caminha com passos curtos e gastou 40 segundos para percorrer 4,6 metros; escala de Katz com 4 dependências para atividades básicas de vida diária; miniexame do estado mental com 27 pontos; escala de depressão geriátrica com 9 pontos; inabilidade de levantar-se 5 vezes da cadeira sem ajuda dos braços. Essa paciente tem diagnóstico de síndrome da fragilidade, pois apresenta:

A. Sensação de fadiga, perda de peso não intencional, velocidade de marcha diminuída e não anda uma quadra. ✓

B. Miniexame do estado mental com 27 pontos, sensação de fadiga, velocidade de marcha diminuída e utiliza mais que 5 medicações ao dia.

C. Inabilidade de levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços, IMC de 17,9 kg/m2, escala de depressão geriátrica com 9 pontos e utiliza mais que 5 medicações ao dia.

D. Sensação de fadiga, escala de Katz com 4 dependências, miniexame do estado mental com mais de 20 pontos e não consegue andar uma quadra

COMENTÁRIO OSCELABS

O fenotipo de fragilidade de Fried exige 3 ou mais de 5 criterios: perda de peso nao intencional, exaustao/fadiga autorreferida, baixa forca de preensao, lentidao da marcha e baixo nivel de atividade fisica. A paciente perdeu 6 kg, refere fadiga, gastou 40 s para 4,6 m (marcha lentificada) e nao caminha uma quadra, ou seja, quatro criterios. Polifarmacia, escala de Katz, miniexame do estado mental e escala de depressao avaliam outros dominios e NAO compoem o fenotipo. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Homem de 69 anos, pescador, apresenta nódulo eritomato-perláceo com telangectasias na região zigomática com crescimento progressivo há 3 anos, conforme imagem: O diagnóstico provável é:

A. Leishmaniose tegumentar americana.

B. Carcinoma basocelular nodular. ✓

C. Linfoma cutâneo.

D. Esporotricose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulo eritemato-perlaceo com telangiectasias na face, de crescimento lento por anos, em pescador com exposicao solar cronica, e a descricao de livro do carcinoma basocelular nodular, o cancer de pele mais comum, de baixa agressividade e alta cura com excisao. Leishmaniose tegumentar produz ulcera de bordas elevadas e fundo granuloso em semanas a meses; esporotricose evolui em nodulos linfangiticos; e o linfoma cutaneo cursa com placas e nodulos infiltrados multiplos. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Homem de 25 anos apresentou embolia pulmonar aguda depois de 24 horas da apendicectomia. A conduta recomendada em relação à anticoagulação é:

A. Suspender em, no máximo, 1 mês, desde que não apresente TVP associada e por ser paciente jovem.

B. Suspender assim que receber alta hospitalar e retomar as atividades laborais.

C. Prolongar por mais de 6 meses, pois se trata de paciente jovem com possibilidade alta de recorrência.

D. Manter por três meses. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tempo de anticoagulacao depende de a trombose ser provocada ou nao. Aqui houve um fator de risco transitorio maior e claramente identificavel (cirurgia abdominal ha 24 horas), configurando embolia PROVOCADA, cujo tratamento padrao dura tres meses. Suspender em 1 mes ou na alta (A, B) expoe a recorrencia precoce; prolongar alem de 6 meses (C) so se justificaria em evento nao provocado, recorrente ou com trombofilia/cancer. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Mulher de 18 anos apresenta dispneia esporádica aos esforços, associada a tosse seca e sibilos, principalmente pela manhã, há 3 meses. Refere sintomas de rinite, atualmente controlados. Exame físico: BEG, acianótica, PA 110 x 80 mmHg, FC 80 bpm, FR 15 irpm, oximetria de pulso em ar ambiente 97%. Pico de fluxo expiratório 230 L/min (60% do predito). Espirometria apresenta-se a seguir. É correto afirmar que:

A. Se trata de distúrbio pulmonar ventilatório obstrutivo moderado com resposta ao broncodilatador. ✓

B. Se trata de distúrbio pulmonar ventilatório restritivo leve com resposta ao broncodilatador.

C. O exame não preenche critérios técnicos para análise; curvas não aceitáveis.

D. Se trata de distúrbio pulmonar ventilatório restritivo moderado sem resposta ao broncodilatador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia com tosse seca e sibilos matinais, rinite associada e pico de fluxo em 60% do predito compoem quadro de asma. A espirometria compativel mostra distubio ventilatorio OBSTRUTIVO (queda de VEF1/CVF) de grau moderado, com resposta significativa ao broncodilatador, que e justamente o achado que confirma a reversibilidade caracteristica da asma. Padrao restritivo (B, D) cursa com reducao da CVF e nao responde ao broncodilatador. Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Homem de 32 anos, vítima de politrauma há 3 dias com múltiplas escoriações em membros inferiores, TCE grave com hipertensão intracraniana e trauma esplênico grau II. Paciente manteve-se estável hemodinamicamente sem necessidade de droga vasoativa, sem complicações infecciosas, em suporte ventilatório com FiO2 50% e relação pO2/FiO2 300; peso 80 kg. Exames laboratoriais: Cr na admissão 0,9 mg/dL. Atuais: Cr 2,6 mg/dL, Ur 82 mg/dL, K 7,0 mEq/L, fósforo 6,0 mg/dL, DHL 2015 UI/L, pH 7,18, Bicarbonato 10 mEq/L, pCO2 24 mmHg, Na 133 mEq/L, Cl 105 mEq/L, albumina 3,9 g/dL. Mantém débito urinário de 0,2 mL/kg/hora nas últimas 24 horas. O ECG apresenta: A conduta é administrar:

A. Cálcio intravenoso; solução glicoinsulínica; solução de bicarbonato; furosemida, independentemente do estado volêmico do paciente, e resinas de troca.

B. Cálcio intravenoso; solução glicoinsulínica; solução de bicarbonato; furosemida, se estado volêmico permitir, e avaliar a indicação de suporte renal agudo. ✓

C. Solução glicoinsulínica; furosemida, independentemente do estado volêmico do paciente, e avaliar a indicação de suporte renal agudo.

D. Cálcio intravenoso; solução glicoinsulínica e reposição de bicarbonato, e sempre indicar suporte renal agudo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Injuria renal aguda (creatinina de 0,9 para 2,6) com oliguria de 0,2 mL/kg/h, acidose metabolica grave e potassio 7,0 com alteracao eletrocardiografica exige tratamento imediato em camadas: calcio endovenoso para estabilizar a membrana miocardica, solucao glicoinsulinica e bicarbonato para deslocar o potassio para dentro da celula, diuretico apenas SE a volemia permitir, e avaliacao de terapia de substituicao renal. Furosemida independente da volemia (A, C) e indicacao automatica de dialise (D) sao erros. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Na síndrome de primeiro neurônio ou do neurônio motor superior, as manifestações são:

A. Hipotonia, fraqueza muscular, hiporreflexia, fasciculações.
B. Ausência de reflexo cutâneo abdominal, fraqueza muscular, reflexo cutâneo plantar em flexão e hipertonia.
C. Reflexo cutâneo plantar em flexão, normorreflexia, normotonia e leve fraqueza muscular.
D. Hipertonia, fraqueza muscular, hiperreflexia e presença de sinal de Babinski. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A sindrome piramidal (primeiro neuronio) cursa com hipertonia elastica, hiperreflexia profunda, fraqueza, clonus e sinal de Babinski (reflexo cutaneo-plantar em EXTENSAO), alem de abolicao dos reflexos cutaneo-abdominais. Hipotonia, hiporreflexia, fasciculacoes e atrofia (A) sao a marca do segundo neuronio. B erra ao manter o cutaneo-plantar em flexao, e C descreve exame essencialmente normal. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Os quatro princípios básicos da Bioética que norteiam a abordagem de situações graves e complexas, foram descritos por Tom Beauchamp e James Childress em 1979 e se mantêm vigentes até os dias de hoje. São eles:

A. Não maleficência, beneficência, liberdade e empatia.
B. Beneficência, justiça, dignidade e responsabilidade.
C. Não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça. ✓
D. Dignidade, não maleficência, transparência e moralidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Beauchamp e Childress, em Principles of Biomedical Ethics (1979), definiram os quatro principios que ate hoje estruturam a analise etica: respeito a autonomia, beneficencia, nao maleficencia e justica. Liberdade, empatia, dignidade, responsabilidade, transparencia e moralidade (A, B, D) sao valores relevantes, mas nao integram esse quadro de referencia. Perola: em conflito, nenhum principio e absoluto, todos sao prima facie e devem ser ponderados no caso concreto. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Homem de 25 anos apresenta queixas inespecíficas de dor generalizada há 1 ano. Essa dor é contínua, profunda e superficial, não se limitando a uma estrutura, sem fatores de melhora ou piora identificados. Realizou extensa investigação diagnóstica sem nenhuma alteração. AP: fadiga e sono não reparador há anos. Em relação ao diagnóstico desse paciente, podemos afirmar que se trata de dor:

A. Nociceptiva.
B. Neuropática.
C. Nociplástica. ✓
D. Psicogênica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor difusa, cronica, sem lesao tecidual ou de nervo identificavel apos investigacao extensa negativa, acompanhada de fadiga e sono nao reparador, caracteriza dor NOCIPLASTICA, decorrente de sensibilizacao central (espectro da fibromialgia). Dor nociceptiva pressupoe lesao tecidual ativa e dor neuropatica exige lesao ou doenca do sistema somatossensitivo, com sinais como alodinia em territorio neural. O termo psicogenica esta em desuso e nao explica o mecanismo. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Mulher de 45 anos, oriental, cozinheira, apresenta mácula hipercrômica assintomática no primeiro quirodáctilo direito, com crescimento progressivo há 2 anos, conforme imagem. O diagnóstico provável é:

A. Hematoma com hemossiderose por traumatismo crônico profissional.
B. Onicomicose por fungos demáceos.
C. Pigmentação exógena por shitake.
D. Melanoma lentiginoso acral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Macula hipercromica em quirodactilo, assintomatica, com crescimento progressivo ao longo de dois anos, e melanoma lentiginoso acral ate prova em contrario: e o subtipo mais frequente em asiaticos e em fototipos altos, tem localizacao palmoplantar e ungueal e diagnostico habitualmente tardio. Hematoma traumatico migra distalmente com o crescimento da unha e desaparece em meses; shitake causa dermatite flagelada; e onicomicose nao produz macula pigmentada progressiva. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

O tecido com menor concentração de enzima creatinofosfoquinase total - CPK é o:

A. Cardíaco.
B. Cerebral.
C. Muscular esquelético.
D. Hepático. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A CPK e uma enzima do metabolismo energetico de tecidos com alta demanda de ATP: predomina no musculo esqueletico, seguida do miocardio e do cerebro (isoformas MM, MB e BB). O figado praticamente nao a contem, motivo pelo qual a lesao hepatica se expressa por elevacao de transaminases e nao de CPK. Perola: em rabdomiolise a CPK sobe a milhares, e a elevacao de transaminases nesse contexto pode ser de origem muscular. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Homem de 42 anos refere ter doença do refluxo gastroesofágico há 10 anos. Realizou vários tratamentos com melhora e retorno dos sintomas após a suspensão. EDA realizada há 1 mês: esofagite erosiva leve (classificação grau A de Los Angeles e grau 1 de Savary-Miller). Paciente gostaria de ser submetido a tratamento cirúrgico na tentativa de evitar uso crônico de medicação. O exame a ser realizado para indicar e definir o tipo de cirurgia é:

A. pHmetria esofágica de 24 horas.
B. Impedanciometria esofágica.
C. Eletromanometria esofágica. ✓
D. Repetição de EDA com biópsia da erosão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Antes de indicar fundoplicatura e preciso conhecer a motilidade do corpo esofagico e a competencia do esfincter inferior: e a eletromanometria que define se cabe valvula total (Nissen) ou parcial (Toupet/Dor), evitando disfagia pos-operatoria em quem tem peristalse ineficaz. A pHmetria confirmaria refluxo, ja documentado pela esofagite erosiva; a impedanciometria investiga refluxo nao acido em sintomas atipicos; e repetir a endoscopia com biopsia nao muda a tecnica cirurgica. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Na diverticulite aguda, pacientes com classificação de Hinchey grau:

A. 1 apresentam abscesso pericólico localizado, podendo ser tratados ambulatorialmente com antibióticos e analgésicos. ✓

B. 2 necessitam de internação para realização de colonoscopia precoce para evitar complicações maiores.

C. 3 dificilmente necessitam de procedimento cirúrgico, e a laparoscopia sempre está contraindicada.

D. 4 necessitam de drenagem percutânea urgente, podendo ser guiada por ultrassonografia ou tomografia computadorizada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificacao de Hinchey, o grau I corresponde a flegmao ou abscesso pericolico localizado e pode ser conduzido clinicamente com antibiotico e analgesia, inclusive em regime ambulatorial no paciente selecionado. O grau II (abscesso pelvico/a distancia) e que se beneficia de drenagem percutanea (o erro de D, que a atribui ao IV). Os graus III e IV sao peritonites purulenta e fecal, com indicacao cirurgica. Colonoscopia na fase aguda e contraindicada pelo risco de perfuracao. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Homem de 26 anos refere dor em andar superior do abdome, acompanhada de náuseas e sensação de empachamento. Após três dias, apresenta piora da dor, com necessidade de morfina. Exame físico na admissão: BEG, abdome globoso, doloroso à palpação de epigástrio. Exames laboratoriais na admissão: Hb 14,2 g/dL; HT 40%; GB 19000/mm3 ; plaquetas 224000/ mm3 ; TGO 88 U/L; TGP 102 U/L; GGT 504 U/L; FA 199 U/L; BT 1,5 mg/dL, glicemia 150 mg/dL, DHL 250 U/L, amilase 2600 U/L. TC de abdome no terceiro dia apresenta. De acordo com a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

A. O antibiótico deveria ter sido introduzido na admissão.

B. A TC de abdome deve ser realizada o mais precoce possível.

C. A hipocalcemia é um critério de gravidade. ✓

D. A CPRE está indicada após estabilização clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amilase acima de tres vezes o normal, dor epigastrica intensa e elevacao de GGT, FA e transaminases definem pancreatite aguda de provavel origem biliar. Entre as afirmativas, a hipocalcemia e de fato criterio de gravidade (calcio abaixo de 8 mg/dL nas primeiras 48 horas, criterios de Ranson). Antibiotico profilatico nao esta indicado (A); a tomografia so estratifica necrose apos 72 horas (B); e a CPRE fica reservada a colangite ou obstrucao biliar persistente, e nao de rotina. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Em relação ao câncer gástrico, é correto afirmar que:

A. Sua incidência está aumentando em todo o mundo, apesar do tratamento do Helicobacter pylori.

B. Nos casos avançados, a ressecção combinada de órgãos adjacentes não deve ser realizada, mesmo quando possível a ressecção R0.

C. Os carcinomas precoces são aqueles que não infiltram além da submucosa, independentemente do estado linfonodal. ✓

D. O principal exame para o estadiamento é a PET-CT.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cancer gastrico PRECOCE e uma definicao de profundidade, nao de estadiamento completo: e o tumor restrito a mucosa e submucosa, independentemente do acometimento linfonodal, o que abre espaco para ressecao endoscopica em casos selecionados. A incidencia global vem CAINDO com o tratamento do H. pylori e a melhoria da conservacao de alimentos (A); a ressecao de orgaos adjacentes se justifica quando permite R0 (B); e o estadiamento se apoia em tomografia e ecoendoscopia, nao em PET-CT. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Mulher de 23 anos, com dor abdominal inicialmente difusa que, após 6 horas, irradiou para FID, acompanhada de vômitos e inapetência. Exame físico: dor localizada em FID, com descompressão brusca positiva localizada no ponto de McBurney. Baseando-se na hipótese diagnóstica, o antibiótico deve ser iniciado:

A. No momento em que o cirurgião estiver incisando a pele.

B. No momento da indicação cirúrgica. ✓

C. Após confirmação do diagnóstico no intraoperatório.

D. Se houver secreção purulenta na cavidade abdominal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro e apendicite aguda (dor periumbilical que migra para a fossa iliaca direita, anorexia, vomitos, Blumberg no ponto de McBurney). O antibiotico deve ser iniciado assim que a indicacao cirurgica e feita, garantindo nivel serico e tecidual adequados no momento da incisao. Iniciar na incisao (A) nao da tempo de distribuicao; aguardar o intraoperatorio ou a presenca de pus (C, D) transforma profilaxia em tratamento tardio e aumenta infeccao de sitio cirurgico. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta entre números e estruturas anatômicas:

A. 1 - vasos epigástricos superiores; 3 - vasos obturatórios; 5 - ducto deferente.

B. 2 - ligamento inguinal; 4 - vasos ilíacos internos; 5 - ducto deferente.

C. 1 - vasos epigástricos inferiores; 2 - ligamento inguinal; 3 - vasos espermáticos. ✓

D. 1 - vasos epigástricos inferiores; 2 - ligamento de Cooper; 4 - vasos ilíacos externos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao cobra a anatomia da regiao inguinal como vista na abordagem posterior/laparoscopica. As referencias-chave sao os vasos epigastricos INFERIORES (ramo da iliaca externa), que separam a hernia direta da indireta e formam a borda lateral do triangulo de Hesselbach, o ligamento inguinal e os vasos espermaticos, que junto ao ducto deferente delimitam o chamado triangulo funesto, onde nao se deve grampear. Vasos epigastricos superiores e obturatorios nao compoem esse campo. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Menino de 13 anos apresenta dor testicular à esquerda, de início noturno e de forma súbita há 4 horas. Refere que já teve esse quadro previamente, porém com melhora espontânea. Considerando o exposto, assinale a alternativa correta:

A. Trata-se de orquido-epididimite, visto que a torção é mais comum em lactentes.
B. Trata-se de varicocele, quadro comum em jovens, que ocorre principalmente à esquerda.
C. O Doppler de bolsa deve ser obrigatoriamente realizado para diferenciação entre orquido- epididimite e torção testicular.
D. A exploração cirúrgica escrotal pode ser indicada, uma vez que a principal hipótese é de torção testicular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor testicular de inicio subito e noturno em adolescente, com episodios previos autolimitados (torcao intermitente), e torcao do cordao espermatico ate prova em contrario, e a janela para salvar a gonada e de cerca de 6 horas. Por isso a exploracao cirurgica escrotal pode e deve ser indicada sem aguardar exame de imagem: o Doppler nao e obrigatorio quando a suspeita e alta (C). Torcao e mais comum na adolescencia (A) e varicocele e indolor e de instalacao insidiosa (B). Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Homem de 70 anos queixa-se de sangramento intermitente na urina há quatro semanas, acompanhado por dor “em peso” no baixo ventre, sensação de plenitude vesical e urgência miccional. AP: HAS controlada, DM tipo 2, dislipidemia, obesidade e tabagismo (40 anos/ maço), dois episódios prévios de hematúria com eliminação de cálculos. Assinale a alternativa correta a partir das informações.

A. A hematúria, a urgência e a plenitude são decorrentes de provável litíase na junção ureterovesical.
B. A tomografia computadorizada é o melhor exame para investigação, sendo suficiente para o diagnóstico.
C. A principal hipótese é tumor urotelial, sendo necessários exame de imagem do trato urinário alto e cistoscopia. ✓
D. A uretrocistoscopia normal descarta tumor urotelial como causa da hematúria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematuria macroscopica intermitente e indolor em homem de 70 anos, tabagista de 40 anos-maco, e carcinoma urotelial ate prova em contrario, mesmo com historia previa de litiase. A investigacao obrigatoria combina imagem do trato urinario alto (uro-TC) com cistoscopia, pois cada uma cobre um territorio. Tomografia isolada nao substitui a cistoscopia para lesoes planas da bexiga (B), e cistoscopia normal NAO exclui tumor de pelve renal ou ureter (D). Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Menina de 16 anos notou que possui uma perna mais comprida que a outra. Exame físico: assimetria do triângulo de Talhe, teste de Adams positivo e desnivelamento da bacia. O diagnóstico mais provável é:

A. Fêmur curto congênito.
B. Tíbia vara de Blount.
C. Displasia do desenvolvimento do quadril.
D. Escoliose juvenil. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Assimetria do triangulo de Talhe, teste de Adams positivo (gibosidade ao flexionar o tronco, que traduz rotacao vertebral) e desnivelamento pelvico definem escoliose; o desnivel da bacia produz a falsa impressao de uma perna mais longa. Femur curto congenito e displasia do desenvolvimento do quadril se manifestam na primeira infancia, e a tibia vara de Blount e deformidade angular do joelho, sem rotacao do tronco. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Homem de 48 anos encontra-se no 5o dia de tratamento de pneumonia comunitária com cefalosporina de 2a geração, porém está mantendo febre e leucocitose. Raio X de tórax: velamento do 1/3 inferior do hemitórax direito, formando a parábola de Damoiseau. Realizada toracocentese diagnóstica. Exames do líquido pleural: aspecto amarelo opaco; pH 7,2; glicose 30 mg/dL; DHL 1800 UI/L. A conduta mais adequada é a:

A. Drenagem torácica. ✓

B. Tomografia computadorizada de tórax.

C. Broncoscopia com lavado broncoalveolar.

D. Decorticação pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Falha do antibiotico no 5o dia com derrame volumoso e liquido pleural com pH 7,2, glicose 30 mg/dL e DHL 1800 UI/L caracteriza derrame parapneumonico COMPLICADO/empiema, cujo tratamento e a drenagem toracica imediata associada ao antibiotico. Tomografia e broncoscopia atrasariam a conduta que ja esta definida pelos criterios bioquimicos, e a decorticacao fica reservada a fase organizada, com encarceramento pulmonar e falha da drenagem. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Considere a imagem. Assinale a alternativa que correlaciona corretamente os números às estruturas anatômicas correspondentes:

A. 1 - porção posterior do arco costal; 2 - átrio direito; 3 - brônquio principal esquerdo; 4 - ventrículo esquerdo. ✓

B. 1 - porção anterior do arco costal; 2 - átrio direito; 3 - brônquio principal esquerdo; 4 - átrio esquerdo.

C. 1 - porção posterior do arco costal; 2 - ventrículo direito; 3 - carina principal; 4 - átrio esquerdo.

D. 1 - porção anterior do arco costal; 2 - ventrículo direito; 3 - carina principal; 4 - ventrículo esquerdo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao cobra anatomia radiologica do torax em PA. As referencias uteis: os arcos costais posteriores aparecem horizontalizados e mais nitidos que os anteriores, que descem obliquamente; a borda cardiaca direita e formada pelo atrio direito e a esquerda pelo ventriculo esquerdo (o ventriculo direito e anterior e nao faz silhueta na incidencia frontal); e o bronquio principal esquerdo e mais horizontal e longo que o direito. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Mulher de 52 anos apresenta cefaleia de forte intensidade há 5 dias. É encaminhada ao Serviço de Referência com hipótese diagnóstica de hemorragia subaracnóidea (HSA). AP: hipertensa e tabagista. TC de crânio: normal. Líquor, conforme imagem. Pode-se afirmar que:

A. A ausência de sinais de sangramento na TC indica classificação de Fisher 1, porém a presença de sangue no líquor confirma HSA.

B. A prova dos 3 tubos sugere acidente de punção durante a coleta, não se podendo ainda afastar a hipótese de HSA. ✓

C. A ausência de sinais de sangramento na TC (Fisher 1) e a prova dos 3 tubos positiva sugerem rotura de aneurisma da circulação posterior.

D. A prova dos 3 tubos sugere HSA, cuja etiologia deve ser investigada com angiografia digital cerebral ou angiotomografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A prova dos tres tubos com clareamento progressivo do liquor indica acidente de puncao, e nao sangramento subaracnoideo verdadeiro, que produziria liquor uniformemente hemorragico e, apos algumas horas, xantocromico. Como ja se passaram 5 dias, a tomografia normal perde muito da sensibilidade e nao afasta hemorragia subaracnoidea, entao a hipotese permanece aberta e exige nova avaliacao. Por isso nao se pode confirmar HSA (A, C, D) com base nesse liquor. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Mulher de 60 anos refere que estava assistindo à televisão quando se levantou e, sem acender as luzes, foi na penumbra buscar uma manta em seu quarto. Informa que, pouco tempo depois, começou a apresentar náuseas, forte cefaleia supraorbitária e dor ocular à direita de forte intensidade com visão turva e halos coloridos. Ao exame externo, você detecta semimidríase paralítica, córnea com diminuição de brilho, grande hiperemia conjuntival com injeção ciliar e olho direito com digito-pressão elevada. Sua hipótese diagnóstica e o tratamento inicial até a chegada do especialista, após afastar contraindicações sistêmicas, seriam:

A. Neurite óptica isquêmica; vasodilatadores e antiagregantes plaquetários.

B. Glaucoma agudo; manitol 20% intravenoso, inibidor da anidrase carbônica e colírio de pilocarpina 2%. ✓

C. Uveíte hipertensiva; colírio de corticosteroide de hora em hora até sair da crise.

D. Esclerite posterior; pomada de corticosteroide mais curativo oclusivo para não entrar luz e repouso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Permanencia na penumbra provoca midriase media e fecha o angulo: dor ocular intensa com cefaleia supraorbitaria, nauseas, halos coloridos, cornea sem brilho (edema), hiperemia com injecao ciliar, semimidriase paralitica e globo endurecido a digitopressao formam o quadro de glaucoma agudo de angulo fechado. O tratamento inicial associa manitol 20% EV, inibidor da anidrase carbonica e pilocarpina 2%, que contrai a pupila e reabre o angulo. Corticoide e oclusao (C, D) pioram ou atrasam. Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Mulher de 32 anos apresenta dor facial à direita e obstrução com eliminação de secreção nasal à direita há 15 dias. AP: extração do 2o molar superior à direita há 1 mês, cujo procedimento foi doloroso e traumático. Exame otorrinolaringológico: ausência de 2o molar superior à direita com mucosa friável ao toque e tecido de granulação; fossa nasal direita com saída de secreção amarelada pela concha nasal média e hiperemia de mucosa à direita (figura 1); fossa nasal esquerda normal. Rinoscopia posterior: secreção amarelada em rinofaringe; raio X de seios paranasais: figura 2. Assinale a alternativa correta:

A. O diagnóstico é sinusite aguda maxilar bacteriana, e o quadro atual não deve ter relação com a extração dentária.

B. Não há relação entre os fatos, pois a drenagem do seio maxilar se dá pela concha nasal inferior e não pela concha média.

C. O raio X de seios da face mostra velamento de ambos os seios maxilares, portanto o quadro atual não tem relação com o procedimento odontológico.

D. Trata-se de um quadro de sinusite maxilar bacteriana de causa odontogênica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Extracao traumatica do 2o molar superior ha um mes, com mucosa friavel e tecido de granulacao no alveolo, seguida de dor facial e secrecao purulenta UNILATERAL, define sinusite maxilar bacteriana de origem odontogenica, muitas vezes com comunicacao buco-sinusal. O tratamento exige antibiotico com cobertura para anaerobios e resolucao da causa dentaria. Vale a perola anatomica: o seio maxilar drena pelo meato MEDIO, e nao pelo inferior, o que derruba a alternativa B. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Menino de 9 meses apresenta dor abdominal intermitente há 1 dia. Mãe relata que ele apresenta momentos com muita dor, que duram alguns minutos e, em seguida, fica quieto e pálido. Hoje apresentou 4 episódios de vômitos: os dois primeiros com conteúdo alimentar; e os 2 mais recentes esverdeados. Não evacua há 2 dias. Exame físico: REG, calmo, descorado +/4, desidratado +/4, FC 140 bpm. Abdome distendido, RHA diminuído, doloroso à palpação, com massa móvel palpável em hipocôndrio direito, e fossa ilíaca direita “vazia”. A principal hipótese diagnóstica é:

A. Apendicite aguda.
B. Enterocolite necrosante.
C. Invaginação intestinal. ✓
D. Obstrução intestinal por Ascaris lumbricoides.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 9 meses com dor abdominal em crises intercaladas por palidez e prostracao, vomitos que se tornam biliosos, parada de eliminacao de fezes, massa palpavel em salsicha no hipocondrio direito e fossa iliaca direita vazia (sinal de Dance) e o retrato da invaginacao intestinal ileocolica. A confirmacao e por ultrassom (sinal do alvo) e o tratamento inicial e a reducao hidrostatica ou pneumatica. Enterocolite necrosante e do neonato, e apendicite e rara nessa faixa. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Menino com 16 dias de vida apresenta dificuldade para evacuar desde o nascimento, associada a distensão abdominal. AP: nascido a termo, eliminou mecônio com 3 dias de vida, após estímulo retal. Desde a alta da maternidade, evacuou duas vezes, após aplicação de supositório de glicerina. Exame físico: abdome globoso, distendido, RHA propulsivos, sem sinais de reação peritoneal. O método considerado como padrão-ouro para o diagnóstico da principal hipótese diagnóstica é:

A. Manometria anorretal.
B. Enempa opaco.
C. Biópsia retal de sucção. ✓
D. Ressonância nuclear magnética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Eliminacao de meconio apos 48 horas de vida, constipacao desde o nascimento com distensao abdominal e evacuacao dependente de estimulo retal apontam doenca de Hirschsprung (aganglionose congenita). O padrao-ouro diagnostico e a biopsia retal por succao, que demonstra ausencia de celulas ganglionares nos plexos submucoso e mioenterico, com hipertrofia de troncos nervosos. Enema opaco (zona de transicao) e manometria anorretal sao exames de triagem, e a ressonancia nao tem papel. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Considere a radiografia a seguir. A principal conclusão diagnóstica da radiografia apresentada é:

A. Presença de nível hidroaéreo sugestivo de obstrução intestinal.
B. Opacidade abdominal sugestiva de ascite.
C. Elevação diafragmática sugestiva de hérnia diafragmática de Morgagni.
D. Pneumoperitôneo sugestivo de perfuração de víscera oca. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ar livre na cavidade peritoneal, visto como banda hipertransparente sob a cupula diafragmatica ou, no recem-nascido em decubito dorsal, como o sinal da bola de futebol, significa pneumoperitonio e traduz perfuracao de viscera oca, cenario cirurgico de urgencia. Niveis hidroaereos indicariam obstrucao sem perfuracao; ascite produz opacidade difusa com alcas centralizadas; e a hernia de Morgagni mostra alcas intestinais dentro do torax, e nao ar livre. Resposta D.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Homem de 60 anos apresenta necrose indolor do hálux esquerdo após usar calçado apertado. AP: DM. Exame físico: necrose bem delimitada com área exsudativa puntiforme na face plantar da base do hálux, pele xerótica, com redução de sensibilidade tátil, pulsos femorais e poplíteos presentes e fortes, pulsos distais ausentes bilateralmente. Índice Tornozelo-Braquial à esquerda: 1,10 na artéria tibial anterior e 1,20 na artéria tibial posterior. Raio X do pé esquerdo: normal. O tipo de acometimento do pé diabético e o adequado tratamento, além de antibioticoterapia e curativos, são respectivamente:

A. Microvascular apenas; repouso.
B. Macrovascular apenas; amputação aberta do hálux.
C. Macro e microvascular; arteriografia, revascularização e amputação do hálux. ✓
D. Macro e microvascular; arteriografia e amputação do hálux.

COMENTÁRIO OSCELABS

Necrose INDOLOR com pele xerotica e hipoestesia traduz componente neuropatico (microvascular/neuropatia), enquanto a ausencia de pulsos distais denuncia doenca arterial obstrutiva: e um pe diabetico misto. Perola importante: o indice tornozelo-braquial de 1,10-1,20 e falsamente normal pela calcificacao da media (Monckeberg), tipica do diabetico, e NAO afasta isquemia. Por isso a conduta e arteriografia, revascularizacao e so entao amputacao do halux, garantindo cicatrizacao do coto. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Mulher de 68 anos apresenta dor intensa no membro inferior esquerdo (MIE) há 36 horas, com perda de motricidade, restrição ao leito, frialdade e mudança da cor do pé, conforme imagem. Fez uso de analgésicos e anti-inflamatórios sem melhora. AP: fibrilação atrial crônica sem tratamento. Exame físico: MIE com cianose fixa, presença de flictenas, gradiente térmico em terço médio da perna, ausência de pulsos poplíteo e distais à esquerda e presença de todos os pulsos 4+/4 no membro inferior direito. O provável diagnóstico, a etiologia, a classificação clínica e o tratamento são, respectivamente:

A. Oclusão arterial aguda; embólica Rutherford IIB; amputação primária e antiagregação plaquetária.
B. Doença arterial obstrutiva periférica; trombótica; Rutherford IIB; tromboembolectomia à Fogarty e anticoagulação.
C. Doença arterial obstrutiva periférica; aterosclerótica; Rutherford I; angioplastia com stent e antiagregação plaquetária.
D. Oclusão arterial aguda; embólica; Rutherford III; amputação primária e anticoagulação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fibrilacao atrial sem anticoagulacao e o berco do embolo; a instalacao subita ha 36 horas com ausencia de pulsos, perda de motricidade, frialdade, cianose FIXA e flictenas caracteriza oclusao arterial aguda embolica ja em estagio Rutherford III, ou seja, isquemia irreversivel. Nesse estagio a revascularizacao expoe o paciente a sindrome de reperfusao (hipercalemia, mioglobinuria, acidose) e o tratamento e amputacao primaria com anticoagulacao. Rutherford IIB ainda teria pele viavel e seria salvo com Fogarty. Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

A comunicação interatrial (CIA):

A. Tem indicação de correção cirúrgica somente quando há sintomatologia significativa.
B. Do tipo ostium secundum é a menos comum e deve ser corrigida cirurgicamente na adolescência.
C. Geralmente leva à cianose na idade pré-escolar, que regride espontaneamente, não necessitando cirurgia para sua correção.
D. Do tipo ostium secundum pode ser corrigida cirurgicamente por sutura simples ou com uso de retalho. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A comunicacao interatrial do tipo ostium secundum e a mais COMUM (cerca de 70% das CIA) e pode ser corrigida por sutura simples quando pequena ou com retalho de pericardio quando ampla, alem da opcao percutanea com dispositivo. O shunt e da esquerda para a direita, portanto nao ha cianose (C), salvo se evoluir para sindrome de Eisenmenger. A indicacao de fechamento depende de repercussao hemodinamica (dilatacao de camaras direitas, Qp/Qs elevado), mesmo em assintomaticos (A). Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

O principal objetivo da randomização em ensaio clínico é:

A. Ajudar a assegurar a representatividade da população geral nos grupos de tratamento.
B. Facilitar as medidas de variáveis.
C. Assegurar que os grupos de estudos sejam comparáveis nas características iniciais. ✓
D. Reduzir o viés de informação na alocação do tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A randomizacao distribui aleatoriamente os participantes, equilibrando entre os grupos as caracteristicas basais, inclusive as desconhecidas e nao mensuradas: e o unico recurso metodologico que controla confundimento residual, tornando os grupos comparaveis no inicio. Representatividade da populacao geral depende dos criterios de elegibilidade, nao da randomizacao (A); viés de informacao e controlado pelo cegamento (D); e a medida de variaveis independe da alocacao (B). Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Em um estudo de conglomerados, atribuir ao indivíduo um resultado de dados agregados pode levar a um erro de interpretação chamado:

A. Erro tipo II.
B. Erro de classificação.
C. Viés de seleção.
D. Falácia ecológica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Atribuir a um individuo uma caracteristica derivada de dado AGREGADO (do conglomerado, do municipio, do pais) e a falacia ecologica: a associacao observada no nivel do grupo pode nao existir, ou ate se inverter, no nivel individual. E a limitacao central dos estudos ecologicos, que por isso servem para gerar hipoteses, e nao para estabelecer causalidade. Erro tipo II e falha em detectar diferenca existente; erro de classificacao e vies de selecao tem outros mecanismos. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Um estudo de coorte encontrou a associação entre o consumo frequente de carne bovina e o risco de câncer de boca e orofaringe. Foi encontrada, ainda, uma forte relação dose- resposta com o aumento do consumo. Os critérios de causalidade propostos por Hill que estão representados no trecho acima são:

A. Gradiente biológico e temporalidade. ✓

B. Temporalidade e evidência experimental.

C. Especificidade e coerência.

D. Analogia e gradiente biológico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois criterios de Hill aparecem no enunciado. Por ser uma COORTE, a exposicao foi medida antes do desfecho, atendendo a temporalidade, o unico criterio considerado indispensavel para causalidade. A forte relacao dose-resposta descrita corresponde ao gradiente biologico. Evidencia experimental exigiria ensaio de intervencao; especificidade e coerencia e analogia (B, C, D) nao estao demonstradas nesse trecho. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

No dia 24 de maio de 2020, o Brasil registrou 363211 casos confirmados de COVID-19, sendo: 149911 casos recuperados, 190634 casos em acompanhamento e 22666 óbitos. O coeficiente de letalidade da doença nessa data foi de:

A. 73,4‰.

B. 0,58%.

C. 5,24%.

D. 6,24%. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Letalidade e a razao entre obitos e o total de casos CONFIRMADOS da doenca, e nao entre obitos e populacao (isso seria mortalidade) nem entre obitos e casos encerrados. Aplicando: 22.666 dividido por 363.211 resulta em 0,0624, ou seja, 6,24%. A alternativa C (5,24%) e o erro de calculo mais atraente e B corresponde a uma proporcao completamente diferente. Perola: casos em acompanhamento ainda podem evoluir para obito, o que faz a letalidade em epidemia ativa ser dinamica. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

A Estratégia de Saúde da Família é considerada prioridade para o reordenamento do modelo assistencial à saúde e objetiva o estabelecimento de:

A. Maior vínculo entre equipe de profissionais de saúde e indivíduo, família e comunidade com base territorial, considerando o espaço como construção social. ✓

B. Medidas de controle de doenças agudas infecciosas por meio da visita domiciliar realizada exclusivamente por profissional médico, contribuindo para a redução de gastos hospitalares.

C. Ações de educação e promoção à saúde, voltadas a populações vulneráveis, com o objetivo de impor mudanças de estilo de vida a indivíduo, família e comunidade.

D. Maior vínculo entre médicos e indivíduos de comunidades com populações pobres, desassistidas por planos de saúde, em regiões remotas ou de periferias das cidades de pequeno e médio portes.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Estrategia Saude da Familia reordena o modelo assistencial ao substituir o cuidado centrado na doenca e no hospital por atencao com base territorial, adscricao de clientela, vinculo e longitudinalidade, entendendo o territorio como construcao social e nao apenas como area geografica. A visita domiciliar e multiprofissional, e nao exclusiva do medico (B); educacao em saude e dialogica, nunca impositiva (C); e a ESF e universal, nao focalizada em pobres ou regioes remotas (D). Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Analisando-se o perfil epidemiológico do Brasil, pode-se observar que, nas últimas três décadas, de 1990 a 2020, ocorreu:

A. Aumento da mortalidade por câncer de mama e por câncer de colo de útero e controle da dengue.

B. Aumento da expectativa de vida ao nascer, diminuição da mortalidade infantil e controle da paralisia infantil. ✓

C. Controle da tuberculose e da hanseníase e diminuição das mortes por causas pré-natais e perinatais.

D. Aumento da mortalidade infantil tardia e reintrodução da dengue como causa de epidemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas ultimas decadas o Brasil viveu transicao demografica e epidemiologica: a expectativa de vida ao nascer aumentou, a mortalidade infantil caiu de forma expressiva (com queda maior do componente pos-neonatal) e a poliomielite foi eliminada, sem casos autoctones desde 1989. A dengue, ao contrario, expandiu-se com epidemias recorrentes (A, D); e tuberculose e hanseniase seguem como problemas de saude publica nao controlados (C). Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

O objetivo de se trabalhar com a territorialização na Saúde Coletiva é:

A. Realizar a avaliação do impacto epidemiológico dos serviços hospitalares gerais e especializados sobre os níveis de saúde da população.

B. Possibilitar a caracterização da homogeneidade do acometimento de agravos em cidades de médio e grande portes.

C. Caracterizar os problemas de saúde das populações identificados num território com a perspectiva de sua generalização para a cidade como um todo.

D. Prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Territorializar e delimitar areas de responsabilidade sanitaria e produzir o diagnostico de situacao de saude e das condicoes de vida daquela populacao, para agir sobre riscos e evitar danos de forma dirigida. O pressuposto e exatamente a HETEROGENEIDADE intraurbana: territorios vizinhos adoecem de modo diferente, o que invalida tanto a busca de homogeneidade (B) quanto a generalizacao dos achados para a cidade inteira (C). Avaliacao de impacto hospitalar (A) e outro objeto. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Asma brônquica ocupacional e asma brônquica relacionada ao trabalho são:

A. Respectivamente, a asma que aparece pela primeira vez em paciente adulto sem antecedentes do agravo e a desencadeada por exposição a alérgeno do trabalho que acomete paciente que já teve asma no passado. ✓

B. Denominações usadas para distinguir casos de asma decorrentes, respectivamente, de exposições a alérgenos de alto peso molecular e a irritantes de baixo peso molecular.

C. Formas de manifestação da asma brônquica reconhecida como acidente do trabalho na lista brasileira de doenças relacionadas ao trabalho, sendo seus diagnósticos apoiados, respectivamente, em testes de hiper-reatividade brônquica específica e inespecífica.

D. Respectivamente, a asma manifestada depois que o trabalhador saiu do local de trabalho e a asma manifestada ainda no local de trabalho.

COMENTÁRIO OSCELABS

A distincao e de nexo causal. Asma OCUPACIONAL e aquela que surge pela primeira vez no adulto por causa da exposicao no trabalho, sem antecedente do agravo. Asma RELACIONADA ao trabalho e a preexistente, que passa a ser desencadeada ou agravada por alergenos e irritantes do ambiente laboral. A separacao nao se faz por peso molecular do agente (B), nem por tipo de teste (C), nem pelo momento em que o sintoma aparece dentro ou fora do local de trabalho (D). Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

RN foi vacinado com BCG ao nascer. Sua mãe foi diagnosticada com tuberculose pulmonar bacilífera logo após o parto. A conduta para o RN, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, é:

A. Isoniazida por três meses; em seguida, realizar prova tuberculínica; e, se < 5 mm, suspender isoniazida e revacinar com BCG.

B. Rifampicina suspensão por três meses; em seguida, realizar prova tuberculínica; e, se >= 5 mm, manter rifampicina por mais 3 meses.

C. Rifampicina suspensão por seis meses, não estando indicada a realização da prova tuberculínica.

D. Isoniazida por seis meses, não estando indicada a realização da prova tuberculínica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No recem-nascido contato de mae bacilifera a recomendacao e NAO vacinar com BCG e iniciar quimioprofilaxia, com prova tuberculinica ao final do 3o mes decidindo entre suspender e vacinar ou completar o tratamento. Como este RN JA foi vacinado ao nascer, o algoritmo da prova tuberculinica e da revacinacao perde sentido: faz-se o tratamento completo da infeccao latente com isoniazida por seis meses, sem PT. E o que descreve a alternativa correta. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Nos termos da Lei nI 8.142, de 28/12/1990, os Conselhos de Saúde devem ter:

A. Atuação na formulação de estratégias da política de saúde, excluídos os aspectos econômicos e financeiros.

B. Caráter permanente e consultivo.

C. Composição paritária entre representantes do governo e profissionais de saúde.

D. Decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Lei 8.142/90, o Conselho de Saude e orgao colegiado permanente e DELIBERATIVO (nao consultivo, o que derruba B), com composicao paritaria em que os usuarios ocupam 50% das vagas, e os demais 50% se dividem entre governo, prestadores e trabalhadores (C erra). Atua na formulacao de estrategias e no controle da execucao da politica de saude, INCLUSIVE nos aspectos economicos e financeiros (A erra). Suas decisoes sao homologadas pelo chefe do poder legalmente constituido em cada esfera. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

No Brasil, o setor de saúde suplementar exibe diferentes modalidades de gestão e operação. A modalidade denominada “cooperativa de trabalho médico” tem a seguinte característica, entre outras:

A. Algumas cooperativas possuem hospitais próprios, onde os médicos são cooperados e a clientela é composta por pessoas físicas e jurídicas. ✓

B. Gestão feita por organização formada por profissionais cooperados ou entidades de trabalhadores em geral.

C. Uniformidade do padrão dos serviços prestados, dos preços cobrados e dos instrumentos de gestão, em todo o país.

D. Serviços prestados em unidades próprias ou por meio de empresa de medicina de grupo que emprega os profissionais médicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cooperativa de trabalho medico (modelo Unimed) os proprios medicos sao cooperados e simultaneamente prestadores e donos do negocio, algumas singulares possuem hospitais e servicos proprios, e a carteira reune pessoas fisicas e juridicas. Nao ha uniformidade nacional de precos, servicos ou gestao, pois cada cooperativa singular e autonoma (C). A descricao de B corresponde a autogestao, e a de D, a medicina de grupo, modalidade em que o medico e empregado. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Entre as diretrizes gerais para a implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de Urgência e Emergência, está:

A. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito. ✓

B. Acolher a demanda independentemente de critérios de risco, garantindo o livre acesso aos demais níveis de assistência.

C. Ampliar a resolução das urgências e emergências, bloqueando o acesso às estruturas hospitalares.

D. Evitar a alta precoce e os riscos decorrentes dos cuidados domiciliares.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Politica Nacional de Humanizacao nas urgencias preve definicao de protocolos clinicos que eliminem intervencoes desnecessarias e respeitem as singularidades do sujeito, alem de acolhimento com CLASSIFICACAO DE RISCO, e nao acesso indiferenciado por ordem de chegada (B). Ampliar a resolutividade nunca significa bloquear o acesso ao hospital (C), e a alta responsavel articula-se com o cuidado domiciliar e a rede, em vez de evita-lo (D). Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

A obrigação legal da emissão da Declaração de Óbito, em casos de “morte não natural” (decorrente de causas externas) compete ao médico:

A. Que vinha prestando assistência ao paciente, sempre que o tempo entre o evento violento e a morte for superior a 30 dias.
B. Legista ou de SVO (Serviço de Verificação de Óbito), nas localidades que dispõem desses tipos de serviço.
C. Legista, qualquer que tenha sido o tempo entre o evento violento e a morte propriamente. ✓
D. Do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento, nas localidades que não dispõem de Instituto Médico Legal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em morte por causa externa (violenta ou suspeita), a Declaracao de Obito e obrigacao do medico LEGISTA, qualquer que tenha sido o intervalo entre o evento e o obito: mesmo que a morte ocorra meses depois de um trauma, a causa basica continua sendo externa e o caso e de competencia pericial. Por isso A e falsa ao criar o limite de 30 dias. O SVO se destina a mortes NATURAIS sem assistencia medica (B), e a inexistencia de IML nao transfere a atribuicao a qualquer servico publico (D). Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Assinale a alternativa que representa graficamente a evolução de óbitos diários por COVID-19, ocorridos no Brasil, de fevereiro a novembro de 2020 (as barras representam o número de óbitos diários):

A. ✓
B.
C.
D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao cobra o reconhecimento da curva epidemica brasileira em 2020: obitos praticamente ausentes ate marco, crescimento acelerado entre abril e junho, um primeiro platô/pico elevado entre o fim de julho e o inicio de agosto, declinio gradual (e nao abrupto) ate outubro e novo movimento ascendente ja em novembro, marcando a segunda onda. Curvas com pico unico precoce, queda a zero ou crescimento continuo nao correspondem ao periodo descrito. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Conforme disposto no Código de Ética Médica, é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo, entre outros motivos:

A. Quando do exame médico de trabalhadores.
B. Se tiver consentimento, por escrito, do paciente. ✓
C. Quando de seu depoimento como testemunha.
D. Se o paciente tiver falecido.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sigilo medico e a regra, e o Codigo de Etica Medica admite apenas tres excecoes: dever legal, justa causa e consentimento do paciente, este necessariamente POR ESCRITO. A morte do paciente nao extingue o sigilo (D). No exame de trabalhadores o medico informa apenas aptidao, jamais o diagnostico (A). E, como testemunha, o medico deve comparecer, mas se escusar de responder ao que estiver protegido pelo sigilo (C). Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

Considerando os quatro tipos de curvas de mortalidade proporcional por idade propostos por Nelson de Moraes, assinale aquele que corresponde ao nível de saúde regular.

A. ✓
B.
C.
D.

COMENTÁRIO OSCELABS

As curvas de Nelson de Moraes correlacionam a mortalidade proporcional por faixa etaria ao nivel de saude: tipo I, em N invertido, nivel muito baixo; tipo II, em L ou J invertido, nivel baixo; tipo III, em U, nivel REGULAR, com mortalidade elevada nos extremos etarios; e tipo IV, em J, nivel elevado, com concentracao dos obitos nos idosos. A curva pedida e, portanto, a que assume a forma de U. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Homem de 28 anos interrompeu o uso de álcool há 2 dias, ocasião em que passou a apresentar tremores, sudorese, discurso incoerente, ilusões e alucinações visuais (zoopsias). Segundo familiares, nos últimos dias o paciente estava mais isolado, com diminuição do apetite e do sono. Foi prescrita reposição hidroeletrolítica e 10 mg VO de diazepam. Observou-se atenuação dos sinais de hiperatividade autonômica por 2 horas, quando os sintomas retornaram e o paciente apresentou-se mais inquieto, aparentando estar assustado. Com base nessa descrição, o paciente deve:

A. Permanecer internado, pois se trata de quadro que necessita de assistência hospitalar por trazer riscos ao indivíduo (delirium tremens). ✓
B. Ser liberado para tratamento no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas), sendo recomendado associar o uso de antidepressivo desde o início visando aumentar a adesão ao tratamento e atenuar a sintomatologia depressiva.
C. Ser liberado após orientação quanto à necessidade de hidratação e uso correto dos medicamentos prescritos (benzodiazepínico e reposição de tiamina), pois os dados indicam abstinência, e ele pode ser tratado no CAPS AD.
D. Permanecer internado, e, em caso de agitação psicomotora é recomendado o uso endovenoso de neurolépticos de baixa potência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Suspensao alcoolica ha 2 dias evoluindo com tremor, sudorese, discurso incoerente, ilusoes e alucinacoes visuais (zoopsias), com resposta apenas parcial e fugaz ao benzodiazepinico oral, caracteriza delirium tremens: quadro grave, com mortalidade relevante, que exige INTERNACAO, monitorizacao, hidratacao, tiamina e titulacao de benzodiazepinico. Liberar para o CAPS AD (B, C) subestima o risco, e neuroleptico de baixa potencia por via endovenosa reduz o limiar convulsivo e deve ser evitado. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

A epilepsia:

A. Do lobo frontal é a mais frequente na população geral adulta.
B. Benigna da infância tem alta prevalência e é uma das principais causas de epilepsia na idade adulta.
C. Do lobo temporal é importante causa de esclerose hipocampal, tem alta prevalência na idade adulta e possui tratamentos clínico e cirúrgico para controle das crises. ✓
D. Do lobo temporal tem relação com convulsão febril na infância e tem baixa prevalência na idade adulta.

COMENTÁRIO OSCELABS

A epilepsia do lobo temporal mesial e a forma focal mais prevalente no adulto, tem relacao estreita com a esclerose hipocampal (associada a crise febril complexa na infancia), evolui com frequencia para refratariedade medicamentosa e dispoe de tratamento cirurgico eficaz, a amigdalo-hipocampectomia, capaz de deixar a maioria dos pacientes livre de crises. Epilepsia frontal e menos frequente (A), e as epilepsias benignas da infancia costumam remitir na adolescencia (B). Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Em estratégias vacinais contra Neisseria meningitidis, o sorogrupo:

A. A tornou-se o mais prevalente mundialmente, após as extensas campanhas de vacinação realizadas no continente africano.

B. B foi precocemente eliminado da maior parte dos países ocidentais, uma vez que foi o primeiro para o qual uma vacina eficaz foi desenvolvida.

C. Y e sua maior gravidade nas meningites no primeiro ano de vida são a principal razão para sua inclusão recente no calendário vacinal infantil brasileiro.

D. C suplantou o B e tornou-se o predominante no Brasil, nas últimas duas décadas, fato que tem guiado as políticas públicas de vacinação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil o sorogrupo C suplantou o B a partir dos anos 2000 e passou a predominar, o que motivou a introducao da vacina meningococica C conjugada no calendario infantil em 2010. O sorogrupo A e o do cinturao africano, justamente controlado pelas campanhas com MenAfriVac (A inverte o fato); o sorogrupo B nunca foi eliminado e so ganhou vacina proteica recentemente (B); e o Y tem relevancia maior nos EUA e em adolescentes, nao no primeiro ano de vida no Brasil (C). Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

O aspecto mais difícil no processo de atenção e cuidado contínuo às pessoas que vivem com HIV/aids é:

A. A supressão da carga viral do HIV.

B. Iniciar tratamento específico antirretroviral.

C. Adesão ao acompanhamento e à terapia antirretroviral. ✓

D. Vinculação e retenção a um serviço de saúde. Nosso curso

COMENTÁRIO OSCELABS

Com teste rapido, tratamento universal e esquemas em dose unica, diagnosticar, vincular e iniciar a terapia antirretroviral tornaram-se etapas relativamente exequiveis. O gargalo da cascata de cuidado e a ADESAO sustentada ao acompanhamento e a medicacao ao longo de anos, pois dela dependem a supressao viral duradoura, a prevencao da resistencia e a interrupcao da transmissao. Supressao viral e inicio do tratamento (A, B) sao consequencia, e nao o obstaculo principal. Resposta C.