



ENAMED — Residência Médica

ENAMED 2025

Prova comentada

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

objetiva — caderno 1

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

Mulher de 58 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e em tratamento irregular, é encaminhada ao ambulatório de clínica médica de atenção secundária. Queixa-se de fadiga e dispneia aos esforços, com piora progressiva. Ao exame físico, é observado ritmo cardíaco regular em 4 tempos (B3 + B4), sem sopros no precórdio, mas com crépitos em bases pulmonares; pressão arterial: 148 x 90 mmHg. Ecocardiograma transtorácico evidencia hipertrofia ventricular esquerda concêntrica, associada com fração de ejeção de 38% (por Simpson). Exames laboratoriais normais, salvo pela elevação sérica de peptídeo natriurético tipo B (BNP). Para melhorar o controle da HAS e o prognóstico da paciente, o tratamento com inibidor da enzima conversora de angiotensina foi mantido, e o especialista optou por associar determinado fármaco, devido ao impacto positivo no prognóstico de sobrevida dessa paciente. O fármaco introduzido no tratamento da paciente foi

A. espironolactona. ✓

B. clortalidona.

C. hidralazina.

D. clonidina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fadiga, dispneia, B3, crépitos e FE 38% definem insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida em hipertensa. Sobre o IECA já em uso, o fármaco anti-hipertensivo que também reduz mortalidade na ICFe e o antagonista mineralocorticoide (espironolactona). Clortalidona (B) controla PA mas não muda sobrevida na IC; hidralazina (C) só tem benefício associada a nitrato em subgrupo específico intolerante a IECA; clonidina (D) é simpático-lítico central, sem benefício prognóstico. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Homem de 45 anos foi encontrado inconsciente por familiares junto a uma escada de sua casa. Familiares o conduziram em carro próprio, sem medidas-padrão de atendimento pré-hospitalar. Não sabem por quanto tempo ficou desacordado e nem sobre o histórico de saúde. Quando deu entrada no pronto-socorro, encontrava-se inconsciente, com equimose e escoriações na região orbital e palpebral direita, além de escoriações na região cervical posterior e em membros à direita. Não apresentava resposta ao comando verbal, mas respirava espontaneamente com frequência normal. Pressão arterial de 140 x 90 mmHg e pupilas isocóricas. Durante a avaliação, abriu os olhos e começou a se mexer, ainda sem responder a questões ou comandos. Após 30 minutos começou a responder, mas informava não se lembrar de ter caído da escada. Considerando o quadro, a conduta adequada é

A. tomografia de crânio, face e coluna cervical; radiografia de membros; manter o paciente em observação por 12 horas. ✓

B. radiografia de crânio, coluna cervical e membros em duas posições; internar o paciente para observação.

C. tomografia de crânio, face e radiografia de membros; liberar o paciente para observação domiciliar.

D. radiografia de crânio e face; radiografia de membros; internar o paciente por 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

TCE com perda de consciência não presenciada, amnésia do evento e trauma de face/cervical/membros: e TCE com critério de imagem. A tomografia (não a radiografia) e o exame que avalia lesão intracraniana, e a coluna cervical precisa ser rastreada porque o paciente veio sem imobilização. Radiografia de crânio (B/D) não afasta hematoma; liberar para casa (C) e inseguro em amnésia persistente. Observação hospitalar fecha a conduta. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Paciente de 30 anos procurou consultório de ginecologia relatando fadiga, dismenorreia progressiva e dispareunia de profundidade. Toque vaginal: útero de volume normal, retroversofletido, dor à mobilização do colo. Com base nessas informações, a principal hipótese diagnóstica é

- A. doença inflamatória pélvica.
- B. miomatose uterina.
- C. cisto hemorrágico.
- D. endometriose. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade e dor a mobilização do colo com útero de volume normal e retroversofletido compõem a tríade clássica da endometriose. DIP (A) cursa com quadro agudo/subagudo, febre e corrimento; miomatose (B) daria útero aumentado e sangramento aumentado; cisto hemorrágico (C) provoca dor aguda unilateral, não dismenorreia progressiva de meses. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Homem de 28 anos, estudante universitário, residente em zona urbana, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) referindo aparecimento de lesão cutânea em região dorsal da mão, cerca de 1 mês após ter sofrido arranhadura de gato de rua. A lesão apresenta úlceras com presença de crostas além de nodulações próximas. Foi submetido à biópsia da lesão cutânea e cultura de material. Observou-se dermatite granulomatosa difusa, presença de corpos asteroides e material eosinofílico ao redor de células características. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento para esse caso?

- A. Furunculose; cefalexina por 7 dias.
- B. Herpes-zoster; aciclovir por 10 dias.
- C. Esporotricose; itraconazol por 120 dias. ✓**
- D. Paracoccidiodomicose; anfotericina B por 30 dias. ÁREA LIVRE 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Arranhadura de gato de rua seguida, semanas depois, de úlcera com crostas e nódulos ao longo do trajeto linfático (forma linfocutânea) e a apresentação clássica da esporotricose; a histologia com granuloma e corpos asteroides confirma. O tratamento de escolha é itraconazol por 3 a 6 meses, mantido até 1 mês após a cura clínica. Furunculose (A) e herpes-zoster (B) não dão granuloma com corpo asteroide; paracoccidiodomicose (D) e pulmonar/mucosa e não se associa a felinos. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Observe o encaminhamento realizado por um médico de família. “À cardiologia, Encaminho o Sr. J. L. S., de 56 anos, com diagnóstico de cardiopatia isquêmica, que sofreu um infarto agudo do miocárdio há 3 meses. Tem orientação para o uso de antiagregantes plaquetários, mas tem história de úlcera péptica e teve reação alérgica ao clopidogrel e à ticlopidina. Desta forma, solicito orientação quanto à conduta preventiva.” Ao ser assistido pelo cardiologista, o paciente será atendido em qual nível de atenção e receberá que tipo de prevenção, respectivamente?

- A. Primário; secundário.
- B. Secundário; secundário. ✓**
- C. Terciário; terciário.
- D. Quaternário; terciário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas perguntas em uma. O nível de atenção é definido pela densidade tecnológica do serviço: ambulatorio de cardiologia = atenção secundária (não terciária, que seria hospitalar de alta complexidade). O tipo de prevenção é definido pelo momento da doença: o paciente já infartou, e o objetivo é evitar recorrência e progressão, ou seja, prevenção secundária. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Mulher de 20 anos procura atendimento médico no ambulatório de clínica médica de referência devido a quadro iniciado há 3 meses, com dor e edema articular acometendo articulações das mãos (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e punhos), assim como cotovelos, joelhos e tornozelos. Relata rigidez matinal que persiste por mais de 2 horas. O exame físico confirma dor e edema nas articulações descritas, além de mucosas hipocoradas (++)/4+, sem outras alterações. A hipótese diagnóstica a ser considerada, o achado laboratorial esperado e a primeira linha de tratamento indicada são, respectivamente,

- A. esclerose sistêmica; níveis elevados de creatina quinase; prednisona.
- B. artrite reumatoide; pesquisa de fator reumatoide (FR) positivo; metotrexato. ✓**
- C. lúpus eritematoso sistêmico; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; cloroquina.
- D. doença mista do tecido conjuntivo; FAN com padrão nuclear pontilhado fino; azatioprina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simétrica, aditiva, de pequenas articulações das mãos (IFP e MCF, poupando IFD) com rigidez matinal maior que 1 hora há mais de 6 semanas define artrite reumatoide; a anemia de doença crônica explica a hipocoloração. O fator reumatoide (e o anti-CCP) e o achado laboratorial esperado, e o metotrexato é a droga modificadora de primeira linha. Esclerose sistêmica (A) e lúpus (C) tem outro padrão clínico e sorológico. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Homem de 52 anos, branco, solteiro, comparece à consulta agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS) desejando realizar revisão clínica e exames laboratoriais. Desde os 35 anos não faz acompanhamento de saúde. Relata história familiar de diabetes e hipertensão, e a mãe faleceu com câncer de pulmão. Sem história familiar de câncer de próstata. Fuma cerca de 2 maços por dia há 21 anos. Exame físico: pressão arterial de 120 x 80 mmHg, índice de massa corporal de 23 kg/m², sem outras alterações. Considerando as recomendações de rastreamento para esse paciente, o médico de família e comunidade deve

- A. solicitar exames de colesterol total e frações, hemograma, glicemia de jejum, creatinina, PSA, radiografia de tórax, colonoscopia, realizar toque retal; orientar sobre a prática de atividade física regular.
- B. solicitar exames de colesterol total, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, PSA, ofertar anti-HIV e HBsAg, realizar toque retal; orientar sobre participação no grupo na UBS para abandono do tabagismo.
- C. abordar mudanças no estilo de vida e cessação do tabagismo; acompanhar, em consultas longitudinais, as futuras possibilidades de exames complementares, quando o paciente atingir faixa etária para investigações adicionais.
- D. solicitar exames de colesterol total, HDL e triglicerídeos, glicemia de jejum, pesquisa de sangue oculto nas fezes, ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; realizar abordagem sobre possibilidade de cessação do tabagismo. ÁREA LIVRE ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 52 anos, tabagista pesado, sem acompanhamento: o rastreamento baseado em evidência inclui perfil lipídico, glicemia, sangue oculto nas fezes (rastreamento de câncer colorretal a partir dos 50 anos) e testagem para HIV, sífilis e hepatites, além da abordagem estruturada do tabagismo. PSA e toque retal (A/B) não são recomendados como rastreamento populacional; não solicitar nada (C) perde oportunidades já indicadas para a faixa etária. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Mulher de 32 anos, parda, ensino fundamental incompleto, trabalhadora rural, diarista no plantio de morango, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixas de tonturas, dores de cabeça, cansaço, náuseas e falta de ar. Ela referiu que desde os 20 anos sofre com dores de cabeça frequentes, mas há 2 semanas, após uma pulverização de agrotóxicos, começou a apresentar os sintomas descritos. Disse ainda que sua colega de trabalho apresentava queixas similares. Ao ouvir esses relatos, a médica da UBS suspeita de intoxicação aguda por agrotóxicos. Nessa situação, qual é a conduta adequada a ser adotada na assistência?

- A. Encaminhar como caso suspeito ao centro de referência em saúde do trabalhador estadual e formalizar denúncia ao Ministério Público do Trabalho.
- B. Estabelecer nexo causal entre os sintomas e os resultados de exames complementares, para confirmar diagnóstico de intoxicação por agrotóxicos, e notificar a Vigilância em Saúde municipal.
- C. Tratar os sintomas, solicitar exames complementares, notificar o caso no Sistema de Notificação de Agravos e Doenças (Sinan), conceder atestado médico e solicitar matriciamento à Vigilância em Saúde do Trabalhador. ✓**
- D. Informar não ser responsável pelo preenchimento da comunicação de acidente de trabalho (CAT), por ser atribuição exclusiva da medicina do trabalho, no centro municipal de referência em saúde do trabalhador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Intoxicação aguda por agrotóxico e agravo de notificação compulsória e doença relacionada ao trabalho. A conduta assistencial completa é tratar os sintomas, solicitar exames, notificar no Sinan, afastar do agente (atestado) e acionar a Vigilância em Saúde do Trabalhador via matriciamento. O nexo clínico-ocupacional não depende de exame confirmatório (B); denunciar sem assistir (A) ou negar a CAT (D), que qualquer médico pode emitir, são condutas incorretas. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Pais de um menino de 10 anos levam a criança para avaliação médica em Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatam que seu filho se dá bem com a família até que não lhe seja permitido fazer algo que deseje. Quando isso ocorre, ele fica irritado, impulsivamente agressivo e agitado por várias horas. Assim que se acalma ou consegue o que quer, fica feliz e agradável novamente. Os pais entendem que o filho parece agir deliberadamente para aborrecer os outros e nunca assume a culpa por seus próprios erros ou mau comportamento. Relatam ainda que ele discute com adultos ou figuras de autoridade e em várias situações não aceita as regras de boa convivência com os familiares. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Transtorno afetivo bipolar.
- B. Transtorno de oposição desafiante. ✓**
- C. Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
- D. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. ÁREA LIVRE 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Padrão de irritabilidade e desafio dirigido a figuras de autoridade, recusa de regras, culpar os outros, com humor normal e agradável fora dos episódios: e transtorno de oposição desafiante. No transtorno disruptivo da regulação do humor (C) a irritabilidade é persistente TAMBÉM entre as explosões; no transtorno bipolar (A) haveria episódios de humor de dias a semanas; no TDAH (D) predominam desatenção e hiperatividade, não a oposição deliberada. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Homem de 50 anos, queixando-se de astenia e constipação com fezes em fita. Há 15 dias, apresenta edema de membros inferiores até a raiz da região crural, bilateralmente, com pouca melhora à elevação dos membros. Ele perdeu 10 kg em 6 meses. Nega hipertensão arterial e diabetes mellitus e não faz uso de medicamento. Os exames do paciente apresentaram os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência Pressão arterial 130 x 80 mmHg --- Peso 70 kg --- Hematócrito 35% 48 a 69% Glicemia 88 mg/dL 60 a 100 mg/dL Albumina sérica 1,8 g/dL 3,8 a 4,8 g/dL Creatinina 1,2 mg/dL 0,7 a 1,3 mg/dL Triglicerídeos 200 mg/dL < 150 mg/dL Proteína urinária de 24 horas 3,6 g/24 horas < 100 mg/24 horas Sedimentos proteínas +++ hemácias + (5 por campo) --- Dentre esses achados laboratoriais, quais são necessários para a definição da síndrome renal do paciente?

A. Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e albumina sérica = 1,8 g/dL. ✓

B. Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e triglicerídeos = 200 mg/dL.

C. Hematúria e triglicerídeos = 200 mg/dL.

D. Hematúria e albumina sérica = 1,8 g/dL.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a definição da síndrome, não sobre todos os achados. Síndrome nefrótica exige proteinúria maior que 3,5 g/24h somada a hipoalbuminemia (menor que 3 g/dL). Hiperlipidemia e edema são consequências e ajudam, mas não definem; hematuria (C/D) é um marcador nefrítico, e aqui é discreta. A hipoalbuminemia grave também explica o edema pouco responsivo à elevação dos membros. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Recém-nascido de 15 dias, a termo, Apgar 8/9, peso e comprimento ao nascer de 2.600 g e 46 cm, respectivamente, com síndrome de Down, e cuja gestação não apresentou outras intercorrências. Está na consulta de puericultura com peso e comprimento atuais de 2.900 g e 47 cm, respectivamente. Para o acompanhamento pondo-estatural, os dados devem ser plotados nas

A. curvas de crescimento da OMS desde o nascimento até a adolescência.

B. curvas de crescimento específicas para síndrome de Down desde o nascimento. ✓

C. curvas de crescimento da OMS, corrigindo o peso e o comprimento para síndrome de Down.

D. curvas de crescimento da OMS até os dois anos e, a partir daí, em curvas específicas para síndrome de Down.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crianças com síndrome de Down têm padrão próprio de crescimento (menor velocidade e menor estatura final), e por isso existem curvas específicas para a síndrome, que devem ser usadas desde o nascimento. Plotar apenas nas curvas da OMS (A) rotula falsamente como desnutrição/baixa estatura; não existe fator de correção aplicável à curva da OMS (C); e o uso das curvas específicas não começa só após os 2 anos (D). Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Paciente de 20 anos, sexo masculino, vítima de colisão “automóvel a muro”, sem cinto de segurança, é atendido ainda na cena pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Exame físico: paciente torporoso; saturação de O₂ de 60%, em ar ambiente; frequência respiratória de 28 irpm; frequência cardíaca de 112 bpm; pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Desvio da traqueia para a direita, turgência de veias jugulares, hipofonese de bulhas cardíacas e diminuição acentuada do murmúrio vesicular à esquerda. Qual é a conduta adequada no atendimento pré-hospitalar?

- A. Reposição volêmica.
- B. Cricotireoidostomia.
- C. Pericardiocentese.

D. Toracocentese. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma fechado com hipotensão, hipoxemia grave, desvio contralateral da traqueia, turgência jugular e murmúrio abolido à esquerda: pneumotorax hipertensivo. O diagnóstico é clínico e o tratamento é a descompressão imediata por punção, sem esperar radiografia. Reposição volêmica (A) não resolve a obstrução ao retorno venoso; cricotireoidostomia (B) trata via aérea; pericardiocentese (C) trataria tamponamento, que não desvia traqueia nem abole murmúrio unilateral. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Paciente de 16 anos comparece ao ambulatório para mostrar os resultados dos exames complementares solicitados na consulta anterior. Está preocupada porque todas as colegas da mesma idade já menstruaram e ela não. O fenótipo é feminino, com pelos pubianos e axilares esparsos. Os exames complementares evidenciam ausência do útero à ultrassonografia pélvica, dosagem sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) normal, dosagem de testosterona sérica compatível com níveis do sexo masculino e cariótipo 46 XY. Com base no quadro clínico e nos dados apresentados, a principal hipótese diagnóstica dessa paciente é

- A. disgenesia gonadal.
- B. malformação Mulleriana.
- C. obstrução do trato genital.

D. insensibilidade androgênica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com fenótipo feminino, pelos escassos, ausência de útero, testosterona em nível masculino e cariótipo 46 XY define síndrome de insensibilidade androgênica: as gonadas são testículos funcionantes (por isso o hormônio antimülleriano aboliu os ductos de Müller), mas o receptor androgênico não responde. Disgenesia gonadal (A) cursaria com FSH alto e testosterona baixa; malformação mülleriana (B) e obstrução (C) ocorrem em 46 XX. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Mulher de 82 anos, sem história prévia de hipertensão, comparece à consulta preocupada porque aferiu a pressão na farmácia há 1 semana e estava em 146 x 86 mmHg. Em outra aferição, há 2 semanas, na unidade de saúde, a pressão estava em 144 x 88 mmHg. No momento da consulta, a pressão está em 148 x 88 mmHg. Não apresenta sintomas nem está em acompanhamento de outros agravos neste momento. Qual é a abordagem adequada nesse caso?

- A. Referenciar ao cardiologista para um manejo específico.
- B. Solicitar holter 24 horas e ecocardiograma para ampliar a avaliação.
- C. Prescrever losartana 50 mg, 1 comprimido à noite, com monitoramento da pressão arterial na unidade.

D. Realizar uma conduta expectante, sem necessidade de medicamentos, com monitoramento de pressão arterial na unidade. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE 5 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres medidas entre 140-149 x 86-90 mmHg em idosa de 82 anos, assintomatica e sem lesao de orgao-alvo: hipertensao estagio 1 de baixo risco, em que a primeira conduta e nao medicamentosa com monitoramento (idealmente MAPA/MRPA, dado o efeito do jaleco branco). Iniciar losartana de imediato (C) expoe a idosa fragil a hipotensao e quedas; encaminhar ao cardiologista (A) ou pedir holter e eco (B) nao muda o manejo inicial. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Mulher travesti de 28 anos, profissional do sexo, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) em demanda espontânea. Relata relações sexuais frequentes com diferentes parceiros, com uso inconsistente de preservativos, principalmente durante relações anais receptivas. Há 2 dias teve uma relação sexual desprotegida com um cliente que se recusou a usar camisinha. Nunca utilizou medicamento para profilaxia pré-exposição (PrEP) ou pós- exposição (PEP) à infecção pelo HIV. Considerando que a paciente está assintomática no momento, qual a melhor estratégia de prevenção?

- A. Prescrever PrEP após resultado não reagente para HIV; indicar PEP após tratamento inicial e orientar rastreamento de ISTs a cada 3 meses.
- B. Oferecer teste rápido para HIV e sífilis; prescrever PrEP de início imediato; orientar sobre as vacinas disponíveis no SUS para seu grupo populacional.

C. Realizar testagem rápida para HIV e sífilis; prescrever PEP mediante resultado não reagente para HIV e programar início da PrEP após término da PEP. ✓

- D. Prescrever PEP e PrEP de forma concomitante; solicitar sorologias para ISTs; agendar retorno para analisar os resultados e revisar adesão ao tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exposicao sexual desprotegida de alto risco ha 48 horas, ou seja, dentro da janela de 72 horas: a prioridade e a PEP, iniciada apos teste rapido nao reagente para HIV. A PrEP nao serve para exposicao ja ocorrida e so deve comecar depois de concluida a PEP, com nova testagem. Prescrever PrEP agora (A/B) deixa a exposicao recente descoberta e arrisca resistencia; PEP e PrEP juntas (D) nao fazem sentido farmacologico. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Mulher de 21 anos comparece à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação de amenorreia há 4 meses, sendo descartada gravidez. Paciente relata que há 10 meses iniciou dieta para perder peso, tendo emagrecido nesse período aproximadamente 30 kg. Há 2 dias relata desmaio durante prática de exercício físico e, por isso, realizou eletrocardiograma (ECG) que indicou alterações no segmento ST e na onda T. Paciente nega histórico de diagnóstico de transtorno mental, mora sozinha e sua família é de outra cidade. Afirma manter o padrão alimentar, pois ainda quer perder peso. Ao exame físico, apresenta palidez de mucosa e turgor cutâneo diminuído. Altura = 1,63 m; peso = 39 kg (IMC = 14,7 kg/m²); pressão arterial = 80 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 55 bpm e frequência respiratória = 15 irpm. Qual é a conduta adequada nesse momento?

A. Solicitar internação em enfermaria de clínica médica. ✓

- B. Encaminhar para internação em enfermaria de saúde mental.
- C. Continuar a investigação para causas da amenorreia na UBS.
- D. Acompanhar em ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPs). ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC 14,7 kg/m², perda de 30 kg, amenorreia, distorção da imagem corporal, hipotensão, bradicardia, síncope ao esforço e alterações de ST-T: anorexia nervosa com instabilidade clínica. Há critério de internação clínica para reidratação, correção hidroeletrólítica, monitorização cardíaca e renutrição vigiada (risco de síndrome de realimentação). Enfermaria psiquiátrica (B), seguimento na UBS (C) ou CAPS (D) não oferecem esse suporte no momento agudo. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Mulher de 65 anos iniciou quadro de lentidão dos movimentos há 6 meses, com dificuldade para amarrar sapatos, abotoar roupas e digitar. Ao caminhar, apresentava passos mais curtos e sensação de instabilidade, com 1 episódio de queda. Concomitantemente apresentou tremores nas mãos, de repouso, associados à rigidez e alteração do padrão do sono. Nega alterações de memória e cognição. Ao exame físico apresentava fácies em máscara, marcha em pequenos passos, frequência cardíaca de 88 bpm com ausculta sem alterações, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, tremores assimétricos na manobra dos braços estendidos, hipertonia em roda dentada. A ressonância nuclear magnética realizada há 2 semanas constatou atrofia cerebral compatível com a idade. O tratamento medicamentoso inicial recomendado para o caso clínico será

A. levodopa e carbidopa. ✓

B. donepezila e memantina.

C. propranolol e amantadina.

D. atorvastatina e baclofeno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradicinesia com tremor de repouso assimétrico, rigidez em roda dentada, marcha em pequenos passos e fácies em máscara, sem alteração cognitiva e com RM sem outra lesão: doença de Parkinson. Em paciente de 65 anos com incapacidade funcional já instalada, a levodopa associada a carbidopa e o tratamento inicial mais eficaz. Donepezila e memantina (B) tratam demência; propranolol (C) e para tremor essencial (postural e simétrico); atorvastatina e baclofeno (D) não tem qualquer papel no parkinsonismo. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

A violência contra adolescentes pode ter várias causas e atores. Os sinais que demonstram essas ações podem ser indiretos, mas devem ser observados pelos profissionais da saúde. Assinale a alternativa com a situação em que se deve notificar o Conselho Tutelar.

A. Manuel, 15 anos, abandonado pelos pais e sob os cuidados de uma família acolhedora, apresenta febre, vômitos, petéquias que evoluem para púrpuras em MMII e SS, rigidez de nuca e história vacinal desconhecida.

B. Michele, 13 anos, está morando temporariamente com os tios enquanto a mãe faz um curso no exterior. Há 1 mês vem apresentando equimoses em face, pernas, coxas, em vários estágios de evolução, e evita falar sobre o fato. ✓

C. Felipe, 11 anos, acolhido em um abrigo desde os 9 anos, há 3 dias está mais recolhido no seu quarto e dorme quase o tempo todo. Apresenta febre, muita dor no corpo e retro-orbitária, sangramento gengival quando escova os dentes e petéquias pelo corpo.

D. Edilene, 16 anos, que cumpre medidas socioeducativas em uma instituição do Estado, apresenta várias equimoses nos membros superiores e inferiores, além do tronco. Refere também suores noturnos, febre inexplicada, perda de peso e linfonodos aumentados de tamanho em região cervical, supraclavicular e inguinal bilateralmente. ÁREA LIVRE 6

COMENTÁRIO OSCELABS

A notificação ao Conselho Tutelar se impõe diante de suspeita de violência, não de doença. Equimoses em face e membros, em estágios diferentes de evolução, em adolescente que evita falar sobre o assunto e está sob guarda temporária, e o quadro clássico de maus-tratos. As demais opções têm explicação orgânica: meningococcemia (A), dengue (C) e sintomas B com linfonodomegalia sugerindo linfoma (D). Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Paciente do sexo feminino, 27 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com história de dor abdominal, com início em epigástrio há dois dias, contínua, sem fatores de melhora, associada a náuseas e perda de apetite, evoluindo para dor em fossa ilíaca direita há 1 dia e febre de 38,2 °C no dia do atendimento. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações regulares. Relata que a última menstruação foi há 23 dias, e apresenta ciclos regulares de 28 dias. Exame físico: regular estado geral, corada, desidratada +/4+, eupneica, anictérica, acianótica; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; ruídos hidroaéreos diminuídos, descompressão brusca dolorosa em quadrante inferior de abdome à direita. Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 10,7 g/dL 11,5 a 15,5 g/dL Hematócrito 37% 38 a 52% Leucócitos totais 13.400/mm³ 4.000 a 11.000/mm³ Bastonetes 7% 0 a 5% Urina 25 leucócitos/campo -- Hemácias 8 hemácias/campo -- Beta-hCG sérico negativo -- Considerando o diagnóstico mais provável, a conduta adequada é

- A. iniciar antibioticoterapia empírica até resultado de exame de urocultura.
- B. realizar tomografia computadorizada de abdome e iniciar metotrexato.
- C. iniciar antibioticoterapia empírica e acompanhamento ambulatorial.

D. realizar ultrassonografia de abdome e solicitar parecer cirúrgico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor que migra do epigastrio para a fossa ilíaca direita, anorexia, febre, leucocitose com desvio e descompressão brusca dolorosa: apendicite aguda. Beta-hCG negativo afasta gestação ectópica e a leucocitúria e reação de vizinhança, não ITU. A conduta é confirmar com imagem (USG e o primeiro exame em mulher jovem) e acionar a cirurgia. Antibiótico isolado (A/C) atrasa a apendicectomia; metotrexato (B) trata ectópica, aqui excluída. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Múltipara, 37 semanas, obesa, apresentando diabetes mellitus gestacional controlada com insulina NPH e regular. Evoluiu para parto normal, e o recém-nascido pesou 3.300 g. A conduta no puerpério imediato deve ser

- A. suspender insulinoterapia. ✓**
- B. iniciar hipoglicemiante oral.
- C. manter insulina NPH em 1/3 da dose da gravidez.
- D. manter insulinoterapia com a dosagem do pré-natal. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O diabetes mellitus gestacional decorre da resistência insulínica induzida pela placenta; com a dequitação, essa resistência desaparece em horas. Por isso a conduta no puerpério imediato é suspender a insulina e apenas monitorar a glicemia, reclassificando a paciente com teste de tolerância à glicose entre 6 e 12 semanas pós-parto. Manter insulina (C/D) ou iniciar hipoglicemiante oral (B) expõe a puerpera a hipoglicemia. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Homem de 34 anos se dirige à Unidade Básica de Saúde (UBS) com febre (38,5 °C), dores de moderada intensidade e manchas no corpo há 3 dias. No dia da consulta, iniciou com dores abdominais e vômitos incontrolláveis. Exame físico: prostrado, mucosas coradas, extremidades bem perfundidas. Pressão arterial de 120 x 80 mmHg; frequência respiratória de 16 irpm; frequência cardíaca de 80 bpm. Leve dor à palpação abdominal, sem outras alterações. Qual a hipótese diagnóstica e o manejo, respectivamente?

- A. Dengue grupo B. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; realizar acompanhamento domiciliar após exames.
- B. Dengue grupo C. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e anticorpo IgM; realizar acompanhamento ambulatorial após exames.

C. Dengue grupo C. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; manter em leito de observação até estabilização. ✓

- D. Dengue grupo B. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas, antígeno NS1 e anticorpo IgM; manter em leito de observação até estabilização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, exantema e mialgia com surgimento de dor abdominal intensa e vômitos persistentes: são sinais de alarme, o que classifica o caso como dengue grupo C, mesmo com sinais vitais ainda normais. A conduta e hidratação parenteral imediata (10 mL/kg na primeira hora), sintomáticos e observação em leito até estabilização, com hemograma e NS1 (antígeno útil até o 5º dia; o IgM ainda não positivaria no 3º dia). Grupo B (A/D) subestima o risco. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Homem de 48 anos, auxiliar de pedreiro, procura Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor lombar iniciada há 3 semanas, de instalação insidiosa, sem irradiação. Relata que a dor piora ao final do dia e melhora parcialmente com repouso e uso de paracetamol. Nega perda de peso, febre, traumas, incontinência ou fraqueza nos membros inferiores. Ao exame físico, apresenta dor à palpação paravertebral em região lombar, sem alterações neurológicas. Com base na história clínica e no exame físico, qual o próximo passo na condução desse caso?

- A. Solicitar ressonância magnética da coluna lombar e encaminhar para a ortopedia.
- B. Solicitar radiografia lombar, prescrever corticoide oral e agendar o retorno após 10 dias.
- C. Orientar repouso, fornecer atestado de 7 dias e otimizar a analgesia com antidepressivo tricíclico.

D. Explicar a natureza benigna, orientar analgesia e atividade física leve, com reavaliação em 4 a 6 semanas. ÁREA LIVRE 7 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia mecânica de 3 semanas, sem nenhuma bandeira vermelha (sem febre, perda de peso, trauma, déficit ou disfunção esfíncteriana): e lombalgia inespecífica. A conduta é explicar a natureza benigna e autolimitada, manter analgesia simples e atividade física leve, reavaliando em 4 a 6 semanas. Imagem precoce (A/B) só gera achados incidentais e mais intervenção; repouso e atestado prolongado (C) pioram o prognóstico funcional. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

“Internações sem consentimento aumentam na Cracolândia, em meio a denúncias de agressões”.

ZYLBERKAN, M.; KRUSE, T. Folha de S. Paulo, 3 jul. 2024. Notícias como esta têm se tornado frequentes em jornais brasileiros nos últimos anos. Alguns municípios têm criado leis locais próprias para as internações involuntárias que muitas vezes contradizem as leis federais sobre o tema. Sobre a internação involuntária no Brasil, é correto afirmar que

A. a internação involuntária é determinada, de acordo com a legislação, pela Justiça.

B. é autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina. ✓

C. no prazo de 15 dias, a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Federal.

D. o término da internação involuntária ocorrerá por solicitação do Ministério Público Municipal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Lei 10.216/2001, a internação involuntária é aquela feita sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro, e quem a autoriza é o médico registrado no CRM, que se responsabiliza tecnicamente. A internação compulsória, sim, é determinada pela Justiça (A). A comunicação ao Ministério Público estadual deve ocorrer em até 72 horas, não 15 dias (C), e o término se dá por decisão médica ou solicitação do familiar/responsável (D). Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Homem de 68 anos, em tratamento crônico irregular de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e fibrilação atrial, é admitido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de rebaixamento do nível de consciência e déficit neurológico do lado esquerdo, de predomínio braquiofacial. Segundo o acompanhante, o paciente tinha ido se deitar havia 90 minutos, sem qualquer sintoma antes de ser encontrado com o transtorno observado. Foi levado ao hospital, onde deu entrada 30 minutos após constatado o déficit focal. Ao exame físico, paciente com 9 pontos na escala de coma de Glasgow modificada, exibindo hemiparesia acentuada à esquerda, pressão arterial de 170 x 100 mmHg em ambos os membros superiores, com ritmo cardíaco irregular, frequência cardíaca média de 96 bpm. Não há outras alterações expressivas ao exame físico. Glicemia capilar de 285 mg/dL; demais exames laboratoriais não revelam anormalidades. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste revela área de atenuação de densidade em cerca de 40% do território da artéria cerebral média direita, cujo laudo é obtido cerca de 3 horas após o último momento em que o paciente foi visto sem déficits. O médico da unidade explica ao acompanhante que, apesar dos potenciais benefícios da terapia trombolítica em pacientes com acidente vascular encefálico isquêmico, o paciente apresenta contraindicação em função de

A. apresentar extensão de isquemia superior a 1/3 do território da artéria cerebral média acometida. ✓

B. haver decorrido período de tempo superior ao limite máximo tolerável desde o início do déficit.

C. evoluir com glicemia acima de 200 mg/dL com intervalo maior que 2 horas pós-prandial.

D. ter níveis pressóricos superiores aos permitidos para o uso do fármaco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre as contraindicações ao trombolítico no AVC isquêmico está a hipodensidade precoce extensa, acima de um terço do território da artéria cerebral média, pelo alto risco de transformação hemorrágica. O tempo ainda estaria na janela de 4,5 horas (B); hiperglicemia só contraindica se menor que 50 mg/dL ou muito elevada com outro diagnóstico, não neste patamar (C); e PA de 170 x 100 mmHg está abaixo do limite de 185 x 110 mmHg (D). Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Menino de 6 anos é levado à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de fimose. Mãe relata balanopostites frequentes, sendo o primeiro episódio com 1 ano de vida. Nega infecções do trato urinário. Ao exame físico, apresenta prepúcio cobrindo toda a glândula que, quando tracionado, expõe meato uretral e anel fibrótico prepucial. Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- A. Trata-se de fimose fisiológica, necessitando de exercícios de redução e higiene do prepúcio.
- B. Há indicação cirúrgica na adolescência, pois já está apresentando exposição de meato uretral.
- C. Há indicação cirúrgica, pois a criança apresenta balanopostites recorrentes com fibrose prepucial. ✓**
- D. Indica-se uso de creme de betametasona e hialuronidase por 4 semanas, uma vez que apresenta exposição de meato uretral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prepúcio não retrátil com anel fibrótico e balanopostites de repetição caracterizam fimose patológica (cicatricial), e não a aderência fisiológica do lactente. Diante da fibrose e das infecções recorrentes há indicação cirúrgica agora, sem esperar a adolescência (B). Exercícios de retração (A) são contraindicados em anel fibrótico, e o corticoide tópico (D) só funciona na fimose sem fibrose. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Mulher de 72 anos foi atendida em hospital de médio porte. Relatava emagrecimento e dor abdominal com irradiação para região dorsal há 3 meses; há 1 mês a urina ficou mais escura, começou a apresentar prurido cutâneo intenso e icterícia em escleras. Ao exame físico, encontrava-se icterica +++/4+, emagrecida; exame do abdome com fígado palpável abaixo da borda costal direita, assim como uma massa bem definida, de consistência cística, não dolorosa em hipocôndrio direito. Nesse caso, o mais adequado é solicitar

- A. ultrassonografia para avaliar colecistite crônica calculosa.
- B. tomografia computadorizada para avaliar vias biliares e pâncreas. ✓**
- C. colangiopancreatografia por ressonância para avaliar coledocolitíase.
- D. biópsia percutânea com agulha da massa palpada para avaliar neoplasia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ictérica progressiva, colestase (colúria e prurido), emagrecimento e vesícula palpável indolor em idosa e o sinal de Courvoisier-Terrier: obstrução biliar maligna distal, tipicamente tumor de cabeça de pâncreas ou periampular. A tomografia com contraste e o exame que avalia simultaneamente pâncreas, vias biliares e estadiamento. USG (A) é limitada para pâncreas; colangiorressonância (C) presume litíase, que raramente é indolor; biópsia percutânea (D) não é o primeiro passo. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Paciente G5P3C1, 35 anos, idade gestacional de 15 semanas por ecografia realizada com 8 semanas, hipertensa crônica em uso de enalapril, antecedente de pré-eclâmpsia. Comparece à consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com pressão arterial de 140 x 90 mmHg. Qual é a conduta medicamentosa indicada para essa paciente?

- A. Captopril, varfarina e ácido acetilsalicílico.
- B. Furosemida, varfarina e carbonato de cálcio.
- C. Losartana, enoxaparina e carbonato de cálcio.
- D. Alfa-metildopa, ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE 8 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensa crônica gestante com antecedente de pre-eclâmpsia. IECA, BRA (A/C) e cumarínicos são teratogênicos e devem ser suspensos; o anti-hipertensivo seguro na gestação é a alfametildopa. Além disso, o antecedente de pre-eclâmpsia indica profilaxia com AAS em dose baixa e suplementação de cálcio, ambas iniciadas idealmente antes de 16 semanas. Furosemida (B) reduz volemia e não é primeira linha. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Homem de 48 anos busca atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) para reiniciar tratamento para tuberculose. Paciente refere que iniciou o tratamento poliquimioterápico há 6 meses, quando foi diagnosticado com tuberculose; porém, há 2 meses, interrompeu o acompanhamento na sua unidade de origem devido ao uso de substâncias psicoativas. Ele se mudou para o território da unidade há 15 dias e foi visitado pelo agente comunitário, que o orientou a procurar atendimento médico para avaliação e retomada do tratamento. Foram solicitados, inicialmente, o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), baciloscopia de escarro e radiografia de tórax. Qual a conduta adequada para esse caso?

- A. Se o TRM-TB for positivo, sem resistência à rifampicina, e a baciloscopia for negativa, reiniciar o esquema básico.
- B. Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, reiniciar o esquema básico, desde que a resistência à rifampicina seja positiva.
- C. Se o TRM-TB for negativo e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura. ✓**
- D. Se o TRM-TB for positivo, com resistência à rifampicina, e a baciloscopia for positiva, solicitar cultura de escarro com teste de sensibilidade e reiniciar o esquema básico enquanto se aguarda a cultura.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste rápido molecular detecta DNA de micobactéria e pode permanecer positivo após tratamento prévio, mas também pode vir negativo com baciloscopia positiva. Nesse cenário, em paciente com tratamento anterior interrompido, a conduta é reiniciar o esquema básico sem atraso e simultaneamente solicitar cultura com teste de sensibilidade, já que o risco de resistência é maior. Resistência à rifampicina detectada (D) obrigaria esquema especial, não o básico. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Uma instituição de saúde está pesquisando um novo teste de triagem para hanseníase, com sensibilidade de 92% e especificidade de 65%, aplicado em uma população com baixa prevalência da doença. Nesse contexto, é correto afirmar que

- A. quase todos os testes positivos indicarão verdadeiros casos de hanseníase, diante da elevada sensibilidade do teste.
- B. o número de falsos-positivos será elevado, devido à baixa especificidade do teste e à baixa prevalência da doença. ✓**
- C. o número de falsos-negativos será elevado, reduzindo a capacidade do teste em detectar casos reais.
- D. a elevada sensibilidade do teste o torna ideal para a confirmação do diagnóstico de hanseníase. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O valor preditivo positivo depende da prevalência. Com especificidade de apenas 65% e doença rara na população, a maior parte dos testes positivos será falso-positivo, mesmo com sensibilidade alta. A alta sensibilidade serve para EXCLUIR doença (poucos falso-negativos), e não para confirmar (A/D); e por isso mesmo os falso-negativos serão poucos, não muitos (C). Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Mulher de 52 anos chega ao acolhimento de Unidade Básica de Saúde (UBS), muito chorosa, e relata: “Estou com dificuldade para dormir, não tenho comido direito, desde o ocorrido ... é o meu filho, sabe ... ele morreu há 3 dias ... e a dor no meu coração está muito forte, quase insuportável”. A paciente chora copiosamente e diz que sonha com uma pessoa gritando o nome de seu filho, lembrando o momento em que o tinha encontrado na rua, vítima de atropelamento. Após o primeiro acolhimento, ela fica um pouco mais calma, relatando que não pensa em se matar, que nunca tinha sido atendida por psiquiatra ou tomado medicamentos antes, mas que nesse momento precisa de muita ajuda. Diante do caso, qual a conduta adequada?

- A. Prescrever inibidor de recaptação de serotonina para alívio dos sintomas depressivos e ansiosos.
- B. Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para seguimento
- C. Encaminhar para psicologia na atenção secundária para ofertar terapia psicanalítica breve.
- D. Acompanhar longitudinalmente para observação e ofertar apoio pela equipe da UBS. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Reação de luto há 3 dias, com sofrimento intenso porém sem ideia suicida, sem sintomas psicóticos e sem episódio depressivo estruturado: é uma reação esperada, não um transtorno mental. A conduta é acolher e acompanhar longitudinalmente na própria UBS, reavaliando se o quadro se prolongar ou se surgirem sinais de depressão. Antidepressivo (A), CAPS (B) ou encaminhamento à atenção secundária (C) medicalizam precocemente o luto. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Mulher de 86 anos é levada pela filha à consulta no ambulatório de clínica médica, com queixa de quedas frequentes. A paciente tem diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, depressão, déficit cognitivo leve e constipação intestinal. Está em uso de losartana, hidroclorotiazida, atenolol, metformina, gliclazida, rosuvastatina, escitalopram, donepezila e lactulose. Segundo a filha da paciente, as quedas ocorrem em diversos horários do dia, mais frequentemente na madrugada, ao se levantar para ir ao banheiro. Ao exame físico, a idosa apresenta leve bradipsiquismo e sinais de sarcopenia; pressão arterial do membro superior direito de 138 x 92 mmHg, quando deitada, e 110 x 70 mmHg, quando sentada. O plano terapêutico apropriado ao contexto desse caso deve incluir

- A. sugerir avaliação oftalmológica para investigação de catarata.
- B. encaminhar ao neurologista para investigar a presença de disautonomia.
- C. rever a polifarmácia para reduzir fármacos indutores de hipotensão arterial. ✓**
- D. adicionar fármaco capaz de elevar os níveis tensionais, como a fludrocortisona. ÁREA LIVRE 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Quedas em idosa polimedicada, mais frequentes ao levantar de madrugada, com queda de 28 mmHg na sistólica ao mudar de posição: hipotensão postural iatrogena. Ela usa simultaneamente losartana, hidroclorotiazida e atenolol, além de escitalopram e donepezila (que somam risco). O plano correto é desprescrever. Investigar catarata (A) ou disautonomia (B) não ataca a causa evidente, e fludrocortisona (D) acrescenta droga e piora a hipertensão supina. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Menino, 10 anos, morador de área urbana, está em avaliação no pronto-atendimento por apresentar dor em cotovelo direito há 1 dia. Há 1 semana, iniciou quadro de febre de 38,5 °C, 1 a 2 picos ao dia, associada à dificuldade de deambular devido ao joelho direito apresentar-se “doloroso e inchado”. Após 4 dias, percebeu melhora da dor no joelho, porém o tornozelo direito começou a ficar “inchado e um pouco avermelhado”, doloroso, com melhora em 2 dias. Há 3 semanas, havia se queixado de dor de garganta. Sem outras queixas. Nega contato com animais domésticos. No momento do atendimento, está com dificuldade para movimentar o cotovelo direito por causa da dor e do edema, frequência cardíaca de 110 bpm e 2 bulhas rítmicas normofonéticas, com sopro sistólico de 3+/6+. Restante do exame físico sem anormalidades. Considerando o quadro clínico apresentado, o agente etiológico e o tratamento de escolha são, respectivamente,

- A. Borrelia burgdorferi; doxiciclina.
- B. Staphylococcus aureus; oxacilina.
- C. Treponema pallidum; penicilina G benzatina.

D. Streptococcus pyogenes; penicilina G benzatina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite migratoria de grandes articulações, febre e sopro cardíaco novo três semanas após faringite: febre reumática, desencadeada pelo Streptococcus pyogenes (estreptococo beta-hemolítico do grupo A) por mimetismo molecular. O tratamento inclui erradicação do estreptococo com penicilina G benzatina e, a seguir, profilaxia secundária regular. Doença de Lyme (A) e artrite séptica estafilocócica (B) não migram dessa forma. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Homem de 58 anos deu entrada no pronto-socorro com dor epigástrica irradiada para as costas, iniciada há 2 horas, progressiva, pós-prandial, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Relata episódios semelhantes no último ano, que melhoraram com uso de analgésico. Tabagista ativo, alcoolista de 8 doses de destilado por dia há 33 anos, nega comorbidades. Exame físico: corado, acianótico, anictérico, sudoreico, fácies de dor, agitado. Índice de massa corporal de 23 kg/m²; pressão arterial de 150 x 90 mmHg; frequência cardíaca de 74 bpm; frequência respiratória de 18 irpm; temperatura axilar de 37 °C. Abdome globoso, distendido, timpânico, peristalse presente, doloroso à palpação do epigástrio e hipocôndrio esquerdo. Os exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência Hematócrito 46% 36 a 46% Hemoglobina 15,0 g/dL 12,0 a 15,0 g/dL Leucócitos 12.000/mm³ 4.000 a 10.000/mm³ Glicose 120 mg/dL 70 a 99 mg/dL Bilirrubina total 1,2 mg/dL 0,3 a 1,3 mg/dL Ureia 38 mg/dL 15 a 40 mg/dL Cálcio 8,9 mg/dL 8,7 a 10,2 mg/dL Amilase 35 U/L 20 a 96 U/L Lipase 12 U/L 3 a 43 U/L Fosfatase alcalina 81 U/L 33 a 96 U/L LDH 127 U/L 100 a 190 U/L TGO 36 U/L 5 a 40 U/L Qual é o provável diagnóstico?

- A. Colangite aguda.
- B. Colecistite aguda.
- C. Doença ulcerosa péptica.

D. Pancreatite crônica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista pesado há mais de 30 anos, com episódios repetidos de dor epigástrica irradiada para o dorso, desencadeada pela alimentação: doença pancreática crônica. A chave é que amilase e lipase estão NORMAIS, o que fala contra pancreatite aguda e a favor de pancreatite crônica agudizada (na doença crônica o parênquima fibrosado já não libera enzimas). Bilirrubinas, FA e transaminases normais afastam colangite (A) e colecistite (B). Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Primigesta de 29 anos, com 41 semanas de gestação e pré-natal de risco habitual, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de rotina. Ela está preocupada com a duração da gravidez e deseja saber quais serão os próximos passos. A paciente está assintomática, relata movimentação fetal presente, e o exame físico está normal para a idade gestacional. Perfil biofísico fetal realizado há 1 dia encontra-se dentro da normalidade. Considerando o quadro clínico apresentado e a idade gestacional, a conduta é

- A. orientar repouso domiciliar, com planejamento da indução do parto após 42 semanas.
- B. solicitar dopplervelocimetria obstétrica para avaliar o bem-estar fetal e planejar o manejo com base no resultado.
- C. realizar amnioscopia para verificar a presença de mecônio no líquido amniótico e planejar o manejo com base no resultado.

D. solicitar perfil biofísico fetal e cardiotocografia a cada 2 a 3 dias e planejamento da indução do parto até 41 semanas e 6 dias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação de 41 semanas com vitalidade fetal preservada e considerada pos-termo iminente: o risco de insuficiência placentária e de mecônio cresce a partir daqui. A conduta e vigilância fetal seriada (perfil biofísico e cardiotocografia a cada 2 a 3 dias) e programar a indução até 41 semanas e 6 dias, sem esperar 42 semanas (A). Doppler (B) avalia insuficiência placentária, não pos-datismo; amnioscopia (C) está em desuso. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Homem de 21 anos, portador de diabetes mellitus tipo 1, diagnosticado há 5 anos, foi levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido à dor abdominal, náuseas e vômitos. Familiares informam que está sem utilizar insulina há 3 dias por dificuldades financeiras. No exame físico, encontra-se torporoso, desidratado, com hálito cetótico e dor abdominal à palpação profunda de forma generalizada. Ao exame, frequência cardíaca de 112 bpm; frequência respiratória de 38 irpm; pressão arterial de 110 x 70 mmHg. Os exames laboratoriais na admissão indicam: Exame Resultado Valor de referência Glicemia 472 mg/dL 60 a 100 mg/dL Gasometria arterial pH de 7,2 7,35 a 7,45 Bicarbonato 10 mEq/L 22 a 26 mEq/L Creatinina 1,6 mg/dL 0,7 a 1,3 mg/dL Potássio sérico 3,0 mEq/L 3,5 a 5,5 mEq/L O diagnóstico e a conduta inicial indicada para esse paciente são, respectivamente,

- A. pancreatite aguda; iniciar dieta oral zero.
- B. estado hiperosmolar hiperglicêmico; iniciar insulino terapia.

C. cetoacidose diabética; prescrever solução fisiológica a 0,9 por cento. ✓

- D. insuficiência renal aguda; prescrever bicarbonato de sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético tipo 1 sem insulina há 3 dias, com hiperglicemia, pH 7,2, bicarbonato 10 e cetose: cetoacidose diabética. O primeiro passo, antes da insulina, é a reposição volêmica com soro fisiológico a 0,9%, que já reduz a glicemia e restaura a perfusão. Além disso, o potássio está em 3,0 mEq/L, e insulina com K menor que 3,3 pode precipitar arritmia fatal. Bicarbonato (D) só se pH menor que 6,9. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Recém-nascido de 14 dias, hipoativo e com desconforto respiratório, é levado para avaliação na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Antecedentes obstétricos: não foi realizado pré-natal e o parto ocorreu a termo no domicílio. Exame clínico: hipoativo e pouco responsivo, hipocorado, cianótico. Aparelho respiratório: 70 irpm com tiragem subcostal. Murmúrio vesicular diminuído bilateralmente. Saturação de O₂ em ar ambiente de 82%. Aparelho cardiovascular: pulsos débeis, tempo de perfusão capilar de 5 segundos. Frequência cardíaca de 160 bpm, com ritmo cardíaco regular. Abdome globoso, com fígado a 2,5 cm do rebordo costal direito, presença de halo de hiperemia e edema em torno do coto umbilical. O diagnóstico e as condutas adequadas são, respectivamente,

- A. choque cardiogênico; manter suporte ventilatório, evitar excesso de volume intravascular devido a risco de piora, administrar fármacos vasoativos e prostaglandina E1.
- B. choque neurogênico; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção e administrar corticoide endovenoso.
- C. choque obstrutivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico e corrigir rapidamente a causa subjacente com decompressão torácica com agulha.
- D. choque distributivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção, administrar antibióticos e fármacos vasoativos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido de 14 dias, sem pre-natal e parto domiciliar, com hiperemia e edema periumbilical: onfalite evoluindo para sepse neonatal tardia. O padrao hemodinamico e de choque distributivo (septico). A conduta e via aerea/suporte ventilatorio, expansao rapida com cristalóide isotônico, antibiotico precoce e droga vasoativa se refratario. Choque cardiogenico (A) restringiria volume; obstrutivo (C) exigiria pneumotorax, nao presente. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Parturiente de 29 anos, sem comorbidades, esteve em trabalho de parto por 8 horas e evoluiu para parto vaginal. Após 10 minutos do desprendimento do feto, ainda não se observou a expulsão da placenta. A paciente está estável e sem sinais de hemorragia. Diante do quadro apresentado, a conduta a ser adotada é

- A. aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem intervenções adicionais, e observar sinais de separação.
- B. realizar tração controlada do cordão umbilical, enquanto se estabiliza o útero com a mão suprapúbica. ✓**
- C. iniciar curagem placentária, devido ao tempo transcorrido sem desprendimento placentário.
- D. administrar uterotônico adicional e realizar massagem uterina para auxiliar a dequitação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dez minutos apos o desprendimento fetal sem dequitacao, com paciente estavel: aplica-se o manejo ativo do terceiro periodo, que consiste em tracao controlada do cordao associada a contra-tracao suprapubica no utero. Apenas aguardar (A) prolonga o risco de hemorragia; curagem manual (C) e indicada apos 30 minutos ou se sangramento; e o uterotonico ja e parte do manejo, mas isolado (D) nao promove a extracao. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Paciente de 27 anos, em regime fechado em penitenciária, queixa-se de tosse há 2 semanas. Considerando a situação na qual se encontra esse paciente, o médico de família e comunidade deve

- A. encaminhar para internação clínica, objetivando rapidez no diagnóstico e garantia da segurança.
- B. solicitar radiografia de tórax, pesquisa laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* e garantir o tratamento em caso de positividade. ✓**

- C. solicitar internação social, a fim de garantir tratamento supervisionado, observado diretamente por 6 meses, caso seja confirmada a tuberculose.
- D. aguardar evolução, com uso de sintomáticos; caso a tosse persista por mais de 3 semanas, proceder à investigação diagnóstica de tuberculose. 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Pessoa privada de liberdade e população de altíssima vulnerabilidade para tuberculose, e nesse grupo o rastreamento é ativo: tosse por 2 semanas (ou mesmo qualquer tosse, em busca ativa periódica) já obriga investigação imediata com radiografia de tórax e pesquisa laboratorial (TRM-TB/baciloscopia), com tratamento garantido e supervisionado se positivo. Esperar 3 semanas (D) perpetua a transmissão em ambiente confinado. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Homem de 32 anos apresenta quadro de dor lombar crônica de início insidioso, com duração aproximada de 6 meses, que piora pela manhã e melhora com o movimento. Refere rigidez matinal, principalmente nas regiões lombar e sacroilíaca, com duração de mais de 30 minutos, com dor nas articulações sacroilíacas e sensação de fadiga durante as últimas semanas. Não há histórico de trauma. A história familiar é positiva para doenças reumatológicas, mas o paciente desconhece diagnósticos específicos. O painel de autoanticorpos apresenta: Anticorpo antinuclear (ANA) Positivo Título 1:80 Padrão homogêneo/difuso Anticorpo anti-DNA dupla hélice Negativo Antígeno leucocitário humano B27 (HLA-B27) Positivo Fator reumatoide Negativo Anticorpo anti-CCP Negativo Anticorpo anti-Ro Negativo Anticorpo anti-La Negativo Com base no caso clínico e nos exames laboratoriais apresentados, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Artrite reativa.
- B. Artrite psoriática.
- C. Espondilite anquilosante. ✓**
- D. Lúpus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia inflamatória em homem jovem (mais de 3 meses, pior pela manhã, melhora com o movimento, rigidez matinal acima de 30 minutos) com dor sacroilíaca e HLA-B27 positivo define espondiloartrite axial/espondilite anquilosante. FAN 1:80 e achado inespecífico, e o anti-DNA negativo afasta lúpus (D). Artrite reativa (A) exigiria infecção prévia e artrite periférica; psoriática (B), lesões cutâneas ou ungueais. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Adolescente de 12 anos, sexo feminino, é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) para verificar se suas vacinas estão atualizadas. Até os 8 anos, todas as vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o biênio 2024-2025 foram feitas, sendo que tomou 1 dose da vacina contra febre amarela aos 9 meses. Nesse momento, deve receber as vacinas

- A. HPV, reforço da hepatite B e dT.
- B. reforço da hepatite B, dT e SCR.
- C. HPV, meningocócica ACWY e febre amarela. ✓**
- D. SCR, meningocócica ACWY e febre amarela. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 12 anos, o calendário prevê HPV quadrivalente, meningocócica ACWY (dose para adolescentes) e o reforço/segunda dose de febre amarela, já que a paciente só recebeu a dose dos 9 meses e o esquema exige uma dose adicional após os 4 anos. A hepatite B não tem reforço de rotina (A/B/C), a dT só aos 14-15 anos após o esquema básico e a triplice viral já estava completa. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Paciente masculino, 36 anos, é tabagista e trabalha como ascensorista. Procura atendimento no ambulatório queixando-se de tosse seca, persistente por mais de 3 semanas, acompanhada de febre vespertina, dificuldade respiratória durante esforços e dor infraescapular à esquerda. Exame físico: bom estado geral, orientado, emagrecido, descorado, hidratado, afebril. Ausculta cardíaca sem alterações; ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares diminuídos e percussão maciça em base do tórax à esquerda. Com base no diagnóstico provável, quais são, respectivamente, o exame complementar e a conduta adequada ao caso?

- A. Ressonância magnética; programação cirúrgica.
- B. Tomografia de tórax; lobectomia segmentar.
- C. Tomografia de tórax; drenagem de tórax.

D. Ultrassonografia; toracocentese. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse seca por mais de 3 semanas, febre vespertina, emagrecimento e, ao exame, macicez com murmúrio abolido em base esquerda: derrame pleural, provavelmente tuberculoso. O primeiro exame é a ultrassonografia, que confirma e quantifica o líquido e guia a punção, e a conduta é a toracocentese diagnóstica (ADA, celularidade, cultura). Drenagem (C) só se empiema; lobectomia (B) e cirurgia (A) não têm indicação. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e história recente de trombose venosa, apresenta ciclos menstruais prolongados de 8 a 10 dias, com intenso sangramento e cólicas fortes, busca orientação sobre métodos contraceptivos. Considerando os critérios de elegibilidade para uso de anticoncepção e o quadro clínico, qual é a melhor opção de contracepção?

- A. DIU de cobre.
- B. DIU de levonorgestrel. ✓**
- C. Anticoncepcional injetável mensal.
- D. Pílula anticoncepcional combinada contínua.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lúpus com trombose venosa recente aponta para síndrome antifosfolípide: qualquer método com estrogênio (D) ou com alta carga hormonal sistêmica está contraindicado (categoria 4). Como a paciente também tem sangramento menstrual intenso e dismenorria, o DIU de levonorgestrel é a melhor escolha: reduz o fluxo, é seguro na trombofilia e altamente eficaz. O DIU de cobre (A) é seguro mas agravaria o sangramento; injetável mensal (C) contém estrogênio. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Homem de 55 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus, foi em consulta de rotina em Unidade Básica de Saúde (UBS) levando exames laboratoriais solicitados pelo médico na consulta anterior. Faz uso de metformina 850 mg, 3 vezes ao dia, e glicazida 30 mg, 1 vez ao dia, há mais de 6 meses. Os exames laboratoriais atuais apresentam hemoglobina glicada de 9,5% e creatinina sérica de 0,8 mg/dL. Qual das condutas é a mais adequada para o seguimento desse caso?

- A. Suspender os medicamentos orais, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea pela manhã e 20 UI à noite. Monitorar a glicemia pré-prandial, e, quando estiver controlada, medir a glicemia pós-prandial para avaliação da introdução da insulina regular.
- B. Aumentar a glicazida para 60 mg ao dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, repetir exames em 1 mês. Iniciar insulina se estiverem alterados; pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno.
- C. Manter a dose de metformina e glicazida, iniciar insulina NPH 10 UI subcutânea à noite, associada à monitorização glicêmica de jejum. Ajustar 2 a 3 UI a cada 2 a 3 dias, até atingir a meta da glicemia de jejum. ✓**
- D. Trocar a glicazida por glibenclamida 20 mg por dia, aumentar a metformina para 1 g, 3 vezes ao dia, solicitar novos exames em 1 mês. Pactuar com o paciente a possibilidade de insulinização no retorno. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemoglobina glicada de 9,5% apesar de metformina em dose plena associada a sulfonilureia por mais de 6 meses caracteriza falha de terapia oral dupla. A conduta é adicionar insulina basal (NPH ao deitar, cerca de 10 UI ou 0,1-0,2 UI/kg), MANTENDO os orais, e titular pela glicemia de jejum. Suspender tudo e começar com 30 UI (A) é excessivo; apenas ajustar doses (B) atrasa o controle; glibenclamida 20 mg (D) aumenta hipoglicemia sem ganho. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Homem de 38 anos retorna a ambulatório de clínica médica de um hospital de atenção secundária, onde faz acompanhamento clínico de retocolite ulcerativa. Analisando os exames complementares solicitados na última consulta, o médico atendente observa elevações significativas da fosfatase alcalina e gama-GT, com discreta elevação dos níveis séricos de aminotransferases, sem hiperbilirrubinemia. Questionado, o paciente refere apenas leve desconforto no hipocôndrio direito. Ao exame físico, não há icterícia, febre ou presença de sinal de Murphy. Considerando a doença de base do caso, o exame complementar indicado e seu resultado provável são, respectivamente,

- A. tomografia computadorizada de abdome; lesão tumoral presente ao nível do hilo hepático.
- B. colangiopancreatografia retrógrada endoscópica; presença de litíase impactada no colédoco terminal.
- C. colangiorressonância; múltiplas estenoses intercaladas na árvore biliar, com áreas normais ou dilatadas de permeio. ✓**
- D. ultrassonografia abdominal total; espessamento da parede da vesícula biliar com nodulação no interior, sem sombra acústica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Retocolite ulcerativa com padrão colestatico (FA e gama-GT muito elevadas, transaminases pouco alteradas, sem hiperbilirrubinemia nem sinais de colangite) e a apresentação típica da colangite esclerosante primária. O exame de escolha, não invasivo, e a colangiorressonância, e o achado esperado são estenoses múltiplas alternadas com segmentos normais ou dilatados (aspecto em contas de rosário). CPRE (B) é terapêutica e mais arriscada como primeiro passo. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Mãe de menina de 11 meses em consulta de puericultura, relata que não há queixas específicas no momento e refere que a criança está começando a trocar passos de maneira independente. Apresenta marcos do desenvolvimento anteriores a 11 meses dentro da normalidade e bom ganho pondero-estatural. Gestação e parto sem intercorrências. O reflexo primitivo usualmente presente nessa faixa etária é o

- A. reflexo plantar. ✓**
- B. reflexo de Moro.
- C. reflexo de procura.
- D. reflexo tônico cervical. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 11 meses os reflexos primitivos do período neonatal já devem ter desaparecido: Moro (B) some até 4-6 meses, procura (C) até 4 meses e tônico-cervical assimétrico (D) até 6 meses; a persistência deles nessa idade seria sinal de lesão neurológica. O reflexo cutâneo-plantar, por outro lado, permanece presente (em extensão até cerca de 12-24 meses, pela mielinização incompleta). Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, 23 anos, foi vítima de acidente automobilístico no qual o veículo em que estava colidiu com caminhão. Usava cinto de segurança e foi retirado consciente do carro pela equipe de resgate. Apresentava amnésia anterógrada. Após atendimento pré-hospitalar, o paciente foi levado ao pronto-socorro, sem déficits motores ou sensitivos. No hospital, o médico pede uma tomografia computadorizada de crânio para avaliação. Alguns minutos depois, a equipe de enfermagem solicita avaliação de emergência para o paciente, com necessidade de intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência e anisocoria com pupila esquerda dilatada. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste. Ao considerar a situação clínica do paciente e a imagem tomográfica apresentada, o médico diagnosticou

- A. hematoma subdural agudo, sendo necessário realizar hídantaliação do paciente e aguardar melhora clínica.
- B. contusão cerebral, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle de hipertensão intracraniana.
- C. hematoma epidural, sendo necessário realizar cirurgia de emergência para controle da hipertensão intracraniana. ✓**
- D. hematoma intraparenquimatoso, sendo necessário realizar hídantaliação do paciente e aguardar melhora clínica. ÁREA LIVRE 13

COMENTÁRIO OSCELABS

TCE com lucidez inicial seguida de deterioração neurológica e anisocoria com midríase ipsilateral: intervalo lúcido clássico do hematoma epidural (extradural), por sangramento arterial da menínea média, com herniação uncal em curso. O tratamento é drenagem cirúrgica de emergência; anticonvulsivante e observação (A/D) não tratam o efeito de massa. Contusão (B) não produz esse intervalo lúcido tão definido. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Uma adolescente de 15 anos comparece em consulta ginecológica com a finalidade de iniciar contracepção. Na história patológica pregressa, refere episódios de enxaqueca com aura. Nos antecedentes familiares, relata que a avó materna teve diagnóstico de câncer de mama, sua mãe é hipertensa e sua irmã tem diabetes. O uso do contraceptivo combinado está contraindicado para essa paciente devido ao risco de

- A. câncer de mama.
- B. diabetes mellitus.
- C. acidente vascular cerebral. ✓**

D. hipertensão arterial sistêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enxaqueca com aura e contraindicação absoluta (categoria 4) ao contraceptivo hormonal combinado em qualquer idade, pelo aumento significativo do risco de acidente vascular cerebral isquêmico, efeito somado ao do estrogênio. História familiar de câncer de mama em avó (A), hipertensão materna (D) ou diabetes na irmã (B) não contraindicam o método. A alternativa é um método só de progestágeno. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Ao visitar um idoso acamado de 80 anos, restrito ao lar e dependente em relação às atividades de vida diária, a médica de família e comunidade verificou que ele não havia recebido as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde para os idosos. Ao questionar a filha de 55 anos, principal cuidadora, sobre a vacinação do idoso, ela respondeu que o pai é muito frágil e não iria aguentar os efeitos colaterais, e como ele é restrito ao lar, a família preferiu não vacinar. Assinale a alternativa que inclui, respectivamente, vacinas disponibilizadas no calendário de imunização nacional para o idoso e uma forma de abordar a situação encontrada.

- A. Pneumocócica 23-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra influenza e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Agendar uma nova visita domiciliar com mais membros da família para dialogar sobre a situação. ✓**
- B. Contra influenza e covid-19, anualmente; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra hepatite B, 3 doses; contra herpes-zoster, 2 doses. Fazer denúncia ao Conselho Municipal do Idoso sobre não vacinação do idoso.
- C. Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos; contra influenza e covid-19, anualmente; contra hepatite B, 3 doses. Solicitar que a filha assine um termo de responsabilidade em relação à não vacinação do pai.
- D. Pneumocócica 10-valente, 1 dose, com reforço em 5 anos; contra influenza e covid-19, anualmente; contra herpes-zoster, 2 doses; dupla adulto (dT - contra difteria e tétano), a cada 10 anos. Respeitar a autonomia da filha sobre a vacinação, uma vez que é a cuidadora responsável. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O calendário do idoso no SUS inclui influenza e covid-19 anuais, dT a cada 10 anos, pneumocócica 23-valente (indicada para idosos institucionalizados/acamados, com reforço) e hepatite B em 3 doses; a pneumo 10-valente (C/D) e do calendário infantil. Na abordagem, o correto é ampliar o diálogo com a família sobre riscos e benefícios: denunciar (B), pedir termo de recusa (C) ou simplesmente acatar (D) rompem o vínculo sem esclarecer. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

O vírus Chikungunya é transmitido pelo mosquito *Aedes sp* e foi responsável por grandes epidemias associadas a desfechos clínicos agudos, crônicos e graves. As ações voltadas para o controle do *Aedes sp* incluem medidas como o manejo integrado de vetores, que envolve atividades a serem executadas pela equipe de vigilância do território em um processo cíclico, tais como

- A. levantamento do índice larvário, notificação de vetores infectados e avaliação dos indicadores entomológicos e epidemiológicos.
- B. treinamento da equipe de controle de vetores, uso
- C. vigilância virológica, notificação semanal dos casos suspeitos de Chikungunya em áreas sem transmissão e definição do local provável de infecção.
- D. análise situacional com base em informações epidemiológicas e entomológicas, desenho das operações de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O manejo integrado de vetores não é uma lista de ações isoladas, é um ciclo de gestão: análise situacional a partir de dados epidemiológicos e entomológicos, desenho e planejamento das operações, implementação e, por fim, monitoramento e avaliação, que realimentam a análise. As demais opções citam atividades que são componentes ou consequências (levantamento larvário, mutirões, notificação), mas não descrevem o processo cíclico. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Criança de 9 anos chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade há 2 anos. Faz uso de metilfenidato há pelo menos 1 ano. O pai informa que, desde o início do uso, apresentou grande melhora na escola e solicita que o uso seja estendido por mais tempo. Quais estratégias de monitoramento referentes ao uso dessa medicação devem ser utilizadas?

- A. Realizar seguimento em conjunto com neuropediatra para acompanhar aumento de peso e possível dislipidemia associada ao uso crônico do medicamento.
- B. Acompanhar com testes psicodinâmicos parâmetros de atenção e desempenho escolar, a fim de avaliar a efetividade da estimulação farmacológica.
- C. Coletar hemograma e hormônios tireoidianos anuais e eventualmente prescrever antipsicóticos para combate dos efeitos colaterais.

D. Agendar consultas periódicas para verificação da estatura, peso e pressão arterial, com nova avaliação para retirada após 1 ano. ÁREA LIVRE 14 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O metilfenidato é um psicoestimulante cujos efeitos adversos relevantes são anorexia com PERDA de peso, desaceleração do crescimento, insônia e elevação de PA e frequência cardíaca. Por isso o monitoramento é clínico e periódico: peso, estatura e pressão arterial, com reavaliação da necessidade de manutenção (janelas terapêuticas) após cerca de 1 ano. Ganho de peso e dislipidemia (A) não são o perfil da droga; antipsicótico profilático (C) não tem indicação. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Mulher de 45 anos é internada em hospital de média complexidade com queixas de febre (em torno de 38 °C), mialgia, mal-estar e dor na região cervical anterior, irradiada para a mandíbula e orelhas. Há 2 semanas, iniciou quadro sugestivo de infecção viral respiratória alta, com evolução clínica lenta desde então, passando a sentir palpitações e tremores nos últimos 3 dias. Procurou atendimento na unidade de saúde. Ao exame físico, a paciente se encontra febril, com taquicardia desproporcional à temperatura corporal e tremores finos nas extremidades. À palpação da tireoide: glândula dolorosa, firme e levemente aumentada de tamanho, assimétrica, não nodular. As dosagens da velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa se mostraram elevadas. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso, quais exames complementares a sustentariam e qual o tratamento indicado, respectivamente?

- A. Redução da captação tireoidiana de iodo radioativo; betabloqueador e anti-inflamatório. ✓**
- B. Detecção de presença de nódulo quente à cintilografia de tireoide; tireoidectomia subtotal.
- C. Verificação de aumento nas dosagens séricas de TSH, T4 livre e TRAb; ablação com iodo radioativo.
- D. Verificação de aumento das concentrações sanguíneas de TSH, T3 e T4 livre; oseltamivir + metimazol + atenolol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor cervical anterior irradiada para mandíbula e orelhas, febre, tireoide dolorosa e VHS/PCR muito elevadas após infecção viral de vias aéreas: tireoidite subaguda de De Quervain. A tireotoxicose é por destruição folicular, e não por hiperfunção, de modo que a captação de iodo radioativo está REDUZIDA. O tratamento é sintomático: AINE (ou corticoide) e betabloqueador. Antitireoidiano (D) é inútil, pois não há síntese aumentada. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Lactente de 9 meses é atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS) em virtude do surgimento de crises epilépticas há 3 meses. Os eventos se caracterizam por espasmos em flexão dos membros superiores sobre o tronco, semelhantes a sustos, e ocorrem nos horários de maior sonolência da criança. História gestacional e de parto sem anormalidades. Ao exame físico, lactente interage com o observador, porém não consegue ficar sentado. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. Apresenta várias manchas hipomelanóticas nos membros inferiores e no tronco. Ressonância magnética de crânio revelou duas áreas compatíveis com astrocitomas de células gigantes subependimárias. A principal hipótese diagnóstica é

A. neurofibromatose.

B. esclerose tuberosa. ✓

C. síndrome de Sturge-Weber.

D. doença de von Hippel-Lindau. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Espasmos em flexão agrupados na sonolência (síndrome de West) em lactente com atraso motor, manchas hipomelanóticas cutâneas e astrocitomas subependimários de células gigantes na RM formam a tríade diagnóstica da esclerose tuberosa. Neurofibromatose (A) daria manchas café com leite e neurofibromas; Sturge-Weber (C), mancha em vinho do Porto e angioma leptomeningeo; von Hippel-Lindau (D), hemangioblastomas. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Paciente masculino, 59 anos, atendido em hospital terciário com queixa de dor de moderada intensidade em fossa ilíaca esquerda (FIE), com início há 5 dias. Apresentou temperatura de 38 °C nas últimas 48 horas, associada à prostração. Não possuía comorbidades. Relatou episódio semelhante de menor intensidade há cerca de 1 ano, com resolução espontânea e um episódio de hematoquezia há 6 meses. No momento se encontra em regular estado geral, discretamente desidratado, com frequência cardíaca de 95 bpm; pressão arterial de 140 x 90 mmHg; índice de massa corporal de 30,5 mg/kg². Abdome flácido, doloroso à palpação profunda em FIE e hipogástrio, com plastrão palpável em hipogástrio. Hemograma: leucócitos de 17.000/mm³ (valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³), 7% de bastões (valor de referência: 0 a 5%). Considerando o quadro, qual é o exame complementar de maior acurácia para estabelecer o diagnóstico?

A. Radiografia abdominal em 3 posições.

B. Colonoscopia com biópsia.

C. Tomografia de abdome com contraste. ✓

D. Ultrassonografia de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor persistente em fossa ilíaca esquerda com febre, leucocitose com desvio e plastrão palpável em paciente obeso com episódios prévios: diverticulite aguda complicada. O exame de maior acurácia e a tomografia de abdome com contraste, que confirma o diagnóstico, define abscesso e orienta a drenagem. A colonoscopia (B) está CONTRAINDICADA na fase aguda pelo risco de perfuração (fica para 6-8 semanas depois). Resposta C.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Mulher de 35 anos, diabética, com laqueadura tubária bilateral, procurou atendimento médico com queixa de prurido genital e disúria terminal, com 7 dias de evolução. Recentemente, fez uso de antibiótico para tratamento de abscesso dental. Ao exame especular, notava-se edema vulvar, hiperemia, fissura, corrimento esbranquiçado e teste das aminas negativo. Com base no agente etiológico mais provável, o tratamento é

A. miconazol, 1 aplicador, via vaginal, por 7 noites. ✓

B. cefalexina, 2 g/dia, via oral, por 7 dias.

C. azitromicina 1 g/dia, via oral, por 10 dias.

D. metronidazol, 1 aplicador, via vaginal, por 10 noites. ÁREA LIVRE 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido vulvar, disúria terminal, edema, hiperemia, fissuras e corrimento esbranquiçado grumoso com teste das aminas NEGATIVO, em diabética que acabou de usar antibiótico: candidíase vulvovaginal. O tratamento é antifúngico azólico, tópico por 7 noites (ou fluconazol oral). Metronidazol (D) trata tricomoníase e vaginose, que teriam teste das aminas positivo; antibióticos sistêmicos (B/C) piorariam o quadro. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Médica de família e comunidade foi solicitada para preencher a declaração de óbito de um paciente que acompanhava regularmente em sua área adstrita. O paciente era hipertenso há 30 anos, com histórico pessoal de acidente vascular encefálico (AVE) há 5 anos. Há 10 dias o paciente apresentou quadro gripal e há 1 dia teve agravamento dos sintomas respiratórios, com dispneia e cianose. A declaração de óbito deverá ser preenchida

A. pelo Instituto Médico Legal e constar: Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Síndrome gripal (10 dias); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: Acidente vascular encefálico (5 anos).

B. pela médica e constar: Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Pneumonia (1 dia); Síndrome gripal (10 dias). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). ✓

C. pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e constar: Parte I: a) Síndrome gripal (10 dias); b) Pneumonia (1 dia); c) Insuficiência respiratória aguda grave (horas). Parte II: a) Acidente vascular encefálico (5 anos); b) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos).

D. pelo serviço de verificação de óbitos e constar: Parte I: a) Insuficiência respiratória aguda grave (horas); b) Acidente vascular encefálico (5 anos); c) Hipertensão arterial sistêmica (30 anos). Parte II: a) Pneumonia (1 dia); b) Síndrome gripal (10 dias).

COMENTÁRIO OSCELABS

Morte por causa natural em paciente com assistência médica regular: a declaração de óbito é preenchida pelo próprio médico assistente, e não pelo IML (A, reservado a mortes violentas), pelo SVO (D, morte natural sem assistência) nem pelo SAMU (C). Na Parte I a sequência vai da causa imediata (insuficiência respiratória) às intermediárias (pneumonia, síndrome gripal); as comorbidades que contribuíram sem entrar na cadeia (AVE, HAS) vão na Parte II. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Uma equipe de saúde da família percebeu um aumento do número de casos complicados de diabetes mellitus. De um total de 3.500 pacientes cadastrados, 280 são acompanhados por diabetes mellitus tipo 2, sendo 4 casos de amputações, 28 casos de retinopatia diabética e 80 casos de algum grau de doença renal crônica. Foi identificado que essa população apresentava dieta inadequada, baixo nível de atividade física e pouco conhecimento sobre estilos de vida que poderiam prevenir complicações das doenças. A equipe de saúde decidiu elaborar um projeto de intervenção com ênfase em avaliação e orientação nutricional e práticas de atividade física de rotina. Qual é o desenho de pesquisa para avaliação do impacto desse projeto de intervenção coletiva?

- A. Estudo de caso-controle aninhado.
- B. Ensaio clínico não randomizado. ✓**
- C. Estudo de coorte retrospectivo.
- D. Ensaio clínico randomizado. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Ha uma intervencao deliberada (orientacao nutricional e atividade fisica) aplicada pela equipe a populacao adstrita, com avaliacao do impacto: isso e um ensaio clinico. Como nao ha sorteio dos participantes entre grupos (toda a comunidade recebe a intervencao), trata-se de ensaio clinico NAO randomizado (comunitario). Coorte (C) e caso-controle (A) sao observacionais, sem intervencao do pesquisador. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Homem de 23 anos, estudante universitário, é levado à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) por um amigo da moradia estudantil, que o encontrou chorando, trancado no banheiro com diversas cartelas de medicamentos próximas de si. O paciente nega ter ingerido qualquer fármaco ou outras substâncias, mas admite estar pensando em dar fim à própria vida. Refere tristeza profunda há cerca de 2 meses, com piora recente após o término de um relacionamento. Diz estar “sem propósito na vida” e que “ninguém sentiria falta” se ele morresse. Conta que viu na internet que tomar muitos comprimidos de paracetamol seria a melhor forma de morrer. Relata insônia inicial e terminal, perda de apetite, queda de rendimento acadêmico e isolamento social. Nega uso atual de drogas ilícitas, mas admite consumo de álcool eventualmente. Abandonou psicoterapia após 2 sessões. Todos os familiares vivem em outro estado. Ao exame, apresenta-se vígil, orientado, com discurso discretamente lentificado, sem alucinações ou delírios evidentes. O contato visual é pobre, o afeto está intensamente rebaixado e não modulante. Exames laboratoriais gerais solicitados à chegada na UPA não mostram alterações. Qual é a conduta adequada ao caso clínico apresentado?

- A. Encaminhar o paciente para acompanhamento médico em Unidade Básica de Saúde (UBS).
- B. Encaminhar o paciente para psicoterapia com equipe multiprofissional na atenção primária à saúde.
- C. Encaminhar o paciente para avaliação ambulatorial com psiquiatra em centro de atenção psicossocial do tipo I.
- D. Encaminhar o paciente para internação em enfermaria de saúde mental em hospital geral ou em serviço congênere. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com episodio depressivo, ideacao suicida ATIVA, plano estruturado e metodo (cartelas ja separadas), isolamento social, sem rede de apoio no local e abandono previo de tratamento: risco iminente de suicidio. A conduta e a internacao em enfermaria de saude mental em hospital geral, garantindo protecao. Encaminhar a UBS (A), a psicoterapia (B) ou ao CAPS ambulatorial (C) deixa o paciente desprotegido no intervalo. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Mulher de 35 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) informando ter tido diagnóstico de trombose venosa profunda há cerca de 2 anos. Fez tratamento adequado com anticoagulante oral por tempo limitado, tendo recebido alta com cura do quadro há cerca de 1 ano. Na ocasião, ela não havia realizado qualquer exame específico adicional. Entretanto, nos últimos 6 meses, seu pai e sua irmã também tiveram o diagnóstico de trombose. O médico assistente solicita exames complementares para rastreamento de hipercoagulabilidade primária. Considerando a história apresentada, qual alteração laboratorial é compatível com a suspeita de doença hereditária?

- A. Presença de Fator V de Leiden. ✓**
- B. Níveis aumentados de proteína S.
- C. Níveis aumentados de antitrombina III.
- D. Níveis reduzidos de Fator de Von Willebrand. ÁREA LIVRE 16

COMENTÁRIO OSCELABS

As trombofilias hereditárias se manifestam por GANHOS de função pro-coagulante ou por DEFICIÊNCIA de anticoagulantes naturais. O fator V de Leiden é o mais prevalente e torna o fator V resistente à degradação pela proteína C ativada, combinando com trombose em parentes de primeiro grau. Aumento de proteína S (B) e de antitrombina III (C) seria protetor, não trombogênico; o fator de von Willebrand reduzido (D) causa sangramento. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Menina de 11 anos foi trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de queda do estado geral, náuseas e dor abdominal, desidratação e hálito cetônico. Exames realizados: glicemia de 410 mg/dL; gasometria venosa de pH 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L; exame de urina indica cetonúria. Além da fluidoterapia, o próximo passo é

- A. reposição de potássio. ✓**
- B. correção imediata da glicemia.
- C. reposição de bicarbonato de sódio.
- D. administração imediata de manitol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cetoacidose diabética o potássio corporal total está sempre depletado, mesmo quando o soro parece normal, porque a acidose e a insulinopenia deslocam o íon para o extracelular. Como a insulina e a hidratação empurram o potássio de volta para dentro da célula, a reposição de potássio deve acompanhar (ou preceder) a insulinização para evitar arritmia. Bicarbonato (C) só se pH menor que 6,9, e manitol (D) só em edema cerebral. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, 26 anos, está sendo atendido em via pública, vítima de disparo de arma de fogo em braço direito. O trauma ocorreu cerca de 15 minutos antes da chegada da equipe de atendimento pré-hospitalar. Ao exame, o paciente se encontra pálido, pele fria, sudoreico, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 90 x 50 mmHg e escala de coma de Glasgow de 15. A equipe de socorristas não possui hemoderivados disponíveis. Exame físico de cabeça, pescoço, tórax e abdome sem alterações, incluindo a região posterior do paciente. Presença de ferida perfuro-contusa em região medial do terço distal do braço direito, apresentando hemorragia pulsátil em grande volume. Considerando o atendimento pré-hospitalar do paciente, deve-se realizar

- A. dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico.
- B. dissecação da região traumatizada e hemostasia do vaso que apresenta sangramento com pinças hemostáticas; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico e glicofisiológico.
- C. compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora da região de articulação; iniciar reposição volêmica com soro fisiológico. ✓**
- D. compressão local da ferida e, caso essa manobra não cesse a hemorragia, aplicação de torniquete proximal à ferida e fora da região de articulação; iniciar reposição volêmica com albumina e soro fisiológico. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia externa exsanguinante em extremidade, com choque hemorrágico e sem hemoderivados no pré-hospitalar: a prioridade é o controle imediato do sangramento. A sequência é compressão direta e, se falhar, torniquete proximal à ferida, fora de articulação, com horário anotado. A reposição inicial é com cristalóide isotônico (soro fisiológico), em volume controlado. Dissecar o vaso na rua (A/B) é proibido; albumina (D) não é expansor de escolha no trauma. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Uma mulher de 30 anos recebeu a citologia oncológica com laudo de “atipias celulares escamosas de significado indeterminado, onde não se pode afastar alto grau (ASC-H)”. Ela nega antecedente de tabagismo e não se lembra de ter tido infecção sexualmente transmissível. Nesse caso, a conduta adequada deve ser a realização de

- A. conização.
- B. colposcopia. ✓**
- C. cirurgia de alta frequência.
- D. nova citologia oncológica em 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

ASC-H significa atipia escamosa em que não se pode afastar lesão de alto grau, e tem risco relevante de NIC II/III subjacente. Por isso a conduta é a colposcopia imediata, com biópsia dirigida. Repetir a citologia em 6 meses (D) e conduta de ASC-US ou de lesão de baixo grau; conização (A) e CAF (C) são tratamentos que não devem preceder o diagnóstico histológico (evitar o excesso de tratamento). Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Homem de 45 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro, por não conseguir controlar a frequência e a quantidade do uso de bebida alcoólica. Por conta disso, está faltando ao trabalho e não consegue se lembrar do que acontece quando bebe. O médico da UBS investigará os pontos mais importantes que podem indicar o padrão de dependência a substâncias psicoativas de acordo com o Manual Diagnóstico Estatístico de Saúde Mental (DSM-5). O médico deve investigar sobre

- A. a intolerância cruzada entre outras substâncias e a de uso abusivo.
- B. a aceitação e a adesão à proposta de abstinência apresentada pela equipe.

C. o tempo que é gasto para obter a substância ou recuperar-se de seus efeitos. ✓

- D. o tipo e a classe de substância que o paciente usa, diferenciando se é lícita ou ilícita. ÁREA LIVRE 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios de transtorno por uso de substância no DSM-5 avaliam prejuízo de controle, prejuízo social, uso arriscado e critérios farmacológicos. Entre eles está explicitamente o tempo excessivo gasto para obter a substância, usa-la ou recuperar-se de seus efeitos. Tolerância cruzada (A), aceitação da abstinência proposta (B) e o caráter lícito ou ilícito da droga (D) não são critérios diagnósticos. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Agentes penitenciários de uma unidade prisional informaram à equipe de saúde sobre o aumento de queixas de prurido intenso e lesões cutâneas entre as pessoas privadas de liberdade. Cada cela, prevista para 35 pessoas, está com lotação de 75. As ações prioritárias no manejo adequado dessa situação são

- A. solicitar o isolamento imediato dos casos sintomáticos, iniciar tratamento individual conforme avaliação clínica, recomendar higienização de colchões e ampliar o fornecimento de sabão e escovas pessoais.

B. implementar bloqueio coletivo com tratamento simultâneo, notificar o surto ao serviço de vigilância em saúde, reorganizar fluxos com a administração prisional e planejar medidas educativas e estruturais. ✓

- C. preferir o tratamento tópico dos casos diagnosticados, com prescrição médica individualizada, e restringir o fornecimento de medicação aos casos confirmados, evitando exposição a medicamentos em massa.
- D. reunir-se com a direção para discutir a viabilidade de transferência dos casos graves, focando a atuação em medidas educativas com folhetos informativos sobre problemas de pele mais frequentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido e lesões cutâneas disseminadas em ambiente de superlotação configuram surto de escabiose. Em coletividade fechada, tratar apenas os sintomáticos perpetua o ciclo: a ação prioritária é o bloqueio coletivo com tratamento simultâneo de contatos, notificação à vigilância, reorganização dos fluxos com a administração prisional e medidas educativas e estruturais. Isolar (A), restringir a medicação (C) ou apenas distribuir folhetos (D) não interrompem a transmissão. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Homem de 28 anos, solteiro e residindo com os pais, comparece ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com visível constrangimento ao longo da consulta. Apesar de sua resistência inicial, relata que tem pensamentos recorrentes e indesejados, os quais invadem sua cabeça, tendo como temática a sua mãe sendo vítima de grande violência. Enfatiza sua angústia com esses pensamentos, que já duram mais de 6 meses, provocando significativo prejuízo em sua vida pessoal e profissional. Afirma ter o entendimento de que não há fundamento nessas ideias e que não faz sentido sofrer com isso. A denominação para a descrição clínica apresentada é

- A. delírio.

B. obsessão. ✓

C. hipertímia.

D. compulsão. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Pensamento recorrente, intrusivo, indesejado, de conteúdo violento, que causa angústia e que o paciente reconhece como sem sentido (crítica preservada, egodistônico): essa é a definição de obsessão. No delírio (A) há juízo falso com convicção inabalável, sem crítica; a compulsão (D) é o ato ou ritual executado para aliviar a obsessão; hipertímia (C) é alteração do humor. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Homem de 35 anos, índice de massa corporal de 15 kg/m², é internado devido à diarreia líquida, com produtos patológicos, acompanhada de flatulência e desconforto abdominal há 4 semanas. Apresentou emagrecimento de cerca de 10 kg em 1 mês. Foram solicitados exames com endoscopia digestiva alta e baixa, sem alterações macroscópicas. Estudos histopatológicos de estômago, intestino delgado e cólon normais. Teste respiratório com lactulose positivo. O plano terapêutico adequado para esse paciente será

A. neomicina e rifaximina. ✓

B. loperamida e escopolamina.

C. dieta sem glúten e sem lactose.

D. probióticos e inibidores da bomba de prótons.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia crônica com flatulência, desnutrição grave e teste respiratório com lactulose positivo, tendo endoscopias e histopatológicos NORMAIS, aponta para supercrescimento bacteriano do intestino delgado. O tratamento é antibiótico com ação luminal, como rifaximina (ou neomicina). Dieta sem glúten (C) trataria doença celíaca, afastada pela histologia normal; antiespasmódicos (B) e inibidor de bomba (D) não corrigem a causa (o IBP até favorece o supercrescimento). Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Criança de 2 anos encaminhada ao matriciamento de pediatria, com história de ter apresentado há 7 dias uma crise tônico-clônica generalizada em vigência de temperatura axilar de 39,3 °C, duração de 2 minutos, sem recorrência em 24 horas. Naquela ocasião foi realizado exame físico e neurológico, compatível com infecção viral de vias aéreas superiores, sem outras alterações. A conduta adequada nesse caso é

A. solicitar eletroencefalograma.

B. indicar profilaxia com barbitúricos.

C. tranquilizar e orientar puericultura de rotina. ✓

D. solicitar exames laboratoriais e de imagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise única, tônico-clônica generalizada, com menos de 15 minutos, sem recorrência em 24 horas, entre 6 meses e 5 anos, com febre alta e foco viral identificado e exame neurológico normal: crise febril SIMPLES. É benigna e a conduta é tranquilizar a família, orientar manejo da febre e da crise, e seguir a puericultura. EEG (A), exames e imagem (D) e profilaxia contínua com barbitúrico (B) não estão indicados. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

Paciente de 47 anos, sexo feminino, atendida no ambulatório de cirurgia geral. A paciente havia sido submetida à cirurgia de tireoidectomia total há 60 dias, devido à um carcinoma folicular de tireoide, o qual estava restrito à glândula. No pós-operatório imediato, a paciente apresentou rouquidão, que não melhorou durante o acompanhamento ambulatorial nesses 60 dias. Com base no quadro clínico apresentado, qual foi o nervo lesionado durante a cirurgia?

A. Laríngeo recorrente. ✓

B. Glossofaringeo.

C. Hipoglosso.

D. Vago. ÁREA LIVRE 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Rouquidão imediata e persistente por mais de 60 dias após tireoidectomia total indica lesão do nervo laríngeo recorrente, que inerva quase toda a musculatura intrínseca da laringe e cursa junto a artéria tireoideia inferior. A lesão do laríngeo superior (ramo externo) causaria perda de agudos, não rouquidão franca. Glossofaringeo (B) e hipoglosso (C) não são dissecados nessa cirurgia, e o tronco do vago (D) está distante do campo. Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Paciente de 29 anos, nuligesta, ciclos menstruais com intervalos de 20 a 65 dias, duração de 4 a 10 dias, intensidade moderada. Apresenta índice de massa corporal de 41,5 kg/m² e se submeterá à cirurgia bariátrica em alguns meses. Necessita de orientação para contracepção. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

A. Para contracepção efetiva e proteção endometrial, está indicado o endoceptivo antes da operação. ✓

B. Devido ao risco de apresentar tromboembolismo, está contraindicado o uso de métodos hormonais.

C. Apresenta quadro de anovulação crônica, portanto deve ser orientada a usar preservativo masculino.

D. Está contraindicada gravidez na fase de perda de peso, logo ela pode usar o adesivo anticoncepcional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Obesidade grau III as vésperas de bariátrica, com sangramento uterino irregular e anovulação: o endoceptivo (DIU de levonorgestrel) é a melhor escolha porque tem alta eficácia independente do peso, protege o endométrio da ação estrogenica sem oposição (risco de hiperplasia), reduz o sangramento e não sofre com a má absorção pós-operatória. Contraindicar todo hormônio (B) e excessivo; preservativo isolado (C) tem alta falha; adesivo (D) e combinado e tem risco tromboembólico na obesidade. Resposta A.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Uma equipe de saúde da família realiza atendimento itinerante a comunidades ribeirinhas e aldeias indígenas na Região Amazônica. Em visita, uma médica recém-chegada observa que uma mulher ribeirinha evita contato visual durante a consulta e responde às perguntas apenas com monossílabos. Em outra situação, um indígena da etnia Tikuna não aceita ser atendido sozinho e insiste na presença de um pajé da comunidade. A abordagem adequada que a equipe deve adotar é

A. investir na padronização de rotinas clínicas e na capacitação da equipe para comunicação técnica propositiva e objetiva.

B. promover espaços formativos para a equipe assistencial, reconhecendo saberes e práticas das populações atendidas. ✓

C. reforçar a autonomia profissional da médica, mantendo as condutas clínicas baseadas em evidências científicas.

D. estabelecer rotinas padronizadas uniformes de atendimento para ribeirinhos e indígenas.

COMENTÁRIO OSCELABS

As duas cenas descrevem diferenças culturais legítimas (comunicação não verbal ribeirinha, presença do pajé como referência de cuidado), não resistência ou não adesão. A resposta correta é institucional e formativa: educação permanente da equipe, com competência cultural que reconhece saberes e práticas locais.

Padronizar rotinas (A/D) e reforçar apenas a autoridade técnica (C) ignoram o determinante cultural e afastam o usuário do serviço. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Paciente de 21 anos comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para uma consulta agendada. Durante o atendimento, diz que se reconhece como um homem trans e que está em processo de afirmação de gênero. Relata que, nos últimos meses, tem buscado apoio em grupos de pessoas trans, começou a usar um binder (faixa de compressão torácica) e que cogita iniciar terapia hormonal no futuro. Refere que não apresenta sofrimento psíquico intenso relacionado à sua identidade de gênero, mas sente que precisa de informações adequadas sobre os próximos passos e sobre cuidados com a saúde. Não apresenta sintomas depressivos, ansiosos ou psicóticos. Qual é a conduta mais adequada a ser adotada?

- A. Solicitar avaliação psiquiátrica para diagnóstico de disforia de gênero antes do acompanhamento na UBS.
- B. Iniciar terapia hormonal na UBS, conforme estabelecido no processo transexualizador do SUS, e marcar retorno em 8 semanas.
- C. Encaminhar paciente para serviço especializado e informar que o seguimento relacionado à transição de gênero deve ser feito com especialista.

D. Esclarecer que tal identidade de gênero não é transtorno mental, oferecer acompanhamento contínuo na UBS e orientar sobre cuidados gerais de saúde. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE 19 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Identidade trans não é transtorno mental (a CID-11 retirou o tema do capítulo de saúde mental) e não exige laudo psiquiátrico prévio (A) nem encaminhamento obrigatório a serviço especializado (C) para o cuidado geral. A conduta é desmedicalizar, esclarecer, oferecer acompanhamento longitudinal na própria APS e orientar cuidados de saúde (uso seguro do binder, rastreamentos conforme os órgãos presentes). A hormonioterapia exige protocolo e equipe habilitada (B). Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Mulher de 62 anos, com histórico de infecções do trato urinário de repetição, dá entrada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de febre alta e calafrios. A paciente é portadora de diabetes mellitus tipo 2, em tratamento regular com metformina e glicazida. À admissão apresenta-se com pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 106 bpm, frequência respiratória de 25 irpm e temperatura axilar de 38 °C. Os exames laboratoriais indicam hemoglobina de 12,3 g/dL e hematócrito de 36%; leucócitos de 14.000/mm³ (valor de referência: 6.000 a 10.000/mm³), com 84% de neutrófilos e 12% de bastonetes; plaquetas de 210.000/mm³. A conduta para o caso deve ser recomendar

A. tratamento com antitérmico, hidratação oral vigorosa e observação na unidade hospitalar.

B. tratamento com esquema antibiótico de amplo espectro, ainda na 1ª hora da chegada da paciente. ✓

C. tratamento com cobertura contra *Candida* sp, por se tratar de infecção urinária de repetição em paciente diabética.

D. tratamento com antibiótico de amplo espectro, mantido durante todo o curso de tratamento, mesmo após os resultados das culturas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, taquicardia, taquipneia e leucocitose com desvio em diabetica com foco urinario configuram sepse. O determinante prognostico e o tempo: o pacote da primeira hora inclui coleta de culturas e lactato, antibiotico de amplo espectro e ressuscitacao volemica. Apenas antitermico e hidratacao oral (A) subestimam a gravidade; cobrir Candida (C) nao e empirico; e o esquema deve ser DESCALONADO apos as culturas, nao mantido (D). Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Recém-nascido a termo apresenta, no 1º minuto de vida, quadro de apneia e bradicardia, desvio do ictus à direita, abdome escavado e presença de ruídos hidroaéreos à ausculta do hemitórax esquerdo. No decorrer do atendimento desse recém-nascido, em sala de parto, os procedimentos adequados a serem realizados são

- A. intubação traqueal e massagem cardíaca externa. ✓**
- B. cateterismo umbilical e drenagem de hemitórax esquerdo.
- C. ventilação com óxido nítrico e administração de surfactante.
- D. ventilação com balão autoinflável com pressão expiratória final positiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abdome escavado, ictus desviado para a direita e ruídos hidroaéreos no hemitorax esquerdo indicam hernia diafragmatica congenita. Nesse cenario, a ventilacao com balao e mascara (D) esta contraindicada porque distende as alcas herniadas e piora a compressao pulmonar: a via aerea deve ser assegurada por intubacao traqueal imediata, com sonda gastrica. Com apneia e bradicardia mantidas, associa-se massagem cardiaca. Drenagem toracica (B) nao tem papel. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Adulto jovem, sexo masculino, atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS), relata dor e ardor no ânus acompanhados de sangramento vivo em pequena quantidade ao evacuar com esforço e fezes endurecidas. Nega tumoração perianal. Portador de constipação crônica e diagnóstico recente de doença Crohn. Exame geral sem alterações. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Abscesso perianal.
- B. Fístula perianal.
- C. Cisto pilonidal.
- D. Fissura anal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor e ardor anal durante e apos a evacuacao, com sangramento vermelho vivo em pequena quantidade, associados a fezes endurecidas e a doenca de Crohn: fissura anal. Abscesso perianal (A) cursa com dor continua, febre e abaulamento flutuante; fistula (B), com drenagem cronica de secrecao; e o cisto pilonidal (C) fica na regio sacrococcigea, na linha media, e nao sangra a evacuacao. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Paciente G3P1A1, idade gestacional de 24 semanas, comparece à consulta. Refere que na primeira gestação teve um abortamento com 16 semanas e na segunda, teve trabalho de parto vaginal muito rápido, na idade gestacional de 28 semanas. Na ultrassonografia transvaginal, realizada com 23 semanas desta gestação, detectou-se colo uterino com 1,5 cm de comprimento. Qual é a conduta adequada à situação?

- A. Solicitar a pesquisa de estreptococo do Grupo B na 28ª semana.

- B. Internar a paciente para receber atosiban intravenoso até 34 semanas.
- C. Prescrever nifedipina 20 mg via oral diariamente à noite até 39 semanas.
- D. Prescrever progesterona micronizada via vaginal 200 mg ao dia até 36 semanas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de parto prematuro e colo curto (1,5 cm) no segundo trimestre: a intervenção com melhor evidência para reduzir prematuridade e a progesterona micronizada vaginal (200 mg/dia) mantida até cerca de 36 semanas. Tocolítico (B/C) só trata trabalho de parto instalado e não previne, além de não poder ser usado por semanas; a pesquisa de estreptococo B (A) é rotina, mas não muda o risco de prematuridade. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Mulher de 32 anos, sexualmente ativa, comparece à consulta com o médico de família e comunidade para realização do seu primeiro exame preventivo. O médico realiza a coleta de citologia oncológica. Após 3 semanas, a paciente retorna com o resultado “presença de lesão intraepitelial de baixo grau”. Considerando esse resultado, qual é a conduta adequada do médico?

- A. Solicitar ultrassonografia transvaginal.
- B. Repetir o exame citopatológico em 6 meses. ✓**
- C. Encaminhar para a realização de colposcopia.
- D. Repetir o exame citopatológico imediatamente. ÁREA LIVRE 20

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) reflete, na maioria das vezes, infecção transitória por HPV com alta taxa de regressão espontânea. Em mulher com 25 anos ou mais, a recomendação do Ministério da Saúde é repetir a citologia em 6 meses; a colposcopia (C) fica reservada para a persistência da alteração em duas citologias ou para lesões de alto grau/ASC-H. Repetir imediatamente (D) não permite a regressão; USG (A) não avalia colo. Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

A agente comunitária de saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) relata, durante a reunião de equipe, a sua preocupação com os idosos de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) no território da UBS. Em sua última visita, a agente observou que na instituição havia 38 idosos vivendo em isolamento excessivo, a maioria sem vínculos familiares ativos e sofrendo constantes agressões dos funcionários. Comenta ainda que havia sinais de contenção física em idosos com demência avançada e presença de lesões de pressão. Qual a conduta mais adequada da equipe de saúde?

- A. Formalizar denúncia ao Conselho Municipal do Idoso, considerando que situações como contenção e úlcera por pressão podem acontecer em ambientes de institucionalização prolongada e não requerem intervenção clínica imediata.
- B. Oferecer apoio clínico para os casos de maior vulnerabilidade, como os com lesão por pressão e agitação psicomotora, sugerindo adequações na rotina assistencial, respeitando a autonomia da ILPI.
- C. Articular ação intersetorial com órgãos de controle social, registrar notificação compulsória de violência institucional e elaborar plano de ação conjunta com a equipe da ILPI. ✓**
- D. Agendar reuniões quinzenais com a equipe da ILPI para educação permanente sobre cuidados paliativos, sem envolver outras instâncias legais ou sociais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Agressões por funcionários, contenção física e lesões por pressão em ILPI configuram violência institucional contra idoso, que é agravo de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA e demanda atuação em rede. A conduta completa articula os órgãos de controle social, formaliza a notificação e constrói plano conjunto com a instituição. Denunciar sem assistir (A), só tratar as lesões respeitando a rotina da ILPI (B) ou apenas educar (D) deixam a violência em curso. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Mulher de 42 anos é levada pelo irmão à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com fala alterada, lentificação, tontura e sonolência. Ela admite ter ingerido 30 comprimidos de clonazepam 2 mg há 20 minutos. Paciente evolui com hipotensão, rebaixamento do nível de consciência, sendo caracterizado coma e indicada a ventilação mecânica. Qual medicação é indicada nessa situação?

- A. N-acetilcisteína.
- B. Flumazenil. ✓**
- C. Naloxona.
- D. Atropina. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Intoxicação por benzodiazepínico com coma e necessidade de ventilação mecânica: o antagonista competitivo específico do receptor GABA-A e o flumazenil (usado com cautela, pelo risco de convulsão em usuário crônico ou em coingestão com tricíclicos). N-acetilcisteína (A) e o antidoto do paracetamol; naloxona (C), dos opiáceos; atropina (D), dos organofosforados/carbamatos. Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito D

Mulher de 55 anos, sem história de doenças crônicas, procura atendimento por queixa de cefaleia persistente em ambos os lados do crânio, associada a alterações de visão (amaurose fugaz e diplopia), cansaço e artralgias. Relata dor em todo o couro cabeludo. Notou perda de peso (2 kg em 2 meses). Nega fotofobia ou fonofobia, febre ou náuseas, e afirma que não acorda de madrugada por conta da cefaleia. Nega qualquer problema de ordem emocional. Ao exame, a paciente encontra-se afebril, com pupilas isocóricas e sem rigidez de nuca. Qual é o tipo de cefaleia dessa paciente, e qual exame seria útil na sua investigação preliminar, respectivamente?

- A. Cefaleia primária (cefaleia tensional); nenhum exame é necessário.
- B. Cefaleia secundária (hemorragia subaracnoideia); análise de líquido.
- C. Cefaleia primária (migrânea); tomografia computadorizada de encéfalo.
- D. Cefaleia secundária (arterite temporal); velocidade de hemossedimentação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher acima de 50 anos com cefaleia nova e persistente, hipersensibilidade do couro cabeludo, sintomas visuais transitórios (amaurose fugaz), diplopia, artralgias e perda de peso: cefaleia SECUNDÁRIA por arterite de células gigantes (temporal). O exame inicial e a velocidade de hemossedimentação (com PCR), tipicamente muito elevada, seguida de biópsia da temporal; o corticoide não deve esperar o resultado, sob risco de cegueira. Resposta D.

QUESTÃO 87 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a manchas escurecidas nas dobras do pescoço, axilas e virilhas. Ao exame físico, índice de massa corporal está no Z escore entre +2 e +3 para a idade e sexo, relação da circunferência abdominal/estatura aumentada, com manchas hipercrômicas no pescoço, axilas e raiz da coxa, sem outros achados significativos. Além de prescrever mudança de hábitos alimentares e aumento da atividade física, deve-se

A. solicitar biópsia das lesões e hemoglobina glicada.

B. solicitar perfil lipídico e ultrassonografia de abdome. ✓

C. indicar corticoide tópico nas lesões e evitar exposição solar.

D. indicar antifúngico nas lesões e solicitar teste de tolerância oral à glicose. ÁREA LIVRE 21

COMENTÁRIO OSCELABS

Acantose nigricans (manchas hipercrômicas e aveludadas em pescoço, axilas e virilhas) em adolescente com obesidade e adiposidade central e marcador cutâneo de resistência insulínica, e não infecção fúngica (D) nem dermatose inflamatória (C) - por isso não se biópsia (A). A conduta é rastrear as comorbidades associadas: perfil lipídico e ultrassonografia de abdome para doença hepática gordurosa, além do rastreamento glicêmico.

Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Gestante de 28 anos, idade gestacional desconhecida, situação de vulnerabilidade social, chega, trazida pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU), com sangramento vaginal intenso, hipertonia uterina, pressão arterial de 130 x 90 mmHg, altura uterina de 32 cm, batimentos cardíacos fetais de 90 bpm. Toque vaginal: colo grosso, posterior impérvio. A acompanhante refere que a paciente fez uso de cocaína antes do ocorrido. O diagnóstico, a conduta adequada e a complicação possível são, respectivamente,

A. descolamento de placenta; cesárea; útero de Couvelaire. ✓

B. rotura de vasa prévia; amniotomia; anemia fetal.

C. trabalho de parto; inibição; prematuridade.

D. pré-eclâmpsia; cesárea; rotura uterina. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com hipertonia uterina, sofrimento fetal (BCF 90 bpm) e uso de cocaína (vasoconstrição) compoem o descolamento prematuro de placenta. Com feto vivo e colo impérvio, a via de parto e a cesárea de emergência. A complicação clássica é a apoplexia uteroplacentária (útero de Couvelaire), por infiltração hemorrágica do miométrio. Vasa prévia (B) não dá hipertonia, e a pré-eclâmpsia (D) não explica o quadro agudo. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Homem de 23 anos, previamente hígido, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando que há cerca de 2 horas foi mordido por um gato de rua ao tentar retirá-lo de cima de uma árvore. A mordida resultou em feridas corticocontusas nos dedos da mão esquerda. Paciente nega episódios anteriores de agressões desse tipo. O animal, que não pertence a ninguém da vizinhança, fugiu após ser resgatado. Na cidade, no ano anterior, houve a confirmação de raiva em felinos. A conduta adequada no atendimento imediato ao paciente é

A. higienizar adequadamente e suturar as lacerações; aplicar o soro antirrábico; prescrever 1 dose de penicilina benzatina 1,2 milhão de UI.

B. lavar os ferimentos com antissépticos; aguardar a busca ativa do animal pela zoonose para início da profilaxia; aplicar reforço da vacina dT (difteria e tétano).

C. lavar os ferimentos com água corrente abundante e sabão; administrar a vacina antirrábica em 4 doses, nos dias 0, 3, 7 e 14; aplicar imunoglobulina humana antirrábica. ✓

D. higienizar com solução antisséptica; administrar a 1ª dose da vacina antirrábica; na presença de qualquer reação adversa, contraindicar as doses subsequentes; aplicar o soro antirrábico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura de gato em mãos (região ricamente innervada), animal desconhecido, que fugiu e não pode ser observado, em município com raiva confirmada em felinos: acidente GRAVE. A conduta é lavar abundantemente com água e sabão e fazer profilaxia completa - soro/imunoglobulina antirrábica infiltrada na lesão mais esquema vacinal (dias 0, 3, 7 e 14). Não se sutura ferida por mordedura (A), nem se aguarda observação do animal (B). Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Homem de 56 anos, em acompanhamento médico por angina instável de início recente, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, é internado em unidade coronariana de hospital de atenção terciária com quadro de dor torácica em aperto, de forte intensidade, irradiada para o membro superior esquerdo e mandíbula, iniciada há cerca de 2 horas. O paciente relata ter sofrido 3 episódios de dor com características similares, mas de menor duração, nas últimas 24 horas. Ele vem em uso crônico de losartana, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, dapagliflozina, metformina e atorvastatina. Ao exame físico, ausculta-se 4ª bulha, níveis pressóricos dentro da normalidade, sem congestão pulmonar. Um eletrocardiograma mostra novo infradesnívelamento segmento ST de 1 mm, com inversão de onda T, em parede anterior. O paciente evolui com elevação da troponina-I, fazendo curva enzimática. O escore de risco Grace é de 152 pontos, enquanto o TIMI risk score é de 5 pontos. A conduta indicada nesse caso é realizar

A. angiotomografia coronária em até 48 horas.

B. cateterismo cardíaco nas primeiras 24 horas. ✓

C. cateterismo cardíaco em até 3 dias do evento.

D. ecocardiograma de estresse em até 7 dias do evento. ÁREA LIVRE 22

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome coronariana aguda sem supra de ST com troponina em curva, angina recorrente e escores de alto risco (GRACE 152, acima de 140; TIMI 5): a estratégia invasiva PRECOCE, com cateterismo nas primeiras 24 horas, reduz eventos. Postergar para 3 dias (C) e conduta de risco intermediário; angiotomografia (A) e teste de estresse (D) são para dor torácica de risco baixo, e o estresse está contraindicado na instabilidade. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Menina de 1 ano e 10 meses é levada ao serviço de urgência com quadro de tosse e dispnéia há 4 dias. A mãe refere que aumentou a frequência de salbutamol, que usa rotineiramente, porém não observou melhora, com piora da dispnéia há 6 horas. Relata frequentes exacerbações da asma nos últimos 3 meses, apesar da utilização de prednisolona. História familiar: pai e mãe asmáticos. Ao exame físico, lactente no colo da mãe, afebril, sonolenta, taquidispnéica, choro entrecortado, saturação 94% em ar ambiente, retração de musculatura acessória. Além da internação da criança, a conduta adequada é prescrever

A. metilprednisolona endovenoso. ✓

B. ventilação não invasiva (VNI) com sedação.

C. salbutamol endovenoso em infusão contínua.

D. sulfato de magnésio em infusão intravenosa contínua.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação grave de asma (sonolência, tiragem, choro entrecortado, resposta ausente ao broncodilatador) em lactente já em uso de prednisolona oral: além de oxigênio e broncodilatador inalatório, o corticoide sistêmico por via ENDOVENOSA (metilprednisolona) está indicado, pois a via oral falhou e a criança está sonolenta. Sulfato de magnésio (D) e dose única em bolus, não infusão contínua; salbutamol EV (C) e VNI com sedação (B) são medidas de terapia intensiva. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Paciente de 45 anos atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) com dor ocular. Referiu que estava realizando limpeza doméstica com alvejante e deixou atingir o olho, acidentalmente. Ao exame físico, foi observada presença de hiperemia intensa com opacidade da córnea e queimadura química da pálpebra superior do olho direito. Qual é o correto manejo da paciente?

- A. Prescrição de analgésico tópico e colírio lubrificante.
- B. Lavagem dos olhos com solução de água boricada e curativo oclusivo.
- C. Lavagem ocular com solução fisiológica e avaliação imediata do especialista. ✓**
- D. Prescrição de colírio de corticoide tópico e avaliação precoce do especialista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura química ocular por alvejante (alcalino) com opacidade de córnea e emergência oftalmológica: o alcali penetra por liquefação e continua lesando enquanto estiver presente. A conduta imediata é irrigação copiosa com soro fisiológico (ou água) por tempo prolongado, seguida de avaliação especializada urgente. Solução boricada e oclusão (B) atrasam a lavagem e retem o agente; analgésico tópico (A) ou corticoide (D) isolados não removem o alcali nem substituem a irrigação. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Mulher de 72 anos, previamente hígida, com menopausa aos 53 anos, obesa, solteira e nulípara, nunca fez reposição hormonal. Chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com sangramento vaginal há dois dias, hemodinamicamente estável. Nega sangramentos anteriores. Realizou exame especular, com os seguintes achados: mucosa vaginal sem alterações, colo uterino contendo lesão polipoide que se exteriorizava pelo orifício externo, ectocérvice sem alterações, anexos livres. À ultrassonografia transvaginal, útero contendo 3 nódulos, medindo respectivamente 2,5 cm, 3,5 cm e 1,5 cm em seus maiores diâmetros, sendo o 1º e o 2º intramurais e o 3º submucoso. Endométrio medindo 8 mm de espessura. Colo uterino mostrando lesão polipoide no canal endocervical, medindo 1,5 cm em sua maior dimensão. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Hiperplasia endometrial. ✓**
- B. Câncer de colo de útero.
- C. Leiomioma submucoso.
- D. Endométrio atrófico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa e câncer de endométrio até prova em contrário, e essa paciente tem os fatores de risco clássicos: obesidade, nuliparidade e menopausa tardia. O endométrio de 8 mm (muito acima do corte de 4-5 mm para pos-menopausada sem terapia hormonal) aponta para hiperplasia/neoplasia endometrial, que deve ser investigada com biópsia. Miomas (C) e o polipo cervical são achados coexistentes que não explicam o espessamento, e endométrio atrofico (D) seria fino. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Menina de 11 anos é levada pela mãe à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS), com história de cansaço, palidez cutânea e baixo rendimento escolar nos últimos 3 meses. Ao exame físico, mucosas hipocrômicas (3+/4+); palidez cutânea. Pulso radial: 104 bpm, rítmico e cheio. Aparelho cardiovascular: sopro sistólico 2/6. Restante do exame físico sem alterações. Mãe apresenta hemograma da menina realizado há 2 semanas. Resultados Valores de referência Hemoglobina 8,4 g/dL 11,5 a 15,5 g/dL Hematócrito 25,3% 36 a 48% VCM 62 fL 80 a 98 fL HCM 24 pg 27 a 34 pg CHCM 28 g/dL 31 a 36 g/dL RDW 22% 11,5 a 14,5% Leucócitos totais 8.430/mm³ 4.000 a 10.000/mm³ Neutrófilos 54% 40 a 80% Eosinófilos 10% 0 a 5% Basófilos 1% 0 a 2% Monócitos 4% 2 a 10% Linfócitos 31% 25 a 50% Plaquetas 480.000/mm³ 140.000 a 450.000/mm³ Diante do caso apresentado, assinale a alternativa mais adequada.

- A. Deve-se dosar o ferro sérico, por ser exame sensível e específico, atentando-se para o ritmo circadiano do ferro, cujos valores são mais elevados pela manhã.
- B. Considerando-se o resultado dos exames, pode-se iniciar tratamento com 4 mg/kg/dia de ferro elementar, e espera-se aumento de reticulócitos em 4 a 7 dias. ✓**
- C. Com base no HCM, a anemia pode ser classificada em normocítica, e o esfregaço de sangue periférico pode evidenciar anisocitose, eliptocitose e poiquilocitose.
- D. A eosinofilia e a trombocitose observadas justificam o encaminhamento para hematologista, a fim de investigar causas de anemia e comprometimento esplênico. ÁREA LIVRE 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcítica (VCM 62) e hipocrômica com RDW alto e trombocitose reacional em escolar: anemia ferropriva, diagnóstico clínico-laboratorial que dispensa ferro sérico isolado (A), exame pouco confiável e sujeito a variação circadiana e inflamatória. Inicia-se ferro elementar em dose terapêutica (3-5 mg/kg/dia), com crise reticulocitária esperada em poucos dias. O HCM baixo classifica como hipocrômica, não normocítica (C). Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Homem de 30 anos chega para consulta em Unidade Básica de Saúde (UBS) devido à astenia e úlcera no pênis. Trabalha como profissional do sexo e nem sempre faz uso de preservativo. Há cerca de 3 meses, vem notando emagrecimento (10 kg no período), astenia, febre baixa sem horário fixo e, há 1 semana, observou o aparecimento de úlcera dolorosa no pênis. Nega secreção uretral. Ao exame físico, apresenta-se emagrecido, com uma lesão ulcerada com bordas elevadas sem secreção de aproximadamente 3 centímetros logo abaixo da glândula, rasa e de base mole, além de linfonodomegalia inguinal direita, com sinais inflamatórios, sem fistulização. Nesse caso, a investigação, o achado esperado e o tratamento referentes à úlcera devem ser, respectivamente,

- A. sorologia para Chlamydia trachomatis; positiva; doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia, via oral, por 7 dias.
- B. biópsia da úlcera; bacilos álcool ácido resistentes; esquema inicial com pirazinamida, isoniazida e rifampicina, via oral.
- C. Veneral Disease Research Laboratory (VDRL); reagente; benzilpenicilina benzatina 1,2 milhão de unidades, intramuscular, dose única.
- D. microscopia de esfregaço do fundo da úlcera; Gram negativos agrupados em correntes; azitromicina 500 mg, via oral, 2 comprimidos em dose única. ÁREA LIVRE ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital DOLOROSA, rasa, de bordas elevadas e base mole, com adenopatia inguinal inflamatória, aponta para cancro mole (*Haemophilus ducreyi*), diagnosticado pelo esfregaço do fundo da úlcera com cocobacilos Gram negativos em cadeias (aspecto de cardume). O tratamento é azitromicina 1 g em dose única. Sífilis (C) daria úlcera única, indolor e de base endurecida - o emagrecimento e a febre devem, ainda assim, levar a testagem para HIV. Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Mãe de menina de 7 anos, em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS), relata preocupação por a filha ser a menor de sua sala de aula. Nega intercorrências nos períodos gestacional e neonatal. Nega internações ou uso de medicações contínuas. Exame físico sem alterações, estágio de desenvolvimento de Tanner M1P1; peso de 19 kg ($z -1$); estatura de 1,07 m ($-3 < z < -2$) com alvo de 1,50 m ($z -2$); índice de massa corporal de 16,6 ($0 < z < +1$); relação entre segmento superior e segmento inferior de 1,02 (valor de referência para a idade: 1 a 1,3). Em consulta com 6 anos e 8 meses, apresentava peso de 17 kg ($-2 < z < -1$); estatura de 1,05 m ($-3 < z < -2$); índice de massa corporal de 15,4 ($z 0$), quando foi realizado cálculo de idade óssea compatível com 5 anos e 10 meses. A hipótese diagnóstica adequada para o caso é

A. acondroplasia.

B. síndrome de Turner.

C. baixa estatura familiar. ✓

D. atraso constitucional do crescimento. ÁREA LIVRE 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Estatura entre os escores $z -3$ e -2 , porém COMPATÍVEL com o alvo genético (que também está em $z -2$), com velocidade de crescimento preservada (2 cm em 4 meses), proporções corporais normais, peso adequado e idade óssea próxima da cronológica: baixa estatura familiar. No atraso constitucional (D) o alvo é normal e a idade óssea fica bem atrasada; a síndrome de Turner (B) cursaria com estigmas e desaceleração; a acondroplasia (A) é desproporcional. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Paciente de 43 anos, sexo feminino, internada em enfermaria de cirurgia. Refere icterícia, colúria e acolia, iniciadas há 72 horas. Paciente nega tabagismo, comorbidades ou episódios semelhantes previamente. Exame físico: icterícia (+++/++++), dor à palpação profunda de hipocôndrio direito; frequência cardíaca de 83 bpm; pressão arterial de 123 x 76 mmHg; temperatura axilar de 37,4 °C. Ultrassonografia de abdome: presença de múltiplas imagens móveis e arredondadas, de 0,5 a 1 cm de diâmetro, e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Exames laboratoriais: Exame Resultado Valor de referência Hematócrito 50% 38 a 52% Leucócitos totais 9.000/mL 4.000 a 11.000/mL Bastões 3% 0 a 5% Creatinina 0,9 mg/dL 0,7 a 1,3 mg/dL TGO 45 U/L 4 a 35 U/L TGP 38 U/L 4 a 32 U/L Fosfatase alcalina 760 U/L 40 a 150 U/L Gama GT 900 U/L 9 a 36 U/L Bilirrubina total 6,2 mg/dL 0,2 mg/dL a 1,20 mg/dL Bilirrubina direta 5,1 mg/dL 0,1 a 0,4 mg/dL Amilase 80 U/L 28 a 100 U/L Nesse momento, quais são, respectivamente, o diagnóstico sintomático e o exame complementar mais indicados para prosseguir à investigação?

A. Síndrome colestática sem colangite; tomografia de abdome com contraste venoso.

B. Síndrome colestática com colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares.

C. Síndrome colestática sem colangite; ressonância nuclear magnética de vias biliares. ✓

D. Síndrome colestática com colangite; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia, colúria e acolia com padrão laboratorial colestático (FA e gama-GT muito elevadas, bilirrubina direta predominante) e USG com cálculos e dilatação de vias biliares: coledocolitíase. Não há colangite, pois falta a tríade de Charcot completa (sem febre significativa, sem leucocitose). Por isso o próximo passo é diagnóstico e não invasivo: colangiorressonância. A CPRE (D) seria terapêutica e se reserva a colangite ou a obstrução já confirmada. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Primigesta de 28 anos, com 33 semanas de gestação, pré-natal de risco habitual, chega ao pronto-atendimento obstétrico relatando saída de líquido claro pela vagina há cerca de 2 horas. Ao exame físico, sinais vitais normais, tônus uterino normal, não há presença de contrações, altura uterina é compatível com a idade gestacional, movimentos fetais presentes e frequência cardíaca fetal de 140 bpm. Ao exame especular, nota-se saída de líquido amniótico claro pelo orifício externo do colo uterino. Após a prescrição de antibiótico e corticoterapia antenatal, a conduta adequada a ser adotada é prescrever

- A. internação hospitalar e monitoramento materno-fetal diário. ✓**
- B. internação hospitalar, cardiotocografia e indução imediata do parto.
- C. alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial diário.
- D. alta, repouso domiciliar e monitoramento materno-fetal ambulatorial semanal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas pre-termo com 33 semanas, sem sinais de infecção, sem trabalho de parto e com vitalidade fetal preservada: após antibiótico e corticoide, a conduta é EXPECTANTE com internação hospitalar e vigilância materno-fetal diária (temperatura, leucograma, PCR, cardiotocografia), levando a gestação até cerca de 34 semanas. A alta domiciliar (C/D) é insegura pelo risco de corioamnionite e prolapso; induzir agora (B) impõe prematuridade evitável. Resposta A.