



ENAMED — Residência Médica

ENAMED 2025

Prova comentada

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

objetiva — caderno 2

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 2 — 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, cardiocografia 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotura prematura de membranas pré-termo (33 semanas), sem trabalho de parto, sem sinais de infecção e com vitalidade fetal preservada: a conduta é EXPECTANTE, mas HOSPITALAR, com corticoide, antibiótico e vigilância materno-fetal diária (temperatura, leucograma, BCF, tocografia). Alta domiciliar (C/D) é inaceitável pelo risco de corioamnionite, prolapso de cordão e DPP. Indução imediata (B) só a partir de 34 semanas ou diante de infecção/sofrimento fetal. Resposta A.

QUESTÃO 3 — 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: icterica (+++/++++), 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 síndrome 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 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Padrão claramente colestático: BD 5,1, FA 760 e GGT 900 com transaminases só discretamente elevadas, somado a microcálculos e dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas — coledocolitíase. Não há colangite: falta a tríade de Charcot completa (Tax 37,4 sem calafrios, leucograma normal, sem instabilidade). O próximo passo é a colangiorressonância, exame não invasivo de maior acurácia para o colédoco. A CPRE (D) é terapêutica e fica reservada à obstrução já documentada. Resposta C.

QUESTÃO 4 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Estatura entre $z -3$ e -2 MAS com alvo genético igualmente baixo (1,50 m, $z -2$), proporções corporais normais (SS/SI 1,02), IMC normal, velocidade de crescimento preservada e idade óssea próxima da cronológica: baixa estatura familiar. Acondroplasia (A) cursa com desproporção (relação SS/SI aumentada). Turner (B) exige estigmas e alvo normal. No atraso constitucional (D) o alvo é normal e a idade óssea é marcadamente atrasada, com puberdade tardia. Resposta C.

QUESTÃO 5 — 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. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital DOLOROSA, rasa, de bordas elevadas e base MOLE, com adenopatia inguinal inflamatória: cancro mole (*Haemophilus ducreyi*). O esfregaço do fundo da lesão mostra cocobacilos Gram-negativos em fileiras ('cardume'), e o tratamento é azitromicina 1 g VO em dose única. Sífilis (C) daria cancro ÚNICO, INDOLOR e de base ENDURECIDA. A pérola é o par dor/consistência: dói e é mole = cancro mole; não dói e é duro = cancro duro. Resposta D.

QUESTÃO 6 — 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. 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Hb 8,4 com VCM 62, HCM 24, CHCM 28, RDW 22% e trombocitose: anemia microcítica hipocrômica com anisocitose — ferropriva. Trata-se empiricamente com ferro elementar 3 a 5 mg/kg/dia, esperando crise reticulocitária em cerca de 5 a 7 dias e correção da Hb em 1 a 2 meses. Ferro sérico (A) é pouco sensível e específico. O VCM, não o HCM, classifica em micro/normo/macrocítica (C). A eosinofilia (D) aponta parasitose como causa da perda, não indicação de hematologista. Resposta B.

QUESTÃO 7 — 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 em pós-menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e esta paciente soma os fatores de risco clássicos: obesidade, nuliparidade e menopausa tardia. O eco endometrial de 8 mm (limite de 4 a 5 mm sem terapia hormonal) obriga investigação histológica, e a hipótese principal é hiperplasia endometrial. O pólipio endocervical e os miomas são achados frequentes e pouco sangram nessa faixa; endométrio atrófico (D) seria fino, abaixo de 4 mm. Resposta A.

QUESTÃO 8 — 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 ocular por álcali (alvejante) é EMERGÊNCIA: o hidróxido promove necrose de liquefação e penetra profundamente. O tempo é o prognóstico — irrigação copiosa e imediata com soro fisiológico (ou água corrente) por 20 a 30 minutos, seguida de avaliação oftalmológica urgente. Opacidade de córnea já indica lesão grave. Curativo oclusivo e água boricada (B) retêm o agente; corticoide (D) e lubrificante isolado (A) não removem o cáustico. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Menina de 1 ano e 10 meses é levada ao serviço de urgência com quadro de tosse e dispneia há 4 dias. A mãe refere que aumentou a frequência de salbutamol, que usa rotineiramente, porém não observou melhora, com piora da dispneia 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, taquidispneica, 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

Crise asmática grave em lactente: sonolência, choro entrecortado, tiragem e falta de resposta ao beta-2, em criança já corticodependente. A conduta é internar e administrar corticoide SISTÊMICO parenteral (metilprednisolona), pois a via oral já falhou e a criança está com esforço respiratório. VNI com sedação (B) em paciente sonolenta arrisca parada e aspiração. Salbutamol EV contínuo (C) e sulfato de magnésio contínuo (D) não são primeira linha; o magnésio, quando usado, é em dose única. Resposta A.

QUESTÃO 10 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome coronariana aguda SEM supra de ST (infra + inversão de T + curva de troponina) com GRACE 152 e TIMI 5: risco ALTO. A diretriz manda estratégia invasiva precoce, com cinecoronariografia nas primeiras 24 horas — GRACE acima de 140 é o corte. Cateterismo em 3 dias (C) seria a estratégia do risco intermediário. Angiotomografia (A) e teste provocativo como o eco de estresse (D) são para dor torácica de risco baixo, jamais em paciente com troponina em curva. Resposta B.

QUESTÃO 11 — 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 cortocontusas 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. ÁREA LIVRE 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura de gato desconhecido que fugiu, em região de mão (rica em inervação) e área com raiva felina confirmada: acidente GRAVE. Conduta: lavar abundantemente com água e sabão, iniciar esquema completo de vacina antirrábica (dias 0, 3, 7 e 14) E infiltrar imunoglobulina antirrábica humana. Não se aguarda observação do animal quando ele não é localizável (B). Ferida de mordedura em mão não deve ser suturada primariamente (A). Reação adversa não contraindica as doses seguintes (D). Resposta C.

QUESTÃO 12 — 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 Couvaille. ✓

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

C. trabalho de parto; inibição; prematuridade.

D. pré-eclâmpsia; cesárea; rotura uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com HIPERTONIA uterina e bradicardia fetal, após uso de cocaína (vasoconstrição placentária), é descolamento prematuro de placenta. Com feto vivo e colo impérvio, a via é a cesárea IMEDIATA. A complicação clássica é o útero de Couvaille (apoplexia uteroplacentária), com infiltração hemorrágica do miométrio e atonia. Vasa prévia (B) sangra sem hipertonia e com útero mole; trabalho de parto (C) não cursa com hipertonia e sofrimento fetal. Resposta A.

QUESTÃO 14 — 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 hiperocrômicas 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

COMENTÁRIO OSCELABS

Acantose nigricans (manchas aveludadas em pescoço, axilas e virilhas) em adolescente com obesidade e adiposidade central é MARCADOR CUTÂNEO DE RESISTÊNCIA INSULÍNICA, não doença de pele. Logo, a investigação é metabólica: perfil lipídico e ultrassonografia de abdome (doença hepática gordurosa), além do rastreio glicêmico. Biópsia (A) é desnecessária — o diagnóstico é clínico. Não é micose nem dermatose inflamatória, então antifúngico (D) e corticoide (C) não têm papel. Resposta B.

QUESTÃO 15 — 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**

Cefaleia de início após os 50 anos, bilateral, com hipersensibilidade do couro cabeludo, amaurose fugaz, diplopia, artralgias e perda de peso: bandeira vermelha para arterite temporal (de células gigantes), uma cefaleia SECUNDÁRIA. O exame inicial é o VHS (tipicamente acima de 50), com PCR; a biópsia da temporal confirma, mas o corticoide não espera — atraso significa cegueira irreversível. Cefaleia primária (A/C) não explica sintomas visuais e sistêmicos em idosa. Resposta D.

QUESTÃO 16 — 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 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Ingestão maciça de clonazepam com coma e necessidade de ventilação: intoxicação por benzodiazepínico, cujo antídoto é o flumazenil, antagonista competitivo do receptor GABA-A. Vale a ressalva de que ele deve ser usado com cautela (risco de convulsão em usuário crônico ou coingestão de tricíclicos). N-acetilcisteína (A) é para paracetamol, naloxona (C) para opioides e atropina (D) para síndrome colinérgica por organofosforados. Resposta B.

QUESTÃO 17 — 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 a pessoa idosa — agravo de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (independente de suspeita ou confirmação), com acionamento intersetorial dos órgãos de proteção e plano de ação conjunto. Naturalizar contenção e lesão por pressão (A) é erro grave. Respeitar a 'autonomia da ILPI' (B) ou apenas educar sobre paliativos (D) omite o dever legal de notificar. Resposta C.

QUESTÃO 18 — 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 oncótica. 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

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão intraepitelial escamosa de BAIXO grau (LSIL) em mulher com 25 anos ou mais: a maioria regride espontaneamente, por isso o protocolo brasileiro manda REPETIR a citologia em 6 meses. Só se a segunda coleta vier alterada é que se encaminha para colposcopia (C). Repetir imediatamente (D) não faz sentido, pois é preciso tempo para o clareamento viral, e ultrassonografia transvaginal (A) não avalia colo. Em ASC-H, AGC ou HSIL, aí sim a colposcopia é imediata. Resposta B.

QUESTÃO 19 — 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

Colo de 1,5 cm no segundo trimestre somado a antecedente de parto pré-termo é altíssimo risco de prematuridade. A profilaxia com evidência é progesterona micronizada vaginal 200 mg/dia, mantida até cerca de 36 semanas. Tocolítico (atosiban, nifedipino) NÃO previne prematuridade — só é usado no trabalho de parto prematuro instalado, para ganhar tempo de corticoide, e nunca de forma crônica (B/C). Pesquisa de estreptococo do grupo B (A) é rastreio de 36 a 37 semanas, não previne parto. Resposta D.

QUESTÃO 20 — 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 após a evacuação, com sangramento vivo em pequena quantidade, fezes endurecidas e doença de Crohn: fissura anal. A dor intensa desproporcional ao achado é a marca — hemorroida costuma sangrar sem dor. Abscesso perianal (A) daria dor contínua, febre e abaulamento flutuante; fístula (B) cursa com drenagem crônica de secreção e orifício externo; cisto pilonidal (C) fica na região sacrococcígea, não no ânus. Resposta D.

QUESTÃO 21 — 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. ÁREA LIVRE 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Abdome escavado, ictus desviado à direita e ruídos hidroaéreos no hemitórax esquerdo: hérnia diafragmática congênita. A regra de ouro é NÃO ventilar com máscara/balão — insufla as alças herniadas e piora a compressão pulmonar. Faz-se intubação traqueal imediata (com sonda gástrica para descompressão) e, como há apneia com bradicardia persistente, massagem cardíaca. Drenagem torácica (B) drenaria intestino; surfactante e óxido nítrico (C) não resolvem o efeito de massa. Resposta A.

QUESTÃO 22 — 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 com calafrios, taquicardia, taquipneia e leucocitose com desvio à esquerda em diabética com ITU de repetição: sepse de foco urinário. O item que mais salva vida no pacote da primeira hora é o ANTIBIÓTICO de amplo espectro precoce — cada hora de atraso aumenta mortalidade. Antitérmico e observação (A) subtratam. Candida (C) não é a etiologia presumida em ITU comunitária. E o espectro deve ser DESCALONADO após as culturas, não mantido amplo até o fim (D). Resposta B.

QUESTÃO 23 — 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 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Identidade transgênero NÃO é transtorno mental (a CID-11 retirou do capítulo de saúde mental e trouxe a incongruência de gênero para condições relativas à saúde sexual). O paciente está sem sofrimento psíquico e quer informação: a APS acolhe, acompanha longitudinalmente e orienta cuidados gerais. Exigir laudo psiquiátrico prévio (A) patologiza. Encaminhar e transferir o vínculo (C) fere a integralidade. Hormonioterapia (B) exige protocolo e serviço habilitado, não se inicia assim. Resposta D.

QUESTÃO 24 — 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

A cena descreve diferença CULTURAL, não resistência ou não adesão: evitar contato visual e a presença do pajé são formas legítimas de comunicação e de cuidado nas comunidades ribeirinhas e indígenas. A resposta adequada é educação permanente da equipe, reconhecendo saberes e práticas locais (competência cultural). Padronizar rotinas e comunicação técnica (A/D) apaga a diversidade e afasta o usuário; blindar a autonomia profissional (C) ignora que evidência e cultura não se excluem. Resposta B.

QUESTÃO 26 — 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

Ciclos irregulares (20 a 65 dias) com IMC 41,5 sugerem anovulação crônica, que expõe o endométrio a estrogênio sem oposição. O sistema intrauterino de levonorgestrel (endoceptivo) resolve as duas pontas: contracepção altamente eficaz e proteção endometrial — e é ideal antes da bariátrica, pois não depende de absorção intestinal. Métodos só de progestagênio não são proibidos (B). Preservativo isolado (C) tem alta falha típica. Adesivo é combinado, e IMC alto o contraindica (D). Resposta A.

QUESTÃO 27 — 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. Glossofaríngeo.
- C. Hipoglosso.
- D. Vago.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rouquidão que aparece no pós-operatório imediato de tireoidectomia e não melhora em 60 dias aponta lesão do nervo laríngeo RECORRENTE, ramo do vago que inerva todos os músculos intrínsecos da laringe (exceto o cricotireóideo) e corre no sulco traqueoesofágico, junto à artéria tireóidea inferior. Lesão do laríngeo superior daria perda de tons agudos e fadiga vocal. Glossofaríngeo (B) e hipoglosso (C) não têm relação anatômica com a loja tireoidiana. Resposta A.

QUESTÃO 28 — 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 e exame neurológico normal: crise febril SIMPLES. Conduta é tranquilizar a família, orientar manejo da febre e da crise e seguir a puericultura de rotina. EEG (A), neuroimagem e exames laboratoriais (D) não estão indicados na crise simples com exame normal. Profilaxia contínua com barbitúrico (B) é proscrita — dano cognitivo maior que o benefício. Resposta C.

QUESTÃO 29 — 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, desconforto abdominal e desnutrição grave (IMC 15), com endoscopias e HISTOLOGIA NORMAIS e teste respiratório com lactulose POSITIVO: supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO). O tratamento é antibiótico de baixa absorção — rifaximina, com neomicina como alternativa. Sintomáticos (B) não tratam a causa. Histologia normal afasta doença celíaca (C). Probióticos e inibidor de bomba (D) não resolvem, e o IBP até favorece o supercrescimento. Resposta A.

QUESTÃO 30 — 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 ÁREA LIVRE 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Pensamentos recorrentes, INTRUSIVOS e indesejados, com conteúdo agressivo, geradores de angústia e — o detalhe decisivo — com CRÍTICA preservada ('sei que não faz sentido'): isso é obsessão, vivência egodistônica. Delírio (A) é crença fixa, egossintônica, sem crítica. Compulsão (D) é o ATO ou ritual mental repetitivo feito para neutralizar a obsessão. Hipertimia (C) é alteração do humor. A dupla egodistonia + crítica preservada é o que separa obsessão de delírio. Resposta B.

QUESTÃO 31 — 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 intenso e lesões cutâneas em cela superlotada (75 pessoas para 35 vagas) é surto de escabiose. Em coletividade fechada, tratar apenas sintomáticos falha, pois há assintomáticos em incubação e reinfestação imediata: a medida eficaz é o BLOQUEIO COLETIVO com tratamento simultâneo de todos os contatos, notificação do surto à vigilância, reorganização de fluxos com a administração prisional e ações estruturais/educativas. Isolamento (A) e restrição da medicação (C) perpetuam o ciclo. Resposta B.

QUESTÃO 32 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O DSM-5 define transtorno por uso de substância por 11 critérios agrupados em prejuízo de controle, comprometimento social, uso arriscado e critérios farmacológicos. Entre eles está exatamente 'muito tempo gasto para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos'. Intolerância cruzada (A) não é critério. Aceitar abstinência (B) mede adesão, não diagnóstico. Ser lícita ou ilícita (D) é irrelevante — álcool e tabaco são lícitos e geram dependência grave. Resposta C.

QUESTÃO 33 — 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 cerca de metade dessas mulheres tem NIC 2 ou pior. Por isso a conduta é colposcopia IMEDIATA, com biópsia dirigida. Repetir a citologia em 6 meses (D) é a conduta do ASC-US ou LSIL, não do ASC-H. Conização (A) e CAF (C) são tratamentos excisionais e não se fazem às cegas, sem diagnóstico histológico — 'ver e tratar' só se aplica a situações selecionadas com achado colposcópico maior. Resposta B.

QUESTÃO 34 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia PULSÁTIL de grande volume em membro, com choque hemorrágico, no ambiente pré-hospitalar: a sequência é compressão direta e, se falhar, torniquete proximal à ferida, fora de articulação, com registro do horário. Reposição inicial é com cristalóide (soro fisiológico) até que haja hemoderivado. Dissecação e pinçamento em via pública (A/B) desperdiçam tempo e lesam nervos e vasos colaterais. Albumina (D) e glicofisiológico não são fluidos de ressuscitação no trauma. Resposta C.

QUESTÃO 35 — 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. ÁREA LIVRE 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética (glicemia 410, pH 7,15, HCO₃ 13, cetonúria). Após a fluidoterapia, o passo seguinte é o POTÁSSIO: o potássio corporal total está sempre depletado, mesmo com valor sérico normal, e a insulina joga K para dentro da célula, podendo precipitar hipocalcemia grave e arritmia. Corrigir glicemia rápido (B) causa edema cerebral. Bicarbonato (C) só se pH abaixo de 6,9. Manitol (D) fica para edema cerebral instalado. Fluido, potássio e só então insulina — nessa ordem. Resposta A.

QUESTÃO 36 — 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 rastreio 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

TVP em mulher jovem com dois familiares de primeiro grau acometidos: trombofilia hereditária. A mais prevalente é o fator V de Leiden, mutação que torna o fator Va resistente à clivagem pela proteína C ativada. A pegadinha está nas outras três: proteína S, proteína C e antitrombina III causam trombose quando estão REDUZIDAS, não aumentadas (B/C). E o fator de von Willebrand baixo (D) causa o oposto — sangramento, não trombose. Resposta A.

QUESTÃO 37 — 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. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Episódio depressivo grave com ideação suicida ESTRUTURADA: método pesquisado (paracetamol), acesso a cartelas, desesperança, abandono de tratamento e ausência total de rede de suporte (família em outro estado). Risco iminente com baixa retaguarda exige INTERNAÇÃO em enfermaria de saúde mental em hospital geral. Encaminhar para UBS (A), psicoterapia (B) ou CAPS I ambulatorial (C) devolve à rua um paciente que planeja morrer — e o CAPS I sequer tem leito de acolhimento noturno. Resposta D.

QUESTÃO 38 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

A equipe DEFINE e APLICA a intervenção (orientação nutricional e atividade física) e depois avalia o impacto: por definição, é um estudo de INTERVENÇÃO, isto é, ensaio clínico. Como a população é a adscrita da equipe e não há sorteio dos participantes entre grupos, trata-se de ensaio clínico NÃO randomizado (comunitário). Coorte (C) e caso-controle (A) são observacionais — o pesquisador não intervém. Ensaio randomizado (D) exigiria alocação aleatória, o que não ocorreu. Resposta B.

QUESTÃO 39 — 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). ÁREA LIVRE 10

COMENTÁRIO OSCELABS

Morte NATURAL de paciente com assistência médica regular: quem preenche a declaração de óbito é o médico assistente, não IML (reservado a mortes violentas), nem SVO (morte natural SEM assistência), nem SAMU. Na Parte I vale a cadeia causal em ordem inversa: causa terminal (insuficiência respiratória, horas), depois intermediária (pneumonia, 1 dia) e a síndrome gripal (10 dias). Na Parte II vão as contribuintes que não entraram na cadeia — AVE e hipertensão. Resposta B.

QUESTÃO 40 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido vulvar, disúria terminal, edema, hiperemia, fissuras e corrimento esbranquiçado, com teste das aminas NEGATIVO, em diabética que acabou de usar antibiótico: candidíase vulvovaginal. Trata-se com azólico tópico — miconazol creme vaginal por 7 noites (ou fluconazol 150 mg VO dose única). Metronidazol (D) serve a tricomoníase e vaginose, ambas com teste de aminas POSITIVO. Cefalexina (B) e azitromicina (C) não cobrem fungo. Resposta A.

QUESTÃO 41 — 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 em fossa ilíaca esquerda, febre, leucocitose com desvio, episódio prévio semelhante e **PLASTRÃO** palpável: diverticulite aguda complicada (provável abscesso). O exame de maior acurácia para diagnosticar, estadiar (Hinchey) e guiar drenagem é a tomografia de abdome com contraste. Colonoscopia (B) é **CONTRAINDICADA** na fase aguda pelo risco de perfuração — fica para 6 a 8 semanas depois. Radiografia (A) só flagra pneumoperitônio; ultrassom (D) é operador-dependente e limitado no obeso. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Lactente de 9 meses é atendido em Unidade Básica de Saúde (UBS) em virtude do surgimento de crises epiléticas 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade é clássica: espasmos em flexão agrupados na sonolência (síndrome de West), manchas **HIPOMELANÓTICAS** e astrocitomas subependimários de células gigantes na ressonância — esclerose tuberosa. O SEGA é praticamente patognomônico. Neurofibromatose (A) daria manchas café com leite e neurofibromas, não hipocrômicas. Sturge-Weber (C) cursa com mancha em vinho do Porto no território do trigêmeo e calcificações corticais. Von Hippel-Lindau (D) dá hemangioblastomas. Resposta B.

QUESTÃO 43 — 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, tireoide dolorosa e firme, precedida de virose respiratória, com tireotoxicose e VHS/PCR muito elevados: tireoidite subaguda de De Quervain. Como não há hiperprodução hormonal, e sim liberação por destruição folicular, a captação de iodo radioativo está REDUZIDA — e o tratamento é sintomático: anti-inflamatório (ou corticoide) e betabloqueador. Antitireoidiano, iodo terapêutico e cirurgia (B/C/D) não têm papel. Resposta A.

QUESTÃO 44 — 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 11 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O metilfenidato é psicoestimulante e seus efeitos adversos relevantes são inapetência com desaceleração de peso e estatura, insônia e elevação de pressão arterial e frequência cardíaca. O monitoramento, portanto, é clínico e periódico: peso, estatura e PA — com reavaliação da necessidade após cerca de 1 ano. Não há indicação de hemograma e TSH anuais nem de antipsicótico profilático (C); ganho de peso e dislipidemia (A) são efeitos de antipsicóticos, não de estimulantes. Resposta D.

QUESTÃO 45 — 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

A questão cobra o conceito de MANEJO INTEGRADO DE VETORES, que é um processo CÍCLICO de gestão: análise situacional com dados epidemiológicos e entomológicos, desenho das operações, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação — alimentando um novo ciclo. As demais alternativas listam AÇÕES isoladas (levantamento de índice larvário, inseticida, mutirão, vigilância virológica) que são componentes executáveis dentro do ciclo, mas não descrevem o processo. Resposta D.

QUESTÃO 46 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O calendário do idoso no PNI traz influenza e covid-19 anuais, dT a cada 10 anos, hepatite B em 3 doses e pneumocócica 23-VALENTE (a 10-valente é conjugada e infantil, o que já derruba C e D); a vacina contra herpes-zóster não é ofertada na rotina do SUS. Quanto à abordagem, a recusa nasce de desinformação — cabe diálogo ampliado com a família, e não denúncia (B), termo de responsabilidade (C) ou omissão travestida de respeito à autonomia de terceiro (D). Resposta A.

QUESTÃO 47 — 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 é contraindicação ABSOLUTA (categoria 4 da OMS) ao contraceptivo hormonal combinado, em qualquer idade, pelo aumento significativo do risco de AVC isquêmico — risco que o estrogênio potencializa. Antecedente FAMILIAR de câncer de mama em avó (A), de hipertensão (D) ou de diabetes (B) não contraindica combinado; são histórias familiares, não condições da paciente. A opção segura aqui seria progestagênio isolado ou DIU. Resposta C.

QUESTÃO 48 — 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 hidantalização 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 hidantalização do paciente e aguardar melhora clínica. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma craniano com lucidez inicial (paciente consciente, sem déficits), seguida de deterioração rápida com rebaixamento e ANISOCORIA ipsilateral: o clássico intervalo lúcido do hematoma EPIDURAL (lesão da artéria meníngea média, coleção biconvexa que não cruza suturas). A pupila dilatada indica herniação uncal — é indicação de craniotomia descompressiva de EMERGÊNCIA. Hidantalizar e aguardar (A/D) deixa o paciente herniar. Contusão (B) raramente exige cirurgia imediata. Resposta C.

QUESTÃO 49 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 11 meses, os reflexos primitivos já desapareceram: Moro e preensão palmar somem por volta de 4 a 6 meses, a procura (busca) por 3 a 4 meses e o tônico-cervical assimétrico até 4 a 6 meses — a persistência deles nessa idade seria SINAL DE ALERTA para lesão neurológica. O reflexo cutâneo-plantar, por sua vez, permanece presente (em extensão até cerca de 12 a 24 meses, quando se torna flexor com a mielinização do trato corticoespinal). Resposta A.

QUESTÃO 50 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Retocolite ulcerativa com padrão colestático anictérico (FA e gama-GT muito elevadas, transaminases pouco alteradas) é colangite esclerosante primária até prova em contrário — cerca de 70% dos casos de CEP têm doença inflamatória intestinal associada. O exame de escolha é a colangiorressonância, que mostra estenoses multifocais alternadas com segmentos normais ou dilatados ('contas de rosário'). CPRE (B) é invasiva e reservada à terapêutica; Murphy negativo e ausência de cólica afastam litíase. Resposta C.

QUESTÃO 51 — 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

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (38%), sintomática, em uso de IECA: entre as opções, apenas o antagonista do receptor mineralocorticoide (espironolactona) reduz MORTALIDADE, além de ajudar no controle pressórico. Clortalidona (B) alivia congestão, mas não muda prognóstico; hidralazina (C) só tem benefício associada a nitrato, em contextos específicos; clonidina (D), agonista alfa-2 central, é evitada na IC. O quarteto prognóstico é IECA/BRA-NI, betabloqueador, ARM e iSGLT2. Resposta A.

QUESTÃO 53 — 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

Trauma cranioencefálico com PERDA DE CONSCIÊNCIA de duração desconhecida, amnésia do evento e mecanismo de queda de escada, transportado sem imobilização: obriga tomografia de crânio e face E de coluna cervical (o mecanismo e a escoriação cervical posterior indicam risco de lesão raquidiana), além de radiografia dos membros acometidos e observação hospitalar. Radiografia de crânio (B/D) não avalia lesão intracraniana. Liberar para casa (C) com amnésia e perda de consciência é temerário. Resposta A.

QUESTÃO 54 — 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. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia PROGRESSIVA, dispareunia de PROFUNDIDADE, fadiga e útero retrovertido fixo com dor à mobilização: endometriose, cuja tríade sintomática clássica é dor cíclica progressiva, dispareunia profunda e infertilidade. Doença inflamatória pélvica (A) seria quadro agudo, com febre, corrimento e dor à mobilização em contexto infeccioso. Miomatose (B) daria útero aumentado e sangramento intenso. Cisto hemorrágico (C) provoca dor aguda unilateral, não crônica cíclica. Resposta D.

QUESTÃO 55 — 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

Retratamento após abandono. O TRM-TB pode dar falso-negativo justamente em quem já tratou (detecta DNA, mas com carga variável), e baciloscopia positiva com TRM negativo levanta ainda a hipótese de micobactéria não tuberculosa. A conduta correta é solicitar CULTURA com teste de sensibilidade e iniciar o esquema básico enquanto se aguarda o resultado — não se deixa o paciente sem tratamento. Resistência à rifampicina (D) contraindica o esquema básico, exigindo esquema para TB-MDR. Resposta C.

QUESTÃO 56 — 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. ÁREA LIVRE 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas perguntas independentes. O cardiologista em ambulatório de referência atua na atenção SECUNDÁRIA (média complexidade, especialidade ambulatorial) — terciária seria alta complexidade hospitalar. E o cuidado a quem JÁ INFARTOU, para evitar novo evento, é prevenção SECUNDÁRIA (a primária evita a doença aparecer; a terciária reabilita sequelas; a quaternária protege de intervenção desnecessária). Logo: secundário e secundário. Resposta B.

QUESTÃO 58 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite SIMÉTRICA de pequenas articulações das mãos (IFP e MCF, poupando interfalangeanas distais) com rigidez matinal maior que 1 hora por mais de 6 semanas, com anemia de doença crônica: artrite reumatoide. O fator reumatoide é o achado esperado (o anti-CCP é mais específico), e o DMARD de primeira linha é o metotrexato. Lúpus (C) tem artrite não erosiva com manifestações sistêmicas, e o padrão pontilhado fino denso do FAN é justamente o mais associado a indivíduos SAUDÁVEIS. Resposta B.

QUESTÃO 62 — 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 seguimento: o rastreamento com respaldo é perfil lipídico, glicemia de jejum, sangue oculto nas fezes (câncer colorretal a partir dos 45 a 50 anos) e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C — além da abordagem da cessação do tabagismo, a intervenção de maior impacto no caso. PSA e toque retal (A/B) NÃO são recomendados como rastreio populacional pelo Ministério da Saúde, e radiografia de tórax não rastreia câncer de pulmão. Resposta D.

QUESTÃO 63 — 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 exógena por agrotóxico é agravo de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA no SINAN, e o nexo é clínico-epidemiológico (exposição recente à pulverização, colega com o mesmo quadro) — não depende de exame confirmatório, que sequer está disponível na rotina (por isso B erra). A conduta completa é tratar, investigar, notificar, afastar do agente com atestado e acionar o matriciamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador. A CAT pode e deve ser emitida por qualquer médico (D). Resposta C.

QUESTÃO 64 — 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 deseja. 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 16

COMENTÁRIO OSCELABS

Padrão de humor irritável, comportamento desafiador a figuras de autoridade, recusa de regras e culpabilização de terceiros, com retorno ao humor NORMAL assim que o desejo é atendido: transtorno de oposição desafiante. A pista está no intervalo — no transtorno disruptivo da desregulação do humor (C) a irritabilidade é PERSISTENTE entre as explosões. TAB (A) exigiria episódios de humor de dias a semanas. No TDAH (D) o núcleo é desatenção/hiperatividade, não a oposição deliberada. Resposta B.

QUESTÃO 65 — 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 síndrome NEFRÓTICA é definida por dois critérios laboratoriais obrigatórios: proteinúria maior que 3,5 g/24h (aqui 3,6 g) e hipoalbuminemia (1,8 g/dL). Hiperlipidemia (triglicerídeos 200) e edema são achados de suporte, CONSEQUÊNCIAS da perda proteica, não definidores. Hematúria mínima (5 hemácias por campo) é inespecífica e caracterizaria síndrome nefrítica se fosse dismórfica e abundante. Vale a suspeita de neoplasia oculta como causa secundária, dado o emagrecimento. Resposta A.

QUESTÃO 66 — 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 pôndero-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 de crescimento próprio, com peso e estatura sistematicamente menores. Plotá-las nas curvas da OMS produziria diagnóstico FALSO de desnutrição e baixa estatura, levando a intervenções desnecessárias. Por isso usam-se curvas ESPECÍFICAS para síndrome de Down desde o nascimento, que permitem comparar a criança com seus pares e detectar desvios reais. Não existe 'fator de correção' aplicável às curvas da OMS (C). Resposta B.

QUESTÃO 67 — 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

Desvio de traqueia CONTRALATERAL, turgência jugular, murmúrio abolido à esquerda e choque com hipoxemia grave: pneumotórax hipertensivo à esquerda. É diagnóstico CLÍNICO e a conduta é descompressão IMEDIATA por punção torácica, antes de qualquer imagem. Reposição volêmica (A) não resolve obstrução ao retorno venoso. Pericardiocentese (C) seria para tamponamento — que também dá jugular túrgida e bulhas abafadas, mas sem desvio de traqueia nem assimetria de murmúrio. Resposta D.

QUESTÃO 68 — 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 pubianos e axilares ESPARSOS, ausência de útero, testosterona em níveis masculinos e cariótipo 46,XY: síndrome de insensibilidade androgênica. O testículo produz testosterona (que não age, por defeito do receptor) e hormônio antimülleriano (que regride os ductos de Müller, explicando a ausência de útero). Disgenesia gonadal (A) teria FSH alto e testosterona baixa. Causas müllerianas e obstrutivas (B/C) ocorrem em cariótipo 46,XX. Resposta D.

QUESTÃO 69 — 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 17 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa de 82 anos, assintomática, sem lesão de órgão-alvo, com cifras limítrofes (144 a 148 por 86 a 88 mmHg) medidas em ambientes distintos. Antes de rotular e medicar, cabe conduta expectante com mudanças de estilo de vida e monitorização seriada da PA na unidade (idealmente MAPA/MRPA, para afastar hipertensão do avental branco). Iniciar anti-hipertensivo (C) na muito idosa com valores borderline arrisca hipotensão, queda e fratura. Encaminhar (A) e pedir Holter/eco (B) é excesso. Resposta D.

QUESTÃO 70 — 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

Exposição sexual desprotegida de ALTO risco há 48 horas, dentro da janela de 72 horas: a prioridade é a PEP, iniciada após testagem rápida NÃO REAGENTE para HIV (mais sífilis). Concluída a PEP, com nova testagem negativa, emenda-se a PrEP, dado o risco contínuo. Não se usa PEP e PrEP concomitantes (D), nem se inicia PrEP em quem pode estar em infecção aguda (B) — o risco é selecionar resistência. A ordem é sempre PEP primeiro, PrEP em seguida. Resposta C.

QUESTÃO 71 — 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

Anorexia nervosa com INSTABILIDADE CLÍNICA: IMC 14,7, hipotensão (80x60), bradicardia (55 bpm), síncope ao esforço, desidratação e — o mais grave — alterações de ST e T no ECG, que sinalizam distúrbio hidroeletrólítico e risco de arritmia fatal. Isso exige internação em enfermaria CLÍNICA para reidratação, correção de eletrólitos e realimentação monitorada (risco de síndrome de realimentação). Enfermaria psiquiátrica (B) e seguimento ambulatorial (C/D) não dão suporte ao risco cardiovascular. Resposta A.

QUESTÃO 72 — 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 hipomímia, tremor de repouso ASSIMÉTRICO, rigidez em roda dentada, marcha em pequenos passos e instabilidade postural, com neuroimagem sem lesão estrutural: doença de Parkinson. Com prejuízo funcional já instalado (queda, dificuldade para tarefas finas) em paciente de 65 anos, a levodopa associada a carbidopa é o tratamento mais eficaz. Donepezila e memantina (B) tratam demência; propranolol (C) serve ao tremor ESSENCIAL, que é postural/de ação, não de repouso. Resposta A.

QUESTÃO 73 — 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 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Equimoses em face, pernas e coxas em VÁRIOS ESTÁGIOS DE EVOLUÇÃO — indicando agressões repetidas ao longo do tempo — em adolescente que EVITA falar sobre o assunto e está sob guarda temporária: suspeita de violência física, de notificação compulsória e comunicação ao Conselho Tutelar. As demais descrevem DOENÇAS: meningococcemia (A), dengue com sinais hemorrágicos (C) e sintomas B com linfonodomegalia generalizada sugerindo linfoma (D) — sangram por doença, não por agressão. Resposta B.

QUESTÃO 74 — 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

Cronologia de Murphy completa: dor epigástrica que migra para fossa ilíaca direita, anorexia, náusea, febre e Blumberg positivo, com leucocitose e desvio à esquerda e beta-hCG negativo (afasta prenhez ectópica). É apendicite aguda. A leucocitúria não deve enganar — decorre da contiguidade do apêndice com o ureter/bexiga. Conduta: confirmar com imagem (ultrassonografia) e acionar a cirurgia. Tratar como ITU (A/C) atrasa a apendicectomia e leva à perfuração; metotrexato (B) não cabe. Resposta D.

QUESTÃO 75 — 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 insulinoaterapia. ✓**
- B. iniciar hipoglicemiante oral.
- C. manter insulina NPH em 1/3 da dose da gravidez.
- D. manter insulinoaterapia com a dosagem do pré-natal. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O diabetes mellitus GESTACIONAL é, por definição, um estado de resistência insulínica induzido pelos hormônios placentários. Com a dequitação, a resistência despenca abruptamente e a insulina deve ser SUSPENSA no puerpério imediato, sob risco de hipoglicemia grave. Manter dose plena ou fracionada (C/D) é perigoso, e hipoglicemiante oral (B) não tem indicação. O seguimento é reclassificar com teste de tolerância à glicose entre 6 e 12 semanas pós-parto. Resposta A.

QUESTÃO 76 — 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 incontroláveis. 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

Dengue com SINAIS DE ALARME — vômitos incoercíveis e dor abdominal intensa — classifica o paciente no GRUPO C, mesmo hemodinamicamente estável. Conduta: hidratação PARENTERAL imediata (10 mL/kg na primeira hora), sintomáticos e leito de observação até estabilização, com hemograma seriado. O antígeno NS1 é o teste indicado até o 5º dia de sintomas (aqui, 3º dia); IgM só a partir do 6º. Grupo B (A/D) é o com fator de risco ou sangramento espontâneo, sem sinal de alarme. Resposta C.

QUESTÃO 77 — 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 19 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia mecânica de 3 semanas, sem NENHUMA bandeira vermelha (sem febre, perda de peso, trauma, déficit neurológico ou alteração esfinteriana): é lombalgia inespecífica, autolimitada em cerca de 90% dos casos em 4 a 6 semanas. Conduta: explicar a natureza benigna, analgesia simples, MANTER atividade física leve e reavaliar. Imagem precoce (A/B) não muda desfecho e gera achados incidentais e iatrogenia. Repouso e afastamento (C) atrasam a recuperação; corticoide oral (B) não tem indicação. Resposta D.

QUESTÃO 78 — 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 usuário e a PEDIDO DE TERCEIRO, e deve ser autorizada por médico devidamente registrado no CRM, com laudo circunstanciado. Ela é COMUNICADA ao Ministério Público ESTADUAL em até 72 horas (não 15 dias, nem MP Federal ou Municipal — o que derruba C e D). Determinação judicial (A) caracteriza a modalidade COMPULSÓRIA, que é outra coisa. O término se dá por solicitação do familiar ou decisão do médico. Resposta B.

QUESTÃO 79 — 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

A tomografia mostra hipodensidade em cerca de 40% do território da artéria cerebral média, ou seja, acima de 1/3 — contraindicação clássica à trombólise pelo risco elevado de transformação hemorrágica. As demais não se sustentam: o déficit foi presenciado há menos de 4,5 horas, então a janela está aberta (B); a PA de 170x100 está ABAIXO do limite de 185x110 (D); e hiperglicemia de 285 não contraindica — o que contraindica é glicemia menor que 50 mg/dL, por simular AVC. Resposta A.

QUESTÃO 80 — 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

Fimose PATOLÓGICA: anel fibrótico prepucial e balanopostites de repetição. A fibrose é cicatricial e não responde a corticoide tópico nem a manobras de retração — que, aliás, pioram o quadro criando novas fissuras. A indicação é cirúrgica (postectomia), e não deve esperar a adolescência (B), porque as infecções recorrentes já estão em curso. Fimose FISIOLÓGICA (A) é a aderência balanoprepucial sem fibrose nem sintomas, que se resolve espontaneamente na maioria das crianças. Resposta C.

QUESTÃO 81 — 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

Icterícia progressiva e INDOLOR, com colúria, prurido, emagrecimento, dor lombar e vesícula palpável não dolorosa (sinal de Courvoisier-Terrier): obstrução biliar distal por neoplasia periampular, tipicamente adenocarcinoma da cabeça do pâncreas. O exame que diagnostica e estadia (avalia vasos, linfonodos e metástases) é a tomografia com contraste em protocolo pancreático. Colangite crônica calculosa (A) doeria; biópsia percutânea (D) não é o passo inicial, pelo risco de disseminação. Resposta B.

QUESTÃO 82 — 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 20 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Três decisões numa só. Primeiro, o IECA (enalapril) é TERATOGENICO e deve ser suspenso — troca-se por alfametildopa, primeira linha na gestação (o que já elimina captopril e losartana em A e C). Segundo, hipertensão crônica com antecedente de pré-eclâmpsia é ALTO RISCO: indica-se AAS em baixa dose e suplementação de cálcio, idealmente iniciados antes de 16 semanas. Varfarina (A/B) é teratogênica e não há indicação de anticoagulação ou diurético de alça. Resposta D.

QUESTÃO 83 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

HbA1c de 9,5% apesar de dose plena de metformina associada a sulfonilureia há mais de 6 meses: é falha do esquema oral, e o passo é a INSULINIZAÇÃO BASAL — NPH bedtime, 10 UI, MANTENDO os orais, com titulação de 2 a 3 UI a cada 2 ou 3 dias guiada pela glicemia de jejum. Suspender os orais e já iniciar duas doses altas (A) é excessivo. Apenas aumentar doses e esperar mais um mês (B/D) atrasa o controle, e a glibenclamida traz mais hipoglicemia e ganho de peso que a gliclazida. Resposta C.

QUESTÃO 84 — 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

Sensibilidade e especificidade são propriedades do TESTE; já os valores preditivos dependem da PREVALÊNCIA. Com especificidade de apenas 65% aplicada a uma população de baixa prevalência, a esmagadora maioria dos testados é sadia, de modo que 35% deles darão positivo indevidamente: muitos falsos-positivos e VPP baixíssimo (o que derruba A). Sensibilidade alta (92%) significa POUCOS falsos-negativos (C errada) e presta-se a TRIAGEM, não a confirmação diagnóstica (D errada). Resposta B.

QUESTÃO 85 — 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 recaptção 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

Perda do filho há TRÊS DIAS, com choro, insônia, inapetência e reminiscências: é LUTO, reação esperada e proporcional à perda, sem ideação suicida e sem tempo mínimo para qualquer diagnóstico de episódio depressivo. A conduta é acolhimento e acompanhamento longitudinal pela equipe da UBS, com reavaliações — exatamente a prevenção quaternária. Prescrever antidepressivo (A) ou encaminhar ao CAPS (B) e à atenção secundária (C) medicaliza e patologiza o sofrimento normal. Resposta D.

QUESTÃO 86 — 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 21

COMENTÁRIO OSCELABS

Quedas em idosa com HIPOTENSÃO POSTURAL documentada (138x92 deitada, 110x70 sentada), predominando à madrugada ao levantar, em uso de NOVE fármacos, sendo quatro potencialmente hipotensores (losartana, hidroclorotiazida, atenolol e escitalopram). A intervenção de maior impacto é revisar a polifarmácia e desprescrever. Investigar catarata (A) ou disautonomia (B) desvia da causa óbvia e reversível, e acrescentar fludrocortisona (D) é o oposto do racional — mais droga para tratar efeito de droga. Resposta C.

QUESTÃO 87 — 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 MIGRATÓRIA de grandes articulações (joelho, tornozelo, cotovelo), febre e sopro sistólico novo (cardite), três semanas após faringoamigdalite: febre reumática. O agente é o *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A) e o tratamento é penicilina G benzatina, que erradica o germe e inicia a profilaxia secundária, mantida por anos. Lyme (A) é rara no Brasil e daria eritema migratório; artrite séptica por *S. aureus* (B) seria monoarticular e não migratória. Resposta D.

QUESTÃO 88 — 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

A chave está nas ENZIMAS NORMAIS: amilase 35 e lipase 12 em paciente com dor epigástrica em faixa irradiada ao dorso, pós-prandial, recorrente há um ano, alcoolista de 8 doses/dia por 33 anos. Na pancreatite CRÔNICA agudizada, a destruição progressiva do parênquima faz com que amilase e lipase NÃO se elevem — diferente da pancreatite aguda. Colangite (A) e colecistite (B) exigiriam febre, icterícia ou Murphy, com padrão colestático, e as bilirrubinas e a fosfatase alcalina estão normais. Resposta D.

QUESTÃO 89 — 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

Com 41 semanas a gestação ainda não é pós-termo (isso só a partir de 42), mas já entra na faixa em que a morbimortalidade perinatal sobe. A conduta é vigilância intensificada do bem-estar fetal (perfil biofísico e cardiotocografia a cada 2 a 3 dias) com INDUÇÃO programada até 41 semanas e 6 dias. Esperar passar de 42 semanas (A) expõe a insuficiência placentária e mecônio. Doppler (B) avalia insuficiência placentária, não é o rastreio de rotina aqui, e a amnioscopia (C) está em desuso. Resposta D.

QUESTÃO 91 — 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

Glicemia 472, pH 7,2, bicarbonato 10, cetose e hálito cetótico após 3 dias sem insulina: cetoacidose diabética. A conduta INICIAL é sempre a expansão volêmica com soro fisiológico 0,9%, que por si só já reduz a glicemia e restaura a perfusão. Iniciar insulina antes (B) é erro duplo aqui: além de não ser o primeiro passo, o potássio está em 3,0 — a insulina o jogaria para dentro da célula, precipitando arritmia. Bicarbonato (D) só se pH abaixo de 6,9. Volume, potássio, insulina. Resposta C.

QUESTÃO 92 — 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 descompressão 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

Recém-nascido de 14 dias, sem pré-natal e com parto domiciliar, com ONFALITE (halo de hiperemia e edema no coto) e choque: sepse neonatal tardia, cujo padrão hemodinâmico é o choque DISTRIBUTIVO. Conduta: suporte ventilatório, expansão rápida com cristalóide isotônico, antibiótico precoce e droga vasoativa se refratário. Choque cardiogênico (A) restringiria volume; o obstrutivo (C) exigiria pneumotórax, que não há; e não existe mecanismo para choque neurogênico (B) neste caso. Resposta D.

QUESTÃO 94 — 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 após o desprendimento fetal, com paciente estável e sem sangramento, ainda se está DENTRO do terceiro período normal — retenção placentária só se define após 30 minutos. O manejo ATIVO recomendado é a tração controlada do cordão com contração suprapúbica (manobra de Brandt-Andrews), que reduz hemorragia pós-parto e encurta a dequitação. Conduta puramente expectante (A) é a alternativa fisiológica, inferior. Curagem (C) e extração manual precoces aumentam infecção e risco de inversão uterina. Resposta B.

QUESTÃO 95 — 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. 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Pessoa privada de liberdade é POPULAÇÃO DE ALTO RISCO para tuberculose, com incidência dezenas de vezes maior que a geral. Nesse grupo, o corte de sintomático respiratório cai: tosse por 2 semanas (ou qualquer tosse, em busca ativa) já dispara a investigação. Conduta: radiografia de tórax e pesquisa laboratorial (TRM-TB/baciloscopia), com tratamento garantido e supervisionado se positivo. Esperar 3 semanas (D) mantém a transmissão na cela; internar (A/C) não é o passo inicial. Resposta B.

QUESTÃO 96 — 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: insidiosa, com mais de 3 meses, que piora com repouso e MELHORA com o movimento, rigidez matinal maior que 30 minutos e dor sacroilíaca, com HLA-B27 positivo — espondilite anquilosante. O ANA 1:80 homogêneo é inespecífico e o anti-DNA negativo afasta lúpus (D). Artrite reativa (A) exigiria infecção gastrointestinal ou genitourinária prévia; artrite psoriática (B), lesões cutâneas ou ungueais de psoríase, ausentes no caso. Resposta C.

QUESTÃO 97 — 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, com esquema completo até os 8 anos, restam as vacinas da faixa de 9 a 14 anos: HPV quadrivalente e meningocócica ACWY, além do REFORÇO de febre amarela — quem recebeu a dose antes dos 5 anos precisa de uma segunda dose. Não há reforço isolado de hepatite B fora do esquema básico já cumprido (A/B), e a dT só entra 10 anos após a última dose da DTP, dos 5 anos, ou seja, aos 15. Tríple viral (SCR) já estaria completa com duas doses na infância. Resposta C.

QUESTÃO 98 — 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

Murmúrio vesicular diminuído com percussão MACIÇA em base esquerda é derrame pleural; somado a tosse por mais de 3 semanas, febre vespertina e emagrecimento, o diagnóstico provável é tuberculose pleural. O passo é a ultrassonografia de tórax (localiza e quantifica, guiando a punção) seguida de TORACOCENTESE diagnóstica, com análise do líquido, ADA e biópsia pleural. Drenagem (C) só em empiema ou derrame volumoso complicado; conduta cirúrgica (A/B) não cabe antes do diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Nulípara 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. ÁREA LIVRE 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas travas. Lúpus com trombose venosa recente coloca qualquer método com ESTROGÊNIO na categoria 4 dos critérios de elegibilidade, o que elimina pílula combinada (D) e injetável mensal (C). Resta escolher entre os DIUs, e como a queixa é sangramento prolongado e intenso com cólicas, o SIU de levonorgestrel é superior: reduz drasticamente o fluxo e a dismenorreia. O DIU de cobre (A) faria justamente o contrário — aumenta volume e duração do sangramento. Resposta B.

QUESTÃO 100 — 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 ÁREA LIVRE 25

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA PROVA As questões abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade e a adequação da prova que você acabou de realizar. Assinale as alternativas correspondentes à sua opinião nos espaços apropriados do Cartão-Resposta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Arranhadura de gato seguida, semanas depois, de lesão ulcerocrostosa com nodulações que acompanham o trajeto linfático, e histologia com dermatite granulomatosa e CORPOS ASTEROIDES: esporotricose (*Sporothrix*, com o gato como principal transmissor no Brasil). O tratamento de escolha é itraconazol prolongado, mantido por semanas após a cura clínica (frequentemente 3 a 6 meses). Paracoccidiodomicose (D) é pulmonar/mucosa e usa itraconazol ou sulfá, com anfotericina só nas formas graves. Resposta C.