



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2021

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

3. ITEM 138269 - V. 720438 Primigesta, de 25 anos de idade, com 34 semanas de gestação. Vinha em uso de metildopa 1 g/dia e deu entrada na maternidade, com quadro de iminência de eclâmpsia e níveis pressóricos de 170 x 120 mmHg. Foi iniciado tratamento com sulfato de magnésio (dose de ataque de 6 g) e está em uso de infusão intravenosa contínua na dose de 1 g/hora. Cerca de 4 horas após início da medicação, a paciente referiu mal-estar e tonturas. Ao exame físico: regular estado geral, sonolenta, PA = 140 x 90 mmHg, frequência respiratória = 14 irpm, frequência cardíaca = 90 bpm, reflexo patelar ausente. Nas últimas 4 horas apresentou diurese total de 70 mL. Nesse caso, é indicado

A aumentar dose de infusão do sulfato de magnésio para 2 g/hora.

B administrar gluconato de cálcio, 1 g, via intravenosa, lentamente ✓

C aumentar infusão de cristaloides e associar furosemida, por via intravenosa.

D administrar hidralazina, 5 mg, por via intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sonolencia, arreflexia patelar e diurese de apenas 70 mL em 4 horas após ataque + manutenção de sulfato de magnésio configuram intoxicação pelo magnésio (a excreção renal, e a oligúria acumula a droga). A perda do reflexo patelar e o sinal de alarme mais precoce e obriga suspender a infusão e administrar o antídoto, gluconato de cálcio 1 g IV lento. Aumentar a dose (A) agrava a intoxicação; furosemida (C) não é conduta; hidralazina (D) não se justifica com PA já em 140x90 mmHg. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

5. ITEM 137676 - V. 719553 Um recém-nascido com 20 dias de vida dá entrada em serviço médico de urgência com história referida de queda da cama após ter rolado para fora dela há 6 horas. Pais referem hipoatividade desde então. Ao exame, está em regular estado geral e apresenta hematoma subgaleal em região parietal. A fundoscopia evidencia hemorragia retiniana bilateral e a tomografia de crânio apresenta hemorragia subaracnóidea, sem sinais de fratura. Com base nos dados apresentados, o diagnóstico mais provável é

A traumatismo crânio encefálico decorrente da queda da cama.

B acidente vascular cerebral decorrente de malformação vascular.

C síndrome de Shaken Baby (bebê sacudido) decorrente de maus-tratos. ✓

D tromboembolismo gorduroso resultante da queda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Um RN de 20 dias não rola nem cai da cama sozinho: a história é incompatível com o desenvolvimento motor da idade. Some-se a tríade clássica de hemorragia retiniana bilateral, hemorragia subaracnóidea e ausência de fratura de crânio, e o diagnóstico é síndrome do bebê sacudido (maus-tratos), de notificação compulsória. Queda de baixa altura (A) não produz hemorragia retiniana bilateral; malformação vascular (B) e embolia gordurosa (D) não explicam o conjunto. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

6. ITEM 137740 - V. 719646 Um homem, de 37 anos de idade, com AIDS/HIV diagnosticada há 3 anos, compareceu à consulta com o médico da UBS próxima de sua casa, trazendo resultados de exames solicitados na consulta anterior. O teste rápido molecular para tuberculose feito no escarro confirmou o diagnóstico de tuberculose pulmonar e sensibilidade à rifampicina. A carga viral para HIV apresentou resultado de 98 000 cópias por mililitro. Nessa situação, o médico deverá

A avaliar eventual resistência do HIV aos antirretrovirais em uso para depois desse resultado iniciar o tratamento da tuberculose.

B avaliar eventual resistência do HIV aos antirretrovirais em uso, sem atrasar início do tratamento da tuberculose. ✓

C avaliar eventual resistência aos antirretrovirais não é necessário, pois a carga viral está abaixo de 100 000 cópias.

D avaliar eventual resistência do HIV através da quantificação de linfócitos CD4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Coinfecção TB-HIV: o tratamento da tuberculose nunca deve ser adiado, pois a TB é a principal causa de óbito em pessoas vivendo com HIV. Em paciente já em TARV, carga viral de 98 000 cópias indica falha virológica e exige investigação de resistência (genotipagem) e revisão de adesão — mas isso corre em paralelo, sem atrasar o esquema RIPE. A e C invertem a prioridade; o CD4 (D) mede imunidade, não resistência viral. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

8. ITEM 138274 - V. 720421 Paciente teve parto cesárea há 8 dias e retorna à maternidade com queixa de febre alta há 2 dias, acompanhada de calafrios nas últimas horas. Refere ainda dor intensa em andar inferior do abdome. A loquiação está escassa, mas apresenta odor fétido. Ao exame: regular estado geral, temperatura 39 °C, PA = 100 x 60 mmHg, FC = 120 bpm, útero no nível da cicatriz umbilical, amolecido e doloroso à palpação. Cicatriz de cesariana seca e limpa. Mamas lactantes, com sinais de ingurgitamento mamário e fissura mamilar à esquerda, mas sem evidência de mastite ou abscesso mamário. Ultrassonografia não evidenciou sinais ecográficos de conteúdo anormal na cavidade uterina ou na cavidade abdominal. Hemograma com leucocitose e desvio à esquerda.

A conduta indicada para esse caso é A suspender amamentação e iniciar antibioticoterapia com clindamicina por via oral, em nível ambulatorial.

B manter amamentação e iniciar antibioticoterapia com clindamicina por via oral, em nível ambulatorial.

C suspender a amamentação e internar a paciente para curetagem uterina de urgência e antibioticoterapia intravenosa com clindamicina e gentamicina.

D manter a amamentação e iniciar antibioticoterapia intravenosa com clindamicina e gentamicina. 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, dor hipogástrica, útero amolecido e doloroso e loquios fétidos no 8º dia pos-cesárea = endometrite puerperal, quadro polimicrobiano. Com sepse incipiente (FC 120, PA 100x60), o tratamento é hospitalar e intravenoso, com clindamicina + gentamicina. A amamentação é mantida (esses antibióticos são compatíveis e a mama não é o foco). Curetagem (C) só se houver restos ovulares, e a USG afastou conteúdo anormal; via oral ambulatorial (A e B) subtrata. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

<<1.ITEM-137677-V.720676/>> Paciente de 68 anos de idade, do sexo masculino, hipertenso, vem em consulta devido à queixa de diminuição da acuidade auditiva e sensação de plenitude auditiva à direita. Paciente nega história de perfuração timpânica ou de cirurgia otológica. Ao realizar a otoscopia, o médico de família visualiza a membrana timpânica translúcida à esquerda e identifica uma rolha de cerume no conduto auditivo direito, impedindo a visualização da membrana timpânica. O médico orienta o uso de emolientes para remoção do cerume e retorno em 5 dias. No retorno, a rolha de cerume ainda obstrui o conduto auditivo direito completamente. Como deverá ser feita a remoção do cerume por irrigação?

A O soro fisiológico para irrigação deve estar em temperatura ambiente, o scalp cortado de 4 cm deve ter a extremidade introduzida com a concavidade voltada para trás e para baixo, o soro deve ser instilado sob alta pressão e escoado na cuba rim, e o médico deve avaliar o conduto, por meio da otoscopia, após a retirada completa da rolha de cerume.

B O soro fisiológico para irrigação deve estar aquecido, o scalp cortado de 4 cm deve ter a extremidade introduzida com a concavidade voltada para frente e para cima, o soro deve ser instilado sob leve pressão e escoado na cuba rim, e o médico deve avaliar o conduto, por meio da otoscopia, algumas vezes durante o procedimento. ✓

C O soro fisiológico para irrigação deve estar aquecido, o scalp cortado de 10 cm deve ter a extremidade introduzida com a concavidade voltada para trás e para cima, o soro deve ser instilado sob leve pressão e escoado na cuba rim, e o médico deve avaliar o conduto, por meio da otoscopia, algumas vezes durante o procedimento.

D O soro fisiológico para irrigação deve estar aquecido, o scalp cortado de 10 cm deve ter a extremidade introduzida com a concavidade voltada para frente e para cima, o soro deve ser instilado sob leve pressão e escoado na cuba rim, e o médico deve avaliar o conduto, por meio da otoscopia, após a retirada completa da rolha de cerume.

COMENTÁRIO OSCELABS

Detalhes técnicos da irrigação otológica: o soro deve estar AQUECIDO (a água fria estimula o labirinto e provoca vertigem calórica), o jato é direcionado com a concavidade do scalp para frente e para cima, para bater na parede postero-superior do conduto e desprender a rolha por trás, com pressão leve e otoscopias repetidas DURANTE o procedimento. Alta pressão (A) e temperatura ambiente arriscam perfuração e vertigem; avaliar só no final (D) é inseguro. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

27. ITEM 138327 - V. 720426 Adolescente, 16 anos de idade, com amenorreia primária, sem outras queixas. Ao exame físico foi constatada ausência de canal vaginal. Ultrassonografia pélvica mostrou ausência de útero. Cariótipo 46XX. Qual dos seguintes achados é esperado encontrar nessa paciente?

A Mamas normodesenvolvidas. ✓

B Ausência de ovários.

C Gônadas em fita.

D Hipertrofia clitoridiana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com cariótipo 46XX, agenesia de útero e de vagina e a síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser: falha do ducto de Müller com ovários normais e funcionantes. Como o eixo hormonal está intacto, os caracteres sexuais secundários são normais — mamas desenvolvidas e pelos presentes. Gônadas em fita (C) e ausência de ovários (B) apontariam disgenesia gonadal (Turner, 45X0); hipertrofia clitoridiana (D) indicaria hiperandrogenismo. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

11. ITEM 137745 - V. 720573 Um paciente de 36 anos de idade, masculino, procura a Unidade de Saúde da Família com queixa de dor lombar baixa, há 10 dias, irradiada para face posterior da coxa, de moderada intensidade, mas que tem interferido no seu trabalho. Refere que a dor teve início após ter carregado peso durante a mudança de casa. O paciente relata que já apresentou episódios semelhantes anteriormente e que têm se tornado mais frequentes. Ao exame físico, o médico identifica uma banda muscular tensa em região glútea, com a presença de pontos-gatilho, que, quando pressionados, reproduziam a dor referida pelo paciente. Diante da situação apresentada, é correto afirmar que

A o paciente deve ser referenciado ao ortopedista para a avaliação cirúrgica de uma provável hérnia de disco.

B o paciente deve ser referenciado ao acupunturista do NASF para ser avaliado, acompanhado e tratado.

C o médico de família pode, em conjunto com o acupunturista do NASF, elaborar um plano terapêutico para o paciente. ✓

D o médico de família deve prescrever relaxantes musculares, pois o agulhamento seco deve ser realizado pelo acupunturista do NASF.

COMENTÁRIO OSCELABS

Banda muscular tensa com pontos-gatilho que reproduzem a dor referida define síndrome dolorosa miofascial — não há sinais de radiculopatia que justifiquem cirurgia (A). A lógica do NASF não é ambulatorio de encaminhamento, e sim apoio matricial: o especialista compartilha o cuidado com a equipe, construindo um projeto terapêutico conjunto. Por isso B (referenciar e transferir) e D (dividir tarefas por corporação) contrariam o modelo. Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

38. ITEM 137826 - V. 720604 Uma paciente, de 42 anos de idade, com história de asma, vem ao serviço de emergência por “piora da falta de ar”. Ela refere ter feito salbutamol inalatório em casa, sem melhora. Refere, ainda, que estava fazendo tratamento com beclometasona inalatório em casa, mas parou porque estava se sentindo bem. Sua última exacerbação da asma havia sido há 6 meses. Antes de iniciar com a beclometasona, a paciente apresentava “uma a duas crises por semana”. Ao exame, apresenta bom estado geral, consegue completar frases, mas prefere permanecer sentada. Sua frequência respiratória é de 22 irpm. Frequência cardíaca = 102 bpm. Saturação de oxigênio periférica = 95%. Expansibilidade torácica preservada, sem uso de musculatura acessória e presença de sibilos expiratórios na ausculta pulmonar. Diante desse quadro, a paciente deve

A ser liberada do serviço de emergência com prescrição de salbutamol inalatório a cada 6 horas e com beclometasona inalatória, reavaliar na unidade básica.

B receber 4 jatos de salbutamol inalatório a cada 20 minutos e 40 mg de prednisona via oral, reavaliar após 1 hora. ✓

C receber 4 jatos de salbutamol inalatório a cada 2 horas e 500 mg de hidrocortisona endovenosa, reavaliar após 24 horas.

D ser liberada do serviço de emergência com prescrição de salbutamol inalatório a cada 4 horas e com prednisona 40 mg oral, reavaliar na unidade básica. 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação asmática leve a moderada: fala frases completas, SpO₂ 95%, FR 22, sem musculatura acessória. O manejo é broncodilatador de curta ação 4 jatos a cada 20 minutos na primeira hora + corticoide sistêmico (prednisona 40 mg VO), reavaliando em 1 hora. Liberar sem observação (A e D) ignora a necessidade de reavaliação; hidrocortisona EV e reavaliação só em 24 h (C) e excessivo para a gravidade e atrasa a reavaliação. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

66. ITEM 138036 - V. 720631 Paciente de 60 anos de idade, masculino, procura hospital de atenção secundária com história de “olhos amarelados” há cerca de 4 semanas. Refere “desconforto” discreto em epigástrio e hipocôndrio direito. Nega febre. Ao exame físico, paciente emagrecido, icterico, 4+/4+, eupneico, normocorado. Abdome plano, flácido, depressível, com vesícula biliar palpável, indolor, sinal de Murphy negativo. Com base nessas informações, qual a hipótese diagnóstica para o caso clínico descrito?

A Pancreatite aguda.

B Colangite.

C Abscesso hepático.

D Neoplasia de cabeça de pâncreas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia progressiva, indolor, com emagrecimento e vesícula biliar palpável e INDOLOR — o sinal de Courvoisier-Terrier. Vesícula distendida sem dor indica obstrução maligna lenta da via biliar distal, tipicamente neoplasia de cabeça de pâncreas ou periampular. Colangite (B) exigiria febre e dor (triade de Charcot); pancreatite aguda (A) cursa com dor intensa e enzimas elevadas; abscesso hepático (C) da febre e hepatomegalia dolorosa. Resposta D.

QUESTÃO 10 — ANULADA

16. ITEM 137761 - V. 719609 Uma paciente de 32 anos de idade vem ao retorno em seu médico de família para checar resultados de sorologias solicitadas na consulta anterior. A paciente refere 2 gestações prévias, e nega atividade sexual há mais de 1 ano, após seu divórcio. Ao checar os exames, o médico identifica o VDRL positivo à diluição de 1:2 (valor de referência: negativo) e o TPHA reagente (valor de referência: não reagente), HBsAg negativo, anti-HBc negativo, anti-HCV negativo e anti-HIV negativo. Ao exame físico, ela não apresenta nenhuma lesão genital ou extragenital. Ela afirma que realizou tratamento com penicilina na última gestação há 4 anos (relata 2 injeções em cada nádega, em 3 aplicações). O médico checa o prontuário da paciente e identifica o registro da aplicação de 3 doses de penicilina benzatina (2 400 000 UI a cada dose) durante o último pré-natal. Diante do que foi exposto, qual a conduta correta?

- A Tratar a paciente com penicilina benzatina 2 400 000 UI, 1 vez por semana, por 3 semanas.
- B Considerar como cicatriz sorológica devido à comprovação do tratamento prévio com penicilina.
- C Solicitar um novo teste rápido para confirmar caso de sífilis.
- D Tratar a paciente com penicilina benzatina 2 400 000 UI em dose única.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema cobrado era a interpretação de testes treponêmicos e não treponêmicos na sífilis: diferenciar cicatriz sorológica (VDRL em título baixo persistente após tratamento documentado, com TPHA que permanece reagente por toda a vida) de reinfecção ou de sífilis latente não tratada. Sem gabarito oficial válido, não há alternativa a ser assinalada como correta.

QUESTÃO 11 — ANULADA

24. ITEM 137742 - V. 719598 Um adolescente de 14 anos, do sexo masculino, procura serviço médico com história de dor em joelho direito há 2 meses, com piora nos últimos dias, sem fatores de melhora. Refere queda acidental durante um jogo de futebol com os amigos, cerca de uma semana antes do início das queixas. Ao exame físico, evidenciou-se edema discreto em joelho direito, calor local, dor à palpação de região distal do fêmur, sem hiperemia. A radiografia de joelho apresenta imagem lítica em região distal do fêmur e na região proximal da tíbia, lesão em cortical com reação periosteal tipo "raios de sol" e triângulo de Codman. Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável.

- A Osteossarcoma.
- B Artrite séptica.
- C Sarcoma de Ewing.
- D Artrite reumatoide juvenil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado eram os tumores osseos primarios da adolescencia: reacao periosteal em raios de sol e triangulo de Codman na regio metafisaria de joelho compoem a descricao radiologica classica dos sarcomas osseos, cujo diagnostico definitivo depende de biopsia. Como a banca anulou a questao, nao ha alternativa oficial a ser apontada como correta.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

25. ITEM 137781 - V. 719614 Promulgada em 2017, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Territorialização e Adscrição da Clientela permitem o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico. A organização da Estratégia da Saúde da Família está baseada no preceito de responsabilidade sanitária sobre a população do território definido. Nesse sentido, é correto afirmar que

- A a atualização dos dados de condições socioeconômicas das famílias é feita no sistema de informação de agravos de notificação, de forma contínua, e sob responsabilidade dos ACS.
- B a delimitação da população adscrita da equipe, processo realizado por todos os membros da equipe, obedece estritamente aos limites geográficos e administrativos dos bairros de grandes cidades.
- C o processo de territorialização finaliza com o cadastramento das famílias da área e é uma atribuição dos agentes comunitários.

D a territorialização tem início com a definição do território, área e microárea, seguida pelo cadastramento de famílias, que é uma responsabilidade de toda a equipe. 4 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Territorializacao segundo a PNAB 2017 e um processo sequencial e continuo: define-se o territorio, a area e as microareas e, so entao, cadastram-se as familias — tarefa de TODA a equipe, nao exclusiva do ACS (o que derruba C). Nao termina no cadastro (e permanente), nao usa o Sinan para dados socioeconomicos (A, que e sistema de agravos de notificacao) e nao se prende rigidamente a limites de bairro (B). Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

9. ITEM 137755 - V. 720598 Uma mulher de 48 anos de idade é trazida por familiares à unidade de emergência de hospital de alta complexidade com quadro de confusão mental, cefaleia e amaurose bilateral. Segundo familiares, a paciente é portadora de hipertensão arterial sistêmica há 2 anos, vindo em investigação diagnóstica por ser classificada como hipertensão arterial resistente. Nas últimas 2 semanas, a paciente passou a não tomar seus fármacos anti-hipertensivos, em razão de acreditar que o tratamento não estava mais funcionando. Na véspera, a paciente começou a se queixar de cefaleia holocraniana, pouco responsiva a fármacos, além de turvação visual. No dia de hoje, a paciente tornou-se um pouco confusa e começou a se queixar de que não estava conseguindo enxergar nada, razão porque foi trazida, às pressas, à unidade de emergência. Ao exame físico, a paciente mostra-se confusa, sonolenta, atendendo com dificuldade a algumas solicitações verbais. Sua pressão arterial (PA) encontra-se em 240 x 160 mmHg em ambos os membros superiores, enquanto a frequência cardíaca é de 96 bpm. Um sopro é auscultado no flanco direito de seu abdome. Iniciado tratamento anti-hipertensivo intravenoso, a paciente é submetida a uma tomografia computadorizada de crânio em que foram detectadas áreas hipodensas em regiões occipitais. A paciente é, então, encaminhada para realização de uma ressonância magnética de encéfalo que, na imagem pesada em T2, revela a presença de hiperintensidade de sinal nos lobos occipitais, sem limites muito bem definidos. Instituído o tratamento indicado, a paciente evolui com regressão completa dos déficits neurológicos previamente descritos. Acerca do tratamento da paciente em questão, pode-se afirmar que

- A o alvo terapêutico no caso seria a normalização da pressão arterial em, no máximo, 2 horas.
- B após compensação clínica, seria fundamental ressecar o tumor adrenal secretor presente à direita.

C nicardipina e labetalol por via intravenosa seriam excelentes escolhas farmacológicas para a redução da PA da paciente. ✓

D em razão da presença de trombose da artéria basilar, deveria ser adicionada anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia, confusão, amaurose cortical e hiperintensidade occipital em T2 que regride com o controle pressorico = encefalopatia hipertensiva / PRES, uma emergência hipertensiva. Nicardipina e labetalol IV, tituláveis, são as escolhas ideais. Normalizar a PA em 2 horas (A) e erro clássico — reduz-se até 25% na primeira hora, sob risco de isquemia. O sopro em flanco sugere estenose de artéria renal, não tumor adrenal (B); não há trombose basilar (D). Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

2. ITEM 137762 - V. 720618 Paciente masculino, 50 anos, notou aparecimento de nódulo endurecido em fossa supraclavicular esquerda. Foi realizada biópsia que evidenciou linfonodo metastático de adenocarcinoma de provável origem gastrointestinal. Realizou endoscopia digestiva alta que mostrou lesão gástrica compatível com linite plástica. A biópsia teve como resultado histopatológico adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado. Os familiares agendaram consulta com o cirurgião, informando ao a ele que o paciente não tem conhecimento dos resultados desses exames. Como o cirurgião deve abordar o paciente e/ou seus familiares?

A Manter apenas os familiares informados sobre o diagnóstico, pois, tais informações, além de não mudarem o prognóstico do paciente, podem desencadear quadro depressivo em um momento no qual ele deverá se manter otimista para lidar com sua doença. É conhecido o fato de que pacientes deprimidos têm menor sobrevida relacionada ao câncer.

B Preparar o local e o momento adequados, perguntar ao paciente o que ele sabe e/ou percebe acerca de sua condição atual, perguntar ao paciente se ele deseja saber sobre o diagnóstico ou se prefere que seja comunicado a sua família em um primeiro momento. Caso deseje saber, o médico deve informar e acolher as reações do paciente. ✓

C Informar que, pelo fato de o paciente já possuir metástase à distância, nada pode ser feito do ponto de vista terapêutico. Informar que o paciente tem, baseado em dados estatísticos, cerca de 6 meses de vida. Tal informação é de suma importância para que o paciente possa tomar medidas legais acerca de seu falecimento.

D Dizer inicialmente para o paciente que existem chances reais de cura no intuito de o manter engajado e otimista. Revelar ao paciente sobre seu prognóstico somente quando este vier apresentar sinais e/ou sintomas relacionados ao estágio avançado da doença. Quanto maior o período sem o paciente saber de sua doença, menor será o sofrimento. 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação é de má notícia com pedido familiar de conspiração do silêncio. O paciente e o titular da informação sobre si: a conduta correta segue o protocolo SPIKES — preparar ambiente, investigar o que o paciente já sabe, perguntar o quanto ele quer saber, informar de forma gradual e acolher as reações. Omitir o diagnóstico (A), dar prognóstico cru em meses (C) ou mentir sobre chance de cura (D) violam autonomia e veracidade. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

20. ITEM 137721 - V. 719554 Um paciente, 2 anos, sexo masculino, chega ao pronto atendimento de um hospital público com relato de ter iniciado há 5 dias coriza serosa e tosse seca irritativa. Evoluiu hoje com febre elevada, secreção nasal mais espessa e tosse produtiva e com boa aceitação alimentar. Ao exame físico do aparelho respiratório, evidenciou-se saturação 96%, FR = 50 irpm, murmúrio vesicular diminuído em base do hemitórax direito, frêmito toracovocal com maciez e crepitações grosseiras audíveis no mesmo local. Encontrava-se hidratado, tolerando os medicamentos por via oral. Foi testado para a COVID-19 no dia anterior, cujo resultado foi negativo.

A terapêutica antibiótica a ser instituída nesse caso é A amoxicilina. ✓

B azitromicina.

C claritromicina.

D ceftriaxona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 2 anos com febre, taquipneia e síndrome de consolidação localizada (murmúrio reduzido, maciez, crepitações) tem pneumonia bacteriana típica, cujo agente mais provável é o pneumococo. Sem sinais de gravidade e aceitando via oral, trata-se ambulatorialmente com amoxicilina em dose alta. Macrolídeos (B e C) cobrem atípicos, raros nessa faixa; ceftriaxona (D) é parenteral, reservada a casos graves ou com falha terapêutica. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

21. ITEM 137764 - V. 719612 Uma paciente, de 66 anos de idade, vem em consulta com médico de família e comunidade de uma equipe de Saúde da Família Fluvial, referindo estar preocupada com o controle de seu diabetes mellitus. Como a equipe ficou um longo período sem visitar a comunidade devido a condições climáticas desfavoráveis, a paciente refere ter associado o uso de algumas plantas medicinais aos medicamentos prescritos em última consulta. Ela informa que a curandeira da comunidade orientou quais chás ela deveria tomar. O médico, então, identifica que essas plantas medicinais não interagem com os medicamentos prescritos, nem pioram o diabetes ou causam risco à saúde; concorda com seu uso, reforçando a prescrição realizada por ele e solicita exames para a avaliação do controle do diabetes. Diante do que foi apresentado, qual atributo da atenção primária é apresentado no caso?

A Longitudinalidade.

B Integralidade.

C Competência cultural. ✓

D Orientação para a comunidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O médico reconheceu o saber tradicional da comunidade, checkou a segurança das plantas e negociou o cuidado sem desqualificar a curandeira nem abandonar a prescrição: isso é competência cultural, atributo derivado da APS. Longitudinalidade (A) e o vínculo ao longo do tempo; integralidade (B) e a oferta ampla de ações; orientação comunitária (D) e planejar a partir de dados epidemiológicos do território. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito C

22. ITEM 137953 - V. 720622 Paciente de 40 anos, sexo masculino, cerca de 70 Kg, levado ao serviço de Urgência e Emergência por equipe dos Bombeiros, com relato de ter sofrido queda da laje de sua casa (cerca de 3 metros de altura) há 30 minutos. Familiar que o acompanhava relata que o paciente não possui comorbidades e não faz uso de medicações. À admissão, o paciente apresentava frequência cardíaca = 90 bpm, pressão arterial = 120 x 80 mmHg, saturação de oxigênio = 100% com oxigênio suplementar sob máscara. Conversava e respondia às perguntas do médico sem dificuldades e com frases ordenadas, mobilizava os 4 membros espontaneamente e havia abertura ocular espontânea. O paciente relata que se lembra da queda e que “bateu a cabeça no chão”. Realizou avaliação primária e secundária adequadas. Havia discreta equimose retroauricular e ferida corto-contusa de 3 cm, superficial, em região parietal direita. Exame físico do tórax e abdome sem alterações. Na avaliação secundária foi realizada tomografia computadorizada (TC) de crânio, pescoço, tórax e abdome. TC crânio sem contraste: discreto hematoma extradural à direita. TC pescoço, incluindo coluna cervical, com contraste venoso: sem alterações. TC de tórax e abdome com contraste venoso: sem alterações. Cerca de 2 horas após o exame de tomografia, o paciente apresentava-se com abertura ocular apenas ao estímulo doloroso e fala com palavras inapropriadas. Apresentou dois episódios de vômitos, FC = 62 bpm; PA = 180 x 110 mmHg. Pupila direita em midríase e hemiparesia esquerda. Foi realizada novamente a avaliação primária, sem outras alterações além das descritas. Com os dados apresentados, assinale a alternativa que contenha o diagnóstico, raciocínio e conduta corretos.

- A O paciente apresentava, à admissão, trauma cranioencefálico moderado. Após as tomografias, evoluiu com choque hipovolêmico. Devem ser repetidos os exames de tomografia para estabelecer local da hemorragia.
- B O paciente apresentava, pelo resultado das tomografias, trauma cranioencefálico moderado. Após as tomografias, evoluiu com choque neurogênico. Deve ser realizado FAST (ultrassonografia abdominal focada para o trauma) imediatamente para decidir sobre a necessidade de laparotomia exploradora.
- C O paciente apresentava, à admissão, trauma cranioencefálico leve. Após as tomografias, evoluiu com hipertensão intracraniana e herniação do úncus. Deve ser realizada avaliação neurocirúrgica imediata para descompressão intracraniana. ✓**
- D O paciente apresentava, à admissão, trauma cranioencefálico leve. Após tomografias, evoluiu com choque de origem indeterminada. Deve ser realizada nova tomografia do crânio para avaliar possível alteração do hematoma visualizado inicialmente. 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Na admissão o paciente abria os olhos espontaneamente, falava frases e mobilizava os quatro membros: Glasgow 15, TCE LEVE. Duas horas depois surgem vômitos, hipertensão com bradicardia (reflexo de Cushing), midríase a direita e hemiparesia esquerda — herniação uncal comprimindo o III nervo ipsilateral, por expansão do hematoma extradural. Não há choque (a PA está alta, não baixa), o que elimina A, B e D. A conduta é drenagem neurocirúrgica imediata. Resposta C.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

14. ITEM 137777 - V. 720599 Uma mulher de 30 anos de idade vem a consulta com o endocrinologista para acompanhamento de hipotireoidismo. Há 6 meses ela procurou o médico da Unidade Básica de Saúde próxima a sua residência devido à constipação (evacuava a cada 3 dias, com fezes ressecadas e com dor ao evacuar). A paciente era sedentária e apresentava erros alimentares evidentes, com baixa ingestão de água durante o dia e pouco consumo de frutas e verduras. O médico orientou ajustes na alimentação, ingestão hídrica e necessidade de atividade física regular, assim como dosagem de TSH e T4 livre. Após 2 meses a paciente retornou, tendo aderido às recomendações, resultando na solução do quadro de constipação (evacuava diariamente, sem dor, com fezes bem formadas), contudo, os exames laboratoriais demonstraram: TSH = 5,5 mUI/mL (valor de referência: 0,4 a 4,5 mUI/L) e T4 livre = 1,0 (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). O médico repetiu os exames, que indicaram: TSH = 5,3 mUI/L (valor de referência: 0,4 a 4,5 mUI/mL) e T4 livre = 1,1 (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). Diante da persistência dos exames alterados, o médico prescreveu levotiroxina 50 mcg/dia e encaminhou ao especialista. Durante a consulta com o endocrinologista, a paciente está assintomática, com tireoide não palpável e índice de massa corpórea de 22 kg/m², contudo, não havia iniciado a levotiroxina, pois possuía receio de possíveis efeitos adversos. Considerando o que foi apresentado, o endocrinologista deve

A insistir com o uso da levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo primário.

B insistir com o uso da levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo secundário.

C orientar não usar a levotiroxina, pois trata-se de um caso de hipotireoidismo subclínico. ✓

D iniciar a levotiroxina apenas após realizar cintilografia, para confirmação do diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH discretamente elevado (5,3-5,5) com T4 livre NORMAL, em duas dosagens, define hipotireoidismo subclínico. Em paciente jovem, assintomática, sem bócio, IMC normal e com TSH abaixo de 10 mUI/L, a conduta é não tratar e apenas repetir os exames periodicamente — a constipação já se resolveu com dieta, mostrando que o sintoma não era tireoidiano. A e B chamam de hipotireoidismo franco; cintilografia (D) não faz esse diagnóstico. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

15. ITEM 137720 - V. 719592 Lactente, com 6 meses de idade, está sendo atendido na Estratégia da Saúde para puericultura. A médica identifica o registro no cartão apenas da vacina Influenza, que foi feita na rede particular de imunização. As demais vacinas a serem administradas até o 5.º mês estavam todas registradas na caderneta. Nesse caso, quais são as vacinas recomendadas para a idade conforme o Programa Nacional de Imunização?

A Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) e Vip (vacina inativada para poliomielite). ✓

B Pentavalente (DTP+Hib+Hep B) e Pneumocócica 10.

C Pentavalente (DTP+Hib+Hep B), Pneumocócica 10 e Rotavírus.

D Pentavalente (DTP+Hib+Hep B), VIP (Vacina inativada para poliomielite) e Pneumocócica 10.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 meses o calendário do PNI prevê a 3ª dose da pentavalente (DTP + Hib + hepatite B) e a 3ª dose da VIP (poliomielite inativada). A pneumocócica 10-valente é feita aos 2 e 4 meses, com reforço aos 12 (por isso B e D erram), e o rotavírus tem limite máximo de aplicação aos 7 meses e 29 dias na 2ª dose, não cabendo aqui (C). A influenza feita na rede privada não substitui nenhuma dessas. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

30. ITEM 137810 - V. 719616 Uma equipe de saúde da família atua em uma unidade básica de saúde situada na zona periférica de uma cidade com mais de 800 000 habitantes. No último mês, foi evidenciado aumento no número de casos de diarreia entre crianças de 2 a 5 anos que frequentam a creche pública de um bairro. A equipe de saúde da família desse local analisa que, no último ano, têm sido recorrentes os casos de diarreia entre crianças da área, inclusive, em alguns casos, com necessidade de internação hospitalar. Dentre os casos, observam que eles se concentram naquelas famílias que não são da área de cobertura da equipe de saúde da família. No bairro onde se localiza a creche, 20% dos domicílios possuem abastecimento de água tratada, 10% com esgoto sanitário, sem coleta regular de lixo nos domicílios, sendo os esgotos e lixos acumulados das casas ou jogados no córrego, a céu aberto, que corta o bairro. Em relação à situação acima descrita, assinale a alternativa correta em relação ao processo saúde-doença e os determinantes de saúde envolvidos no caso.

A O aumento no número de casos de diarreia na creche tem como principal fator a virulência da bactéria e, por se tratar de um caso recorrente, a equipe de saúde da família poderia atuar com medidas medicamentosas profiláticas direcionadas ao agente etiológico.

B A educação em saúde na creche, com os profissionais da educação e com a comunidade, teria papel importante na melhoria das condições sanitárias da comunidade; é uma estratégia suficiente para o combate de surtos.

C A falta de acesso aos serviços de saúde e de acompanhamento regular com a equipe de saúde da família é um fator associado ao desfecho desfavorável dos casos, com aumento de quadros graves de diarreia com necessidade de internação hospitalar. ✓

D A adoção de medidas como uso de hipoclorito na água e de filtros nos bebedores escolares é a principal medida para combate à transmissão dos agentes etiológicos que cursam com quadros de diarreia, diminuindo assim a incidência de casos na creche. 7

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é um exemplo de determinação social: água tratada em 20% dos domicílios, esgoto em 10%, lixo a céu aberto. Mas a pergunta é sobre o DESFECHO — os casos graves concentram-se nas famílias fora da área de cobertura, ou seja, sem acesso e sem acompanhamento longitudinal, o que retarda o cuidado e aumenta internações. Culpar só a virulência do agente (A), a educação isolada (B) ou o hipoclorito (D) reduz um problema estrutural a uma medida pontual. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

17. ITEM 137941 - V. 720621 Um homem com 58 anos de idade foi atendido em ambulatório de hospital secundário. Relatava sangramento e muco nas fezes, referia também alteração do hábito intestinal, com aumento do número de evacuações há 5 meses. O exame físico geral não apresentava particularidades e o toque retal evidenciou tumoração na parede posterior do reto, aproximadamente 7 cm acima da borda anal. Com base nos dados apresentados, a alternativa correta sobre o exame necessário para definir a conduta a ser seguida é

A ultrassonografia endorretal.

B ressonância nuclear magnética endorretal.

C enema baritado com duplo contraste.

D colonoscopia com biópsia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento, muco e alteração do hábito intestinal com tumor palpável ao toque a 7 cm da borda anal: é câncer de reto até prova em contrário. Antes de qualquer decisão terapêutica é preciso o diagnóstico HISTOLÓGICO e o exame de todo o colon, para excluir lesões sincrônicas — isso e a colonoscopia com biópsia. USG endorretal e RM (A e B) são métodos de ESTADIAMENTO locorregional, feitos após a confirmação; o enema baritado (C) está em desuso e não biópsia. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

26. ITEM 137962 - V. 720623 Um homem com 42 anos de idade foi operado em hospital secundário com quadro de apendicite aguda com necrose e abscesso em apêndice retrocecal (Fase III), sendo realizada apendicectomia e drenagem do abscesso por incisão mediana infraumbilical. No terceiro dia de pós-operatório começou a apresentar picos diários de aumento da temperatura axilar (38,5 °C) apesar dos antibióticos prescritos (ceftriaxona e metronidazol). A incisão encontrava-se com bom aspecto, foram encontrados 15 200 leucócitos/mm³ (referência: 3 500 a 10 500) e alteração na contagem diferencial dos leucócitos, com 5% de bastonetes no sangue periférico (referência: 0 a 2%). A proteína C reativa era de 15 mg/L (referência: menor que 3). Relatava dor ao tentar fletir a coxa direita e o examinador exercia discreta pressão contrária ao movimento, a ausculta pulmonar era normal e os ruídos hidroaéreos estavam presentes. Com base nos dados apresentados, qual é a alternativa correta sobre a conduta?

- A Solicitar radiografia do abdome em pé e deitado.
- B Substituir os antibióticos prescritos.
- C Manter os antibióticos prescritos e avaliar novos exames após 24 horas.

D Solicitar tomografia computadorizada do abdome. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre persistente a partir do 3º pós-operatório, leucocitose com desvio, PCR alta, ferida limpa e sinal do psoas positivo (dor à flexão contra resistência da coxa direita) apontam coleção intracavitária residual, típica do apêndice retrocecal. O exame que localiza e permite drenagem guiada é a tomografia de abdome. A radiografia (A) é pouco sensível para abscesso; trocar (B) ou apenas manter antibiótico (C) sem controlar o foco perpetua a sepse. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

7. ITEM 137878 - V. 720619 Mulher de 40 anos, relata queda da própria altura, após tropeçar na calçada, e cair para frente com as mãos espalmadas, com hiperextensão do punho. No momento se queixa de dor em região dorsal e radial do punho. Ao exame, presença de leve edema próximo ao processo estilóide do rádio, sem deformidade evidente do punho. Refere dor à palpação do punho, pouco abaixo da prega palmar, na direção do eixo longo do polegar, e na tabaqueira anatômica. Dentre as alternativas abaixo, qual é a hipótese diagnóstica?

A Fratura de escafoide. ✓

- B Fratura de Colles.
- C Fratura de Barton.
- D Fratura de Smith.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda com a mão espalmada e hiperextensão do punho, com dor à palpação da tabaqueira anatômica, e fratura de escafoide até prova em contrário — e a radiografia inicial pode ser normal, o que exige imobilização e reavaliação. Colles (B) cursa com deformidade em dorso de garfo por desvio dorsal do fragmento; Smith (D) e o desvio volar (fratura reversa); Barton (C) e a fratura-luxação marginal intra-articular do rádio. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

36. ITEM 137967 - V. 720625 Uma mulher com 61 anos de idade, acompanhada pela filha, foi atendida em ambulatório de hospital secundário referindo ter apresentado dor no hipocôndrio direito e vômitos por 3 dias, há 30 dias. Relatava fazer uso de metformina 500 mg, 2 vezes por dia e atenolol 50 mg por dia. Trouxe ultrassonografia que descrevia vesícula biliar com paredes discretamente espessadas e presença de colelitíase. Os exames laboratoriais evidenciaram glicemia de 120 mg/dL (referência: 75 a 99), creatinina 0,99 mg/dL (referência: 0,6 a 1,1), leucócitos 6 200/mm³ (referência: 3 500 a 10 500), não apresentava alteração na contagem diferencial dos leucócitos. Ao exame físico, o abdome estava flácido, não relatava dor à palpação, PA = 140/80 mmHg, temperatura axilar = 36,5 °C. Com base nos dados apresentados, qual alternativa apresenta a orientação correta à paciente e à filha sobre a conduta a ser seguida?

- A Indicar tratamento operatório se apresentar dor novamente.
- B Tratar as doenças clínicas e realizar controle com ultrassonografia anual.
- C Encaminhar ao pronto-socorro para tratamento operatório.

D Compensar melhor a glicemia e indicar tratamento operatório eletivo. 8 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Colelitíase SINTOMÁTICA (episódio de dor em hipocôndrio direito com vômitos há 30 dias), hoje sem sinais de colecistite aguda: exames normais, sem febre, abdome indolor. A conduta e colecistectomia videolaparoscópica ELETIVA, otimizando antes o controle glicêmico. Esperar nova crise (A) ou apenas seguir com USG (B) expõe a colecistite, coledocolitíase e pancreatite; encaminhar ao pronto-socorro (C) não se justifica sem quadro agudo. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

13. ITEM 138288 - V. 720422 Mulher, 51 anos, de menopausa há 3 anos, com queixa de sangramento uterino recorrente, em pequena quantidade, há 3 meses. Na maioria das vezes, os episódios de sangramento iniciam durante ou após as relações sexuais.

A paciente é diabética e faz uso de insulina. Traz dois resultados normais de exames citopatológicos do colo uterino realizados nos últimos 2 anos, sendo o último há 9 meses. Exame físico: estado geral bom, hemodinamicamente estável, normocorada. Ao exame especular, visualiza-se lesão de aspecto polipoide de aproximadamente 2 cm se exteriorizando pelo orifício externo do colo uterino, não sendo possível visualizar a lesão em toda sua extensão. A conduta indicada é A solicitar histeroscopia diagnóstica. ✓

- B realizar exérese imediata da lesão com pinça.
- C realizar eletrocauterização da lesão.
- D iniciar tratamento com solução de ácido tricloroacético.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento pos-menopausa, ainda que pos-coital, obriga a investigar o endométrio. A lesão polipoide se exterioriza pelo orifício externo mas não se vê sua extensão total: pode ser polipo endometrial com pedículo alto. A histeroscopia permite ver a origem, ressecar sob visão direta e avaliar a cavidade. Exérese a cegas com pinça (B) deixa a base e perde o diagnóstico; cauterização (C) e ATA (D) destroem material sem estudo histológico. Resposta A.

QUESTÃO 26 — ANULADA

44. ITEM 137835 - V. 719605 Um paciente do sexo masculino, de 3 anos de idade, é levado a serviço de emergência em decorrência de febre e exantema há 7 dias. Mãe relata que a febre é diária e chegou a 39 °C. O exantema surgiu há 2 dias. O paciente já passou por outros serviços de emergência sem conseguir fechar diagnóstico. Nega doenças prévias. Desenvolvimento normal para a idade. Ao exame, mostra-se em regular estado geral, descorado 1+/4+, febril (38,5 °C), acianótico e hidratado. Presença de exantema maculopapular e edema e hiperemia nas mãos e pés, rash em tronco e perineo, bem como de hiperemia conjuntival bilateral. Cavidade oral revela fissuras em lábios. Há linfonodomegalia cervical, unilateral direita, com 2 cm de diâmetro. Aparelho cardiovascular, respiratório e abdome sem anormalidades. Considerando a história acima descrita, assinale a alternativa que contém o tratamento indicado.

- A Imunoglobulina venosa.
- B Anti-inflamatório não esteroidal.
- C Antibioticoterapia.
- D Plasmaférese.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O quadro descrito — febre prolongada, exantema polimorfo com acometimento de perineo, edema de mãos e pés, fissuras labiais, hiperemia conjuntival bilateral não exsudativa e linfonodomegalia cervical unilateral — corresponde a uma vasculite febril da infância cujo tratamento visa prevenir complicações coronarianas. Como a banca anulou a questão, não há alternativa oficial a ser apontada.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

4. ITEM 137686 - V. 720597 Um homem de 23 anos de idade, membro de um grupo de usuário de drogas ilícitas injetáveis, comparece à consulta no ambulatório de clínica médica com relato de "olhos amarelos e urina cor de mate". Segundo informa, seu quadro clínico iniciou-se há cerca de 12 dias com mal-estar, febre (cerca de 38 oC), coriza e mialgias. Dois dias após, observou disgeusia e anosmia, além de diarreia. Procurou unidade de pronto atendimento, sendo agendada pesquisa para COVID-19, que foi realizada no 5.o dia de evolução da doença, com resultado negativo. Passou a apresentar, também, dor abdominal (especialmente no hipocôndrio direito) e fadiga vespertina. Há 2 dias, observou que suas escleras ficaram amareladas e a sua urina assumiu aspecto sugestivo de colúria. Foi à mesma unidade onde havia sido atendido inicialmente, sendo solicitados exames complementares que são trazidos pelo paciente à consulta atual e que revelam: TGO/AST = 982 UI/L (valor de referência: 20 a 40 UI/L); ALT/TGP: 1 220 UI/L (valor de referência: 20 a 40 UI/L); bilirrubinas totais = 4,2 mg/dL (valor de referência: 0,2 a 0,8 mg/dL), com predomínio da fração direta (3,6 mg/dL - valor de referência: 0,1 a 0,5 mg/dL); hemograma com leucopenia e linfocitose, sem anemia; INR e tempo de tromboplastina parcial ativada normais. Em razão desses resultados, o paciente foi encaminhado ao ambulatório para complementação da investigação diagnóstica, tratamento e acompanhamento. Ao exame físico, o paciente encontra-se em razoável estado geral, estando com as escleras e a mucosa sublingual ictéricas, além de apresentar leve hepatomegalia (13 cm de extensão ao nível da linha hemiclavicular direita) dolorosa, com sinal de Murphy negativo. Acerca do caso desse paciente, pode-se afirmar que o diagnóstico mais provável e a lógica subjacente a tal conclusão são

A hepatite viral pelo vírus da hepatite C, por ser a causa mais comum de hepatite viral de apresentação aguda.

B hepatite autoimune do tipo 1, em função do gênero do paciente (sexo masculino) e do nível de transaminases.

C hepatite viral aguda pelo vírus da hepatite B, em razão do paciente ser usuário de drogas ilícitas injetáveis. ✓

D leptospirose íctero-hemorrágica, em razão do leucograma e níveis séricos das aminotransferases. 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Usuario de drogas injetaveis com hepatite aguda ictericia (AST/ALT acima de 900-1200, com ALT maior que AST, bilirrubina de predominio direto, leucopenia com linfocitose e coagulacao normal). O compartilhamento de seringas e a via de risco classica para o virus B, que e a hepatite viral de apresentacao aguda mais associada a esse contexto. Hepatite C (A) raramente cursa aguda sintomatica; a hepatite autoimune (B) nao tem esse padrao agudo; leptospirose (D) cursa com transaminases baixas e CPK/bilirrubinas muito altas. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

10. ITEM 137702 - V. 720485 Uma criança com 7 anos de idade, moradora de zona rural, relata acidente por animal desconhecido há 4 horas. No momento, refere formigamento no local da picada, boca seca, diplopia, dificuldade de deglutição, dores musculares generalizadas, oligúria e urina com coloração vermelha escura. Ao exame físico, apresenta ptose palpebral bilateral e midríase. O resultado do exame de urina rotina evidenciou mioglobínúria. Exames de sangue ainda em processamento. Com base nesses dados, qual a soroterapia específica indicada ao quadro?

A Soro anti-botrópico.

B Soro anti-escorpiônico.

C Soro anti-crotálico. ✓

D Soro anti-elapídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Facies miastênica (ptose palpebral, diplopia, disfagia), mialgia generalizada, urina escura com mioglobulinúria e oligúria formam a síndrome neuromuscular + rabdomiólise do acidente CROTALICO (cascavel), cuja principal complicação é a insuficiência renal aguda. O elapídico (D) é puramente neurotóxico, sem mioglobulinúria; o botrópico (A) causa dor, edema e sangramento locais; o escorpiónico (B) dá manifestações colinérgicas e cardiotoxicidade. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

50. ITEM 138226 - V. 719721 Em reunião de equipe da Estratégia de Saúde da Família, o médico expõe sua preocupação com o aumento no número de atendimentos de cuidadores de idosos, em virtude de problemas de saúde decorrentes de estresse físico e emocional. Sugere que seja realizada intervenção de apoio e suporte aos cuidadores e para isso propõe aplicar escala que tem por objetivo “avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos”. Trata-se de

A Escala de Zarit. ✓

B Escala de Barthel.

C Escala de Desempenho de Karnofsky.

D Escala de Avaliação Multidimensional do Idoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Escala de Zarit (Zarit Burden Interview) é o instrumento validado para medir a sobrecarga do cuidador — desgaste físico, emocional, social e financeiro de quem cuida. Barthel (B) avalia independência do idoso nas atividades básicas de vida diária; Karnofsky (C) mede capacidade funcional em oncologia/paliativos; a AMPI (D) é avaliação multidimensional do IDOSO, não do cuidador. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

12. ITEM 137901 - V. 720620 Paciente 65 anos, masculino, apresentando alteração do hábito intestinal. Como história familiar, apresenta pai falecido de câncer de próstata aos 70 anos, mãe falecida de câncer de colo de útero aos 80 anos, avô paterno e primo por parte de mãe falecidos por câncer de cólon com 60 e 50 anos respectivamente. Realizou colonoscopia que evidenciou lesão estenosante na junção reto-sigmoidiana, 3 pólipos em reto e 5 pólipos em sigmoide. O resultado histopatológico da lesão estenosante foi adenocarcinoma de cólon moderadamente diferenciado. Quanto aos pólipos, todos eram de natureza adenomatosa, sendo 5 tubulares e 2 túbulo-vilosos (ambos no reto). Em qual das situações abaixo, levando em conta a história familiar e o diagnóstico, esse paciente melhor se enquadra?

A Câncer colorretal hereditário não polipoide (Síndrome de Lynch).

B Síndrome de Polipose Recessiva.

C Polipose adenomatosa familiar.

D Câncer colorretal esporádico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A história não preenche os critérios de Amsterdam para Lynch: os parentes afetados por câncer colorretal são de segundo e terceiro graus (avô paterno e primo materno), em ramos diferentes da família, sem duas gerações sucessivas acometidas. Também não é polipose adenomatosa familiar, que exige centenas de pólipos (aqui são 8). Aos 65 anos, com poucos adenomas, o caso se enquadra como câncer colorretal esporádico — 70 a 80% dos casos. Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

19. ITEM 137794 - V. 720600 Um homem de 52 anos de idade procura atendimento médico em nível ambulatorial após 7 dias de uma internação hospitalar de 72 horas para correção de uma hérnia inguinal, na qual permaneceu 24 horas com sonda vesical de demora. O paciente encontra-se em bom estado de saúde, queixando-se de leve dor no local da cirurgia e de disúria, iniciada há 3 dias, além de polaciúria. Ao exame, a ferida operatória encontra-se limpa e apresenta dor à palpação profunda do hipogástrio. No mais, o exame físico é completamente normal. Possui comorbidades, pois é diabético e portador de epilepsia em uso de topiramato para essa última condição. O médico assistente solicitou uma urocultura, cujo resultado segue abaixo. Material da amostra Urina Resultado da cultura Positiva 100 000 UFC E. coli Antibiograma Concentração Inibitória Mínima Amicacina Resistente ≥ 32 Ampicilina Resistente ≥ 32 Ampicilina/Sulbactam Resistente ≥ 32 Cefepime Resistente ≥ 64 Ceftazidima Resistente 16 Ceftriaxona Resistente ≥ 64 Cefoxitina Sensível ≤ 2 Cefuroxima Resistente ≥ 64 Ciprofloxacina Resistente ≥ 16 Ertapenem Sensível $\leq 0,5$ Gentamicina Resistente ≥ 16 Imipenem Sensível $\leq 0,5$ Piperacilina/Tazobactam Resistente ≥ 64 Sulfametoxazol/Trimetoprim Sensível $\leq 0,5$ Nesse caso, a conduta do médico deve ser

A prescrever um sintomático como a fenazopiridina.

B internar o paciente para administração de cefoxitina.

C internar o paciente para administração de imipenem.

D prescrever, ambulatorialmente, sulfametoxazol/trimetoprim. 10 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

ITU associada a cateter por E. coli multirresistente com perfil de ESBL (resistência a cefalosporinas de 3a e 4a gerações, quinolonas e piperacilina-tazobactam), porém SENSÍVEL a sulfametoxazol-trimetoprim. O paciente está clinicamente bem, sem sepse: trata-se por via oral, no ambulatorio, guiado pelo antibiograma.

Fenazopiridina (A) só mascara sintoma. Internar para carbapenêmico (C) ou cefoxitina (B) e desnecessário havendo opção oral eficaz — pilar do uso racional de antimicrobianos. Resposta D.

QUESTÃO 32 — ANULADA

18. ITEM 138304 - V. 720424 Mulher, 24 anos de idade, era usuária de dispositivo intrauterino (DIU) e retirou na vigência de episódio de doença inflamatória pélvica. Apresentando atraso menstrual e episódios de sangramento vaginal de pequena intensidade. Nega dor abdominal ou outras queixas. Beta-hCG positivo. Ultrassonografia transvaginal mostra ausência de saco gestacional intrauterino e presença de imagem complexa em região anexial direita, sem líquido livre na cavidade peritoneal. Nessa situação, está justificado manter conduta expectante se

A os níveis de beta-hCG dobrarem após 48 horas.

B o diâmetro da massa anexial for maior que 3,0 cm.

C não forem detectados batimentos cardíofetais na avaliação ecográfica.

D os níveis de progesterona continuarem elevados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema era gravidez ectópica íntegra e os critérios que autorizam conduta expectante ou tratamento clínico — estabilidade hemodinâmica, ausência de dor e de líquido livre, massa anexial pequena, ausência de batimentos cardíacos embrionários e, sobretudo, beta-hCG baixo e em Queda nas dosagens seriadas. Sem gabarito oficial válido, não há alternativa a assinalar.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

61. ITEM 138015 - V. 720630 Uma criança de 6 anos que procura atendimento na Unidade Local de Saúde do seu bairro por apresentar, há cerca de 30 dias, tumoração cervical na linha média, móvel à deglutição e indolor. A mãe refere que observou um crescimento progressivo da lesão, mas sem nenhum sinal flogístico desde o início do quadro. Referenciada para atendimento em um ambulatório de cirurgia pediátrica, no momento do exame físico, a criança estava hígida sem nenhum outro achado a não ser a tumoração na linha média do pescoço, acima da cartilagem cricoide, arredondada, móvel e de consistência fibroelástica. Qual o diagnóstico e conduta a serem adotados a seguir?

A Higroma cístico cervical ou linfangioma. Deve ser tratado com aspiração e injeção de bleomicina ou OK 432 na lesão.

B Câncer primário de tireoide. Encaminhamento ao oncologista para mapeamento com medicina nuclear.

C Cisto do conduto tireoglosso. Ressecção cirúrgica englobando parte do osso hioide, que evita a recidiva da doença. ✓

D Cisto do 3.o arco branquial. Ressecção cirúrgica incluindo a secção do ramo clavicular do músculo esternocleidomastoídeo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração cervical na LINHA MÉDIA, acima da cartilagem cricoide, móvel à deglutição e indolor e cisto do ducto tireoglosso — o remanescente do trajeto de descida da tireoide. O tratamento é a cirurgia de Sistrunk, que resseca o cisto, o trajeto e o corpo do osso hioide; omitir o hioide é a principal causa de recidiva. Higroma cístico (A) é lateral e translúcido; cisto branquial (D) também é lateral; a idade e o exame não sugerem câncer de tireoide (B). Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

23. ITEM 138321 - V. 720425 Paciente usuária de dispositivo intrauterino (DIU) de cobre T380A procurou atendimento médico para dores pélvicas de início agudo. Relata dores em pontadas alternadas com cólicas. Relatou disúria e corrimento vaginal sem odor fétido e transparente associado ao aparecimento de dispáreunia. Ao exame especular evidenciado secreção cervical mucoide saindo pelo orifício externo do colo uterino. Fio do DIU aparente. Colo fechado. Toque evidenciado colo com sensibilidade dolorosa à mobilização. Toque bimanual evidenciado sensibilidade no anexo esquerdo. Solicitado ultrassom transvaginal evidenciado formação à esquerda espessada e com aspecto tortuoso e irregular sugestivo de hidrossalpinge. O provável agente microbiológico e o tratamento adequado são, respectivamente,

A Clamídia; azitromicina. ✓

B Trichomonas; metronidazol.

C Gardnerella; fluconazol.

D Treponema; penicilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Usuária de DIU com dor pélvica, dispáreunia, secreção cervical mucoide, dor à mobilização do colo e anexial: doença inflamatória pélvica. Com hidrossalpinge já instalada e cervicite mucopurulenta, o agente clássico é a Chlamydia trachomatis — infecção arrastada e frequentemente oligossintomática, tratada com azitromicina (sempre associada a cobertura para gonococo). Trichomonas (B) da corrimento amarelo-esverdeado bolhoso; Gardnerella (C) não causa DIP e não se trata com fluconazol. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

28. ITEM 137822 - V. 720602 Um paciente masculino, 76 anos de idade, vem a consulta com clínica médica por apresentar dúvidas quanto à frequência com que deve realizar seu exame de próstata. O paciente diz ter feito o exame de PSA várias vezes ao longo dos últimos anos. Traz exame de 3 e de 4 anos atrás, com PSA = 0,8 ng/mL e 0,78 ng/mL, respectivamente. Nesse caso, o paciente deve ser recomendado a

A realizar exame de PSA a cada 5 anos.

B não realizar mais exame de PSA. ✓

C realizar exame de toque retal anual.

D realizar ultrassonografia retal com biopsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 76 anos com PSA persistentemente baixo (0,78-0,8). As diretrizes não recomendam rastreamento de câncer de próstata acima dos 70-75 anos ou com expectativa de vida menor que 10 anos: o rastreamento nessa faixa detecta tumores indolentes e gera biopsias e tratamentos com mais dano que benefício. Manter PSA periódico (A) ou toque anual (C) perpetua o rastreamento; biopsia (D) sem indicação e intervenção desnecessária. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

32. ITEM 138328 - V. 720427 Mulher, 26 anos de idade, usou pílula contraceptiva por 6 anos e interrompeu há cerca de 9 meses. Desde então, menstruou apenas 2 vezes e está há 4 meses em amenorreia. Nega fogachos, acne, hirsutismo ou ressecamento vaginal. Ao exame físico: bom estado geral, hemodinamicamente estável, mamas com galactorreia bilateral, sem nódulos palpáveis. Útero de tamanho normal e anexos não palpáveis. Beta-hCG negativo. Para elucidação diagnóstica, deve-se solicitar dosagem de

A estradiol.

B progesterona.

C prolactina. ✓

D testosterona. 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária com GALACTORREIA bilateral e beta-hCG negativo tem como primeira hipótese a hiperprolactinemia (prolactinoma, fármacos, hipotireoidismo), que inibe o GnRH e bloqueia a ovulação. O exame inicial e a dosagem de prolactina — se elevada, complementa-se com TSH e RM de sela turca. Estradiol (A) e progesterona (B) apenas confirmam anovulação sem apontar a causa; testosterona (D) se investiga no hiperandrogenismo, ausente aqui. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

29. ITEM 137743 - V. 719599 Um lactente, de 6 meses de idade, comparece sem queixas ao consultório médico com história de internações devido a infecção urinária alta aos 20 dias e aos 3 meses. Com 5 meses, apresentou quadro de febre intermitente, inapetência e vômitos, com exame qualitativo de urina que apontou nitrito (+), esterase leucocitária (+) e urocultura colhida por sondagem vesical com mais de 100 000 UFC/ml de E. coli, tendo completado o tratamento com antimicrobiano com remissão dos sintomas. Realizado ultrassonografia durante a última internação que não verificou alterações. Como forma de estender a investigação, assinale a alternativa correta quanto ao exame padrão-ouro para essa situação.

A Cintilografia renal com DMSA. ✓

B Urografia excretora.

C Uretrocistografia miccional.

D Ressonância magnética de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com ITU alta de repetição e ultrassom normal: o passo é avaliar o PARENQUIMA renal. A cintilografia com DMSA e o padrão-ouro para demonstrar pielonefrite aguda e, principalmente, cicatriz renal — o desfecho que determina risco futuro de hipertensão e doença renal crônica. A uretrocistografia miccional avalia refluxo vesicoureteral, não o dano parenquimatoso; urografia excretora (B) está em desuso; RM (D) não é o método de escolha. Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

39. ITEM 137831 - V. 719618 Um menino de 4 anos de idade, previamente hígido e com acompanhamento pediátrico regular, chega ao pronto atendimento com queixa de febre (temperatura axilar superior a 38,5 °C em todos os picos) há 6 dias acompanhada de conjuntivite bilateral não exsudativa. Nega uso prévio de medicações nesses últimos dias, exceto o antitérmico habitual para controle da febre. Nega viagens recentes ou contato com indivíduos sabidamente doentes. Ao exame clínico, observa-se hiperemia de orofaringe sem exsudato ou ulcerações; presença de ressecamento, fissuras e hiperemia em lábios e proeminência das papilas linguais; gânglio cervical anterior a direita com cerca de 1,5 cm de diâmetro não doloroso; edema endurecido em dorso de mãos e pés com eritema palmar e plantar difuso; e presença de exantema polimórfico mais intenso em tronco e períneo. Sem outras alterações. Assinale a alternativa que contenha o diagnóstico provável para o caso apresentado e uma complicação associada ao quadro.

A Escarlatina; glomerulonefrite difusa aguda.

B Doença de Kawasaki; aneurisma coronariano. ✓

C Mononucleose; síndrome de Guillain-Barré.

D Sarampo; panencefalite esclerosante subaguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre por 5 dias ou mais somada a conjuntivite bilateral não exsudativa, alterações de lábios e língua em framboesa, edema endurecido de mãos e pés, exantema polimórfico e linfonodomegalia cervical unilateral maior que 1,5 cm fecha doença de Kawasaki. A complicação temida é o aneurisma de artéria coronária, prevenido com imunoglobulina nos primeiros 10 dias. Escarlatina (A) tem exsudato e descamação pós-febril; sarampo (D) cursa com Koplik e catarro intenso. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

31. ITEM 137964 - V. 720624 Mulher com 42 anos de idade foi atendida em unidade básica de saúde referindo, há 5 dias, dor na panturrilha direita que se acentuava ao realizar a flexão dorsal do pé.

A dor piorou há 2 dias, aparecendo inchaço, palidez cutânea e dificuldade para deambular. Relatou fazer uso de contraceptivo oral e tabagismo desde os 20 anos de idade. O exame físico evidenciou peso de 72 Kg, 149 cm de altura, edema e palidez desde a raiz da coxa, dor à palpação da panturrilha e pulsos pedioso e tibial posterior palpáveis. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa com a orientação sobre a conduta a ser seguida. A Solicitar Eco-Doppler colorido venoso de membro inferior. ✓

B Indicar tratamento imediato em hospital terciário.

C Prescrever repouso, analgésicos e heparina ou enoxaparina por via subcutânea.

D Prescrever repouso, anti-inflamatório não hormonal e ácido acetil salicílico 100 mg ao dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em panturrilha com piora a dorsiflexão (sinal de Homans), edema e empastamento até a raiz da coxa em mulher tabagista usando contraceptivo oral: alta probabilidade de trombose venosa profunda. Na unidade básica, o passo é confirmar com eco-Doppler venoso antes de anticoagular (C) — os pulsos distais palpáveis afastam urgência arterial que justificasse hospital terciário (B). AINE com AAS (D) não trata TVP e retarda o diagnóstico. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

33. ITEM 137825 - V. 720603 Um paciente masculino, com 62 anos de idade, vem a consulta médica na atenção secundária ambulatorial, encaminhado por tremor. O paciente conta que há alguns meses teve início com tremor no braço direito e que, agora, parece ter progredido para ambos os braços e ambas as pernas. O paciente diz que o tremor piora quando ele “está nervoso”, mas que parece melhorar quando faz alguma atividade, como cozinhar ou comer. Entretanto, o paciente conta que é difícil para ele levantar-se da posição sentada e começar a andar. Também refere que perde o equilíbrio quando está caminhando e “muda de rota”, e tem dificuldade para parar de caminhar, relatando duas quedas no mês anterior à consulta. Com base no que foi apresentado, o diagnóstico desse paciente é

A tremor essencial.

B paralisia supranuclear progressiva.

C doença de Huntington.

D doença de Parkinson. 12 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tremor de repouso assimétrico no início, que piora com a ansiedade e MELHORA durante a ação, somado a hesitação de início da marcha (freezing), instabilidade postural e quedas: doença de Parkinson. O tremor essencial (A) e postural/cinético, piora com a ação e melhora com álcool. A paralisia supranuclear progressiva (B) cursa com quedas muito precoces e paralisia do olhar vertical. Huntington (C) da coreia e demência, com história familiar. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

35. ITEM 138025 - V. 719678

A figura a seguir apresenta a mortalidade proporcional por alguns grupos de causa no sexo masculino e em grupos etários selecionados. Legenda: DIC - Doenças Isquêmicas do Coração DCV - Doenças Cerebrovasculares ODC - Outras Doenças Coronarianas IP - Influenza e Pneumonia ODR - Outras Doenças Respiratórias DF - Doenças do Fígado ATR - Acidentes de Transporte EII - Eventos com intenção indeterminada AG - Agressões AS - Afogamentos e/ou submersões LAI - Lesões Autoinfligidas Fonte: DATASUS, MS, 2021. (acesso em 01/07/2021). Figura 1. Mortalidade proporcional (%) por grupos de causas e em faixas etárias selecionadas, no sexo masculino, Brasil, 2019. Com base nos dados demonstrados nos gráficos, conclui-se que A as agressões e as causas externas de intenção indeterminada são responsáveis por pelo menos 50% dos óbitos ocorridos na faixa etária de 15 a 29 anos. ✓

B na faixa etária dos 60 anos e mais, a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração é menor do que a faixa etária de 30 a 59 anos.

C as doenças respiratórias, na faixa etária de 60 anos e mais, causam mais óbitos do que as doenças do aparelho circulatório.

D atividades educativas visando reduzir o consumo excessivo de bebidas alcoólicas teria menor impacto nos indicadores de mortalidade relativos às faixas etárias de 15 a 59 anos que na faixa etária de 60 anos ou mais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Interpretação de mortalidade proporcional: no sexo masculino de 15 a 29 anos as causas externas dominam de forma esmagadora o perfil de óbitos, e agressões somadas a eventos de intenção indeterminada respondem por mais da metade das mortes nessa faixa. Nos maiores de 60 anos as doenças do aparelho circulatório superam as respiratórias (o que derruba C) e a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração aumenta com a idade (derruba B). Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

46. ITEM 137996 - V. 720627 Paciente do sexo masculino, 65 anos, foi atendido no serviço de urgência de um hospital com queixa de dor em flanco e fossa ilíaca esquerdos, com início há cerca de 48 horas e piora nas últimas 12 horas. Neste período, apresentou episódio febril de 38 °C, aferido em seu domicílio. Relatou apresentar divertículos do cólon há cerca de 12 anos, e que foi submetido a uma gastrectomia parcial há 1 ano por adenocarcinoma gástrico em antro, estágio IB. Apresentou relatório médico relativo a esse procedimento, no qual constava endoscopia digestiva alta com biópsia confirmando o diagnóstico histológico, tomografia computadorizada de abdome e tórax, que revelava doença diverticular em sigmoide, e colonoscopia confirmando doença diverticular em sigmoide. Ao exame físico, o paciente estava em bom estado geral, frequência cardíaca de 95 bpm, pressão arterial de 130 x 80 mmHg e temperatura axilar de 38,1 °C. O abdome estava flácido, mas doloroso à palpação profunda de flanco e fossa ilíaca esquerdos e hipogástrio. Hemograma revelou leucocitose de 16 000/mm³ (referência: 9 000 - 11 000/mm³) com 10% de bastões (referência: 0 - 5%). O paciente relatou estar preocupado pela possibilidade de ser um “retorno do câncer”. O exame complementar e explicação para confirmação do diagnóstico nesse momento é

A Colonoscopia, que poderá diagnosticar diverticulite aguda ou neoplasia maligna do cólon.

B Tomografia por emissão de pósitrons acoplada à tomografia computadorizada (PET-TC), que poderá identificar recidiva da neoplasia maligna.

C Tomografia computadorizada de abdome com contraste venoso, que poderá identificar e mensurar complicações da diverticulite aguda do cólon. ✓

D Radiografia de abdome em decúbito dorsal e posição ortostática e radiografia de tórax em incidência ântero-posterior, que poderão diagnosticar diverticulite aguda do cólon.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em fossa ilíaca esquerda, febre e leucocitose com desvio em portador conhecido de diverticulose sigmoideana: diverticulite aguda. O exame de escolha é a tomografia de abdome com contraste, que confirma o diagnóstico, gradua a gravidade (Hinchey) e identifica abscesso ou perfuração. Colonoscopia (A) é contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração — fica para 6 a 8 semanas depois; PET-TC (B) tem falso-positivo em inflamação; radiografia simples (D) só mostra pneumoperitônio. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

34. ITEM 137744 - V. 719723 Um menino de 6 anos de idade, desnutrido, procedente de zona rural sem saneamento básico, apresenta-se no pronto atendimento com dor abdominal e diarreia intermitente com muco há 4 meses, algumas vezes associada a sangue e tenesmo. Refere piora do quadro há 1 dia. Ao realizar exame, evidenciou-se descorado ++/+4, prolapso retal e presença de vários vermes cilíndricos de 4 cm de comprimento na mucosa retal. Assinale a alternativa correta que aponta o parasita encontrado e seu respectivo tratamento.

A Ascaris lumbricoides; pamoato de pirantel.

B Trichiuris trichiura; mebendazol. ✓

C Ascaris lumbricoides; metronidazol.

D Trichiuris trichiura; secnidazol. 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia crônica mucossanguinolenta com tenesmo, anemia e PROLAPSO RETAL, com vermes cilíndricos de 3-5 cm visíveis na mucosa retal, e a tricuriase (*Trichuris trichiura*) maciça. O tratamento é mebendazol (ou albendazol). *Ascaris* (A e C) mede 15-35 cm, habita o delgado e não causa disenteria nem prolapso; metronidazol e secnidazol (C e D) tratam protozoários, não helmintos. Resposta B.

QUESTÃO 44 — ANULADA

37. ITEM 138329 - V. 720428 Primigesta, 41 semanas, em trabalho de parto espontâneo há 10 horas. Insinuação em OEA (occipito esquerda anterior). No segundo período do parto, houve a expulsão do polo cefálico, com desprendimento em OP (occipito púbico), sem intercorrências. Após ocorrer a rotação externa, constatou-se grande dificuldade para desprendimento das espáduas, havendo impactação do diâmetro biacromial fetal, entre o púbis e o promontório maternos. O médico assistente alertou a equipe para a situação de emergência e solicitou auxílio de outro profissional habilitado. Realizada episiotomia, mesmo assim o ombro permaneceu impactado.

A primeira manobra a ser realizada nessa situação é A hiperextensão das coxas sobre o abdome associada à pressão suprapúbica.

B colocar a paciente em posição de quatro apoios.

C realizar manobras internas para rotação fetal ou retirada do ombro posterior.

D recolocar a cabeça fetal para dentro do útero e proceder com a cesariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era a distócia de ombro — emergência obstétrica com impactação do diâmetro biacromial — e a sequência de manobras de resgate, que inclui pedir ajuda, hiperflexão das coxas, pressão suprapúbica, manobras internas de rotação e retirada do ombro posterior. Como a banca anulou a questão, não há alternativa oficial a ser assinalada.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

42. ITEM 138630 - V. 720429 Primigesta de 18 anos de idade, com 37 semanas de idade gestacional, chega ao pronto atendimento com queixa de cefaleia intensa. Refere também visualização de pontos pretos. Nega outras queixas. Pré-natal até o momento sem intercorrências. Ao exame encontra-se lúcida e orientada, com muita dor.

A pressão arterial é de 160/100 mmHg, mantida após repouso em decúbito lateral esquerdo, a frequência cardíaca é de 90 batimentos por minuto. Sem dinâmica uterina, feto com movimentação normal. Batimentos cardíacos fetais = 144 bpm com variabilidade. Edema em membros inferiores de 3 cruzes em 4. Traz um exame de urina, coletado há 2 dias que mostra proteinúria 2 cruzes em 4, sem outras alterações significativas. Foi prescrita hidralazina endovenosa para controle de pressão arterial (PA). Que outra conduta seria necessária no momento e para quê? A Prescrever sulfato de magnésio para prevenir convulsões. ✓

B Prescrever sulfato de magnésio para controle de pressão arterial e dos sintomas maternos.

C Prescrever analgésicos e benzodiazepínicos para controle dos sintomas e prevenção de convulsões.

D Prescrever analgésicos e aguardar efeito do anti-hipertensivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 37 semanas com PA 160x100 mantida, proteinúria e sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia intensa e escotomas). Além do anti-hipertensivo, a conduta obrigatória é o sulfato de magnésio, que é ANTICONVULSIVANTE — não anti-hipertensivo (o que derruba B). Benzodiazepínicos (C) não previnem eclâmpsia e comprometem a avaliação neurológica; apenas analgesia (D) deixa a paciente sob risco de convulsão. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

48. ITEM 138027 - V. 720606 Um homem de 57 anos de idade comparece ao ambulatório de clínica médica de hospital de média complexidade para avaliação diagnóstica de quadro de fraqueza, cansaço, adinamia e desequilíbrio nos membros inferiores (MMII). Segundo informa, seu estado geral era bom até 3 meses antes, quando passou a perceber fraqueza e adinamia. Pensou ser decorrente do hipotireoidismo, mas após reavaliação hormonal, sua endocrinologista informou-lhe que a tireoidite de Hashimoto estava bem controlada, não sendo necessário nenhum reajuste da dose de levotiroxina em uso crônico (125 mcg/dia). Como os sintomas persistiram, procurou facultativo que lhe solicitou um hemograma completo, cujo resultado revelou o seguinte padrão: hemoglobina: 7,6 g/dL (valor de referência: 13 a 16,5 g/dL); hematócrito: 26% (valor de referência: 40 a 52%); hemácias: $2,3 \times 10^6/\text{mcl}$ (valor de referência: $4,5$ a $6,0 \times 10^6/\text{mcl}$); volume corpuscular médio: 113 fl (valor de referência: 80 a 100 fl); leucócitos: $2\,800/\text{mcl}$ (valor de referência: 6 000 a 10 000/mcl), com contagem diferencial normal; plaquetas: $86\,000/\text{mcl}$ (valor de referência: 150 a 400 $\times 10^3/\text{mcl}$). Ao exame físico procedido na consulta, o paciente encontra-se bastante pálido, icterico (+/4+), normotenso, levemente taquicárdico (104 bpm) e hidratado; exame do aparelho cardiovascular revela apenas sopro sistólico pancardíaco, enquanto o exame do aparelho respiratório e do abdome é normal. Contudo, ao exame neurológico, é observada perda da propriocepção consciente e da sensibilidade vibratória nos MMII, sendo o reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral. Uma hematoscopia realizada durante o exame no ambulatório revela a presença de plurissegmentação dos neutrófilos.

A etiologia mais provável da anemia do paciente em apreço é A hipotireoidismo.

B anemia hemolítica autoimune.

C anemia perniciosa. ✓

D deficiência de ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocítica grave (VCM 113) com pancitopenia, icterícia leve por hemólise intramedular e — o achado que fecha o caso — perda de propriocepção e sensibilidade vibratória com Babinski bilateral: degeneração combinada subaguda da medula por deficiência de B12, na anemia perniciosa, doença autoimune que se associa a tireoidite de Hashimoto. Deficiência de folato (D) da macrocitose SEM alteração neurológica; o hipotireoidismo tratado (A) não explica o quadro. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

70. ITEM 138245 - V. 719683 De acordo com a portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é diretriz do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a ser operacionalizada na Atenção Básica

A regionalização. ✓

B adaptação.

C integralidade.

D determinação. 14

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNAB 2017 elenca como DIRETRIZES do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. Integralidade (C) e princípio doutrinário do SUS, não diretriz operacional da PNAB; adaptação (B) e determinação (D) não constam do texto legal. Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

40. ITEM 138235 - V. 719695 Segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2017), como atribuição comum a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Primária em Saúde, inclusive ao médico, consta: “Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Básica”. Considerando as causas sensíveis e o perfil de mortalidade por causa da população brasileira, aquelas estratégias com maior impacto para a redução dessas causas de morte na população de 50 anos e mais são ações de

A controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. ✓

B educação no trânsito e de denúncia e prevenção de violência.

C orientação aos trabalhadores, visando reduzir acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

D rastreamento de câncer de mama e câncer de próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na população de 50 anos ou mais, as doenças do aparelho circulatório lideram a mortalidade brasileira, e suas principais causas evitáveis na Atenção Básica são a hipertensão e o diabetes — condições sensíveis à atenção primária por excelência. Educação no trânsito (B) impacta sobretudo jovens; saúde do trabalhador (C) tem peso menor nesse desfecho; o rastreamento de câncer (D) tem impacto relevante, mas inferior ao controle das doenças cardiovasculares. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

73. ITEM 138148 - V. 720611 Uma mulher de 61 anos foi trazida ao pronto-socorro devido à disartria e hemiparesia direita há 3 horas. Ela estava em uma reunião de trabalho quando, subitamente, iniciou com os sinais e sintomas. O serviço móvel de urgência foi acionado e, após a avaliação inicial, fez contato com o pronto-socorro para a receber a paciente. Não há relato de episódios prévios, infarto do miocárdio, cirurgias ou hemorragia recentemente, apenas de hipertensão arterial há 10 anos, em uso de losartana 50 mg, 2 vezes ao dia. O exame físico não apresenta maiores alterações, exceto por redução de força em membro superior e inferior direito. A paciente estava alerta, contudo, parecia ter alguma dificuldade para compreensão dos comandos do médico urgencista. Sua pressão arterial é de 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 92 bpm, com 18 movimentos respiratórios por minuto. Se a tomografia computadorizada de crânio não mostrar sinais de sangramento, a conduta a ser adotada imediatamente é

A encaminhamento para tratamento endovascular.

B admissão em unidade de terapia intensiva para estabilização.

C administração de Alteplase, via endovenosa. ✓

D administração de ácido acetil salicílico e observação em unidade semi-intensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

AVC isquêmico com início ictal bem definido há 3 horas, déficit focal e afasia, sem contraindicações (sem cirurgia, sangramento ou infarto recentes) e TC sem hemorragia: esta dentro da janela de 4,5 horas para trombolise endovenosa com alteplase, que deve ser feita o mais rápido possível — tempo e cérebro.

Trombectomia (A) exige oclusão de grande vaso comprovada e não substitui o trombolítico na janela; AAS (D) só após 24 h da trombolise. Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

52. ITEM 138637 - V. 720431 Uma mulher de 28 anos de idade, com ciclos menstruais regulares, procura atendimento na assistência básica por causa de infertilidade, pois está tentando engravidar há 2 anos sem sucesso. Queixa-se de dismenorreia secundária de intensidade moderada, com início há 3 anos, e piora progressiva nos últimos 6 meses. Gesta 1; para 0; Aborto 1 (provocado aos 15 anos). Ao exame físico, o colo uterino tinha aspecto normal, o útero era doloroso à mobilização, com um nódulo endurecido na região retrocervical e uma massa em região anexial direita de 5 cm. Considerando o quadro clínico, antes de encaminhar a um serviço especializado, o(a) médico(a) deve solicitar primeiramente

A histeroscopia.

B ultrassonografia transvaginal/pélvica. ✓

C exames hormonais (FSH, LH, prolactina e TSH).

D histerossalpingografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infertilidade com dismenorreia secundária progressiva, dispareunia, nódulo retrocervical endurecido e massa anexial de 5 cm: endometriose profunda com provável endometrioma. Antes de encaminhar, o exame inicial, barato e disponível, e a ultrassonografia transvaginal (idealmente com preparo intestinal), que já caracteriza endometrioma e focos profundos. Histeroscopia (A) e histerossalpingografia (D) vêm depois; dosagens hormonais (C) não se justificam com ciclos regulares. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

53. ITEM 138034 - V. 720607 Mulher de 38 anos foi internada na enfermaria de clínica médica de hospital universitário de ampla complexidade, em função de quadro de fibrilação atrial paroxística com alta resposta ventricular, sem instabilidade hemodinâmica, mas associada a queixas recentes de emagrecimento não intencional, irritabilidade e tremores finos de extremidades. Na anamnese dirigida, a paciente confirmava a presença de intolerância ao calor, fadiga, fraqueza, amenorreia e hiperdefecação. Ao exame físico, além da taquiarritmia, foram observados bócio difuso (com sopro à ausculta local), exoftalmia, tremores palpebrais frequentes, mixedema pré-tibial e sobre o hálux direito, hipocratismo digital e pele quente e úmida. Administradas duas doses sequenciais, com intervalos de 5 minutos, de metoprolol intravenoso (5 mg), após redução da frequência cardíaca, ocorreu reversão da arritmia para o ritmo sinusal. Solicitados exames complementares, resultados revelaram TSH < 0,004 mUI/L (valor de referência: 0,5 a 4,5 mUI/L) e T4 livre = 4,2 ng/dL (valor de referência: 0,9 a 2,0 ng/dL). Além de ser mantido o tratamento com beta-bloqueador, considerando o fato de a paciente nunca ter sido previamente tratada de sua doença, a equipe médica optou por instituir terapêutica direcionada à inibição da função da enzima tireoperoxidase, reduzindo a oxidação e organificação do iodo na tireoide, além de promover a redução dos níveis de autoanticorpos circulantes.

A intervenção terapêutica instituída nesse sentido foi A radioiodo.

B dexametasona.

C metimazol. ✓

D colestiramina. 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença de Graves (tireotoxicose com bocio difuso soproso, exoftalmia e mixedema pre-tibial) desencadeando fibrilacao atrial. O enunciado descreve o mecanismo da droga: inibicao da tireoperoxidase, bloqueando oxidacao e organificacao do iodo — isso e uma tionamida, o metimazol. Radioiodo (A) nao age na TPO e pode piorar a oftalmopatia; dexametasona (B) inibe a conversao periferica T4-T3; colestiramina (D) apenas interrompe o ciclo entero-hepatico dos hormonios. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

41. ITEM 137968 - V. 720626 Um homem, com 72 anos de idade, foi tratado por equipe de atendimento pré-hospitalar após ser resgatado de pequeno quarto sem janelas, em prédio onde ocorreu incêndio com combustão de material plástico inflamável, havia fumaça no local. Apresentava rouquidão, havia fuligem no escarro, os cílios e as sobrancelhas estavam queimados; foram evidenciadas queimaduras de segundo e terceiro grau na região anterior do tronco, membro superior direito e face. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta a prioridade para o atendimento inicial da vítima.

A Retirar roupas e adereços, resfriar com água fria para interromper o processo de queimadura.

B Controlar efetivamente a via aérea com intubação traqueal. ✓

C Cobrir a área queimada com campo estéril para auxiliar no alívio da dor.

D Obter acesso venoso para hidratação e analgesia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Incendio em ambiente FECHADO, com rouquidao, fuligem no escarro, cílios e sobrancelhas queimados e queimadura de face: sao os sinais classicos de lesao inalatoria. O edema de via aerea progride rapidamente e a intubacao deve ser PRECOCE, antes que a via aerea se feche — e o A do ABCDE. Resfriar (A), curativos (C) e acesso venoso com analgesia (D) sao condutas corretas, porem subsequentes: nenhuma precede a via aerea definitiva. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

43. ITEM 137830 - V. 720605 Um paciente de 35 anos de idade, vivendo com HIV/AIDS há alguns anos, sem adesão à terapia antirretroviral indicada (TARV), é internado em hospital de média complexidade com quadro de tosse produtiva, febre e dor torácica, associados à imagem radiológica compatível com condensação em base direita, sendo iniciado tratamento com amoxicilina-clavulanato. Revendo os exames de admissão do paciente, o médico que o atende percebe que o infiltrado radiológico evolui com áreas de cavitação, o que o leva a considerar a hipótese diagnóstica de tuberculose pulmonar atípica, decorrente da presença de imunossupressão. Visando a proceder à investigação diagnóstica indicada no caso, a recomendação atual da Organização Mundial de Saúde é que o teste diagnóstico de 1.a linha para tais pacientes com doença pulmonar ativa, tendo ainda a vantagem de detectar resistência antimicrobiana, seria

A pesquisa de bacilo álcool-ácido resistente no escarro.

B realização de ensaio de liberação de gama-interferon no sangue periférico.

C amplificação automatizada de ácido nucleico (ensaio Xpert MTB/RIF) no escarro. ✓

D cultura de escarro (meio de Lowenstein-Jensen).

COMENTÁRIO OSCELABS

Pessoa vivendo com HIV, sem TARV, com condensação que evolui com cavitação: investigar tuberculose. A OMS recomenda como teste diagnóstico INICIAL nesses pacientes o teste molecular rápido de amplificação de ácido nucleico (Xpert MTB/RIF), que dá resultado em horas e ainda detecta resistência a rifampicina. A baciloscopia (A) tem baixa sensibilidade no imunossuprimido; o IGRA (B) diagnostica infecção latente; a cultura (D) é mais sensível, mas leva semanas. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

79. ITEM 137981 - V. 719645 Uma lactente do sexo feminino, de 18 meses de idade, chega para atendimento em Unidade Básica de Saúde. A mãe informa que, há 3 dias, a criança apresentou quadro de convulsão tônico-clônica generalizada acompanhada de versão ocular, liberação de esfíncter vesical e sialorreia, com duração de aproximadamente 10 minutos. No momento, apresentava temperatura axilar de 38° C. Foi levada ao pronto atendimento, onde chegou sem crise e recebeu alta após 4 horas com diagnóstico de resfriado comum. O episódio convulsivo não se repetiu e a criança está afebril há 48 horas. A mãe relata episódio semelhante aos 11 meses de idade. A criança não apresenta outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. O seu desenvolvimento neuropsicomotor é normal e o exame clínico não apresenta alterações. Considerando os dados clínicos da paciente, essa criança apresenta

A convulsão febril simples. A mãe deve ser orientada quanto à abordagem nos episódios febris e a criança deve manter acompanhamento de rotina na UBS pelo caráter benigno do quadro. ✓

B convulsão febril simples. O médico deve prescrever benzodiazepínico (diazepam ou nitrazepam) para uso durante os episódios febris, com objetivo de prevenir epilepsia futura.

C convulsão febril complexa. A criança deve realizar eletroencefalograma e tomografia computadorizada de crânio por não ser o primeiro episódio convulsivo febril apresentado.

D convulsão febril complexa. Os familiares precisam ser alertados sobre a possibilidade de a criança apresentar desempenho escolar fraco futuramente como sequela dos episódios convulsivos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise febril SIMPLES: tônico-clônica generalizada, com menos de 15 minutos, única no episódio febril, em criança de 6 meses a 5 anos, com exame neurológico e DNPM normais. Ter apresentado outro episódio meses antes não a torna complexa — o que definiria complexa seria crise focal, prolongada ou repetida dentro do mesmo episódio febril. A conduta é orientar a família e manter puericultura, sem exames (C) nem profilaxia contínua (B). Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

47. ITEM 138631 - V. 720582 Quanto ao vírus HPV, suas formas de imunização e diagnóstico, podemos afirmar que

A a vacina anti-HPV quadrivalente consegue imunizar contra quatro tipos virais de alto grau, o que a torna indicada para pessoas de até 45 anos de idade.

B a vacina anti-HPV quadrivalente, apesar de proteger contra os tipos não oncogênicos 6 e 11 do HPV, tem a mesma eficácia que a bivalente na prevenção das lesões intraepiteliais do colo uterino. ✓

C as mulheres vacinadas contra o HPV não têm mais a necessidade de realizar o exame de Papanicolaou, pois, mesmo que tenham contato com o vírus, elas não desenvolvem a doença.

D uma desvantagem da pesquisa do DNA-HPV é a necessidade de profissional treinado na coleta, o que dificultaria o acesso a mulheres com dificuldades geográficas e resistentes à coleta por profissional de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina quadrivalente acrescenta os tipos 6 e 11 — NAO oncogenicos, responsaveis pelas verrugas genitais — aos oncogenicos 16 e 18 ja contemplados pela bivalente; por isso a protecao contra lesoes intraepiteliais do colo e equivalente entre as duas. Mulheres vacinadas mantem o rastreio citologico (o que derruba C), e o teste de DNA-HPV admite ate autocoleta, o que amplia (nao dificulta) o acesso (D). Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

51. ITEM 138008 - V. 720628 Paciente de 60 anos de idade, masculino, procura hospital pronto-socorro com história de parada de eliminação de flatos e fezes há cerca de 1 semana. Nega vômitos. Ao exame físico, paciente em regular estado geral, desidratado, dispneico, taquicárdico. Abdome globoso, hipertimpânico, doloroso à palpação difusa, com sinais de irritação peritoneal. Toque retal com ampola retal vazia, sem fezes, sem muco, sem sangue em “dedo-de-luva”. Solicitadas radiografias de tórax e abdome, demonstrando distensão volumosa de cólon e ceco (maior que 12 cm), com níveis hidroaéreos, sem distensão de intestino delgado. Baseado nessas informações, qual a conduta?

A Sonda nasogástrica.

B Observação.

C Laparotomia exploradora. ✓

D Clister glicerinado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Parada de eliminacao de fezes e flatos ha 1 semana com distensao colonica e ceco maior que 12 cm e obstrucao de colon com risco iminente de perfuracao cecal (lei de Laplace) — e ja ha irritacao peritoneal, sinal de sofrimento de alca. A conduta e laparotomia exploradora de urgencia. Sonda nasogastrica (A) e clister (D) sao medidas de suporte que nao resolvem obstrucao mecanica distal; observar (B) e inaceitavel com peritonite. Resposta C.

QUESTÃO 57 — ANULADA

45. ITEM 138214 - V. 720662 Em reunião da equipe da Estratégia de Saúde da Família, localizada em área litorânea da Região Nordeste do Brasil, com os diretores do sindicato dos trabalhadores em carcinicultura (criação de camarão em viveiros), principal atividade econômica da região, é definida a necessidade de desenvolver ações educativas de proteção e ações de diagnóstico precoce dos principais agravos que acometem os trabalhadores nessa atividade. A atividade envolve longas jornadas diuturnas de trabalho, além da utilização de metabissulfito de sódio para evitar o aparecimento de manchas pretas nos crustáceos. Considerando os principais agravos determinados pelas condições de trabalho, as atividades a serem desenvolvidas deveriam priorizar

A neoplasia cutânea e rinite e/ou asma alérgica.

B distúrbios osteomusculares e dermatite por contato.

C rinite e/ou asma alérgica e lesão por esforço repetitivo.

D distúrbio do sono e neoplasia cutânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era saude do trabalhador na carcinicultura: a exposicao ocupacional descrita associa o metabissulfito de sodio (agente sensibilizante respiratorio e cutaneo) a longas jornadas sob radiacao solar, o que orienta acoes de protecao e diagnostico precoce dos agravos correspondentes. Sem gabarito oficial valido, nao ha alternativa a ser apontada como correta.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

49. ITEM 137836 - V. 719626 Um médico de maternidade pública é chamado para realizar a sala de parto de gestante de 35 semanas com pré-eclâmpsia. Um recém-nascido pesando 2,3 kg apresenta-se banhado em líquido amniótico meconial, hipotônico e respirando de forma irregular. O médico assistente decide levá-lo à mesa de reanimação para realizar aspiração de vias aéreas superiores sob calor. Além disso, posiciona o pescoço em leve extensão, aspira a boca e narinas e seca o paciente. Após 30 segundos, o recém-nascido mostra respiração irregular e frequência cardíaca = 80 bpm. Considerando a situação acima descrita, assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta que deve ser tomada pelo médico assistente.

A Realizar ventilação com pressão positiva com máscara facial. ✓

B Realizar massagem cardíaca externa.

C Realizar intubação orotraqueal.

D Realizar aspiração traqueal sob visualização direta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reanimacao neonatal: apos os passos iniciais (calor, posicionamento, aspiracao e secagem), se ao fim de 30 segundos o RN mantem respiracao irregular OU frequencia cardiaca abaixo de 100 bpm (aqui, 80), a conduta imediata e ventilacao com pressao positiva sob mascara facial — o passo mais importante da reanimacao. Massagem cardiaca (B) so com FC abaixo de 60 apos VPP adequada; aspiracao traqueal de rotina no meconio (D) foi abandonada. Resposta A.

QUESTÃO 59 — ANULADA

64. ITEM 137857 - V. 719625 Um recém-nascido com 20 dias de vida é levado à consulta de puericultura em Unidade Básica de Saúde. A mãe foi diagnosticada com tuberculose pulmonar após o parto e já iniciou tratamento medicamentoso. Ela nega qualquer sintoma na criança. Gestação sem intercorrências. Ao exame, o recém-nascido mostra-se em bom estado geral, corado, hidratado e ativo. Os aparelhos cardiovascular e respiratório apresentam-se normais, assim como o abdome. Considerando a história acima descrita, assinale a alternativa que contém a conduta indicada para esse recém-nascido em relação ao seu tratamento e aleitamento.

A Manutenção do aleitamento materno com uso de máscara por parte da mãe e uso profilático de isoniazida até o 3.o mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado.

B Interrupção do aleitamento materno por parte da mãe e uso profilático de isoniazida até o 3.o mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado.

C Manutenção do aleitamento materno com uso de máscara por parte da mãe e uso profilático de isoniazida até o 6.o mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado.

D Interrupção do aleitamento materno por parte da mãe e uso profilático de isoniazida até o 6.o mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado. 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O conteudo cobrado era o manejo do recém-nascido exposto a mãe com tuberculose pulmonar em início de tratamento: manutencao do aleitamento com medidas de protecao respiratoria, quimioprofilaxia com isoniazida e posterior realizacao da prova tuberculinica para decidir a continuidade. Como a banca anulou a questao, nao ha alternativa oficial a ser assinalada.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

55. ITEM 138232 - V. 719691 Numa Unidade Básica de Saúde, localizada em cidade de grande porte, são atendidos, no intervalo de 2 semanas, 3 casos de leptospirose em trabalhadores de limpeza e desentupimento de esgotos. No que se refere à vigilância ambiental, são ações previstas pelo Ministério da Saúde durante a investigação dos casos e após identificação do local provável de infecção

A antirratização; desratização; e informação, educação e comunicação em saúde. ✓

B desratização; mutirão de limpeza; controle de comunicantes.

C informação, educação e comunicação em saúde; busca ativa de casos; vacinação de bloqueio.

D drenagem de coleções hídricas; sorologia nos comunicantes; quimioprofilaxia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leptospirose em trabalhadores de esgoto: identificado o local provável de infecção, a vigilância ambiental atua sobre o RESERVATÓRIO (o roedor) e sobre o ambiente — antirratização (eliminar abrigo e alimento), desratização e ações de informação, educação e comunicação em saúde. Não há vacina humana no SUS nem transmissão inter-humana, o que elimina vacinação de bloqueio e controle de comunicantes (B e C); quimioprofilaxia de comunicantes (D) não se aplica. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

54. ITEM 137852 - V. 719622 Uma lactente de 13 meses de idade, de sexo feminino, é levada à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. A mãe está preocupada, pois a criança ainda não é capaz de andar sem apoio. Não há outras queixas. O pré-natal materno não possui intercorrências; nasceu de parto normal, com 40 semanas de idade gestacional; Boletim de Apgar no 1.º minuto = 6; no 5.º minuto = 9; e no 10.º minuto = 10; com peso ao nascer = 3 200 g e comprimento ao nascer = 50 cm. No exame clínico neonatal, observou-se estalido à manobra de Ortolani à direita; na ocasião, realizou exame ultrassonográfico de quadril apresentando resultado I pelo método de Graf. Recebeu alta no segundo dia de vida. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Desenvolvimento neuropsicomotor prévio: sorriso social aos 2 meses; fixou o pescoço aos três meses; sentou sem apoio aos sete meses; passou a distinguir familiares de estranhos e a reconhecer seu nome aos nove meses; primeiras palavras com significado aos 11 meses. Atualmente engatinha, fica em pé com apoio das mãos e arrisca alguns passos sem apoio, mas logo cai; usa copo com ajuda, compreende ordens simples, bate palma, manda beijo, fala “mama” e “papa” para referir-se à mãe e ao pai respectivamente. Não apresenta alterações ao exame clínico.

A conduta adequada para essa criança, considerando o desenvolvimento da marcha é A manter acompanhamento de rotina. ✓

B encaminhar para fisioterapia motora para membros inferiores.

C encaminhar ao neurologista devido à anoxia perinatal.

D encaminhar ao ortopedista por suspeita de displasia congênita do quadril.

COMENTÁRIO OSCELABS

A marcha independente é considerada normal até os 18 meses. Aos 13 meses a criança já engatinha, fica em pé com apoio e arrisca passos, além de ter marcos de linguagem e sociais adequados; o Ortolani neonatal foi seguido de ultrassom Graf tipo I, ou seja, quadril NORMAL. A conduta é tranquilizar a mãe e manter a puericultura de rotina. Fisioterapia (B), neurologista (C) e ortopedista (D) medicalizam uma variação da normalidade. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

63. ITEM 138135 - V. 720609 Um homem de 27 anos de idade, homoafetivo, com atividade sexual ativa e passiva com múltiplos parceiros, ocasionalmente sem uso de preservativo, procura a Unidade Básica de Saúde com quadro arrastado de dor anorretal e tenesmo retal, associado à descarga anal mucopio-sanguinolenta, além de febre, calafrios, cefaleia, mal-estar, mialgias e "íngua" à direita. Segundo informa, o quadro iniciou-se há cerca de 7 dias. Nega infecções sexualmente transmissíveis recentes, tendo sua última relação sexual não protegida ocorrida 4 semanas antes. Nega ter observado qualquer lesão ulcerada genital ou anal no período. Suas vacinações estão em dia, mas nunca recebeu vacina contra o HPV. Ao exame físico, o paciente se apresenta em regular estado geral, febril, com presença de adenopatia inguinal supurativa unilateral, à direita, dando saída a secreção purulenta por diversos tratos fistulosos locais; os linfonodos são grandes, localizados acima e abaixo do ligamento inguinal de Poupard, sendo recobertos por pele inflamada, fina e fixa aos planos profundos. Anuscopia revela a saída de secreção piossanguinolenta local, com mucosa hiperemiada, sem úlceras locais, sendo o toque retal muito doloroso. É procedida punção de um linfonodo inguinal flutuante, sendo o material aspirado encaminhado para coloração pelo Gram e pesquisa em campo escuro, que posteriormente não mostraram a presença de bacilos Gram-negativos agrupados em correntes (tipo "cardume de peixe"), nem *Treponema pallidum*. Medicado com sintomáticos, o paciente retorna duas semanas após para saber os resultados, quando se queixa de ter surgido dificuldade para evacuar, exigindo muito esforço. Ao toque retal, é palpado um estreitamento concêntrico a cerca de 5 cm da margem anal.

A melhor hipótese diagnóstica para o caso e uma forma através da qual, se disponível, poderia ser feito o diagnóstico definitivo de tal condição são A carcinoma escamoso de ânus; pesquisa de HPV à biópsia por retossigmoidoscopia.

B linfogranuloma venéreo; pesquisa por teste de amplificação de ácidos nucleicos no material da lesão inguinal. ✓

C doença de Crohn; colonoscopia com biópsia das lesões e pesquisa de anticorpo anti-Saccharomyces cerevisiae.

D sarcoma de Kaposi anorretal; sorologia no sangue com pesquisa anticorpos anti-HHV8. 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome anorretal com tenesmo e descarga mucopiossanguinolenta somada a bubão inguinal supurativo com múltiplos trajetos fistulosos, acima e abaixo do ligamento inguinal (sinal do sulco), em homem que faz sexo anal receptivo: linfogranuloma venéreo (*Chlamydia trachomatis* sorotipos L1-L3). A confirmação ideal e o teste de amplificação de ácidos nucleicos no material da lesão. A pesquisa em campo escuro afastou sífilis e o Gram afastou cancroide. Resposta B.

QUESTÃO 63 — ANULADA

56. ITEM 138010 - V. 720629 Paciente de 50 anos de idade, masculino, obeso, diabético, hipertenso, procura hospital pronto-socorro com queixa de dispnéia aos pequenos esforços há 4 dias. Tosse não- produtiva. Febre não-mensurada. Refere anosmia e ageusia. Ao exame, paciente em mal estado geral, taquidispnéico, taquicárdico, tossindo, com tiragem intercostal e supraesternal. Submetido a tomografia de tórax de urgência, demonstrando mais de 70% de imagens "em vidro-fosco" no parênquima pulmonar, bilateralmente. Saturação de O₂ de 60% em ar ambiente. O médico assistente optou por internação hospitalar de urgência e subsequente intubação orotraqueal, na mesma data da internação. Duas tentativas de extubação, sem sucesso, após 2 dias de intubação. Com base nas informações fornecidas, qual o momento para indicar uma traqueostomia para esse paciente?

A Após 2 tentativas de extubação.

B Após 10 dias de internação.

C Após 7 dias de internação.

D Após 2 dias de intubação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era o momento de indicar traqueostomia no paciente com síndrome respiratória aguda grave sob ventilação mecânica prolongada — decisão que pondera falha de extubação, tempo previsto de ventilação, conforto, desmame e risco de lesão laringotraqueal. Como a banca anulou a questão, não há alternativa oficial a ser apontada como correta.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

57. ITEM 138682 - V. 720432 Uma adolescente com 18 anos de idade, procura assistência primária para realizar o exame preventivo do câncer do colo uterino. Sexarca aos 17 anos, em uso de contraceptivo oral. De acordo com as diretrizes brasileiras na prevenção do câncer de colo uterino, qual deve ser a conduta do agente de saúde?

- A Fazer o exame clínico e ginecológico completo e coletar material para o exame citopatológico do colo uterino.
- B Coletar material para identificar o DNA-HPV (captura híbrida), se estiver disponível, pois é mais sensível que o exame citológico.

C Colher a história clínica e informar que não há necessidade de realizar o exame preventivo antes de completar 25 anos. ✓

- D Coletar material para citologia e caso tenha duas citologias normais com intervalo de 1 ano, fazer a coleta a cada 3 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

As diretrizes brasileiras (INCA/Ministerio da Saude) iniciam o rastreamento do cancer de colo do utero aos 25 ANOS em mulheres que já tiveram atividade sexual, com dois exames anuais e, se ambos normais, a cada 3 anos até os 64. Antes dos 25 a prevalência de HPV é alta mas as lesões regredem espontaneamente, e rastrear só gera sobrediagnóstico e procedimentos desnecessários. Isso derruba A, B e D nesta adolescente de 18 anos. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

60. ITEM 138234 - V. 719727 Um homem, com 20 anos de idade, desempregado, reside em casa de madeira com um cômodo junto com o pai, mãe e 5 irmãos. Ele procurou a Unidade de Saúde da Família, com queixa de tosse, febre e dispnéia há mais ou menos 2 meses, inicialmente aos esforços e posteriormente em repouso. Nega tuberculose (TB) anterior. Relata que o pai teve tuberculose, porém abandonou o tratamento 2 vezes. Há 6 meses, foi solicitado investigação dos contatos, considerando o reingresso após abandono do tratamento do pai, porém nenhum dos membros da família compareceu à unidade para avaliação clínica e/ou realizou os exames. No atendimento de hoje, o paciente realizou teste rápido (IgM/IgG) para COVID-19 com resultado negativo. Aplicando as evidências científicas, preceitos éticos e legais, assinale a afirmativa com a melhor conduta.

- A Realizar avaliação clínica, coletar e encaminhar 3 amostras de escarro para realizar baciloscopia de escarro, teste molecular rápido para a TB (TMR-TB) e cultura de escarro, solicitar raio-X, realizar o teste rápido para o HIV, orientar o uso de máscara de tecido, agendar nova consulta e investigar os contatos.
- B Realizar avaliação clínica, coletar e encaminhar 3 amostras de escarro para realizar baciloscopia de escarro, teste molecular rápido para a TB (TMR-TB) e cultura de escarro, solicitar raio-X, realizar o teste rápido para o HIV, orientar o uso de máscara cirúrgica, investigar os contatos e encaminhar o paciente para o serviço de referência.

C Realizar avaliação clínica, coletar e encaminhar 2 amostras de escarro para realizar teste molecular rápido para a TB (TMR-TB) e cultura de escarro, solicitar raio-X, realizar teste rápido para o HIV, orientar o uso de máscara cirúrgica, agendar nova consulta e investigar os contatos. ✓

D Realizar avaliação clínica, coletar e encaminhar 2 amostras de escarro para realizar baciloscopia e cultura de escarro, solicitar raio-X, realizar teste rápido para o HIV, orientar o uso de máscara N-95, agendar nova consulta e investigar os contatos. 19

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomático respiratório com mais de 3 semanas de tosse, contato domiciliar com caso de abandono: no Brasil o teste inicial e o teste molecular rápido (TMR-TB), com 2 amostras de escarro, associado a cultura para avaliar resistência, RX de torax e teste rápido de HIV (toda TB exige testagem). A máscara indicada ao paciente bacilífero e a CIRURGICA (a N95 protege o profissional), e o caso é conduzido na própria APS, com investigação de contatos — não há motivo para referenciar. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

68. ITEM 138139 - V. 720610 Uma paciente de 53 anos de idade comparece ao ambulatório de Clínica Médica onde faz acompanhamento regular de suas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs — hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade). Durante a consulta de seguimento, a paciente manifesta preocupação com um "caroço" que detectou há cerca de 1 mês em sua mama esquerda. Ela nega emagrecimento, dor local ou descarga mamilar. Além das medicações que faz uso em razão de suas DCNTs, a paciente vem em uso de terapia de reposição hormonal (TRH) desde que entrou na menopausa, há 12 anos. Ela tem 5 filhos, tendo sua menarca ocorrida de forma tardia (aos 15 anos). A paciente não fuma, nem consome álcool. Ao exame físico dirigido à queixa atual, o médico detecta a presença de lesão nodular de cerca de 2,5 cm, endurecida, não aderida a planos profundos e sem alterações cutâneas adjacentes, localizada no quadrante superior externo da mama esquerda; não são detectadas linfonodomegalias axilares ou supraclaviculares ipsilaterais. Considerando a hipótese diagnóstica principal de neoplasia maligna de mama, seus fatores de risco relacionados e sua rotina de investigação diagnóstica, assinale a alternativa correta.

A O histórico de menarca tardia, menopausa precoce e gestações múltiplas são fatores de risco reconhecidos.

B Diferentemente da terapia de contracepção conjugada (estrógeno e progestágeno), a TRH não é fator de risco para a doença.

C Na idade da paciente, a realização de ressonância magnética local não aumenta a especificidade das informações obtidas com a mamografia. ✓

D A chance de a paciente apresentar mutação hereditária no gene BRCA1 é alta, particularmente se seu tumor coexpressar receptores de estrogênio, progestágeno e HER2.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ressonância mamária tem sensibilidade altíssima, mas baixa especificidade — não acrescenta especificidade a mamografia e não está indicada como complemento de rotina nessa paciente. As demais erram: menarca tardia, menopausa precoce e multiparidade são fatores PROTETORES, pois reduzem a exposição estrogênica (A); a terapia de reposição hormonal combinada prolongada é sim fator de risco (B); e a mutação BRCA1 associa-se a tumores triplo-negativos, não a tumores que coexpressam RE, RP e HER2 (D). Resposta C.

QUESTÃO 67 — ANULADA

62. ITEM 138683 - V. 720433 Em uma equipe de Saúde da Família, foi levantada a necessidade de realizar ações de promoção da saúde para o controle do câncer de mama. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que ações intersetoriais e práticas preventivas seriam mais eficazes para esse fim?

A Manutenção do peso corporal e a prática regular de atividade física.

B Controle de pressão arterial e diabetes.

C Incentivo a realizar autoexame de mamas.

D Incentivo à coleta de citologia oncológica periodicamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era a promoção da saúde no controle do câncer de mama segundo o INCA, cujo eixo são os fatores de risco modificáveis — peso corporal, atividade física, consumo de álcool e amamentação — em contraste com as ações de detecção precoce. Como a banca anulou a questão, não há alternativa oficial a ser assinalada como correta.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

59. ITEM 137856 - V. 719624 Um recém-nascido de 15 dias é levado à primeira consulta de puericultura. A gestação correu sem intercorrências. Mãe relata ser asmática e fez uso de prednisona oral durante toda a gestação. Parto vaginal a termo. Peso de nascimento = 3 500 g. Apgar 9/9. Alta com 2 dias. Colheu teste do pezinho no 4.º dia de vida. Ao exame, o recém-nascido mostra-se em ótimo estado geral, corado e hidratado. O exame cardiovascular e respiratório sem anormalidades, assim como o exame do abdome. Considerando a história acima, assinale a alternativa que apresenta a doença cujo resultado no teste de triagem neonatal pode ter seu resultado modificado pela condição clínica materna descrita.

A Deficiência de biotinidase.

B Anemia falciforme.

C Hiperplasia adrenal congênita. ✓

D Fibrose cística.

COMENTÁRIO OSCELABS

O uso materno de corticoide sistêmico durante a gestação suprime o eixo hipotálamo-hipofise-adrenal fetal e reduz a 17-OH-progesterona, o analito dosado na triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita — podendo gerar resultado falso-negativo. Biotinidase (A), anemia falciforme (B), eletroforese de hemoglobina) e fibrose cística (D, tripsina imunorreativa) não sofrem interferência da corticoterapia materna. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

89. ITEM 138031 - V. 719666 Um lactente masculino, com 5 semanas de vida, chegou no pronto-socorro com história de vômitos em jato (sem bile) logo após as mamadas. A mãe relata que não está entendendo porque ele não está engordando. Nasceu com 3 500 g. Apesar dos vômitos, que tiveram início pouco depois do nascimento, ele demonstrava muita fome e sugava “com vontade” o leite materno, mas desde ontem está hipoativo, quase não urina e a boca está seca. O exame apresentou os seguintes resultados: P = 3 600 g, sinal da prega presente, mucosa oral seca, hipoativo, perfusão capilar em 4 segundos, massa semelhante a uma azeitona, discreta, firme, móvel, de 2 a 3 cm, palpável no fundo do lado direito do epigástrico. Sem outras anormalidades. Considerando os diagnósticos do lactente, qual conduta médica deve ser adotada?

A Hidratação venosa e fazer US abdominal para esclarecer a suspeita diagnóstica de base que ocasionou o quadro. ✓

B Hidratar o paciente no domicílio e solicitar acompanhamento ambulatorial com pediatra.

C Usar antiemético, fazer hidratação venosa do paciente e encaminhar para acompanhamento ambulatorial.

D Prescrever associação de fórmula para complementar o leite materno e fazer hidratação oral, plano B. 20

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 5 semanas com vômitos em jato NÃO biliosos após as mamadas, fome preservada, perda de peso, oliva pilórica palpável no epigástrico e sinais de desidratação grave: estenose hipertrofica do píloro. A prioridade é sempre corrigir a volemia e o distúrbio hidroeletrólítico com hidratação venosa, confirmando com ultrassonografia — a cirurgia (piloromotomia) é eletiva, jamais de urgência. Manejo domiciliar (B), antiemético (C) ou fórmula (D) são inadequados e perigosos. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

67. ITEM 138684 - V. 720434 Chega ao pronto-socorro da maternidade uma gestante com 34 anos de idade com queixa de sangramento vaginal abundante e dor intensa. Esta é sua segunda gestação. A primeira ocorreu há 3 anos e foi uma cesariana por desproporção céfalo-pélvica. Ela está fazendo pré-natal desde as 12 semanas e a idade gestacional no momento da consulta é de 34 semanas, pela data da última menstruação e ultrassom de 16 semanas. Fez os exames e seguimento de pré-natal, sem nenhuma intercorrência ou alteração até as 32 semanas. Nas últimas consultas de pré-natal a gestante vinha apresentando aumento de pressão arterial, sendo medicada com metil-dopa. Ao exame, apresenta face de dor, descorada, PA = 150/90 mmHg, pulso = 120 bpm. Estado afebril. Dinâmica uterina de difícil avaliação, difícil palpação de partes fetais, dor intensa e tônus aumentado. Batimentos cardíacos fetais = 120 bpm, sem variabilidade. Ao exame especular, apresenta sangramento moderado, visualizado colo impérvio e sangramento proveniente do canal cervical; não foi feito exame de toque vaginal. O médico de plantão opta por fazer uma cesariana de urgência. Com base no caso apresentado, a alternativa correta é

A a cesariana está bem indicada, pois o diagnóstico mais provável é descolamento prematuro de placenta e não há sinais de parto iminente. ✓

B a cesariana está bem indicada, pois o diagnóstico mais provável é placenta prévia, que é uma indicação absoluta de via alta.

C a cesariana não deve ser indicada antes de realizar um ultrassom para avaliar a causa do sangramento.

D a cesariana não está bem indicada, pois casos de hipertensão com uma cesárea prévia não indicam absolutamente cesariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com DOR intensa, hipertonia uterina, dificuldade de palpar partes fetais, hipertensão materna e batimentos fetais sem variabilidade compoem o descolamento prematuro de placenta com sofrimento fetal — emergência obstétrica que indica interrupção imediata pela via mais rápida. Placenta prévia (B) cursa com sangramento INDOLOR e útero mole. Aguardar ultrassom (C) atrasa a resolução e o diagnóstico de DPP e clínico. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

87. ITEM 138694 - V. 720458 Uma mulher de 30 anos de idade busca orientação ginecológica quanto ao uso de método contraceptivo. O motivo principal da troca é o sangramento irregular nos últimos 6 meses e a mulher não quer correr o risco de engravidar. Gesta 2; para 2; abortos 0. Nega comorbidades. Atualmente em uso de contraceptivo oral combinado (15 mcg de etinilestradiol e 60 mcg de gestodeno). Diante do caso apresentado, o profissional de saúde deve

A trocar o método por um anticoncepcional injetável trimestral.

B iniciar pílula de desogestrel 75 mcg após 1 mês de intervalo.

C interromper o método por 3 meses e reiniciar o mesmo esquema.

D trocar por compostos com doses mais elevadas de estrogênio. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento de escape (spotting) e o efeito adverso clássico das formulações com dose muito baixa de estrogênio, como os 15 mcg de etinilestradiol em uso. Se a mulher está satisfeita com o método e não quer risco de gravidez, a conduta é trocar por um composto com dose estrogênica mais alta. O injetável trimestral (A) e o desogestrel isolado (B) tem sangramento irregular como efeito esperado, e há intervalo desprotegido em B; pausar o método (C) expõe a gestação. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

69. ITEM 137943 - V. 719643 Um escolar de 7 anos de idade, de sexo masculino, é admitido no pronto atendimento com queixa de febre há 5 dias, acompanhada de cefaleia, dor retro-orbital, mialgia, prostração e anorexia. Hoje, houve aparecimento de exantema maculopapular pruriginoso por todo corpo. Foi realizada Prova do Laço com presença de 15 petéquias no local examinado. Pesquisa do antígeno NS1 com resultado reagente. Com base no quadro apresentado, esse paciente apresenta dengue com qual classificação?

A Grupo A: acompanhar ambulatorialmente com orientação de reidratação oral e sintomáticos.

B Grupo A: solicitar hemograma e orientar retorno em 24 horas para checagem do resultado.

C Grupo B: solicitar hemograma e manter em observação até obtenção do resultado do exame. ✓

D Grupo B: solicitar hemograma e manter em leito de internação por pelo menos 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dengue com prova do laço POSITIVA e um sangramento induzido de pele: isso classifica o paciente no grupo B, ainda sem sinais de alarme (que seriam dor abdominal intensa, vômitos persistentes, letargia, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosas). A conduta e hemograma com observação até o resultado, hidratação oral e reavaliação. Grupo A (A e B) pressupõe prova do laço negativa e ausência de sangramento; internação por 48 h (D) e conduta de grupo C. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

85. ITEM 138285 - V. 719715 Atuando como médico da equipe de Estratégia de Saúde da Família, durante a pandemia da COVID-19, e seguindo o “Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde”, publicado pelo Ministério da Saúde, adotou-se o “Fast-Track para Síndrome Gripal”, sendo este um método derivado de protocolo de triagem em emergências. Com relação a esse protocolo,

A o médico deve classificar a gravidade e verificar condições clínicas de risco que indicam encaminhamento do paciente para centro de referência/atenção especializada. ✓

B deve ser adotado por Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Pronto Atendimento, que são referências para atendimento de sintomáticos respiratórios, com objetivo de avaliar indicação de internação em Unidade de Terapia Intensiva.

C ele substitui o protocolo de Manchester, devendo ser utilizado no acolhimento pelos profissionais de enfermagem, a fim de definir o acesso do paciente à Unidade Básica de Saúde ou seu encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento.

D trata-se de fluxograma de uso exclusivo de médicos e enfermeiros, visando a avaliar a gravidade do paciente, a indicação de isolamento com precaução de contato e a necessidade de encaminhamento para atenção hospitalar de referência. 21

COMENTÁRIO OSCELABS

No Fast-Track para síndrome gripal da Atenção Primária, cabe ao MÉDICO classificar a gravidade do quadro e identificar condições clínicas de risco que indiquem encaminhamento ao serviço de referência — o fluxo agiliza o atendimento sem abrir mão da avaliação clínica. Ele não se destina a indicar UTI (B), não substitui o protocolo de Manchester das emergências (C) e não é de uso exclusivo de médicos e enfermeiros: envolve toda a equipe desde a recepção (D). Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

65. ITEM 138180 - V. 720661 Um paciente, em tratamento para infecção por HIV há 5 anos, com boa aderência ao tratamento e carga viral indetectável em exame realizado há 1 mês, procurou a Unidade Básica de Saúde para consulta médica. O médico no atendimento verificou que o paciente trouxe resultado de exame de escarro que mostrou a presença de bacilo álcool ácido resistente (valor de referência: negativo) feito há 10 dias. Foi verificado que a cultura ainda não havia ficado pronta. Frente a esse caso, o médico deveria

A suspender o tratamento contra a infecção pelo HIV e iniciar o tratamento de tuberculose.

B manter o tratamento contra a infecção pelo HIV e iniciar o tratamento de tuberculose antes do resultado da cultura. ✓

C suspender o tratamento contra a infecção pelo HIV e iniciar o tratamento de tuberculose apenas após o resultado da cultura.

D suspender o tratamento contra a infecção pelo HIV e iniciar o tratamento de tuberculose de imediato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Baciloscopia de escarro POSITIVA já fecha o diagnóstico de tuberculose e autoriza iniciar o esquema RIPE imediatamente — a cultura serve para teste de sensibilidade e não deve atrasar o tratamento. A terapia antirretroviral é MANTIDA (nunca se suspende TARV em paciente com carga viral indetectável e boa adesão), atentando-se apenas às interações da rifampicina e ao risco de síndrome inflamatória de reconstituição imune. Isso elimina A, C e D. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

92. ITEM 138206 - V. 720615 Um homem de 67 anos de idade, tabagista inveterado (carga tabágica = 82 maços-ano), retorna ao ambulatório de clínica médica para trazer os resultados dos exames complementares que haviam sido solicitados na sua última consulta, quando havia se queixado de dispnéia aos esforços e tosse crônica produtiva. Reunindo os dados da anamnese e do exame físico, o médico que o atendera considerou como mais provável o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), solicitando, entre outros exames, a realização de uma espirometria. No resultado desse exame, foram registrados os valores do volume expiratório forçado no 1.º segundo (VEF1), da capacidade vital (CVF), da relação VEF1/CVF, do FEF25-75 (fluxo medioexpiratório forçado entre 25% e 75% da CVF) e a resposta ao estímulo com broncodilatador (REB). Para confirmar tal impressão diagnóstica, o resultado que deve estar indispensavelmente presente em sua espirometria é

A FEF25-75 superior a 100% do previsto.

B REB com aumento do VEF1 maior que 200 mL.

C VEF1 inferior a 80% do previsto antes ou após broncodilatador.

D VEF1/CVF inferior a 0,7 mesmo após broncodilatador. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O critério espirométrico indispensável para o diagnóstico de DPOC é a relação VEF1/CVF menor que 0,7 APOÓS o broncodilatador — ou seja, obstrução ao fluxo aéreo que não se normaliza. O VEF1 isolado (C) apenas gradua a gravidade (GOLD 1 a 4), não diagnostica; resposta broncodilatadora significativa (B) sugere asma; o FEF25-75 (A) é inespecífico e estaria reduzido, não aumentado, na obstrução de pequenas vias. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito A

71. ITEM 138038 - V. 720632 Paciente de 40 anos de idade, sexo feminino, procura unidade pública de pronto atendimento com queixa de dor em ferida operatória de ressecção de “nódulo” de 5 cm de diâmetro, na região escapular direita, há 2 dias. Ao exame, ferida cirúrgica com edema, eritema, calor e dor à palpação, associada a flutuação e exsudação em bordos da sutura. Com base nas informações, qual a conduta propedêutico-terapêutica para essa paciente?

A Drenagem por retirada parcial de pontos. ✓

B Ultrassonografia de partes moles.

C Punção com agulha fina.

D Antibioticoterapia oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferida operatoria com edema, eritema, calor, dor e — o dado decisivo — FLUTUACAO com exsudacao pelas bordas: ha colecao purulenta. Infeccao de sitio cirurgico com abscesso trata-se com drenagem, que aqui e simples: abrir a ferida retirando parcialmente os pontos, lavar e deixar cicatrizar por segunda intencao. Exames de imagem (B) sao desnecessarios diante de flutuacao evidente; puncao por agulha fina (C) e insuficiente; antibiotico isolado (D) nao substitui a drenagem. Resposta A.

QUESTÃO 77 — Gabarito D

74. ITEM 137970 - V. 719676 Um escolar de 7 anos de idade apresenta queixa de dificuldade para evacuar desde a retirada das fraldas aos 2 anos e meio. Apresenta evacuação a cada 4 ou 5 dias, com eliminação de fezes endurecidas, de grande calibre, com presença de dor e esforço evacuatório. Relata que, ao menos 3 vezes por semana, observa a presença de fezes perdidas na roupa. Por vezes, nota a presença de sangue em pequena quantidade no papel em que se higienizou. Nega antecedentes neonatais ou outras comorbidades relevantes; desmame aos 4 meses de idade; não faz uso de medicação de rotina. Alimenta-se quantitativamente bem com preferência pelo consumo de leite (4 porções diárias), carboidratos, carne e alimentos ultraprocessados; de forma bem infrequente, batata, cenoura, tomate, banana e maçã compõem a sua dieta. Está alfabetizado e é o melhor aluno de sua sala. Nesta consulta, seu peso encontra-se no Z score entre +2 e +3 da Curva de Índice de Massa Corpórea da OMS e sua altura encontra-se no Z score entre +1 e +2 da Curva de Altura para Idade da OMS. Ao exame abdominal, apresenta fezes endurecidas palpáveis em fossa ilíaca esquerda em moderada quantidade. O exame clínico não apresenta outras alterações. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que contém o diagnóstico mais provável e a conduta adequada.

A Doença de Hirschsprung, devendo ser submetido ao toque retal para constatação de ampola retal vazia.

B Hipotireoidismo, devendo ser coletados TSH, T4 livre e anticorpos antireoglobulina e antitireoperoxidase.

C Alergia à proteína do leite de vaca, devendo fazer teste de exclusão da dieta durante 2 a 4 semanas.

D Constipação intestinal funcional, devendo fazer desimpactação fecal com polietilenoglicol ou enema. 22 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Constipacao com inicio no treinamento esfinteriano, fezes calibrosas e dolorosas, comportamento de retencao e escape fecal (soiling) por transbordamento a partir de fecaloma: constipacao intestinal funcional. O tratamento comeca pela DESIMPACTACAO, com polietilenoglicol em dose alta ou enema, seguida de manutencao com laxativo, dieta e treino evacuatorio. Hirschsprung (A) se manifesta no periodo neonatal e cursa com ampola VAZIA; nao ha sinais de hipotireoidismo (B) nem de APLV (C). Resposta D.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

72. ITEM 138686 - V. 720579 Uma mulher de 49 anos de idade foi atendida no ambulatório de ginecologia de um hospital na sua região. Suas principais queixas eram sintomas genitourinários, como prurido, ardor, ressecamento e irritação vulvar; disúria e urgência miccional de início há 8 meses. Esses sintomas levaram à redução da libido e impacto negativo na sua vida sexual. A vulva apresenta hiperemia leve e a vagina hipotrófica. O útero tinha tamanho normal ao toque, com sua mobilidade preservada e indolor. Gesta 3; para 3 (partos normais). Nesse caso, o melhor esquema terapêutico para essa mulher é utilizar

A terapias hormonais locais. ✓

B antifúngico oral.

C creme vaginal antifúngico.

D estradiol via transdérmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido, ardor, ressecamento vulvar, disúria, urgência miccional e vagina hipotrofica em mulher no climaterio configuram a síndrome genitúrinaria da menopausa, por hipoestrogenismo local. O tratamento de escolha é a terapia hormonal LOCAL (estriol ou estradiol em creme/ovulo), com alta eficácia e absorção sistêmica mínima. Estradiol transdérmico (D) e terapia sistêmica, indicada para sintomas vasomotores. Antifúngicos (B e C) tratam candidíase, que não é o quadro descrito. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

83. ITEM 138202 - V. 720613 Uma mulher de 38 anos de idade é admitida na enfermaria de cardiologia de hospital de alta complexidade, em função de quadro de dispnéia progressiva, ortopneia e dispnéia paroxística noturna. Segundo a paciente informa, seus sintomas anteriores iniciaram-se há cerca de 1 ano, tendo progredido ao longo do período. Procurou assistência médica em algumas ocasiões, sendo finalmente internada para realização de exames complementares e definição diagnóstica. Em sua história patológica pregressa, há relato de dois episódios de febre reumática na adolescência, num dos quais foi detectado um "sopro no coração". Fez uso de penicilina benzatina de forma mensal, mas irregular, até os 18 anos de idade. Nega outros dados relevantes de anamnese. Ao exame físico, paciente está em bom estado geral, em atitude ortopneica. Não há febre. PA = 120 x 70 mmHg; FC = 87 bpm. Ritmo cardíaco é irregular, em 2 tempos, com 1.ª bulha hiperfonética e presença de sopro diastólico (2+/6+) em ponta, melhor audível em semi-decúbito lateral esquerdo; um ruído protodiastólico curto, de alta frequência, é também auscultado no foco mitral, mas não se observa reforço do ruflar diastólico. Há anicardiosfigmia. Não é detectada turgência jugular a 45°. Estertores crepitantes finos são auscultados em bases. Não há congestão hepática, nem edema de MMII. Exames complementares iniciais (incluindo VHS) revelam-se normais, sendo a pesquisa de ASLO e swab de orofaringe negativos para infecção por *Streptococcus pyogenes*. Eletrocardiograma revela ritmo de fibrilação atrial, com QT normal. Diante dos dados relatados, a melhor explicação para o quadro da paciente é

A insuficiência valvar aórtica.

B estenose mitral reumática. ✓

C cardite reumática aguda.

D endocardite infecciosa de septo interventricular.

COMENTÁRIO OSCELABS

História de febre reumática com profilaxia irregular, dispnéia progressiva, ortopneia, primeira bulha HIPERFONÉTICA, estalido protodiastólico de abertura, sopro diastólico em foco mitral e fibrilação atrial: estenose mitral reumática, cuja evolução natural leva à congestão pulmonar e arritmia atrial. Insuficiência aórtica (A) do sopro diastólico aspirativo em foco aórtico com pulso amplo; não há atividade reumática (VHS e ASLO normais, o que derruba C) nem febre ou vegetação (D). Resposta B.

QUESTÃO 80 — ANULADA

75. ITEM 138282 - V. 719694 Uma mulher, com 23 anos de idade, 1.o trimestre de gestação, primigesta, comparece à primeira consulta de pré-natal na Unidade de Estratégia de Saúde da Família. Testes rápidos para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C não reagentes.

A conduta com relação à solicitação desses exames no seguimento pré-natal da gestante, de acordo com o Ministério da Saúde, é repetir A a testagem para sífilis e HIV no 3.o trimestre de gestação, no parto e/ou se história de exposição de risco/violência sexual.

B todas as testagens (sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C) no 3.o trimestre de gestação, no parto e/ou se história de exposição de risco/violência sexual.

C a testagem para hepatite B no 3.o trimestre se a gestante tiver histórico de vacinação e se Anti-HBc total for reagente é desnecessária sua repetição no parto.

D a testagem para hepatite C no 2.o e 3.o trimestres, além do parto e/ou se história de exposição de risco/violência sexual.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era a periodicidade de repeticao das testagens rapidas no pre-natal segundo o Ministerio da Saude — quais sorologias se repetem no terceiro trimestre, quais se repetem no momento do parto e a conduta diante de exposicao de risco ou violencia sexual. Como a banca anulou a questao, nao ha alternativa oficial a ser assinalada como correta.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

82. ITEM 138690 - V. 720437 Uma mulher de 29 anos de idade procura a maternidade com queixa de sangramento vaginal tipo "borra de café". Estava na 32.a semana de gestação, tônus uterino, movimentação e batimentos cardíacos fetais normais. No toque não foi observado sangramento. Gesta 3; para 3. Exames laboratoriais normais. Tipo sanguíneo O negativo e do marido A positivo. Não apresentou cartão pré-natal e não tinha nenhum exame em sua posse. Diante da situação apresentada, a conduta a ser adotada é

A solicitar a dosagem de anticorpos irregulares e, caso negativa, aplicar a imunoglobulina anti-D. ✓

B aplicar a imunoglobulina anti-D e acompanhar com exames semanais a elevação dos anticorpos irregulares.

C realizar a imunização com imunoglobulina anti-D e encaminhar para o pré-natal para dosar os anticorpos irregulares.

D aplicar a imunoglobulina anti-D semanalmente até completar 34 semanas, caso os anticorpos irregulares sejam positivos. 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante Rh NEGATIVO com parceiro Rh positivo e sangramento no terceiro trimestre, sem qualquer exame previo. O passo obrigatorio antes da imunoglobulina e o Coombs indireto (pesquisa de anticorpos irregulares): se ja houver aloimunizacao, a imunoglobulina e inutil e o caso vira gestacao de alto risco com vigilancia fetal; se negativo, aplica-se a imunoglobulina anti-D. As demais alternativas invertem essa ordem ou propoem esquemas semanais sem respaldo. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

76. ITEM 138040 - V. 720633 No atendimento de urgências por queimaduras, a avaliação da extensão da superfície corporal queimada (SCQ) do paciente pode ser feita pela “regra dos nove”, diagrama de Lund e Browder e, mais recentemente, com uso de aplicativos em smartphones. Utilizando a regra dos nove em um paciente masculino de 60 anos, pesando 50 Kg, com queimadura de 3.º grau que atinge a totalidade do membro superior direito e a totalidade do membro inferior esquerdo, tem-se, respectivamente, a superfície corporal estimada e a reposição hídrica, segundo a fórmula de Parkland, de

A área de 27% de SCQ e 2 700 mL administrados nas primeiras 24 horas do momento da queimadura.

B Área de 27% de SCQ e 1 350mL administrados nas primeiras 8 horas do momento da queimadura e 1 350 mL administrados nas 16 horas seguintes. ✓

C Área 18% de SCQ e 900 mL administrados nas primeiras 8 horas do momento da queimadura e 900 mL administrados nas 16 horas seguintes.

D Área de 18% de SCQ e 1 800 mL administrados nas primeiras 24 horas do momento da queimadura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra dos nove no adulto: membro superior direito inteiro = 9%, membro inferior esquerdo inteiro = 18%, totalizando 27% de superfície corporal queimada. Pela fórmula de Parkland na versão atual do ATLS ($2 \text{ mL} \times \text{peso} \times \% \text{SCQ}$) tem-se $2 \times 50 \times 27 = 2\,700 \text{ mL}$, e o ponto que a questão cobra é o FRACIONAMENTO: metade (1 350 mL) nas primeiras 8 horas contadas do momento da queimadura e a outra metade nas 16 horas seguintes. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

81. ITEM 138215 - V. 720634 Um homem com 38 anos de idade, aguardando em ponto de ônibus, foi atropelado por motorista de veículo desgovernado e prensado contra a parede. Atendido em pronto-socorro de hospital terciário, referia muita dor na pelve, apresentava escoriações e contusões no hipogástrio e membros inferiores, sem sinais de trauma torácico ou craniano. Apresentava instabilidade do anel pélvico à palpação, pressão arterial = 80 x 40 mmHg, frequência cardíaca = 124 batimentos por minuto, 24 incursões respiratórias por minuto, tempo de enchimento capilar maior que 2 segundos e saturação de oxigênio = 97%. Com base nos dados apresentados, qual deve ser o manejo inicial da vítima em relação ao quadro de choque?

A Radiografia de pelve anteroposterior na sala de emergência.

B Cinta ou lençol para estabilização pélvica e indicação precoce de infusão de hemocomponentes. ✓

C Tratamento operatório para controle de danos em hemorragia retroperitoneal volumosa.

D Soluções cristaloides por acessos venosos periféricos e avaliação de ortopedista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma por compressão com instabilidade do anel pélvico e choque (PA 80x40, FC 124, enchimento capilar lento): a pelve aberta sangra no retroperitônio e a primeira medida é fechar o anel com cinta pélvica ou lençol, associada a transfusão precoce de hemocomponentes em protocolo de transfusão maciça. Radiografia (A) não trata; cirurgia de controle de danos (C) vem depois se houver falha; cristalóide em volume (D) agrava a coagulopatia e não contém o sangramento. Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

78. ITEM 138149 - V. 720612 Uma mulher de 22 anos de idade foi encaminhada ao serviço de oftalmologia devido à episódio de olho vermelho, o qual o médico oftalmologista diagnosticou uma uveíte anterior aguda. Questionando a paciente, o médico identificou história de aftas orais recorrentes e dolorosas há pelo menos 1 ano para as quais não foi realizada nenhuma investigação, fazendo uso apenas de corticoides tópicos, com alívio fugaz. Relata, ainda, que apresenta dor abdominal e diarreia, mais ou menos, no mesmo período. Refere que as evacuações são frequentes, cerca de 5 a 6 vezes por dia, em pequeno volume e com sangue e muco visíveis em algumas ocasiões. Visando ao esclarecimento diagnóstico, o procedimento a ser adotado e o achado esperado, devem ser

- A teste de Patergia; pústula visualizável no local de punção após 7 dias.
- B parasitológico das fezes pelo MIF (mercúrio, iodo e formol); cistos e trofozoítos.
- C pesquisa de autoanticorpos (FAN); positivo com padrão nuclear pontilhado fino denso.

D colonoscopia com biopsia; histopatológico com granuloma não caseoso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Aftas orais recorrentes e uveíte anterior aguda são manifestações extraintestinais clássicas da doença inflamatória intestinal, e a diarreia crônica com sangue e muco aponta para o intestino como órgão-alvo. A confirmação vem da colonoscopia com biopsia, e o granuloma não caseoso e o achado histológico característico da doença de Crohn. O teste de patergia (A) é lido em 24-48 h, não em 7 dias; FAN (C) e parasitológico (D) não explicam o conjunto. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

99. ITEM 138222 - V. 720733 Mulher, 28 anos de idade, professora, com 2 gestações anteriores, sendo um parto normal e um aborto espontâneo anteriormente. Tem um filho de 7 anos de idade de outro relacionamento. Há 2 anos está casada com homem de 35 anos, sem filhos. Ambos sem antecedentes patológicos significativos. Referem que há vários anos não procuram assistência com a equipe de saúde. O exame físico do casal revelou como únicos achados positivos em relação à mulher: PA = 140 x 85 mmHg e índice de massa corporal de 30 Kg/m². Exame físico do homem foi normal. Estavam em uso de preservativo e pílula combinada, mas interromperam há 2 semanas. Vão em busca de orientação pré-concepcional. Nesta situação, está indicado(a)

A coleta de exame citopatológico cervicovaginal para prevenção do câncer de colo uterino. ✓

- B dosagem sérica de folato para prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural.
- C teste oral de tolerância à glicose para descartar diabetes mellitus prévio à gestação.
- D dosagens hormonais de progesterona e estradiol para avaliação do ciclo menstrual e ovulação. 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Consulta pré-concepcional de mulher que há anos não procura o serviço: o momento e de colocar em dia as ações preventivas, e o rastreamento do câncer de colo do útero com citopatológico está indicado. Não se dosa folato sérico — suplementa-se ácido fólico a todas (B). TOTG (C) não e rastreio pré-concepcional de rotina (usa-se glicemia de jejum), e dosagens de progesterona e estradiol (D) são desnecessárias em mulher com ciclos regulares. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

88. ITEM 138203 - V. 720614 Uma mulher de 27 anos de idade, de etnia afrodescendente, retorna ao ambulatório de clínica médica para mostrar os resultados dos exames complementares solicitados na última consulta. A paciente havia sido atendida em função de sintomas constitucionais (febre intermitente, mal-estar, anorexia, desânimo e artralgias) e importante queda de cabelos. Ao exame físico, havia sido observada a presença de sinovite em punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos. Além de padrão de alopecia generalizada (eflúvio telógeno). Havia histórico familiar de artrite reumatoide, lúpus eritematoso e tireoidite de Hashimoto. A paciente negava tabagismo e etilismo, referindo apenas uso regular de contraceptivo hormonal oral. Os resultados dos exames complementares solicitados à ocasião da 1.a consulta revelaram: hemoglobina = 10,2 g/dL (valor de referência: 12 a 15,5 g/dL); contagem de plaquetas = 102 000/mm³ (valor de referência: 150 000 a 400 000/mm³); leucograma (incluindo diferencial) normal; TSH = 8 UI/ml (valor de referência: 0,5 a 5,0 UI/ml); T4 livre = 1,2 ng/dL (valor de referência: 0,9 a 1,9 ng/dL); FAN = presente em título 1:640 (valor de referência < 1:80), padrão periférico; anti-DNAs: presente em título 1:240 (valor de referência < 1:100); C3: 33 mg/dL (valor de referência: 90 a 180 mg/dL); VDRL + 1:4 (valor de referência: negativo); IgG anticardiolipina: 12 GPL (valor de referência < 10 GPL); ureia: 44 mg/dL (valor de referência: 20 a 40 mg/dL); creatinina = 1,2 mg/dL (valor de referência: 0,7 a 1,1 mg/dL); exame de urina tipo I com hematúria microscópica e proteinúria leve a moderada; SPOT urinário com proteinúria estimada de 560 mg (valor de referência < 151 mg). Diante dos dados apresentados, a melhor explicação diagnóstica para o caso é

A lúpus eritematoso sistêmico com síndrome do anticorpo antifosfolípido.

B lúpus eritematoso sistêmico evoluindo com nefrite lúpica. ✓

C hipotireoidismo associado com síndrome do anticorpo antifosfolípido.

D glomerulonefrite aguda secundária a sífilis associada com hipotireoidismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

FAN 1:640 com padrão periférico, anti-DNA dupla-fita positivo, C3 CONSUMIDO, citopenias, artrite e alopecia fecham lúpus eritematoso sistêmico em atividade. O que define o órgão-alvo aqui e o rim: hematuria, proteinúria e creatinina em ascensão — nefrite lúpica. VDRL falso-positivo e anticardiolipina discretamente elevada não fecham síndrome antifosfolípide, que exige trombose ou morbidade gestacional e confirmação após 12 semanas (A e C). Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

80. ITEM 138283 - V. 719736 Uma gestante, com 28 anos de idade, na 14.a semana de gestação, primigesta, em consulta com equipe de Estratégia de Saúde da Família para avaliação de exames de pré-natal apresenta IgG e IgM reagentes para toxoplasmose, sem resultado de exames prévios. Solicitado teste de avididade de IgG na mesma amostra, com resultado “avididade forte”.

A interpretação do resultado e a conduta são A infecção adquirida antes da gestação, sem necessidade de mais testes. ✓

B infecção adquirida durante a gestação, iniciar espiramicina e manter até o parto.

C imunidade remota, indicado repetir sorologia a cada 2 meses e no parto.

D infecção recente, iniciar pirimetamina + sulfadiazina + ácido fólico e encaminhar para a referência de gestação de risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG e IgM reagentes geram dúvida entre infecção aguda e IgM residual. O teste de avididade resolve: avididade FORTE (alta) antes da 16ª semana significa infecção adquirida há mais de 3 a 4 meses, isto é, ANTES da gestação — sem risco de transmissão vertical e sem necessidade de tratamento ou de novos exames. Espiramicina (B) e o esquema triplice (D) são para infecção aguda; repetir sorologia a cada 2 meses (C) e conduta para a suscetível (IgG e IgM negativos). Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

90. ITEM 138218 - V. 720636 Um homem com 20 anos de idade foi atendido em ambulatório de hospital secundário 7 dias após a sutura de ferimento corto-contuso no antebraço direito para retirada dos pontos. Relatava que, há 3 dias, sentia dor e a ferida encontrava-se abaulada e arroxeadada. Não relatou febre no período. A incisão com aproximadamente 10 cm estava suturada com pontos simples de fio de náilon, apresentava abaulamento doloroso em toda a extensão, pouco depressível e havia equimose das bordas da ferida. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada.

A Retirar todos os pontos e manter as bordas aproximadas com esparadrapo microporoso.

B Prescrever antibiótico via oral e agendar retirada dos pontos após mais uma semana.

C Encaminhar ao pronto-socorro para revisão da hemostasia com anestesia.

D Retirar alguns pontos para drenagem da ferida e agendar retorno para avaliação. 25 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferida suturada que no 4º dia evolui com abaulamento doloroso, pouco depressível, e equimose das bordas, sem febre: coleção (hematoma ou seroma, possivelmente já infectado) sob a sutura. A conduta é retirar ALGUNS pontos para drenar e reavaliar em retorno programado. Retirar todos (A) desfaz a aproximação sem necessidade; antibiótico sem drenagem (B) não resolve coleção; revisão cirúrgica de hemostasia (C) e desproporcional a um quadro sem sangramento ativo. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

84. ITEM 138005 - V. 719660 Um lactente masculino, de 2 meses, é levado à emergência com história de vômitos não biliosos que iniciaram com três semanas de vida e progressivamente pioraram. Há 2 dias, passou a vomitar após as mamadas e hoje o vômito está em jato. Ao exame físico, apresenta-se irritado, faminto, muito emagrecido; no epigástrio, foi observado onda peristáltica se deslocando da esquerda para direita e, após a criança vomitar, palpada à direita, também no epigástrio, massa firme e móvel com cerca de 2 cm de diâmetro. Com base na principal hipótese diagnóstica, o distúrbio ácido-básico que se espera encontrar nesse lactente é

A alcalose metabólica hipoclorêmica. ✓

B acidose metabólica hiperclorêmica.

C acidose metabólica hipoclorêmica.

D alcalose metabólica hiperclorêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A oliva pilórica palpável, a onda peristáltica visível da esquerda para a direita e o vômito em jato não bilioso definem estenose hipertrofica do píloro. A perda repetida de suco gástrico (HCl) gera alcalose metabólica HIPOCLOREMICA, tipicamente com hipocalemia e acidúria paradoxal — a assinatura laboratorial da doença. Os padrões acidóticos (B e C) ocorreriam em perdas intestinais baixas, e a alcalose com cloro alto (D) e fisiopatologicamente incoerente. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

97. ITEM 138082 - V. 719791 Um adolescente do sexo masculino, de 13 anos de idade, em atendimento de rotina, relata desânimo e cansaço para ajudar nas atividades domésticas e inapetência. Recordatório alimentar: 3 sanduíches de pão de forma com manteiga e batata frita no almoço e no jantar, nos intervalos ingere balas e biscoitos, além de 1 000 mL de leite por dia. Exame físico sem alterações, peso, estatura e IMC no percentil 50 das curvas de referência e G3P3 de acordo com estadiamento de Tanner. Hemograma: hemoglobina = 12,1 g/dL; hematócrito = 35%; VCM $\leq$ 75fl; CHCM $\leq$ 26,5g/dl. Considerando que a Organização Mundial de Saúde refere, de maneira geral para adolescentes, valores normais de hemoglobina $\geq$ 12g%, é correto afirmar que

- A o paciente apresenta anemia megaloblástica, sendo necessária a correção dietética com alimentos fontes de vitamina B12 e folatos.
- B o paciente não apresenta alterações clínicas ou laboratoriais, sendo necessário investigar outras causas que justifiquem as queixas do mesmo.
- C o paciente apresenta anemia carencial por deficiência de ferro, sendo necessária a correção dietética e a administração de sulfato ferroso.

D o paciente não apresenta anemia, contudo o resultado laboratorial sugere deficiência de ferro, devendo-se realizar a orientação dietética pertinente. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemoglobina de 12,1 g/dL esta dentro da referencia da OMS para adolescentes (maior ou igual a 12), portanto NAO ha anemia. Mas VCM e CHCM reduzidos revelam microcitose e hipocromia — deficiencia de ferro em fase pre-anemica, coerente com dieta pobre em ferro e ingesta de 1 000 mL de leite por dia, que inibe a absorcao. A conduta e orientacao dietetica. A e C afirmam anemia que nao existe; B ignora a alteracao dos indices. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

86. ITEM 138217 - V. 720635 Uma mulher com 45 anos de idade foi atendida em unidade básica de saúde referindo que, há 4 meses, foi realizada drenagem de abscesso perianal em pronto-socorro e, desde então, tem apresentado saída ocasional de secreção fétida por lesão dérmica no local. O exame físico evidenciou orifício cutâneo com saída de secreção amarelada à compressão, localizado anteriormente e acerca de 2 cm da borda anal. Com base nos dados apresentados, determine a alternativa com a orientação da conduta a ser seguida.

- A Encaminhar para nova drenagem em pronto-socorro.
- B Encaminhar para avaliação eletiva, em ambulatório especializado. ✓**
- C Prescrever antibiótico por via oral e pomada anestésica.
- D Prescrever anti-inflamatório por via oral e pomada com antibiótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Drenagem de abscesso perianal ha 4 meses evoluindo com orificio cutaneo que drena secrecao fetida a compressao: e uma fistula perianal cronica, complicacao de cerca de um terco dos abscessos drenados. Nao ha abscesso agudo a drenar (A) e nenhum tratamento clinico fecha um trajeto fistuloso epitelizado (C e D) — o tratamento e cirurgico, eletivo, em servico especializado, apos definir o trajeto em relacao ao esfinter. Resposta B.

QUESTÃO 92 — ANULADA

100. ITEM 138284 - V. 720617 Um paciente masculino, 33 anos de idade, agricultor, é internado com quadro de cansaço, adinamia, tosse, emagrecimento importante nos últimos 6 meses (cerca de 14 kg). Ao exame, mostra-se emagrecido, mucosas pouco coradas, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular preservado, estertores bilaterais. Tomografia de tórax apresenta lesões em brotamento com suspeita de tuberculose pós-primária. Diante desse caso, quais são, respectivamente, o diagnóstico diferencial, o exame a ser solicitado para confirmação da tuberculose e o tratamento a ser instituído?

- A Pneumonia por estafilococo; solicitar pesquisa de BK e fungo em escarro; iniciar tratamento com rifampicina.
- B Pneumonia por paracoccidioidomicose; solicitar biópsia tran-brônquica; iniciar rifampicina, isoniazida, pirazinamida.
- C Pneumonia por estafilococo; solicitar lavado bronco alveolar para pesquisa de BK; iniciar rifampicina e pirazinamida.
- D Pneumonia por paracoccidioidomicose; solicitar pesquisa de BK e fungo no escarro; iniciar rifampicina, isoniazida, pirazinamida. 26

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era o diagnostico diferencial da tuberculose pulmonar em trabalhador rural com emagrecimento e lesoes em brotamento na tomografia, incluindo a micose endemica que simula TB nesse perfil epidemiologico, o metodo de confirmacao microbiologica no escarro e o esquema de tratamento correspondente. Como a banca anulou a questao, nao ha alternativa oficial a ser assinalada.

QUESTÃO 93 — ANULADA

91. ITEM 138702 - V. 720459 Uma mulher de 34 anos de idade é atendida em pronto- socorro com desconforto abdominal, sem sinais de peritonite, com atraso menstrual de 3 semanas. Foi submetida à terceira tentativa de inseminação artificial, recentemente, e apresentava beta-hCG = 3 000 mUI/mL, dosado no dia anterior. O médico solicitou uma ultrassonografia que evidenciou gestação ectópica à esquerda, com saco gestacional bem delimitado, sem batimentos cardíacos fetais e medindo 3 cm. Diante do quadro atual, qual a conduta apropriada?

- A Iniciar tratamento com metotrexato 50 mg/m².
- B Adotar conduta expectante e dosar beta-hCG diariamente.
- C Submeter a paciente a videolaparoscopia e salpingostomia.
- D Submeter a paciente a videolaparoscopia e salpingectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O conteudo cobrado era a escolha terapeutica na gravidez ectopica integra — os criterios que definem tratamento clinico com metotrexato (estabilidade, beta-hCG e diametro da massa dentro de limites, ausencia de batimentos cardiacos embrionarios) versus tratamento cirurgico conservador ou radical. Sem gabarito oficial valido, nao ha alternativa a ser apontada como correta.

QUESTÃO 94 — Gabarito A

95. ITEM 138225 - V. 720637 Um homem, com 58 anos de idade, foi atendido em ambulatório de hospital secundário. Relatava dor e queimação epigástrica que aumentava após a ingestão de alimentos, acompanhada de plenitude pós-prandial. Realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou úlcera com 5 mm de diâmetro na parede anterior do antro gástrico, na região pré-pilórica. Com base nos dados apresentados, assinale a alternativa que apresenta a conduta adequada a ser seguida.

A Solicitar endoscopia com biópsias seriadas para excluir neoplasia gástrica e pesquisar *Helicobacter pylori*. ✓

- B Indicar tratamento operatório pela localização da úlcera e risco de perfuração.
- C Prescrever inibidor de secreção gástrica por 6 a 8 semanas e solicitar endoscopia com pesquisa de *Helicobacter pylori*, avaliando a cicatrização.
- D Prescrever inibidor da secreção gástrica e tratar *Helicobacter pylori* empiricamente por sua prevalência em ulcerosos, evitando recidiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perola inegociável: TODA úlcera GÁSTRICA exige biópsias múltiplas e seriadas das bordas, porque câncer gástrico ulcerado é indistinguível endoscopicamente de úlcera péptica benigna — e a mesma endoscopia pesquisa *H. pylori*. Tratar as cegas (C e D) e adiar por semanas a detecção de uma neoplasia potencialmente curável. Cirurgia (B) não se indica por localização pré-pilórica em úlcera de 5 mm sem complicação. Resposta A.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

93. ITEM 138032 - V. 719657 Uma menina de 3 anos de idade iniciou subitamente um quadro febril alto, apresentando irritabilidade e queixa de dor importante em perna direita, parando de andar. Ao exame, estava toxêmica. Foi identificada dor localizada na face anterior do quadril direito, com edema e restrição da movimentação do quadril direito, permanecendo na posição de flexão-abdução e rotação externa. Havia relato de trauma na escola poucos dias antes, tendo caído do balanço, mas não houve repercussão no dia do acidente. Diante do quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que define o diagnóstico provável.

- A Febre reumática.
- B Sinovite transitória do quadril.
- C Doença de Legg-Perthes.

D Artrite séptica do quadril. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança toxêmica, com febre alta, recusa total de deambular e quadril mantido em flexão, abdução e rotação externa — a posição que maximiza o volume articular e alivia a pressão do derrame purulento — tem artrite séptica do quadril, urgência ortopédica que exige punção e drenagem. Sinovite transitória (B) ocorre em criança em bom estado e afebril; Legg-Perthes (C) é insidioso e indolor no início; febre reumática (A) da poliartrite migratória em escolares. Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

98. ITEM 138440 - V. 719780 No Brasil, a doença diarreica aguda é reconhecida como importante causa de morbimortalidade, mantendo relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, de desastres naturais (estiagem, seca e inundação) e da desnutrição crônica, entre outros fatores, de acordo com dados do Ministério da Saúde de 2019. No sentido de melhorar o controle das doenças diarreicas agudas, o Ministério da Saúde orienta, como conduta relacionada à vigilância epidemiológica a ser adotada pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde, a

A monitorização, do tipo sentinela, das doenças diarreicas agudas. ✓

- B notificação compulsória semanal dos surtos de doença diarreica aguda apenas em crianças.
- C notificação compulsória imediata de caso individual de doença diarreica aguda em criança.
- D notificação compulsória dos casos isolados de doença diarreica aguda causada por água e/ou alimento. 27

COMENTÁRIO OSCELABS

A doença diarreica aguda não é de notificação compulsória caso a caso: a vigilância se faz pela MDDA — Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas — em unidades SENTINELA, que registram atendimentos por faixa etária e plano de tratamento para detectar precocemente surtos e mudanças de padrão. Notificação imediata individual (C) e restrita a cólera e a surtos; casos isolados por água ou alimento (D) também não são notificados individualmente. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

77. ITEM 138687 - V. 720436 Uma mulher, de 27 anos de idade, teve uma cesárea há 2 horas. Seu acompanhante notou um sangramento vaginal e chamou a equipe de enfermagem. Na checagem dos sinais vitais, foi constatada uma pressão arterial = 90/50 mmHg e um pulso de 112 = bpm. Frente a esse quadro, assinale a alternativa correta.

A A paciente apresenta quadro de instabilidade hemodinâmica, portanto, medidas de ressuscitação devem ser iniciadas imediatamente. ✓

B A paciente apresenta sinais vitais estáveis para o período puerperal, porém é importante que seja monitorizada em terapia intensiva pelo alto risco de sangramento em período puerperal.

C A paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e sinais vitais normais para o período de puerpério. É necessário um controle mais frequente de sinais vitais e sangramento.

D A paciente apresenta um quadro que pode indicar dano cerebral, portanto, deve ser transferida para Unidade de Terapia Intensiva imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas horas após cesárea com sangramento vaginal, PA 90x50 e pulso 112: o índice de choque está acima de 1, e a gestante jovem compensa a perda volêmica até uma descompensação abrupta — sinais vitais aparentemente discretos já significam perda importante. A conduta é reconhecer a hemorragia pós-parto e iniciar ressuscitação imediatamente (acessos calibrosos, cristalóide, uterotônicos, massagem uterina, hemocomponentes). Chamar esses valores de normais (B e C) é o erro fatal. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

94. ITEM 138320 - V. 720574 Em 2006, foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. De acordo com essa política, é correto afirmar que

A o seu campo de atuação envolve sistemas médicos simplificados com a utilização de recursos terapêuticos simples.

B estimula mecanismos naturais de tratamento de algumas doenças e recuperação da saúde com utilização de tecnologias frágeis e nem sempre seguras.

C limita o acesso à tecnologia de ponta e aumenta o número de atendimentos nas unidades, contribuindo para ampliar a resolubilidade do sistema.

D compartilha da visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A PNPIC (2006) parte de uma visão ampliada do processo saúde-doença, com promoção global do cuidado humano e ênfase no AUTOCUIDADO e no vínculo terapêutico. As demais distorcem o texto: os sistemas médicos são COMPLEXOS, não simplificados (A); a política fala em tecnologias eficazes e seguras, não fragilizadas (B); e ela amplia a resolubilidade sem restringir acesso a tecnologia de ponta (C). Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

58. ITEM 138046 - V. 720608 Um homem de 40 anos de idade, que trabalha com extrativismo florestal no interior do estado do Amazonas, onde passa a maior parte do ano, procurou atendimento médico em Unidade Básica de Saúde devido à lesão exulcerada em tórax há 6 meses, evoluindo com aumento progressivo. Ao exame físico, não apresenta alterações, exceto a lesão única abaixo, a qual foi biopsiada. GONTIJO, B.; de CARVALHO, M.L.R. XX. XX. v.36, n.1, p.71-80, 2003. O resultado do exame histopatológico esperado para esse caso e o tratamento proposto devem ser

- A infiltrado neutrofílico com aspecto verde maçã quando corado pelo Vermelho Congo; fluconazol.
- B células de Kupffer acompanhadas de nódulos regenerativos com áreas de fibrose; prednisona.
- C infiltrado inflamatório inespecífico com células de Hürthle e presença de invasão vascular; benzonidazol.

D granulomas e estruturas arredondadas compatíveis com formas amastigotas; N-metilglucamina.
ÁREA LIVRE 28 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão ulcerada única, de bordas elevadas, com 6 meses de evolução progressiva em trabalhador de extrativismo na Amazonia: leishmaniose tegumentar americana. O histopatológico mostra reação granulomatosa com formas amastigotas intracelulares, e o tratamento de primeira linha no Brasil é o antimonial pentavalente (antimoniato de N-metilglucamina). Vermelho Congo (A) marca amiloide; células de Hurthle (C) são tireoidianas e benznidazol trata Chagas. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

96. ITEM 138273 - V. 720616 Uma mulher com 55 anos de idade procura a unidade de emergência referenciada com queixa de dor precordial em aperto há 12 horas. Antecedentes pessoais: diabética tipo 2, há 12 anos, em uso de metformina 1 500 mg ao dia e glicazida 30 mg ao dia, hipertensão arterial, há 8 anos, em uso de captopril 150 mg ao dia. Exame físico da admissão: PA = 100 x 60 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 irpm, Sat = 92%. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos sem sopros, murmúrio vesicular presente e simétrico com estertores crepitantes em base, abdome globoso, fígado há 4 cm do rebordo costal direito, baço não percutível. Extremidades: pulsos periféricos diminuído, edema 3+/4+. ECG abaixo: Diante do quadro apresentado, o diagnóstico e tratamento são

A infarto agudo do miocárdio e trombólise com alteplase.

B infarto do miocárdio evoluído e cateterismo. ✓

C síndrome coronariana aguda e balão intra-aórtico.

D pericardite aguda e colchicina. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial há 12 HORAS em diabética, já com sinais de disfunção ventricular (crepitantes, hepatomegalia, edema, PA limitrofe): infarto evoluído, fora da janela útil da fibrinólise, que perde benefício após 12 horas do início dos sintomas. A conduta e estratégia invasiva com cateterismo e revascularização. Alteplase (A) está contraindicada pelo tempo; balão intra-aórtico (C) e suporte, não diagnóstico; pericardite (D) daria dor pleurítica que melhora inclinando o tronco. Resposta B.