



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2025/1

Prova comentada

99 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

Homem de 62 anos vai a uma unidade de pronto atendimento (UPA) referindo cansaço e tontura ao se levantar há 2 semanas. Nega outras queixas, comorbidades ou cirurgias prévias, assim como o uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta-se corado, hidratado, lúcido e orientado em tempo e espaço; pressão arterial de 120 x 70 mmHg; frequência cardíaca de 45 bpm; saturação de O₂ de 96% em ar ambiente; ritmo cardíaco regular, sem turgência jugular; murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos acessórios; e enchimento capilar de 2 segundos. Diante disso, o médico solicita um eletrocardiograma de 12 derivações:

A partir desse quadro clínico e da interpretação do eletrocardiograma, a conduta adequada consiste em A conceder alta médica e encaminhar o paciente ao ambulatório especializado de cardiologia.

B monitorizar o paciente, solicitar marca-passo transcutâneo e aguardar avaliação do cardiologista. ✓

C monitorizar o paciente, administrar atropina 1 mg (IV) e implantar marca-passo transcutâneo.

D monitorizar o paciente, administrar atropina 1 mg (IV) e iniciar uso de dopamina 5 mcg/kg/min.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradicardia sintomática (cansaço e tontura) porém SEM critérios de instabilidade: PA 120x70, consciência preservada, perfusão normal, sem dor torácica ou congestão. Nesse cenário não se administra droga cronotrópica: monitoriza-se, deixa-se o marca-passo transcutâneo em prontidão e aciona-se a cardiologia. Atropina (C e D) é reservada a bradicardia INSTÁVEL e costuma falhar em bloqueios infranodais; alta ambulatorial (A) é inaceitável com FC de 45 bpm sintomática. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Homem de 42 anos, em uso crônico de anti-inflamatório não esteroide por doença reumática, dá entrada no pronto-socorro com 6 horas de evolução de dor epigástrica de forte intensidade. Sinais vitais: Exame Resultado Frequência cardíaca 110 bpm Pressão arterial 90 x 50 mmHg Frequência respiratória 22 irpm Temperatura axilar 36,5 °C Ao exame físico, abdome tenso, com descompressão brusca dolorosa nos quatro quadrantes. O hemograma apresenta valores dentro da normalidade e a tomografia de abdome evidencia líquido livre intraperitoneal com ar no recesso hepatofrênico. Nesse caso, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

A Úlcera gástrica perfurada. ✓

B Pancreatite aguda.

C Colecistite aguda.

D Diverticulite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Usuário crônico de AINE com dor epigástrica súbita, abdome em tabua com descompressão dolorosa nos quatro quadrantes, hipotensão e — o achado que fecha o caso — ar livre no recesso hepatofrênico (pneumoperitônio). Isso é vispera perfurada: úlcera péptica perfurada. Pancreatite (B) não produz pneumoperitônio e cursaria com amilase/lipase altas; colecistite (C) da dor localizada no hipocondrio direito com Murphy; diverticulite (D) da dor em fossa ilíaca esquerda. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Menina de 7 anos e 6 meses é encaminhada ao ambulatório de pediatria porque sua família percebeu surgimento de broto mamário há cerca de 3 meses. O exame físico revela que seu estadiamento puberal é M2P1 e sua estatura está próxima ao escore Z +2 para a idade, com peso em escore Z 0. Um exame de radiografia simples de punho, solicitado pelo médico da atenção primária, mostra idade óssea compatível com 9 anos e 6 meses. Considerando essa situação, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica, seguida de sua justificativa.

A Puberdade precoce central, pois o crescimento das mamas está associado a avanço da idade óssea. ✓

B Telarca isolada precoce, pois a diferença entre a idade óssea e a idade cronológica não é significativa.

C Telarca isolada precoce, pois o crescimento das mamas foi um achado isolado na investigação da paciente.

D Puberdade precoce central, pois, além da telarca, há também sinais de pubarca, o que sugere ativação do eixo hormonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Telarca antes dos 8 anos já é sinal de alarme, mas o que diferencia puberdade precoce CENTRAL de telarca isolada é a repercussão no eixo: aqui há aceleração do crescimento (estatura em Z +2 com peso Z 0) e idade óssea adiantada 2 anos em relação à cronológica. Telarca isolada (B e C) cursa com idade óssea e velocidade de crescimento normais. A alternativa D erra no dado: o estadiamento é M2P1, ou seja, NÃO há pubarca. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Primigesta de 25 anos procura o pronto atendimento de ginecologia e obstetrícia com história de atraso menstrual e resultado de beta-hCG quantitativo de 10.000 mIU/mL realizado há 2 dias. Não se recorda da data da última menstruação. Queixa-se de sangramento vaginal, em pequena quantidade, que já dura 3 dias. Ao exame especular, nota-se presença de sangramento vivo em pequena quantidade e, ao toque, percebe-se colo uterino fechado. Solicitado beta-hCG no dia da consulta, com resultado de 23.400 mIU/mL.

A partir desses dados, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico desse caso e a conduta adequada. A Gestação ectópica; laparotomia.

B Ameaça de aborto; repouso relativo. ✓

C Aborto incompleto; curetagem uterina.

D Aborto em evolução; acompanhamento clínico. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Beta-hCG que sobe de 10.000 para 23.400 em 48 horas (mais que dobra) indica gestação topica evolutiva; com colo FECHADO e sangramento discreto, o diagnóstico é ameaça de abortamento, cuja conduta é expectante — repouso relativo, abstinência sexual e orientação de sinais de alarme. Ectópica (A) cursa com hCG em ascensão lenta/plato. Aborto incompleto (C) e em evolução (D) exigem colo aberto, o que não ocorre aqui. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Mulher de 38 anos, com deficiência congênita de IgA, é atendida em ambulatório de clínica médica devido a insucesso terapêutico no tratamento de infecção por *Helicobacter pylori*. Apresentava diagnóstico de úlcera duodenal, tendo sido prescrito omeprazol, amoxicilina e claritromicina. Apesar da melhora clínica, observou-se persistência da infecção em teste respiratório com C13. Atribuiu-se o insucesso terapêutico ao uso recorrente de macrolídeos e fluoroquinolonas. Nesse caso, deve-se prescrever

A pantoprazol, amoxicilina e levofloxacino por 7 dias.

B omeprazol, claritromicina e levofloxacino por 14 dias.

C omeprazol, subcitrate de bismuto coloidal, doxiciclina e metronidazol por 14 dias. ✓

D pantoprazol, subcitrate de bismuto coloidal, furazolidona e levofloxacino por 10 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Falha terapêutica de *H. pylori* com exposição previa a macrolídeos e quinolonas: não se deve repetir claritromicina (B) nem apostar em levofloxacino (A e D), pela resistência presumida. A saída é a terapia quadrupla com bismuto por 14 dias — IBP + subcitrate de bismuto + uma tetraciclina (doxiciclina) + metronidazol —, esquema de resgate que independe da sensibilidade aos antibióticos já usados. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Homem de 28 anos foi admitido em hospital após 30 minutos de acidente motociclístico. Apresentava múltiplas e graves lesões em face, mandíbula e cavidade oral, sem lesões cervicais. Exame físico do tórax e do abdome e ultrassonografia focada no abdome no trauma (FAST) sem alterações. Sinais vitais: frequência cardíaca 92 bpm; pressão arterial 130 x 80 mmHg; saturação periférica de oxigênio 100% em ar ambiente. O paciente evoluiu rapidamente com dispneia, taquipneia, estridor inspiratório e expiratório, cornagem e rebaixamento do nível de consciência. Saturação periférica de oxigênio passou para 88%, mesmo com a oferta de oxigênio suplementar. Após alguns minutos, evoluiu com saturação periférica de oxigênio de 59% e frequência cardíaca de 48 bpm. Nesse momento, qual é a conduta imediata adequada para esse paciente?

A Traqueostomia.

B Cricotireoidotomia.

C Intubação orotraqueal.

D Intubação nasotraqueal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma maxilofacial grave evoluindo com estridor, cornagem, rebaixamento e dessaturação refratária ao O₂ suplementar e falência de via aérea: exige via aérea definitiva IMEDIATA. Traqueostomia (A) e procedimento demorado, inadequado como resgate de emergência. A perola é que o relógio aqui é de segundos — SatO₂ de 59% com bradicardia já anuncia parada hipóxica. A banca considerou a via nasotraqueal a conduta oficial do caso. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Adolescente de 12 anos é levado à unidade de pronto atendimento (UPA) devido a um quadro de dor abdominal iniciada há 1 dia. A dor era mais difusa inicialmente, mas, após algumas horas de evolução, passou a concentrar-se na fossa ilíaca direita, tornando-se mais intensa. Além disso, o jovem apresentou vômitos de conteúdo bilioso e inapetência. Ao exame físico abdominal, apresenta defesa à palpação e desconexão brusca dolorosa.

A partir desse caso, assinale a alternativa que apresenta indicação para que este adolescente seja avaliado por uma equipe cirúrgica. A Dor abdominal difusa.

B Desconexão brusca dolorosa. ✓

C Dor abdominal associada a vômitos.

D Massa palpável em fossa ilíaca direita. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra qual achado, isoladamente, já indica avaliação cirúrgica: descompressão brusca dolorosa traduz IRRITACÃO PERITONEAL, sinal de peritonite (aqui, apendicite aguda com dor migratória para a fossa ilíaca direita). Dor difusa (A) e inespecífica; dor com vômitos (C) ocorre em inúmeros quadros clínicos; massa em fossa ilíaca direita (D) sequer foi descrita no exame. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Gestante de 39 anos, G4P3, 12 semanas de gestação, comparece à primeira consulta de pré-natal na atenção primária. A paciente é hipertensa crônica há 2 anos, faz uso de losartana e apresenta índice de massa corporal (IMC) de 35 kg/m², encontra-se assintomática. Considerando esse contexto, assinale a conduta inicial e a avaliação a ser realizada.

A Suspende losartana e iniciar metildopa e AAS; realizar pesquisa de lesão de órgãos-alvo. ✓

B Manter losartana e iniciar AAS; solicitar exames para avaliar a função hepática.

C Suspende losartana; indicar avaliação cardiológica detalhada.

D Manter losartana; realizar pesquisa de hipertensão secundária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Losartana e todo bloqueador do sistema renina-angiotensina são contraindicados na gestação (fetopatia: oligoâmnio, disgenesia renal): suspender e trocar por metildopa. Além disso, gestante com hipertensão crônica, idade avançada e IMC 35 tem alto risco de pré-eclâmpsia — indica-se AAS em dose baixa entre 12 e 16 semanas — e deve ter lesão de órgão-alvo pesquisada. As alternativas B e D erram ao MANTER a losartana; C omite tanto a troca terapêutica quanto o AAS. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Mulher de 34 anos, com 4 filhos, desempregada, comparece a uma unidade básica de saúde (UBS) com queixa de atraso menstrual de um mês. Durante a consulta, a paciente relata que está muito aflita, por ter realizado um teste de gravidez cujo resultado foi positivo. Afirma que compareceu à consulta porque não deseja essa gravidez. Quando questionada, a paciente nega qualquer situação de violência sexual. Nesse caso, além de acolher e acalmar a paciente, a melhor abordagem a ser realizada pelo médico deve ser

A iniciar o pré-natal regular, mencionando a possibilidade de entrega voluntária da criança para adoção após seu nascimento.

B desencorajar a realização de um aborto, apesar da paciente ter direito, enfatizando os riscos à saúde advindos do procedimento de abortamento, como hemorragia, infecção, perfuração uterina, infertilidade e morte.

C assegurar o direito às informações clínicas e legais adequadas, garantir o sigilo e informar sobre sintomas que justifiquem a busca de atendimento médico em caso de realização de um aborto inseguro. ✓

D questionar abertamente sobre a intenção de abortar, sem julgamento, e informá-la que tem obrigação ética de fazer um boletim de ocorrência caso o aborto venha a ser realizado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente não configura hipótese legal de abortamento, mas isso não autoriza julgamento nem denúncia. O dever médico é acolher, prestar informação clínica e legal correta, garantir sigilo e orientar sinais de alarme caso ela recorra a um procedimento inseguro — redução de danos. B e D violam a relação médico-paciente (a segunda inventa uma obrigação de boletim de ocorrência que não existe; o sigilo prevalece). A alternativa A ignora a demanda trazida. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Mulher de 45 anos vai à unidade básica de saúde (UBS) reportando dificuldade para reduzir o consumo de cigarros. Refere fumar 20 cigarros por dia desde os 20 anos e que já tentou interromper o uso várias vezes. Relata, ainda, irritação e ansiedade quando reduz o consumo de tabaco. Diante desse caso, o plano terapêutico adequado para essa paciente consiste em

A reposição de nicotina com redução gradual da dose.

B terapia comportamental associada à reposição de nicotina. ✓

C terapia comportamental e cessação imediata do tabagismo.

D prescrição de benzodiazepínico e redução gradual do número de cigarros diários.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fumante de 20 cigarros/dia com sintomas de abstinência (irritabilidade, ansiedade) tem dependência nicotínica relevante e já falhou em tentativas prévias: o tratamento é combinado — abordagem cognitivo-comportamental MAIS farmacoterapia (terapia de reposição de nicotina, bupropiona ou vareniclina). Reposição isolada (A) ou terapia comportamental isolada (C) rendem menos; benzodiazepínico (D) não tem papel na cessação e adiciona risco de dependência. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Recém-nascido a termo, do sexo masculino, nascido de parto via vaginal, Apgar 9/10, apresenta salivação excessiva e muco no canto da boca após o nascimento. Durante a amamentação, apresenta regurgitação, cianose, tosse e insuficiência respiratória. Na sala de parto, não foi realizada passagem de sonda pelas narinas, nem pela boca. A ultrassonografia pré-natal evidenciava polidramnion. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico provável.

A Atresia esofágica. ✓

B Atresia gástrica.

C Atresia intestinal.

D Atresia pancreática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Polidramnion no pré-natal, sialorreia com muco aerado no canto da boca e engasgo com tosse e cianose a primeira mamada compoem o quadro clássico de atresia de esôfago — o diagnóstico é sugerido pela impossibilidade de progredir a sonda orogástrica, teste que não foi feito na sala de parto. Atresias mais distais (gástrica, intestinal) cursam com vômitos e distensão, não com salivação excessiva; atresia pancreática não existe como entidade clássica. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Mulher de 18 anos deu à luz uma criança do sexo feminino, Apgar 9/10, nascida a termo, com peso de nascimento de 3.500 g, comprimento de 50 cm e perímetro cefálico de 35 cm.

A criança permaneceu em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. Com 24 horas de vida, o médico constata a perda de 175 g, eliminações presentes, a paciente corada e hidratada. Nesse caso, a perda de peso em relação ao peso do nascimento é de A 5%, o que não é motivo de preocupação. ✓

B 15%, devendo receber complemento com fórmula.

C 15%, sendo necessária observação clínica rigorosa.

D 5%, mas não deveria estar acontecendo nesse momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Basta a conta: 175 g perdidos sobre 3.500 g de peso de nascimento equivalem a 5%. Perda de até 7-10% nos primeiros dias é fisiológica no recém-nascido em aleitamento exclusivo, com recuperação do peso de nascimento até o 10º-14º dia — e o bebê está corado, hidratado e com eliminações presentes. Não há indicação de complemento (B) nem motivo para alarme (C e D). Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Paciente de 49 anos procura atendimento médico relatando que, há 1 mês, não consegue dormir adequadamente por causa de intensas ondas de calor, o que a deixa cansada, irritada e deprimida. Relata dispareunia de penetração e vagina seca. Fez histerectomia e salpingooforectomia bilateral há 3 meses e exame anatomopatológico revelou: adenomiose, hidrossalpinge em ambas as tubas uterinas, cistos de endometriose em ovário direito e focos de endometriose no peritônio. Nega comorbidades. Nesse caso, a conduta mais indicada é

- A fitoterápicos, pelo histórico de adenomiose e endometriose.
- B antidepressivos tricíclicos, já que a hormonioterapia é contraindicada.
- C estrogênioterapia exclusiva, uma vez que a paciente passou por histerectomia.

D tratamento hormonal estro-progestativo, considerando que a paciente apresentou quadro de endometriose. PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Menopausa cirúrgica aos 49 anos com síndrome climática intensa (fogachos, insônia, humor) e sintomas geniturinários: há indicação formal de terapia hormonal, sem contraindicação descrita. A pegadinha está na regra de que histerectomizada usa estrogênio isolado — ela não vale aqui, pois havia endometriose com focos peritoniais, e o estrogênio isolado pode reativar implantes residuais; associa-se progestágeno. Fitoterápicos (A) e tricíclicos (B) são alternativas para quem não pode hormônio. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Menina de 6 anos é paciente do mesmo médico na unidade básica de saúde (UBS) desde que nasceu. Sempre foi uma criança alegre, saudável e sociável. Na última consulta, há cerca de 15 dias, o pai a trouxe porque ela estava com “dor de barriga”, mas a paciente permaneceu encolhida e calada todo o tempo, quase não deixando o médico examiná-la. Há 2 dias, a professora da criança procurou a equipe preocupada com a mudança de comportamento da criança. Relatou que foi informada sobre a existência de fotos íntimas da criança numa rede social. A mãe, quando chamada, relatou que está trabalhando e a criança tem ficado com o pai na maior parte do tempo. Nessa situação, além da avaliação clínica, o médico deve

A registrar, em prontuário, dados clínicos de forma isenta de interpretações pessoais; notificar violência no SINAN e contatar os equipamentos sociais e conselho tutelar para o seguimento do caso juntamente com a equipe. ✓

- B encaminhar a criança à perícia médica mais próxima da unidade, onde será realizado exame físico mais detalhado e coleta de vestígios da violência; confirmar a violência antes da notificação no SINAN e contatar o conselho tutelar.
- C confrontar os dados relatados pela professora com os pais, questionando-os sobre a denúncia e demonstrando preocupação; orientar as medidas de apoio à criança e à família.
- D anotar, em prontuário, os dados da história com suspeita de abuso e denunciar o caso na delegacia mais próxima; encaminhar a criança para um serviço de proteção social local.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mudança abrupta de comportamento, retraimento e relato de imagens íntimas circulando configuram SUSPEITA de violência sexual — e suspeita, no Brasil, já obriga a notificação imediata no SINAN e a comunicação ao conselho tutelar, sem necessidade de confirmação prévia (B erra nisso). O registro em prontuário deve ser descritivo e isento de juízo pessoal. Confrontar os pais (C) expõe a criança ao agressor; a notificação a rede de proteção não pode ser substituída por conduta isolada (D). Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Homem de 44 anos é levado à sala de emergência do pronto-socorro apresentando agitação intensa, confusão mental, tremores generalizados e sudorese profusa. Ao exame físico verifica-se frequência cardíaca de 110 bpm e pressão arterial (PA) de 150 x 110 mmHg. O paciente é etilista crônico, sem antecedentes patológicos e seus familiares relatam que ele interrompeu o consumo de álcool há 48 horas. Com base nessas informações, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico correto e a conduta inicial para esse paciente.

A Delírium tremens; administração de antipsicóticos, como haloperidol.

B Delírium tremens; administração intravenosa de benzodiazepínicos, como diazepam. ✓

C Encefalopatia hipertensiva; restrição de líquidos e monitoramento estrito da função renal.

D Encefalopatia hipertensiva; administração de nitroprussiato de sódio para redução da PA média entre 20 e 25% nas primeiras 2 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abstinência alcoólica 48 horas após a última dose, com agitação, confusão mental, tremores, sudorese e hiperatividade autonômica (taquicardia e hipertensão) e delírium tremens. O tratamento de primeira linha são os benzodiazepínicos, que reparam o tônus GABAérgico, associados a tiamina antes de glicose. Haloperidol (A) é apenas adjuvante e reduz o limiar convulsivo. A hipertensão aqui é consequência da hiperadrenérgica, não encefalopatia hipertensiva (C e D). Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Homem de 39 anos, sem comorbidades e em bom estado de saúde, encontra-se em preparação pré-operatória eletiva de colecistectomia que será realizada por via laparoscópica. Durante consulta com o médico que o acompanha, o paciente manifesta preocupação sobre o que pode ingerir e por quanto tempo deve permanecer em jejum antes do procedimento. Nesse caso, o médico deve orientar o paciente a fazer, antes da anestesia, jejum de alimentos sólidos por

A 12 horas e de líquidos por 8 horas.

B 6 a 8 horas e de líquidos claros por 2 horas. ✓

C 4 a 6 horas e de bebida proteica por 1 hora.

D 10 horas e de pequenos volumes de água por 4 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jejum pré-anestésico em cirurgia eletiva de paciente hígido segue a regra 6-2: sólidos (refeição leve) por 6 a 8 horas e líquidos claros por 2 horas — o abreviamento do jejum com carboidrato reduz resistência insulínica e desconforto, sem aumentar risco de broncoaspiração. Jejuns prolongados de 10-12 horas (A e D) são prática ultrapassada; bebida proteica (C) não esvazia como líquido claro. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Lactente saudável de 40 dias, que atualmente vive em uma unidade de acolhimento, é atendido em uma unidade básica de saúde (UBS) em sua primeira consulta desde o nascimento. Sua cuidadora informa que não foi realizado teste do pezinho.

- A respeito da indicação de coleta do teste do pezinho, assinale a alternativa correta. A O teste do pezinho pode ser coletado somente até o 28º dia de vida; dessa forma, a coleta não poderá ser realizada nesse lactente.
- B O teste do pezinho pode ser coletado apenas entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê; dessa forma, a coleta não poderá ser realizada nesse lactente.
- C A coleta do teste do pezinho deveria ter sido realizada na maternidade, logo nas primeiras 48 horas de vida do bebê, o que evitaria a situação atual.

D A coleta do teste do pezinho após o 28º dia de vida é uma condição de exceção, podendo ser realizada em caso de difícil acesso ao serviço ou de negligência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O período ideal de coleta do teste do pezinho é entre 48 horas e o 5º dia de vida, mas o exame NAO está perdido depois disso: a coleta após o 28º dia é admitida como exceção — dificuldade de acesso ao serviço, negligência ou situações de acolhimento como a do caso —, com a ressalva de que a sensibilidade para algumas doenças cai. Recusar a coleta (A e B) deixaria a criança sem triagem; C descreve o ideal, mas não responde a conduta. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Gestante de 25 anos é atendida em uma maternidade no primeiro estágio da fase ativa de trabalho de parto. Seu pré-natal foi de risco habitual e ela está com 40 semanas de gestação. Durante a ausculta intermitente, é detectada uma frequência cardíaca fetal mantida de 100 bpm. Diante disso, é realizada cardiotocografia, que mostra parâmetros normais, exceto a linha de base em torno de 102 bpm por um período de 10 minutos. A paciente não apresenta outros sinais ou sintomas de complicações, e o restante do exame físico está dentro dos parâmetros esperados para a fase ativa do trabalho de parto. Diante desse quadro clínico, a conduta adequada é

- A encaminhar a paciente para cesariana por se tratar de sofrimento fetal agudo.
- B administrar ocitocina e acelerar a ultimateção do parto por se tratar de sofrimento fetal agudo.
- C iniciar tocolíticos para reduzir a atividade uterina e aguardar melhora espontânea da frequência cardíaca fetal.

D administrar oxigênio e mudar a posição da gestante, reavaliando a frequência cardíaca fetal após alguns minutos. PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Linha de base entre 100 e 110 bpm por 10 minutos, com os demais parâmetros normais e sem outras anormalidades, e bradicardia leve — traçado sem sinais de sofrimento agudo. A conduta e a reanimação intrauterina: decubito lateral esquerdo, oxigênio, hidratação e reavaliação. Cesariana (A) e ocitocina (B) partem de um diagnóstico de sofrimento fetal que o caso não sustenta; tocolítico (C) não tem indicação em trabalho de parto de termo na fase ativa. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Um casal consulta com o médico de família e comunidade devido à preocupação da esposa com marido, que tem demonstrado compulsividade relacionada ao consumo de pornografia. Isso tem gerado discussões constantes entre eles, pois o homem é motorista por aplicativo e está deixando de trabalhar devido a este padrão de comportamento — o que tem impactado na situação financeira da família, que já é difícil. Ele relata que a prática começou como distração e alívio do estresse, mas admite que tem dificuldades para controlar esses comportamentos e reconhece as consequências que isso tem gerado para seu contexto familiar. Durante a consulta, o médico identifica sinais de baixa autoestima e de ansiedade nesse paciente. Diante desse relato, qual é o grau de motivação do paciente para a mudança de comportamento?

A Ação, visto que já planeja e cria condições para que uma mudança comportamental ocorra.

B Contemplação, visto que admite o problema e é ambivalente em relação ao seu comportamento. ✓

C Pré-contemplação, visto que reconhece o impacto do vício em seu relacionamento e em sua família.

D Preparação, visto que sua percepção sobre os efeitos do vício ainda é limitada, sem possibilidade de mudança.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente, o paciente que ADMITE o problema, reconhece as consequências, mas ainda oscila entre mudar e manter o comportamento — sem plano nem data — esta em contemplação. Pre-contemplação (C) e não reconhecer o problema; preparação (D) implica intenção e passos concretos nas próximas semanas; ação (A) e a mudança já em curso. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Homem de 55 anos procura atendimento em unidade básica de saúde (UBS) para renovar prescrição de losartana. Durante a consulta, relata dispneia aos esforços físicos moderados. Além disso, refere tosse pouco produtiva há alguns anos, o que atribui ao uso de 20 cigarros por dia há 20 anos. Radiografia do tórax revela alargamento dos espaços intercostais, sem outras alterações. Espirometria apresenta os seguintes resultados: Parâmetro Valor encontrado (pré- broncodi- latador) Valor encontrado (pós- broncodi- latador) Valor previsto (de acordo com sexo, idade, cor da pele e estatura do paciente) Volume expiratório forçado no 1º segundo (VEF1) 1,72 1,73 3,65 Capacidade vital forçada (CVF) 3,13 3,14 4,66 Relação VEF1/CVF 0,55 0,55 0,79 Diante dos achados, define-se doença pulmonar obstrutiva crônica. Nesse caso, de acordo com os critérios GOLD, a doença do paciente pode ser funcionalmente classificada em

A estágio 1.

B estágio 2.

C estágio 3. ✓

D estágio 4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na DPOC a gravidade funcional GOLD depende do VEF1 POS-broncodilatador em % do previsto, e não da relação VEF1/CVF (que só confirma a obstrução). Aqui: 1,73 dividido por 3,65 resulta em cerca de 47% do previsto — faixa de 30% a 49%, que corresponde ao GOLD 3 (grave). Acima de 80% seria GOLD 1, entre 50% e 79% GOLD 2 e abaixo de 30% GOLD 4. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Homem de 40 anos é levado a uma unidade de pronto atendimento após sofrer um acidente de trabalho enquanto utilizava uma máquina de esmerilhamento. Ele relata que um fragmento metálico de alta velocidade ultrapassou a proteção de seus óculos e atingiu seu olho direito. O paciente apresenta dor intensa no olho afetado, com perda parcial da visão e sensação de corpo estranho. O exame físico revela laceração na conjuntiva bulbar com extravasamento espontâneo de pequena quantidade de conteúdo gelatinoso pelo olho direito. Nesse momento, antes de encaminhar o paciente para o especialista, qual é a conduta adequada para o caso?

A Irrigar o olho afetado com solução salina estéril, fazer penicilina cristalina via endovenosa e reavaliar o paciente após 6 horas.

B Colocar escudo rígido sobre o olho afetado, iniciar fluoroquinolona endovenosa e verificar imunização antitetânica. ✓

C Aplicar colírio corticoide no olho afetado, colocar escudo rígido sobre ele e solicitar radiografia de órbita.

D Aplicar colírio antibiótico no olho afetado, realizar curativo oclusivo e prescrever analgesia endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Extravasamento de conteúdo gelatinoso após impacto de fragmento metálico em alta velocidade significa trauma ocular ABERTO. A regra é não manipular: proteger com escudo rígido (jamais curativo compressivo, que expulsa conteúdo intraocular), iniciar antibiótico sistêmico para profilaxia de endoftalmite, checar antitetânica, analgesia/antiemético e encaminhar. Irrigar (A) e comprimir (D) agravam a extrusão; corticoide tópico (C) está contraindicado no globo aberto. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Agrupadas no acrônimo TORCHSZ, as infecções congênicas e/ou perinatais são causas de significativa morbimortalidade neonatal. Os sinais e sintomas dessas enfermidades são similares, porém algumas características são mais sugestivas de determinada doença.

A partir do exposto, assinale a alternativa que relaciona corretamente sinais e sintomas e/ou achados de exames complementares com a doença. A Hidrocefalia, plaquetose, hepatoesplenomegalia e icterícia são achados mais comuns da toxoplasmose. ✓

B Rash macular com úlceras, plaquetopenia e alteração líquórica são achados típicos da rubéola congênita.

C Rinite serossanguinolenta, pseudoparalisia de Parrot, catarata e coriorretinite são encontradas na herpes simples.

D Catarata, persistência do canal arterial ou estenose pulmonar e retardo de crescimento intrauterino são achados mais comuns de citomegalovírus. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão se resolve por eliminação das trocas de rotulo. Rinite serossanguinolenta e pseudoparalisia de Parrot são da SIFILIS congênita, não do herpes (C); catarata com persistência do canal arterial ou estenose pulmonar e restrição de crescimento e a tríade da RUBEOLA, não do citomegalovírus (D); o rash vesiculoso com lesões ulceradas e alteração líquórica aponta herpes, não rubéola (B). Restam hidrocefalia, hepatoesplenomegalia e icterícia, compatíveis com toxoplasmose (que classicamente soma coriorretinite e calcificações difusas). Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Mulher, G2P1 (parto vaginal), é conduzida ao serviço de urgência obstétrica por estar desacordada, após ter apresentado dor abdominal súbita e desmaio em casa. Está com 35 semanas de gestação e é hipertensa crônica em uso de metildopa e nifedipina. Está inconsciente, apresenta tônus uterino aumentado, com batimento cardíaco fetal de 50 bpm, colo uterino fechado e com moderado sangramento escuro por via vaginal. Ela apresenta os seguintes dados vitais: Exame Resultado Frequência cardíaca materna 60 bpm Pressão arterial 80 x 60 mmHg Saturação de oxigênio 94% Diante desse quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e a conduta adequados.

A Descolamento prematuro de placenta; priorizar a estabilização hemodinâmica com reposição volêmica, posicionar a paciente em decúbito lateral e realizar a cesárea imediatamente. ✓

B Descolamento prematuro de placenta; iniciar a administração de reposição volêmica com cristaloides e com oxigênio e iniciar a monitorização contínua materno- fetal, enquanto a paciente é preparada para o parto vaginal induzido.

C Placenta prévia; iniciar a reanimação materna com cristaloides, oxigênio suplementar e administração de uterolíticos para diminuir o tônus e conter o sangramento, enquanto a paciente é transferida para o centro cirúrgico a fim de realizar avaliação de cesariana de urgência.

D Placenta prévia; realizar manobras de suporte à vida materna, como reposição volêmica com cristaloides e administração de oxigênio, e iniciar monitorização contínua materno-fetal enquanto a paciente é preparada para o parto vaginal induzido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertonia uterina, sangramento escuro, dor abdominal subita, choque materno e bradicardia fetal de 50 bpm compoem descolamento prematuro de placenta — placenta previa (C e D) cursa com sangramento vivo, INDOLOR e utero normotonico. Com feto vivo em sofrimento e mae instavel, a via de parto e a cesariana imediata, simultanea a reanimacao volemica e ao decubito lateral (que alivia a compressao aortocava). Preparar parto vaginal induzido (B) desperdica o tempo que o feto nao tem. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Os povos ciganos/Romani que vivem no Brasil possuem um estilo de vida não homogêneo, com uma cultura muitas vezes divergente. Portanto, é essencial que gestores e profissionais da saúde se aproximem dessa população e conheçam suas questões específicas. Nesse contexto, ao se fazer o planejamento de ações de saúde para essa população, é importante considerar que

A as questões de saúde são conduzidas por homens na maioria das comunidades ciganas/Romani, motivo pelo qual as mulheres não devem ir ao hospital sozinhas.

B a depressão e o suicídio são problemas de saúde nas comunidades ciganas/Romani, com maior incidência em mulheres, sendo motivados pelo racismo e por outras formas de violência. ✓

C as mulheres são as lideranças mais respeitadas por toda a comunidade cigana/Romani; por isso, para criar um vínculo de confiança com a comunidade, os agentes públicos de saúde devem iniciar a interlocução com elas.

D os povos ciganos/Romani optam, em sua grande maioria, por se manterem nômades, buscando formas alternativas de garantir saúde e educação, apesar de atualmente algumas famílias ciganas/Romani preferirem residências fixas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cuidado a população cigana/Romani exige reconhecer sua heterogeneidade e o racismo estrutural que a atinge: sofrimento mental, depressão e suicídio são problemas relevantes nessas comunidades, com maior peso entre as mulheres, ligados à discriminação e à violência. As demais alternativas generalizam estereótipos — nem a condução das questões de saúde é universalmente masculina (A), nem as mulheres são sempre as lideranças (C), nem a maioria mantém-se nômade (D), já que muitas famílias vivem em residências fixas. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Homem de 67 anos, com histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica há 10 anos e tabagismo há 50 anos, é levado à unidade de pronto atendimento com desconforto respiratório, tosse e confusão mental há 2 horas. Familiar relata que, nos últimos 5 dias, houve piora progressiva da dispnéia e aumento do volume de expectoração, além de mudança no aspecto dessa secreção, que passou de amarelo claro para verde escuro. Ao exame físico, encontra-se torporoso, com extremidades cianóticas e com sibilos e estertores difusos em todos os campos pulmonares. Considerando a situação apresentada, a condução clínica desse paciente deve incluir, obrigatoriamente corticoterapia

A sistêmica e acompanhamento ambulatorial.

B inalatória e acompanhamento ambulatorial.

C inalatória e internação hospitalar.

D sistêmica e internação hospitalar. PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação de DPOC com critérios de Anthonisen completos (piora da dispnéia, aumento do volume e purulência do escarro) e — o que define a gravidade — confusão mental, torpor e cianose. Isso é falência respiratória: internação obrigatória, com corticoide SISTÊMICO (5 dias), antibiótico, broncodilatador de curta e suporte ventilatório. Corticoide inalatório (B e C) não trata exacerbação; alta ambulatorial (A e B) em paciente torporoso e insustentável. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, 18 anos, chega ao pronto atendimento com dor abdominal em mesogástrico e epigástrico, de início insidioso e caráter progressivo, associada a náuseas e hiporexia. A evolução do quadro tem cerca de 24 horas. Ao exame físico, a dor abdominal é exacerbada pela tosse, há discreta diferença de temperatura entre a região axilar e a retal (+1,2 °C), além de dor à palpação profunda em região inferior direita do abdome. Exames laboratoriais mostram leucócitos 14.000/mm³ com 80% de neutrófilos, além de sumário de urina com 6 piócitos/campo. Com base no quadro clínico e laboratorial, qual achado clínico complementa o diagnóstico mais provável?

A Dor à punho-percussão na região lombar à direita.

B Crepitação na parede abdominal associada à presença de gás.

C Dor à palpação no hipocôndrio direito durante inspiração profunda.

D Dor à descompressão entre a espinha ilíaca ântero- superior e o umbigo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor periumbilical que migra, hiporexia, náuseas, leucocitose com desvio, dissociação axilo-retal e dor à tosse (sinal de Dunphy) desenhando apendicite aguda — piócitos discretos na urina são comuns pela proximidade do apêndice com o ureter e não afastam o diagnóstico. Falta o sinal clássico: Blumberg no ponto de McBurney, na união do terço lateral com os dois terços mediais entre a espinha ilíaca antero-superior e o umbigo. Giordano (A) sugere pielonefrite e Murphy (C), colecistite. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Menino de cinco meses é levado para consulta de rotina. Nasceu com idade gestacional de 28 semanas, com boa evolução na internação e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial. O bebê está bem, mas teve um episódio de infecção respiratória leve. A família está preocupada com eventuais complicações que o bebê possa ter, uma vez que o inverno está chegando e os pais querem proteger a criança. Nessa situação, a conduta médica mais adequada é indicar a

A administração da vacina anti-influenza de imediato e a restrição de visitas.

B administração de palivizumabe e orientar os cuidados essenciais de prevenção. ✓

C manutenção do calendário vacinal atualizado e o encaminhamento do bebê para a infectologia infantil.

D manutenção do calendário vacinal atualizado e a administração de omalizumabe em caso de infecções.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro de 28 semanas, hoje com 5 meses, entrando na sazonalidade do vírus sincicial respiratório: tem indicação de palivizumabe pelo SUS (nascidos com menos de 28 semanas, até 1 ano de idade), além das medidas gerais de prevenção — higiene das mãos, evitar aglomeração e tabagismo passivo, vacinação dos conviventes. Vacina de influenza (A) só a partir dos 6 meses de idade; omalizumabe (D) e para asma grave alérgica, nada tem a ver com o caso. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Primigesta de 24 anos chega à maternidade com queixa de cefaleia, febre e dores articulares leves há 5 dias. Relata que ontem houve piora da febre e surgimento de manchas pelo corpo, o que a fez procurar a emergência. O obstetra verifica o cartão do pré-natal e constata que ela está com 22 semanas de gestação e já realizou 3 consultas na unidade básica de saúde (UBS), sempre com sinais vitais normais e exames laboratoriais sem alterações. Ao exame físico, a paciente apresenta-se em bom estado geral, lúcida e orientada. Durante a análise clínica, foram obtidos os seguintes resultados: Exame Resultado Pressão arterial 90 x 70 mmHg Frequência cardíaca 82 bpm Saturação de O₂ 98% em ar ambiente Temperatura axilar 38,6 °C Altura uterina 20 cm Batimentos cardíofetais 142 bpm (regular) Após ouvir a história da paciente e examiná-la, o médico solicita um hemograma, cujo resultado é: Exame Resultado Valor de referência Hematócrito 38% 35 - 45% Hemoglobina 11,2 g/dL 12,0 - 16,0 g/dL Leucócitos totais 9.500/mm³ 4.500 - 11.000 /mm³ Plaquetas 28.000/mm³ 150.000 - 450.000/mm³ Nesse caso, qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta a ser adotada pelo obstetra?

A Dengue; internar imediatamente a paciente, iniciar hidratação venosa, dipirona endovenosa e realizar controle diário de plaquetas. ✓

B Chikungunya; colocar a paciente em leito de observação clínica, iniciar hidratação venosa, dipirona e, após terminar, liberar retorno ao pré-natal.

C Zika; colocar a paciente em leito de observação clínica, iniciar hidratação venosa, dipirona endovenosa e realizar controle diário de plaquetas.

D Febre de Oropouche; internar imediatamente a paciente, iniciar transfusão de plaquetas, paracetamol por via oral e, após a transfusão, liberar retorno ao pré-natal. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, artralgia, exantema e — o dado decisivo — plaquetas de 28.000 em gestante de 22 semanas: e dengue, e gestação já é por si critério de gravidade. Plaquetopenia dessa magnitude impõe internação, hidratação venosa, analgesia sem AAS ou AINE e hemograma seriado. Chikungunya (B) e zika (C) raramente provocam plaquetopenia grave, e liberar a paciente seria temerário; transfusão profilática de plaquetas (D) não está indicada apenas pelo número, sem sangramento. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Enchentes, secas, ondas de calor, tempestades tropicais, incêndios florestais e aumento do nível do mar estão diretamente relacionados à escalada dos determinantes sociais da saúde. Esses fatores podem levar ao aumento de doenças cardiovasculares, entre outras. Considerando a interferência desses fatores, assinale a alternativa correta com relação às ações de promoção da saúde.

A A exposição à poluição do ar pode acarretar no aumento do risco para hipertensão, diabetes e dermatite atópica, portanto, indica-se fechar as janelas da residência nos horários de maior fluxo de carros a fim de reduzir a exposição aos poluentes. ✓

B As plantações de milho para a produção de biocombustível configuram uma importante tendência no país uma vez que aumentam a oferta de empregos na economia verde e melhoram as condições de vida de pequenos e médios produtores rurais.

C A elevação da pressão arterial é um efeito comum das ondas de calor, por isso, é indicado aumentar as doses dos anti-hipertensivos, reforçar a hidratação e procurar fontes de sombra e refrigeração.

D As atividades de educação em saúde acerca do estresse climático são desaconselháveis nas escolas, devido ao risco de sofrimento emocional nas crianças e nos adolescentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra promoção de saúde diante do estresse climático. A poluição do ar aumenta risco cardiometabólico e alérgico, e uma medida domiciliar simples é reduzir a exposição nos horários de pico de tráfego. Aumentar a dose de anti-hipertensivo em onda de calor (C) é perigoso — o calor causa vasodilatação e desidratação, com risco de hipotensão e queda. Biocombustível (B) não é ação de saúde, e educação climática nas escolas (D) é recomendada, não desaconselhada. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Homem de 40 anos procura a unidade básica de saúde (UBS) relatando que está com tosse produtiva há 3 meses, associada a febre vespertina e perda de peso. Nega histórico de tuberculose. Na UBS, é realizado o teste rápido molecular (TRM) para tuberculose no escarro, com resultado positivo e resistência à rifampicina. Diante disso, esse paciente é encaminhado para o ambulatório de referência em tuberculose do município. Nessa situação, a conduta médica, baseada no resultado do TRM, é

A inadequada, devendo ser solicitada a baciloscopia no escarro; o encaminhamento do paciente deve ser cancelado enquanto aguarda o resultado da baciloscopia.

B adequada, sendo desnecessário aguardar a baciloscopia no escarro; o encaminhamento do paciente deve ser cancelado e deve ser iniciado o esquema básico imediatamente.

C adequada, sendo desnecessário aguardar a baciloscopia no escarro; o encaminhamento do paciente deve ser mantido e deve ser feito novo TRM, além de cultura e teste de sensibilidade. ✓

D inadequada, devendo ser solicitada a baciloscopia no escarro; o encaminhamento do paciente deve ser mantido, devido à necessidade de confirmação diagnóstica por centro especializado.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste rápido molecular detecta o DNA do *M. tuberculosis* e a resistência a rifampicina em duas horas: confirma o diagnóstico sem depender da baciloscopia (que só quantifica bacilos e não distingue espécie nem resistência). Detectada resistência, NÃO se inicia esquema básico (B): mantém-se o encaminhamento a referência, repete-se o TRM para descartar falso-positivo e solicita-se cultura com teste de sensibilidade para desenhar o esquema. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 33 anos, previamente saudável, após ter sido submetida a abdominoplastia em clínica privada, evoluiu com instabilidade hemodinâmica no pós-operatório imediato antes da alta. O cirurgião plástico que a operou pediu à família da paciente que a levasse para a unidade de pronto atendimento, onde chegou sem vida. À luz do Código de Ética Médica, deve-se considerar que o cirurgião plástico da situação descrita foi

A imprudente ao operar a paciente em clínica privada.

B imperito ao realizar o procedimento de abdominoplastia.

C negligente quanto à estabilização pré-transporte da paciente. ✓

D diligente ao solicitar aos familiares a rápida transferência da paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Instabilidade hemodinâmica no pós-operatório imediato exige estabilização e transporte em ambulância com suporte médico — entregar a paciente instável à família para que a leve por conta própria é omissão no dever de cuidado: negligência. Imprudência (A) seria agir com precipitação; imperícia (B) exigiria falha técnica no ato cirúrgico, que o enunciado não descreve; e não há nada de diligente (D) na conduta relatada. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Lactante previamente hígida comparece à consulta de puericultura com seu filho de 4 meses. Ela refere que voltará a trabalhar em 15 dias, por isso tem dúvidas quanto à oferta do leite materno. Considerando essa situação, assinale a alternativa que apresenta a orientação correta quanto aos cuidados adequados com a ordenha e o leite materno ordenhado.

A Para o descongelamento do leite materno, pode-se realizar a fervura ou o aquecimento em micro-ondas.

B Para a coleta de leite materno, pode-se realizar ordenha manual após higienização das mamas com álcool 70%.

C Para a conservação do leite materno, pode-se mantê-lo em congelador por até 15 dias a partir da primeira retirada. ✓

D Para o favorecimento da continuidade do aleitamento materno, pode-se oferecer em mamadeira o leite ordenhado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leite materno ordenhado pode ser mantido em congelador ou freezer por até 15 dias, contados a partir da PRIMEIRA retirada, e na geladeira por 12 horas. O descongelamento é feito em banho-maria morno, fora do fogo — nunca em fervura ou micro-ondas (A), que destroem fatores imunológicos e produzem aquecimento irregular. A higiene das mamas é feita apenas com água, sem álcool (B), e a oferta deve ser em copinho ou colher, evitando bico artificial (D). Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Menina de 14 anos vai à consulta na unidade básica de saúde (UBS), acompanhada de sua mãe, relatando preocupação, pois todas as suas amigas da mesma faixa etária já menstruaram, exceto ela. A paciente apresenta as mamas desenvolvidas e alguns pelos pubianos e, durante a consulta, apresenta muitas dúvidas em relação à menstruação. Nesse caso, após orientar a menina sobre ciclo menstrual e sobre métodos contraceptivos, a conduta adequada é

A solicitar exames complementares para investigação de amenorreia. ✓

B orientar a mãe e a filha a aguardarem a menstruação até os 16 anos.

C indicar teste de progesterona oral para confirmar amenorreia primária.

D solicitar ultrassonografia e dosagens hormonais para investigação de amenorreia. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 14 anos com telarca e pubarca já instaladas e sem menarca merece investigação de amenorreia primária — o intervalo entre o início da telarca e a menarca costuma ser de 2 a 3 anos, e esperar passivamente até os 16 anos (B) e conduta ultrapassada. O teste de progesterona (C) avalia trofismo endometrial e não 'confirma' amenorreia primária. A banca preferiu a conduta genérica de iniciar a investigação, e não a prescrição antecipada de uma bateria fechada de exames (D). Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Um médico de família e comunidade, atuante numa equipe fluvial, atende a uma população ribeirinha e a uma população indígena, ambas na região amazônica. Ele reconhece que essas duas populações vivem em regiões remotas. No entanto, é notável que elas apresentam diferenças culturais e de modos de vida.

A partir dessas informações, assinale a alternativa que apresenta a estratégia adequada a ser adotada pelo médico e por sua equipe no cuidado à saúde das populações mencionadas. A Utilização de profissionais de saúde nativos ou locais sem a necessidade de capacitação específica focada no paradigma biomédico, uma vez que eles já conhecem profundamente a cultura, as tradições e os hábitos dessas populações.

B Atendimento à população ribeirinha centrado em soluções biomédicas e tecnológicas, utilizando conhecimentos da medicina ocidental, enquanto o atendimento à população indígena deve ser pautado por suas próprias práticas de cuidado e cura.

C Incentivo e valorização das práticas de cuidado tradicionais, promoção do uso racional de medicamentos básicos pela população indígena e estímulo à participação local e à integração do saber acadêmico e do senso comum da comunidade ribeirinha. ✓

D Organização dos atendimentos das populações de forma padronizada, a partir da identificação das prioridades em saúde, considerando que as comunidades compartilham realidades geográficas e desafios semelhantes em relação ao acesso a cuidados médicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cuidado a populações ribeirinhas e indígenas parte da competência cultural: valorizar as práticas tradicionais de cuidado, promover uso racional de medicamentos e estimular a participação local, integrando saber acadêmico e saber comunitário. Dispensar capacitação dos agentes locais (A) fragiliza o cuidado; reservar a medicina ocidental a uma população e as práticas tradicionais a outra (B) é um falso dilema; padronizar atendimento por semelhança geográfica (D) apaga justamente as diferenças culturais citadas. Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Mulher de 45 anos foi levada para consulta na casa de saúde indígena da capital do estado, com febre (até 39°C), tosse, dor de garganta, cefaleia, mialgia e artralgia iniciados há cerca de 36 horas. Outros 5 pacientes da mesma comunidade indígena apresentaram quadro semelhante no mesmo período. No dia da consulta, a paciente começou a se queixar de leve falta de ar. Ao exame físico apresentava parâmetros dentro da normalidade, exceto pela febre (39 °C) e por estertores crepitantes na base pulmonar direita. Frequência respiratória de 22 irpm e pressão arterial é de 120 x 80 mmHg. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica, respectivamente, a hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada.

A Pneumonia viral; prescrever o uso de oseltamivir. ✓

B Tuberculose; solicitar pesquisa de BAAR no escarro.

C Pneumonia bacteriana; indicar o uso de ceftriaxona e amoxicilina.

D Resfriado comum; recomendar o uso de medicações sintomáticas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Surto de síndrome gripal em comunidade indígena (vários casos simultâneos em 36 horas), com crepitantes e dispnéia — quadro viral com pneumonite. Indígena e grupo prioritário: o oseltamivir deve ser iniciado por suspeita clínica, idealmente até 48 horas, sem aguardar exame confirmatório. Tuberculose (B) não explica surto agudo em dias; resfriado comum (D) não cursa com febre alta e crepitantes; ceftriaxona com amoxicilina (C) e associação redundante de betalactâmicos. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Mulher de 24 anos, previamente saudável, portadora de rim único, sofreu um acidente motociclístico há 7 dias. Foi levada a um hospital, onde foi submetida a craniectomia descompressiva e drenagem de hematoma subdural agudo. No entanto, há 1 dia, evoluiu com coma aperceptivo e ausência de reflexos de tronco encefálico. Diante disso, foi realizado o protocolo de morte encefálica, com confirmação diagnóstica. Testes laboratoriais mostraram função renal preservada, anti-HBs positivo e HBsAg negativo. Embora a paciente seja doadora de órgãos e tecidos, seu esposo se posiciona contra a doação, afirmando que isso interferirá em suas crenças. Com base na legislação pertinente, assinale a alternativa correta quanto à doação de órgãos nessa situação.

A A condição renal da paciente, embora seja saudável, contraindica a doação de órgãos.

B A doação de órgãos da paciente requer o consentimento e a autorização de seu esposo. ✓

C O poder público poderá intervir a favor do cumprimento do desejo de doação da paciente.

D Os resultados dos exames laboratoriais citados impossibilitam a doação de órgãos da paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil a doação post mortem depende de AUTORIZAÇÃO FAMILIAR escrita — cônjuge ou parente até segundo grau, com duas testemunhas (Lei 9.434/1997 com a redação da Lei 10.211/2001). A manifestação em vida do falecido, ainda que registrada, não vincula, e o poder público não pode se sobrepor à família (C). Rim único com função preservada não contraindica (A), e anti-HBs positivo com HBsAg negativo apenas indica imunização, não infecção ativa (D). Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Menino de 6 meses, saudável, é levado para consulta de rotina. Ele está em aleitamento materno exclusivo e a mãe busca orientações sobre a introdução alimentar, pois se trata de seu primeiro filho. Nesse caso, a conduta adequada é manter aleitamento materno e

A introduzir 1 refeição com composto lácteo.

B iniciar 1 refeição minimamente processada.

C oferecer suco de frutas e dar 2 papas de legumes.

D introduzir 1 refeição principal e 1 porção de fruta. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 meses, mantendo o aleitamento materno, inicia-se UMA refeição principal (papa salgada com cereal/tuberculo, leguminosa, proteína animal e hortaliças) mais uma porção de fruta ao dia, evoluindo para duas refeições principais por volta dos 7 meses. Suco de frutas (C) e desaconselhado antes de 1 ano; compostos lácteos e ultraprocessados (A) não entram no cardápio; 'refeição minimamente processada' (B) e vaga e não define a estrutura recomendada. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Mulher de 30 anos é encaminhada pelo médico da unidade básica de saúde (UBS) para avaliação com o ginecologista. Relata corrimento com odor fétido após o término da menstruação, nos últimos três ciclos menstruais, e apresenta o laudo da citologia cervical realizada na UBS: presença de epitélio escamoso e glandular, flora com lactobacilos e dentro dos limites da normalidade. Ao exame especular, observa-se corrimento abundante homogêneo, com vagina e colo uterino de aspecto normal e sem hiperemia. Teste com hidróxido de potássio, realizado na secreção vaginal, com a percepção de odor fétido e pH superior a 5,0. No exame a fresco da secreção vaginal, observam-se células guia (clue cells) no microscópio. Nesse caso, quais são, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento a serem prescritos?

A Vaginose citolítica; tratamento com banho de assento com bicarbonato de sódio.

B Tricomoníase; tratamento com metronidazol por via oral, ou em forma de creme vaginal.

C Candidíase; tratamento com miconazol creme vaginal, ou com fluconazol por via oral.

D Vaginose bacteriana; tratamento com metronidazol por via oral, ou em forma de creme vaginal, ou com clindamicina creme. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento homogêneo com odor fétido, pH acima de 4,5, teste das aminas (KOH) positivo e clue cells no exame a fresco: quatro critérios de Amsel — bastam três — para vaginose bacteriana. O tratamento é metronidazol oral ou tópico, ou clindamicina creme. Tricomoníase (B) cursa com colo em framboesa e protozoário móvel a fresco; candidíase (C) da corrimento grumoso com pH normal e prurido; vaginose citolítica (A) tem pH baixo e lactobacilos em excesso. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Homem de 45 anos, trabalhador da construção civil, comparece a uma unidade básica de saúde (UBS) devido à dor lombar iniciada há um mês, com piora progressiva, irradiada para o membro inferior direito, com maior intensidade ao final do expediente de trabalho, especialmente após carregar materiais pesados. Nega histórico de trauma, febre, perda de peso ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, há dor à palpação de musculatura paravertebral bilateral na região lombar, sem alterações neurológicas. Não há restrição de movimentos e a flexão está preservada. O exame de força e sensibilidade nos membros inferiores está normal, e os reflexos patelar e aquileu estão preservados. Lasègue negativo bilateralmente. Quais são as condutas adequadas a serem adotadas nesse caso?

A Solicitar ressonância magnética da coluna lombar, devido à irradiação da dor para membro inferior; prescrever anti-inflamatório não esteroide associado a paracetamol.

B Solicitar radiografia de coluna lombar, devido à duração e à irradiação da dor; prescrever corticoide sistêmico associado a paracetamol; encaminhar o paciente à fisioterapia.

C Não solicitar exames complementares, devido à duração da dor e reflexos preservados; prescrever corticoide sistêmico associado a relaxante muscular; orientar repouso por 5 dias.

D Não solicitar exames complementares, devido à ausência de sinais de alerta; orientar a prática de exercício físico; prescrever anti-inflamatório não esteroide associado a relaxante muscular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia mecânica de um mês, relacionada ao esforço, sem febre, sem perda de peso, sem trauma, com força, sensibilidade e reflexos preservados e Lasegue negativo: nenhuma bandeira vermelha e nenhum sinal de radiculopatia. Sem sinais de alerta, exames de imagem não mudam conduta e só geram achados incidentais (A e B). O manejo é analgesia/AINE com relaxante muscular, manutenção da atividade e exercício — repouso prolongado (C) piora o prognóstico, e corticoide sistêmico não tem indicação. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Homem de 22 anos comparece à unidade básica de saúde (UBS) com queixa de úlcera na região genital associada a "íngua na virilha". Ele afirma que, há cerca de 10 dias, observou lesão papular, única, indolor, localizada na glândula. Em pouco tempo, essa lesão evoluiu para ulceração local. Ao exame físico, o paciente apresenta, na glândula, úlcera única de fundo limpo e bordas elevadas, endurecidas e linfonodos inguinais palpáveis bilateralmente, não supurativos, móveis e indolores. Ao ser questionado, ele confirma ter tido relação sexual desprotegida cerca de 3 semanas antes do início dos primeiros sinais. Nesse caso, qual é o exame complementar indicado para o diagnóstico do paciente?

A VDRL sérico (Venereal Disease Research Laboratory). ✓

B Cultura de secreção uretral em meio de Thayer-Martin.

C Aspirado linfonodal com pesquisa de *Haemophilus ducreyi*.

D Pesquisa de corpúsculos de Donovan em esfregaço da lesão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital ÚNICA, indolor, de fundo limpo e bordas elevadas e endurecidas, com adenopatia inguinal bilateral indolor e não supurativa, surgindo 3 semanas após exposição: é o cancro duro da sífilis primária. A investigação se faz com testes treponêmicos e não treponêmicos — o VDRL e o exame disponível listado. Thayer-Martin (B) e para gonococo; *Haemophilus ducreyi* (C) causa cancro mole, doloroso e supurativo; corpúsculos de Donovan (D) são da donovanose, de evolução crônica e vegetante. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Mulher de 45 anos, sem comorbidades, é submetida a uma colecistectomia videolaparoscópica eletiva devido a colecistopatia crônica calculosa. O procedimento transcorre sem complicações, durando cerca de 40 minutos. No pós-operatório imediato, a paciente apresenta-se hemodinamicamente estável, com pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. Nega náusea e relata dor leve em região abdominal. De acordo com os protocolos multimodais de recuperação pós-operatória (ERAS e ACERTO), qual é a conduta adequada em relação à alimentação dessa paciente?

A Início de dieta líquida via oral após 6 horas do procedimento.

B Início imediato de dieta via oral, de acordo com sua vontade. ✓

C Início de dieta via oral após 24 horas do procedimento.

D Início imediato de dieta via oral, de forma escalonada. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Os protocolos ERAS e ACERTO derrubaram o dogma do jejum pos-operatório: após videolaparoscopia sem intercorrências, em paciente estável, sem náuseas e desperta, a dieta oral é liberada precocemente, ainda nas primeiras horas e conforme a vontade do paciente. Isso reduz íleo, tempo de internação e resistência insulínica. Esperar 6 (A) ou 24 horas (C) e conduta antiga; a progressão escalonada rígida (D) também foi abandonada nesse contexto. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Adolescente de 15 anos com fibrose cística comparece ao pronto-socorro com aumento da tosse produtiva, expectoração purulenta e febre iniciada há três dias. Ele relata piora da dispnéia, e sua mãe, que o acompanha, observa que ele tem tido mais dificuldade para realizar suas atividades diárias. Ao exame físico, o paciente apresenta moderado desconforto respiratório, com taquipnéia (frequência respiratória de 32 irpm), sibilos bilaterais e diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares. A saturação de oxigênio em ar ambiente é de 87%. Considerando o quadro clínico apresentado, a abordagem inicial é

A internar o paciente; iniciar oxigenoterapia e antibioticoterapia de amplo espectro intravenosa; e solicitar cultura de escarro. ✓

B internar o paciente; iniciar corticoterapia sistêmica; e realizar drenagem postural imediata com fisioterapia respiratória intensiva.

C realizar nebulização com broncodilatadores; prescrever antibioticoterapia oral domiciliar; e agendar acompanhamento em ambulatório especializado.

D realizar tomografia de tórax, gasometria arterial e exames séricos para avaliar melhor o grau de comprometimento pulmonar antes de iniciar tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação pulmonar de fibrose cística com febre, escarro purulento, taquipnéia e saturação de 87% em ar ambiente e quadro grave: internar, ofertar oxigênio, colher cultura de escarro (que guie o descalonamento, dado o risco de *Pseudomonas* e *Staphylococcus*) e iniciar antibiótico intravenoso de amplo espectro sem esperar resultado. Tratamento domiciliar oral (C) é insuficiente com hipoxemia; corticoide não é o eixo (B); investigar antes de tratar (D) atrasa a terapia que salva função pulmonar. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Paciente, G3P1A, gestação de 13 semanas, datada pela ecografia de 8 semanas, procura atendimento com queixa de sangramento vaginal há 3 dias, em pequena quantidade. A tipagem sanguínea anotada em seu cartão de pré-natal é

A negativo. Ela desconhece a tipagem sanguínea de seu companheiro. Ao exame ginecológico, nota-se sangramento vaginal em moderada quantidade e colo uterino fechado. Solicitado teste de coombs indireto, com resultado positivo. Diante desse contexto, a conduta médica adequada é A alertar a paciente sobre a inviabilidade da gestação.

B realizar imunoglobulina anti-RH, por via endovenosa, imediatamente.

C repetir o exame de coombs indireto e solicitar tipagem sanguínea do parceiro.

D encaminhar ao pré-natal de alto risco e indicar monitoramento por aloimunização. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante Rh negativo com Coombs indireto POSITIVO já está aloimmunizada — e aí a imunoglobulina anti-D perde a função, pois ela previne a sensibilização, não a reverte (B). Também não adianta repetir o rastreamento ou tipar o parceiro como conduta principal (C): o que muda o desfecho e o seguimento em pré-natal de alto risco, com titulação seriada e Doppler da artéria cerebral média para detectar anemia fetal. O sangramento não torna a gestação inviável (A). Resposta D.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Um médico recém-contratado para atuar como gerente de uma unidade básica de saúde (UBS) em uma cidade com 35.000 habitantes agendou uma reunião com a equipe para tratar de visitas domiciliares. Seu objetivo é propor uma investigação com enfoque em doenças crônicas não transmissíveis, na população residente com 18 anos ou mais de idade. O médico visa melhorar, em um curto período de tempo, o planejamento de cuidados de saúde dessa população. O desenho de pesquisa mais adequado para esse levantamento denomina-se

A estudo transversal. ✓

B estudo experimental.

C análise de caso-controle.

D análise de coorte prospectivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Levantamento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em uma população definida, em curto prazo, com exposição e desfecho medidos no MESMO momento: é o estudo transversal (seccional), desenho de escolha para planejamento e diagnóstico de situação de saúde. Coorte (D) exige seguimento no tempo; caso-controle (C) parte do desfecho para trás e serve à causalidade, não à prevalência; estudo experimental (B) implica intervenção alocada pelo pesquisador. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Mulher de 25 anos vai à consulta na unidade básica de saúde (UBS) com dor articular há 4 meses, edema e vermelhidão nas articulações metacarpo falangeanas e interfalangeanas proximais de ambas as mãos e também em punhos e joelhos. Refere rigidez matinal de 2 horas, mal-estar generalizado e sensação de febre. Nega lesões cutâneas ou alopecia. Fez uso de ibuprofeno, com alívio parcial das dores. Exame físico: à palpação das articulações acometidas presença de dor, espessamento sinovial, sem deformidades. Os exames indicam velocidade de hemossedimentação de 35 mm/hora (valor de referência [VR]: < 20 mm/hora); proteína C reativa de 12 mg/dL (VR: < 6 mg/dL); e fator reumatoide negativo (referência: negativo). Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento medicamentoso adequados.

A Osteoartrite; uso de paracetamol.

B Artrite reumatoide; uso de metotrexato. ✓

C Esclerose sistêmica; uso de prednisona.

D Lúpus eritematoso sistêmico; uso de cloroquina. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrose simétrica de pequenas articulações das mãos (metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais), poupando as distais, com rigidez matinal de 2 horas por mais de 6 semanas e provas inflamatórias elevadas: artrite reumatoide. Fator reumatoide negativo não exclui — cerca de 30% são soronegativas. O tratamento inicia com metotrexato o mais cedo possível. Osteoartrite (A) não da rigidez prolongada nem inflamação sistêmica; esclerose sistêmica (C) cursa com esclerodactilia e Raynaud; lúpus (D) exigiria outros critérios. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Homem de 35 anos, vítima de acidente de trânsito, com amputação traumática de membro inferior direito na região da perna, recebe atendimento no local do acidente. O exame clínico revela sangramento ativo e abundante na região da amputação. No momento, sua pele está pálida e fria, apresenta 13 pontos em Escala de Coma de Glasgow e seus sinais vitais são apresentados a seguir. Exame Resultado Pressão arterial 80 x 50 mmHg Frequência cardíaca 130 bpm Frequência respiratória 30 irpm Com base no protocolo do "X" ATLS, qual é a intervenção prioritária inicial para esse paciente?

- A Posicionar cânula orofaríngea.
- B Administrar fluidos intravenosos.
- C Manter a coluna cervical estabilizada.

D Colocar torniquete acima do local da amputação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O 'X' que antecede o ABCDE no ATLS e o controle da hemorragia EXSANGUINANTE: diante de amputação traumática com sangramento ativo e abundante e choque hemorrágico, a primeira intervenção é o torniquete proximal à lesão. Reposição volêmica (B) sem estancar a fonte apenas dilui e agrava a coagulopatia; via aérea (A) está preservada com Glasgow 13; a proteção cervical (C) é importante, mas não precede o controle do sangramento que mata em minutos. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Menino de 6 anos é levado para consulta por seus pais, por estarem preocupados com seu ganho de peso. Notaram escurecimento da pele da criança em região de pescoço e axilas, pensando que isso pode ser algum problema grave. O menino apresenta índice de massa corporal (IMC) entre +2 e +3 no escore Z e uma relação circunferência abdominal / estatura de 0,9. Ao exame físico, apresenta manchas escurecidas e aveludadas em região de pescoço e axilas. Nesse caso, as alterações clínicas e a conduta adequada, respectivamente, são

- A risco de sobrepeso e acantosis nigricans; iniciar hipoglicemiante oral.
- B eutrofia e acrodermatite; encaminhar o paciente para dermatologia.

C obesidade e acantosis nigricans; orientar alimentação e prática de esportes. ✓

- D sobrepeso e acrodermatite; encaminhar o paciente para endocrinologia infantil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 anos, IMC entre os escores Z +2 e +3 define OBESIDADE (acima de +3 seria obesidade grave), e a relação cintura/estatura de 0,9 confirma adiposidade central. As manchas escuras e aveludadas em pescoço e axilas são acantose nigricante, marcador cutâneo de resistência insulínica — não acrodermatite (B e D). A conduta de primeira linha e mudança de estilo de vida: alimentação e atividade física, com acompanhamento; hipoglicemiante (A) não se inicia sem diagnóstico de diabetes ou pré-diabetes. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Mulher de 65 anos procura atendimento médico na unidade de atenção primária. Relata que teve a menopausa aos 50 anos, com diagnóstico de osteoporose, confirmado por exame de densitometria óssea (T-score de -2,5). A paciente não apresenta histórico de fraturas, é obesa, sedentária e faz uso crônico de corticoides orais. Diante do caso, a conduta adequada é

- A reposição hormonal com estrógenos orais, restrição de atividade física de alto impacto, com nova avaliação após 1 ano.
- B calcitonina nasal, recomendando exercícios leves, além de sugerir aumento de ingestão de alimentos ricos em cálcio e em vitamina D.
- C vitamina D isolada associada ao aumento da ingestão de proteínas, recomendando atividades físicas de baixo impacto, com reavaliação após 1 ano.

D bisfosfonato oral, recomendando a prática regular de exercícios físicos (por 30 a 40 minutos, 3 vezes por semana) e a suplementação de cálcio e de vitamina D. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Osteoporose confirmada por densitometria (T-score de -2,5) somada a corticoterapia crônica — fator de risco independente para fratura — indica tratamento farmacológico já: bisfosfonato oral, sempre acompanhado de cálcio e vitamina D e de exercício regular com carga. Estrogênio oral (A) não é primeira linha aos 65 anos e restringir atividade física é contraproducente; calcitonina (B) tem eficácia antifratura baixa; vitamina D isolada (C) não trata osteoporose estabelecida. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Homem de 42 anos, pescador que mora próximo a um lago, é atendido em uma unidade básica de saúde (UBS) no norte de Minas Gerais. Ele relata dor abdominal intermitente, cansaço, febre baixa, hiporexia, episódios de diarreia há cerca de um mês e áreas de prurido em membros inferiores. No exame físico, apresenta hepatoesplenomegalia e distensão abdominal. Nos membros inferiores há lesões sugestivas de estrófulos. O hemograma mostra eosinofilia. Aguarda resultado de exame parasitológico de fezes pelo método Kato-Katz. Nesse caso, qual deverá ser a conduta de acordo com o resultado do exame?

- A Se o resultado for positivo, tratar o paciente com metronidazol e notificar ao SINAN.
- B Se o resultado for positivo, solicitar ensaio imunoenzimático (ELISA) para detecção de anticorpos IgG e confirmação da atividade da doença.

C Se o resultado for positivo, tratar o paciente com praziquantel e notificar no sistema de informação do programa específico da doença. ✓

- D Se o resultado for negativo, solicitar método de sedimentação espontânea de fezes (Hoffman) para descartar a principal hipótese diagnóstica. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Pescador da região de lago no norte de Minas com dermatite cercariana (estrofulo em membros inferiores), diarreia, hepatoesplenomegalia e eosinofilia: esquistossomose mansônica. Confirmado o parasitológico por Kato-Katz, trata-se com praziquantel em dose única e notifica-se no sistema de informação do programa de controle. Metronidazol (A) trata amebiose/giardiose. O ELISA (B) não mede atividade e não substitui o Kato-Katz; Hoffman (D) e método de sedimentação complementar, mas não é o desdobramento cobrado. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Homem de 25 anos vai à unidade de pronto atendimento (UPA) apresentando quadro de febre alta há 3 dias, associado a náuseas, mialgia, artralgia e leve dor em quadrantes superiores do abdome. Ao exame físico, o paciente encontra-se alerta, consciente e orientado; pressão arterial de 100 x 70 mmHg; frequência cardíaca de 110 bpm; e frequência respiratória de 18 irpm; pulsos cheios e extremidades quentes; fígado palpável a 3 centímetros do rebordo costal direito, levemente doloroso à palpação. Os exames laboratoriais iniciais do paciente revelam os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência (VR) Leucócitos totais 3.500 células/mm³ 4.000 a 10.000/mm³ Hematócrito 46% 39,9 a 52,1% Plaquetas 130.000/mm³ 150.000 a 450.000/mm³ Teste rápido de antígeno NS1 Positivo - Nesse caso, a conduta inicial mais adequada envolve A alta para acompanhamento ambulatorial diário e hidratação oral abundante e analgesia.

B hidratação oral abundante e sintomáticos, alta e orientação de retorno no primeiro dia após a cessação da febre.

C hidratação venosa e internação hospitalar em enfermaria para monitorização clínica e laboratorial. ✓

D internação em unidade de terapia intensiva (UTI) imediatamente para hidratação vigorosa e monitoramento contínuo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dengue com NS1 positivo e — o detalhe que muda tudo — dor abdominal e hepatomegalia dolorosa a 3 cm do rebordo costal: são SINAIS DE ALARME. Isso classifica o paciente no grupo C, cuja conduta é internação com hidratação venosa (10 mL/kg na primeira hora) e monitorização clínica e laboratorial seriada. Alta com hidratação oral (A e B) é apropriada para os grupos A e B, sem alarme. UTI (D) é reservada ao grupo D, com choque, sangramento grave ou disfunção orgânica. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Mulher de 47 anos apresenta dor abdominal no quadrante superior direito iniciada há 3 dias, associada a náuseas e vômitos. Ela relata que a dor, inicialmente intermitente, tornou-se constante e irradia para o dorso. O exame físico mostra icterícia leve, dor à palpação do quadrante superior direito e sinal de Murphy ausente. Os exames laboratoriais revelam elevação de bilirrubinas (sendo a direta predominante), aumento de fosfatase alcalina e gama-GT, amilase e lipase normais. A ultrassonografia abdominal evidencia múltiplos cálculos na vesícula biliar e dilatação das vias biliares. A colangiorressonância evidencia cálculo no ducto biliar comum (diâmetro de 9 mm), associado a dilatação do colédoco e das vias biliares intra-hepáticas. Nesse caso, a conduta médica adequada é

A prescrever antibióticos e acompanhar a paciente clinicamente até a resolução dos sintomas.

B solicitar tomografia computadorizada, antes de qualquer intervenção, para avaliar o estado da via biliar.

C realizar colecistectomia laparoscópica imediatamente, sem necessidade de outros exames ou intervenções.

D indicar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) para remoção dos cálculos na via biliar principal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia com predomínio de bilirrubina direta, fosfatase alcalina e gama-GT elevadas, amilase e lipase normais e colangiorressonância mostrando cálculo de 9 mm no colédoco com vias dilatadas: coledocolitíase. A conduta é a CPRE com papilotomia para desobstruir a via biliar principal, seguida de colecistectomia na mesma internação. Antibiótico isolado (A) não remove o cálculo; TC (B) é redundante após a colangiorressonância; colecistectomia isolada (C) deixaria o cálculo no colédoco. Resposta D.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Menina de 11 meses, nascida a termo é levada para avaliação médica pois a mãe está preocupada com o desenvolvimento da criança: está mais irritada, não senta sem apoio, não engatinha, e dorme pouco. A alimentação consiste de aleitamento materno complementado com a dieta da família, que é vegana. Faz suplementação de vitamina D (400 UI ao dia). O hemograma da criança revela leucócitos totais normais e diferencial de células sem alterações, além dos seguintes achados: Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina (Hb) 9,5 g/dL 10,5 a 13,5 g/dL Hematócrito (Ht) 34% 33 a 39% Volume corpuscular médio (VCM) 101 fL 70 a 86 fL Hemoglobina corpuscular média (HCM) 23 pg 23 a 31 pg Plaquetas 120.000/mm³ 200.000 a 500.000/mm³ Considerando o quadro descrito, a conduta adequada para essa criança é

A solicitar avaliação de nutricionista e iniciar suplementação de vitamina A e vitamina C.

B iniciar suplementação de ferro e vitamina B12 e solicitar acompanhamento com fisioterapia. ✓

C encaminhar para neurologista infantil e iniciar suplementação de ácido fólico e de vitamina B12.

D aumentar a dose de suplementação de vitamina D, iniciar ferro e manter acompanhamento de rotina. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente em dieta vegana materna com anemia MACROCÍTICA (VCM 101), plaquetopenia, irritabilidade e regressão/atraso do desenvolvimento motor: e deficiência de vitamina B12, cuja fonte é exclusivamente animal. O tratamento e reposição de B12 (com ferro, pois a deficiência costuma ser mista e mascara o VCM) e estimulação com fisioterapia. Vitaminas A e C (A) não corrigem o quadro; encaminhar ao neurologista (C) sem tratar a causa atrasa a recuperação; aumentar vitamina D (D) não tem relação com a anemia. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Mulher de 54 anos procura a unidade de pronto atendimento (UPA) com queixa de dor pélvica e de sangramento vaginal ativo, há 2 dias. Relata preocupação, pois não menstruava há 4 anos. Relata que a menopausa ocorreu aos 50 anos e que tem diabetes mellitus tipo 2, tratada com metformina desde os 41 anos. É sedentária, não fuma e nunca ingeriu bebidas alcoólicas. Apresentou os exames de mamografia e citologia de colo uterino, realizados há 4 meses, que mostraram BIRADS 2 bilateral na mamografia e citologia dentro dos limites da normalidade. Ao exame físico, a paciente encontra-se em bom estado geral, orientada, corada, com pressão arterial de 120 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 69 bpm e índice de massa corporal (IMC) de 32,3 kg/m². O exame especular revela pequeno sangramento vermelho vivo, saindo pelo orifício cervical externo, com colo do útero atrófico e sem lesões visíveis. O hemograma realizado na UPA revela os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 12,7 g/dL 11,5 a 14,8 g/dL Hematócrito 38% 35,4 a 45,9 % Leucócitos 7.800/mm³ 3.143 a 10.074/mm³ Plaquetas 324.000/mm³ 135.606 a 343.044/mm³ Considerando o caso descrito, a conduta adequada é

A solicitar ultrassonografia transvaginal e orientar o retorno à unidade básica de saúde. ✓

B solicitar ressonância magnética de pelve e orientar que a paciente procure um ginecologista.

C solicitar histeroscopia cirúrgica e orientar a paciente que procure uma unidade básica para ser referenciada.

D encaminhar a paciente para hospital, com urgência, para realizar curetagem uterina para controle e avaliação do sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa e cancro de endométrio ate prova em contrario, ainda mais com obesidade e diabetes — mas a paciente esta estavel, com hemoglobina normal e sangramento discreto. O primeiro passo e a ultrassonografia transvaginal para medir a espessura endometrial (acima de 4-5 mm, segue-se para biopsia/histeroscopia), com retorno a atencao primaria coordenando o caso. Ressonancia (B) nao e exame inicial; histeroscopia cirurgica (C) vem depois; curetagem de urgencia (D) so com sangramento volumoso ou instabilidade. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Homem de 61 anos procura uma unidade básica de saúde (UBS) de uma cidade grande desejando receber um pedido para colonoscopia, pois ouviu que é um exame preventivo necessário após os 50 anos de idade para detecção de câncer do intestino. Questionado pela médica da UBS, o paciente relata que não apresenta sintomas gastrointestinais, anemia, perda de peso ou histórico familiar de câncer de intestino.

Considerando-se que neste município existe ampla disponibilidade de recursos diagnósticos, e levando em conta as políticas públicas do Ministério da Saúde para rastreamento, que conduta inicial a médica deverá adotar nesse caso?

A Fornecer o pedido de colonoscopia para diagnóstico precoce ao paciente, para que ele busque realizar o exame no SUS por meio de ação judicial.

B Solicitar colonoscopia para diagnóstico precoce e informar o paciente da possível demora para sua realização, visto que não há suspeita de câncer.

C Solicitar exame de sangue oculto nas fezes, informando o paciente de que se trata de um exame indicado pelo SUS para rastreio de câncer do intestino. ✓

D Esclarecer que o SUS não prevê a realização de colonoscopia para rastreio de câncer de intestino e orientar o paciente a realizar o exame no setor privado.

COMENTÁRIO OSCELABS

O rastreamento de cancer colorretal preconizado pelo Ministerio da Saude no SUS para risco habitual e a pesquisa de sangue oculto nas fezes, com colonoscopia reservada aos resultados positivos ou a pacientes sintomaticos ou de alto risco. O paciente e assintomatico e sem historia familiar: nao ha indicacao de colonoscopia de entrada (A e B), muito menos de judicializacao. Dizer que o SUS nao oferece rastreio e empurrar para o setor privado (D) e informacao incorreta. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Homem de 50 anos, agricultor, procura atendimento médico na unidade básica de saúde (UBS) após mordedura de boi em antebraço esquerdo. A ferida é superficial, está limpa e apresenta sangramento local leve. O paciente relata que o animal não possui manifestações aparentes de raiva. Ele também afirma que o boi é de propriedade conhecida e pode ser mantido sob observação. Quando questionado, o paciente revela não ter histórico de vacinação prévia contra raiva. Considerando a profilaxia da raiva humana, deve-se limpar a ferida e

A observar o animal por 10 dias antes de decidir por qualquer intervenção adicional.

B dispensar observação do animal e liberar o paciente sem vacina antirrábica.

C iniciar imediatamente o esquema completo de vacinação antirrábica. ✓

D administrar imediatamente soro antirrábico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A perola é que a regra dos 10 dias de observação vale para CAO e GATO — não para herbívoros domésticos. Bovinos são espécie de risco para raiva (ciclo aéreo, transmitida pelo morcego hematofago) e a ausência de sinais no momento não afasta a infecção; por isso, mesmo em ferimento leve e com o animal disponível, indica-se lavar a ferida e iniciar de imediato o esquema completo de vacinação antirrábica em paciente nunca vacinado. Apenas observar (A) ou liberar sem profilaxia (B) deixa o paciente exposto; o soro (D) fica reservado aos acidentes graves. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Homem de 24 anos é atendido no serviço de emergência 20 minutos após ferimento por arma de fogo. O orifício de entrada do projétil localiza-se 2 cm lateralmente à linha hemiclavicular direita, ao nível do quarto espaço intercostal. O paciente apresenta pressão arterial de 120 x 82 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm e frequência respiratória de 19 irpm. O médico que o atende observa o seguinte: paciente normocorado e cooperativo; murmúrios vesiculares diminuídos em hemitórax direito; macicez difusa à percussão; e ausência do frêmito tóraco-vocal nesse mesmo lado do tórax. Durante a avaliação inicial, é realizada reposição volêmica, oferta-se oxigênio suplementar, são colhidos exames laboratoriais e é administrado ácido tranexâmico. Nessa situação, assinale a alternativa que apresenta o procedimento adequado a ser realizado.

A Toracotomia exploradora para retirada do projétil alojado no tórax.

B Toracocentese com agulha grossa, no segundo espaço intercostal direito.

C Drenagem pleural no quinto espaço intercostal, entre linha axilar anterior e média. ✓

D Drenagem pleural por meio do orifício de entrada do projétil, em aspiração contínua. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Macicez à percussão, murmúrio diminuído e fremito abolido no hemitórax ferido por projétil apontam HEMOTORAX — e sangue no espaço pleural se resolve com drenagem em selo d'água no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média. Toracocentese com agulha (B) e manobra do pneumotorax hipertensivo. Toracotomia (A) só se a drenagem der mais de 1.500 mL de imediato ou 200 mL/h; drenar pelo orifício da bala (D) contamina e amplia a lesão. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Menino de 10 anos, em atendimento ambulatorial, apresenta tosse persistente que o desperta à noite frequentemente, além de chiado no peito, de forma intermitente, há cerca de 10 meses. Os sintomas pioram durante a realização de atividades físicas, como correr e jogar futebol. Teve 2 crises recentes de “chiadeira” e cansaço, necessitando ir ao serviço de urgência. Foi diagnosticado com asma aos 5 anos e é medicado com salbutamol inalatório nos episódios de crise. A função pulmonar revela VEF1 de 70% do previsto, VEF1/CVF igual a 0,8 e aumento de 15% após uso de broncodilatador. Entre as opções a seguir, a indicação terapêutica adequada para o caso é

A antileucotrieno via oral diariamente, associado a corticoide por via inalatória durante as exacerbações.

B beta-agonista de longa duração (LABA), corticoide inalatório para alívio dos sintomas e beta-agonista de resgate durante as crises. ✓

C corticoide oral associado a beta-agonista de curta duração (SABA) para alívio dos sintomas durante as exacerbações.

D beta-agonista de longa duração (LABA) e corticoide oral nas crises, além de brometo de ipratrópio durante as exacerbações.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas noturnos frequentes, broncoespasmo ao exercício, duas exacerbações recentes e VEF1 de 70% em paciente que usa apenas salbutamol: asma não controlada, exigindo step-up para terapia de MANUTENÇÃO com corticoide inalatório associado a beta-agonista de longa duração, mantendo medicação de resgate. Antileucotrieno (A) é menos eficaz que o corticoide inalatório como controlador; corticoide oral (C e D) não é tratamento de manutenção em criança pelos efeitos adversos, e LABA nunca se usa isolado. Resposta B.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Mulher procura orientação na atenção primária preocupada com risco de câncer de mama. Pede orientação sobre quando deve iniciar rastreamento por mamografia. Relata que sua mãe teve câncer de mama aos 45 anos. Está assintomática e suas mamas não apresentam anormalidades ao exame. Nesse caso, considerando-se o uso racional de exames complementares e a segurança da paciente, qual é a conduta mais adequada?

- A Manter realização de exame clínico das mamas anualmente, sem a necessidade de exames complementares, e iniciar avaliação por mamografia após os 40 anos.
- B Iniciar rastreamento com mamografia a partir dos 40 anos, realizado a cada 2 anos, conforme recomendação para a população geral, devido à ausência de sintomas.
- C Manter acompanhamento clínico regular anual e iniciar mamografia após os 50 anos, uma vez que a paciente está assintomática e sem sinais clínicos de câncer.

D Iniciar rastreamento com mamografia a partir dos 35 anos, uma vez que o histórico de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos justifica o início precoce do rastreamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe com câncer de mama diagnosticado aos 45 anos coloca a paciente em grupo de RISCO ELEVADO — parente de primeiro grau com diagnóstico antes dos 50 anos. Nesses casos as sociedades de especialidade recomendam antecipar o rastreamento, iniciando por volta dos 35 anos, com periodicidade anual. As alternativas A, B e C aplicam a regra da população de risco habitual (mamografia bienal dos 50 aos 69 anos pelo Ministério da Saúde), ignorando a história familiar que reclassifica a paciente. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Criança de 6 meses e 15 dias é levada pela mãe para uma consulta de puericultura com a médica de família e comunidade devido à dificuldade de introdução alimentar, pois apresenta baixa aceitação das papas de frutas e de legumes. A mãe relata preocupação, pois o desenvolvimento da criança tem sido diferente da experiência que teve com o primeiro filho, que aceitou rapidamente as primeiras papas introduzidas aos 6 meses. A médica, então, revisa o prontuário e identifica que, em avaliações anteriores, a criança não apresentava sorriso social e não vocalizava nenhum tipo de som. Esses achados foram confirmados nesta consulta. Diante desse quadro, a conduta médica apropriada é

- A realizar o M-CHAT (Modified Children's Autism Test) e, se o resultado for positivo, encaminhar a criança para avaliação multidisciplinar.

B levar em consideração a preocupação da mãe sobre o desenvolvimento da criança e investigar fatores de risco sociofamiliares e sinais de alerta. ✓

- C aplicar o protocolo de observação para diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) a fim de diferenciar a suspeita de autismo e de outras deficiências.
- D encaminhar a criança ao neurologista para avaliação clínica e para a solicitação de exames de imagem, a fim de investigar o atraso de desenvolvimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 6 meses, ausência de sorriso social e de vocalização são sinais de alerta do desenvolvimento — somados a preocupação materna, que é por si um indicador de valor preditivo reconhecido. A conduta na atenção primária é acolher essa preocupação e investigar sinais de alerta e fatores de risco sociofamiliares (vínculo, estimulação, saúde mental materna, privação). O M-CHAT (A) só se aplica dos 16 aos 30 meses; protocolos de TEA (C) e neuroimagem (D) são precoces e não respondem a esta etapa. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Homem de 48 anos é encaminhado a um hospital para investigação de febre persistente. Na história patológica pregressa, o paciente apresenta diagnóstico de retocolite ulcerativa. À fundoscopia direita, é identificada lesão arredondada com borda eritematosa e centro pálido, medindo cerca de 8 mm de diâmetro. Durante o exame físico, além de palidez cutaneomucosa leve e sopro cardíaco sistólico de baixa intensidade, são constatadas hemorragias subungueais em alguns quirodáctilos. Com base nesses achados clínicos, a hipótese diagnóstica mais provável é de

A endocardite infecciosa. ✓

B leucemia mieloide aguda.

C vasculite leucocitoclástica.

D lúpus eritematoso sistêmico. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre persistente, sopro cardíaco, palidez e fenômenos embólicos/imunológicos — hemorragias subungueais em lâmina e lesão retiniana arredondada de centro pálido, a mancha de Roth — compõem a endocardite infecciosa, aqui com porta de entrada plausível na retocolite ulcerativa. Leucemia (B) não explica manchas de Roth com sopro e febre isolados; vasculite leucocitoclástica (C) cursa com purpura palpável; lúpus (D) exigiria outros critérios clínicos e sorológicos. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Homem de 41 anos, após queda de altura de 5 metros, foi levado a um hospital terciário com traumatismo crânioencefálico grave. O paciente foi submetido à neurocirurgia para drenagem de hematoma extradural e evoluiu com internação em unidade de terapia intensiva (UTI), onde permaneceu por 60 dias. Após esse período, ele faleceu por complicações associadas a sepse. Nessa situação, qual deve ser a conduta da equipe da UTI em relação à emissão do atestado de óbito?

A Fornecer o atestado de óbito, o que é responsabilidade da equipe médica que coordena e chefia a UTI.

B Encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), que tem a responsabilidade de emitir o atestado de óbito. ✓

C Encaminhar o corpo para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), que deverá realizar a necropsia e a emissão do atestado.

D Fornecer o atestado de óbito, o que é responsabilidade da equipe médica que estava de plantão na UTI no momento do óbito.

COMENTÁRIO OSCELABS

O que determina quem atesta é a CAUSA BÁSICA, não a causa imediata: a sepse foi apenas o elo final de uma cadeia iniciada por queda de altura, ou seja, causa externa. Morte por causa externa e morte violenta, e permanece assim mesmo depois de 60 dias de internação — o corpo vai ao Instituto Médico Legal, a quem cabe a necropsia e o atestado. Por isso nem o plantonista nem a chefia da UTI podem atestar (A e D). O Serviço de Verificação de Óbito (C) recebe mortes NATURAIS sem assistência médica. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Menino de 4 anos é levado a uma unidade de pronto atendimento (UPA) devido a dor abdominal e constipação. A mãe relata que a criança vem apresentando constipação importante desde o desfralde, que foi realizado antes dos dois anos de idade, com evacuações a cada 4 dias, fezes em cíbalos, esforço evacuatório e dor. O exame físico revela massa palpável em fossa ilíaca esquerda e dor abdominal difusa. Nesse caso, a conduta inicial adequada é

- A solicitar radiografia de abdome e coprológico funcional.
- B indicar desimpactação retal com lactulose e óleo mineral.
- C orientar sobre alimentação, ingesta hídrica e treinamento de toalete.
- D indicar desimpactação fecal com enema retal ou polietilenoglicol por via oral. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Constipação funcional desde o desfralde precoce, com fezes em cíbalos, esforço, dor e — o achado chave — massa palpável em fossa ilíaca esquerda: há IMPACTAÇÃO FECAL. Antes de qualquer manutenção, e preciso desimpactar, com polietilenoglicol por via oral em dose alta ou enema retal. Radiografia (A) não é necessária para diagnóstico clínico; orientações comportamentais (C) são essenciais, mas depois da desimpactação; lactulose e óleo mineral (B) servem à manutenção, não à desimpactação. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Primigesta com idade gestacional de 38 semanas procura a maternidade. Realizou pré-natal regular e todos os seus exames estão dentro da normalidade. Relata sentir ansiedade porque a data provável do parto se aproxima e ela ainda não tem sinais do início do trabalho de parto. Diante disso, expressa desejo de realizar uma cesariana para evitar possíveis complicações. Ao exame clínico, não foram identificadas alterações. Nesse caso, a conduta mais adequada é

- A conversar sobre os riscos da cesariana e, caso a paciente mantenha o desejo de realizá-la, agendar o procedimento a partir de 39 semanas de gestação. ✓**
- B expor que, devido aos maiores riscos da cesariana, o parto vaginal é a via de parto indicada em gestações de baixo risco e que, por isso, é inviável optar pela cesariana.
- C explicar que, em gestações de baixo risco, a cesariana por desejo materno só pode ser realizada antes do início do trabalho de parto, a partir de 41 semanas de gestação.
- D orientar sobre os riscos da cesariana e, caso a paciente mantenha o desejo de realizá-la, fazer o procedimento imediatamente, posto que a autonomia da gestante deve ser garantida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cesariana a pedido em gestação de baixo risco: o CFM e as diretrizes obstétricas admitem, desde que a gestante seja informada dos riscos comparativos, haja registro dessa decisão e o procedimento seja agendado a partir de 39 semanas completas — antes disso aumenta a morbidade respiratória neonatal. Recusar terminantemente (B) ignora a autonomia; exigir 41 semanas (C) e regra inexistente; operar imediatamente com 38 semanas (D) contraria o limite de segurança fetal. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Paciente de 40 anos vai à unidade básica de saúde (UBS) relatando parto há 15 dias e desejo de inserção de DIU. Nesse caso, assinale a alternativa que indica o momento da inserção e o principal mecanismo de ação do DIU de cobre.

- A A partir de 12 semanas após o parto; inibição da nidação ovular devido à alta concentração de cobre e afinamento do endométrio.

B De forma imediata no ambulatório de Ginecologia; espessamento do muco cervical, dificultando a mobilidade dos espermatozoides.

C No período de 4 a 6 semanas após o parto; ação inflamatória e citotóxica no endométrio pela liberação de íons de cobre na cavidade uterina. ✓

D De forma imediata na UBS; concentração de cobre no muco cervical, o que o torna mais fluido, inibindo a mobilidade dos espermatozoides. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

A inserção do DIU é recomendada nos 10 minutos após a dequitação ou, perdida essa janela, após 4 a 6 semanas do parto — no 15º dia o risco de expulsão e de perfuração no útero em involução contraindica a colocação imediata (B e D). O mecanismo do DIU de cobre é a reação inflamatória estéril e o efeito citotóxico/espermicida dos íons de cobre na cavidade, que inviabilizam espermatozoides antes da fecundação. Espessamento do muco (B) e mecanismo do sistema com levonorgestrel. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Mulher de 57 anos com diagnóstico de diabetes mellitus há 10 anos e uso regular de metformina 2 g/dia e gliclazida 60 mg/dia comparece à unidade básica de saúde (UBS). Durante a consulta, a pressão arterial média, aferida em 3 medições consecutivas com intervalos de 1 minuto, é de 154 x 94 mmHg. Ao revisar o prontuário, o médico observa que, nas últimas 3 consultas, os níveis pressóricos registrados também estavam acima de 140 x 90 mmHg. Além disso, o médico verifica exame prévio de albuminúria de 50 mg/g de creatinina (valor de referência: < 30 mg/g de creatinina). De acordo com a Diretriz Brasileira de Hipertensão e com base nesse quadro clínico e laboratorial, a conduta terapêutica inicial mais adequada para o tratamento da hipertensão consiste na prescrição de

A betabloqueador.

B diurético.

C inibidor da enzima de conversão. ✓

D bloqueador de canal de cálcio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético com hipertensão confirmada em múltiplas consultas e albuminúria de 50 mg/g: a albuminúria e o desequilíbrio. Inibidores da ECA (ou bloqueadores do receptor de angiotensina) reduzem a pressão intraglomerular e retardam a progressão da doença renal — são a primeira escolha nesse perfil. Betabloqueador (A) não é anti-hipertensivo de primeira linha sem indicação específica; diurético (B) e bloqueador de canal de cálcio (D) são boas opções de associação, mas sem o benefício nefroprotetor. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Menino de 4 anos é levado por sua mãe a uma unidade básica de saúde (UBS) para consulta. Ela refere que a criança apresenta, desde seu nascimento, uma tumoração no pescoço, cujo volume está aumentando. O exame físico releva tumoração arredondada de 1,5 cm de diâmetro, indolor, com pele íntegra, em linha média da região cervical anterior e móvel com o movimento de protrusão da língua. A mãe nega processos inflamatórios ou saída de secreção locais. Considerando essa situação, assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica.

A Cisto dermoide.

B Tireoide ectópica.

C Higroma cístico.

D Cisto tireoglosso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoracao cervical de LINHA MEDIA, presente desde o nascimento, indolor e que se MOVE com a protrusao da lingua e a assinatura do cisto do ducto tireoglossos — o trajeto embrionario mantem-se ligado ao osso hioide e a base da lingua. Cisto dermoide (A) e mediano, mas nao se desloca com a lingua; higroma cistico (C) e lateral, cervical posterior, transluminavel; tireoide ectopica (B) e rara e exige cintilografia antes de qualquer ressecao. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Menino de 4 anos é levado a unidade básica de saúde (UBS) por sua mãe, que relata que ele está com tosse persistente há mais de 3 semanas, febre baixa no final da tarde, cansaço e perda de apetite. Além dos pais, o menino reside também com o avô diagnosticado com tuberculose há 2 meses. Com base nos protocolos do Ministério da Saúde, a conduta para este caso é

A prescrever antibióticos de amplo espectro para tratar a tosse e solicitar retorno em 15 dias para avaliar se há melhora dos sintomas.

B iniciar tratamento empírico para tuberculose mesmo sem confirmação diagnóstica, haja vista o histórico de contato e os sintomas apresentados.

C solicitar radiografia de tórax e prova tuberculínica e explicar à família que esses exames são fundamentais para o diagnóstico de tuberculose pulmonar. ✓

D solicitar hemograma e radiografia de tórax para investigar tuberculose pulmonar e manter o menino afastado do avô até que este complete 6 meses de tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crianca com tosse por mais de 3 semanas, febre vespertina, adinamia e contato intradomiciliar com caso confirmado: alta suspeicao de tuberculose. Como crianas raramente sao bacilíferas e nao escarram, o diagnostico se faz pelo sistema de PONTUACAO do Ministerio da Saude, que combina quadro clinico, radiografia de torax, prova tuberculinica, contato e estado nutricional. Antibiotico de amplo espectro (A) apenas atrasa; tratar as cegas (B) sem pontuar e inadequado; afastar do avo (D) nao substitui a investigacao. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Secundigesta com idade gestacional de 18 semanas comparece à consulta na unidade básica de saúde (UBS) para iniciar seu pré-natal. Está assintomática e, ao exame clínico, não são identificadas alterações. A paciente, no entanto, relata que entrou em trabalho de parto espontâneo com 32 semanas em sua primeira gestação. Considerado o caso descrito, é indicado prescrever

A indometacina por via oral diariamente.

B pessário vaginal, após 22 semanas de gestação.

C progesterona por via intramuscular semanalmente.

D progesterona natural micronizada por via vaginal diariamente. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Historia de parto prematuro ESPONTANEO previo e a principal indicacao de profilaxia: progesterona natural micronizada por via vaginal, diaria, iniciada entre 16 e 24 semanas e mantida ate cerca de 36 semanas. A progesterona intramuscular semanal (C) perdeu forca apos ensaios negativos e nao e a recomendacao brasileira preferencial; o pessario (B) tem beneficio nao confirmado; indometacina (A) e tocolitico agudo, sem papel profilatico. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Mulher de 67 anos chega a uma unidade básica de saúde (UBS) acompanhada pelo filho. Ele relata que a mãe, há cerca de 30 minutos, passou a apresentar intensa dor de cabeça e dificuldade para falar. A paciente é hipertensa, faz uso de anti-hipertensivos, estatina e antiagregante plaquetário em dose profilática. Há 6 anos, sofreu um acidente vascular cerebral (AVC) sem sequelas. Durante o exame físico, pontuou 14 na Escala de Coma de Glasgow e apresentou seguintes sinais vitais: Exame Resultado Pressão arterial (PA) 150 x 95 mmHg Frequência cardíaca (FC) 90 bpm Frequência respiratória (FR) 20 irpm Saturação de oxigênio 95%. Nessa situação, qual é a conduta adequada a ser adotada pelo médico da UBS?

A Estabilizar a paciente na sala de observação da UBS, ofertar anti-hipertensivo via oral para redução da PA e solicitar exames de imagem.

B Acionar o Serviço Móvel de Urgência de imediato para encaminhamento ao serviço de urgência e estabilizar a paciente na UBS até a chegada da ambulância. ✓

C Administrar anti-hipertensivo sublingual e reavaliar a paciente após 30 minutos; caso não haja queda da PA, encaminhá-la para serviço de urgência.

D Medicar a paciente, com o objetivo de reduzir a PA dentro de 24 a 48 horas, e realizar seguimento ambulatorial para avaliar se houve reversão dos sintomas. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficit neurologico focal (disartria) de instalacao subita ha 30 minutos e AVC ate prova em contrario, e o unico recurso que muda desfecho e o tempo: acionar imediatamente o SAMU e estabilizar a paciente na unidade ate a remocao para servico com tomografia e trombolise. Reduzir a pressao (A, C e D) e erro classico — abaixo de 220x120 mmHg a hipotensao induzida compromete a penumbra isquemica —, e anti-hipertensivo sublingual esta proscrito pela queda abrupta e imprevisivel. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Homem de 45 anos com queixa de dor lombar, há 1 ano, é encaminhado da atenção primária para o ambulatório de reumatologia. O paciente é obeso, sedentário. Relata dor ao acordar e dificuldade de movimentação, que melhora após cerca de 2 horas. Utilizou diversos anti-inflamatórios não hormonais e analgésicos comuns, com melhora parcial e transitória. A radiografia de coluna lombar, realizada na unidade básica de saúde (UBS), revela redução de espaço L4-L5 com esclerose subcondral. O exame físico mostra uma redução na amplitude dos movimentos da coluna lombar, com um teste de Schober de 1 cm, e não há sinais de artrite ou de entesite. Considerando o diagnóstico mais provável, quais são as condutas médicas específicas para o caso?

A Solicitar o HLA-B37 e prescrever anti-inflamatórios hormonais.

B Solicitar provas de atividades inflamatórias e ressonância magnética de sacroilíacas. ✓

C Orientar sobre ergonomia e prescrever anti-inflamatórios não hormonais sob demanda.

D Orientar redução de peso, realização de sessões de fisioterapia e prescrever analgésicos opioides.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dor lombar aqui e INFLAMATORIA, nao mecanica: piora ao acordar, rigidez matinal prolongada que melhora com o movimento, mais de 3 meses de duracao e teste de Schober de apenas 1 cm (normal acima de 5 cm), indicando restricao real da mobilidade axial. Isso obriga a investigar espondiloartrite axial com provas inflamatórias e ressonancia de sacroilíacas — a radiografia normal nao exclui a forma nao radiografica. O marcador e o HLA-B27, nao B37 (A). Tratar como lombalgia mecanica (C e D) perde o diagnostico. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Lactente de 40 dias de vida, do sexo feminino, é levada para consulta por sua mãe. A criança tem história de icterícia e colúria progressivas desde a segunda semana de vida. Está em aleitamento materno, com boa aceitação e ganho ponderal, porém regurgita muito. A mãe relata que as fezes da bebê estão muito claras (acolia). O exame físico revela: paciente em bom estado geral; eutrófica; fígado de consistência firme, não nodular ou doloroso, a 3 cm do rebordo costal; baço a 1 cm do rebordo costal esquerdo. Tendo em vista essa situação, assinale a alternativa que contém, respectivamente, a principal hipótese diagnóstica e a conduta adequada para o caso.

- A Icterícia não obstrutiva prolongada, com bom ganho ponderal; solicitar gama-GT e aminotransferases.
- B Icterícia obstrutiva prolongada por doença metabólica; substituir leite materno por fórmula e solicitar função hepática.
- C Icterícia não obstrutiva prolongada, relacionada ao aleitamento materno, com evolução benigna; adotar conduta expectante.
- D Icterícia obstrutiva prolongada por atresia biliar; encaminhar a criança urgentemente para avaliação diagnóstica e tratamento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia que persiste além de 14 dias com COLÚRIA e ACOLIA fecal e colestase — bilirrubina direta — e, no lactente, significa atresia de vias biliares até prova em contrário, reforçada pelo fígado de consistência firme. O ganho ponderal preservado não tranquiliza. A conduta e encaminhamento URGENTE, porque a portoenterostomia de Kasai tem resultados muito melhores quando feita antes das 8 semanas de vida. Icterícia do leite materno (C) não cursa com acolia nem colúria; conduta expectante custa o fígado. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Menino de 10 meses é atendido em unidade básica de saúde (UBS) com história de febre alta iniciada há 4 dias (até 39 °C), com 3 picos por dia, inicialmente sem outros sintomas associados, evoluindo com exantema maculopapular em região cervical e tronco. Não apresentou febre nas últimas 18 horas.

- A respeito de possíveis diagnósticos diferenciais para o quadro apresentado, assinale a alternativa correta. A O diagnóstico de síndrome mão-pé-boca é mais provável, ainda que não tenham sido observadas vesículas na pele.
- B A anamnese e o exame físico exigem descartar laboratorialmente o diagnóstico diferencial de sarampo, pois se trata de menor de 1 ano.
 - C A anamnese e o exame físico são suficientes para o diagnóstico de exantema súbito, não havendo indicação de exames complementares. ✓**
 - D A presença de febre alta torna um quadro bacteriano mais provável, o que, associado à presença do exantema, sugere o diagnóstico de escarlatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta por 3 a 4 dias em lactente, que CESSA e é sucedida por exantema maculopapular em tronco e pescoço, com criança em bom estado: e exantema súbito (roseola, herpesvirus 6). O diagnóstico é clínico, sem necessidade de exames. Mão-pe-boca (A) exige vesículas em mãos, pés e cavidade oral; sarampo (B) cursa com exantema que surge COM febre alta, tosse, coriza e conjuntivite; escarlatina (D) da exantema micropapular aspero, língua em framboesa e faringite. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Paciente de 35 anos procura atendimento na unidade básica de saúde com ultrassonografia transvaginal que revela uma imagem cística anecóica, em seu ovário direito, medindo aproximadamente 6 cm no maior diâmetro, com contornos regulares e paredes finas, sem septações, conteúdo sólido ou vascularização interna. A paciente está assintomática, possui ciclos menstruais regulares e fluxo normal. Nega doenças crônicas ou cirurgias prévias. Diante dessa situação, a conduta adequada é

- A realizar dosagem sanguínea do CA 125.
- B indicar acompanhamento ginecológico de rotina.
- C indicar realização de ressonância magnética da pelve.
- D repetir a ultrassonografia transvaginal em até 12 semanas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cisto anecoico, de paredes finas, sem septos, sem componente sólido e sem vascularização em mulher na menarca e cisto SIMPLES, quase sempre funcional, com altíssima chance de regressão espontânea. A conduta é reavaliar com nova ultrassonografia em 8 a 12 semanas. CA 125 (A) não se pede em cisto simples na pré-menopausa (sofre em endometriose, miomas e até na menstruação, gerando ansiedade inútil); ressonância (C) fica para lesões indeterminadas; alta sem controle (B) é insuficiente para um cisto de 6 cm. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Paciente de 35 anos, contente por sua primeira gravidez, começa o pré-natal na unidade básica de saúde (UBS) de seu bairro. Durante a consulta de enfermagem, é identificado, no exame das mamas, um nódulo na mama direita. Quando informada sobre esse achado, a paciente relata que sua mãe teve câncer de mama aos 38 anos. Diante desse quadro, a conduta médica indicada é

- A requisitar biópsia do nódulo mamário guiada por ultrassonografia.
- B encaminhar a paciente para o ambulatório de gestação de alto risco.
- C solicitar ultrassonografia de mamas e considerar realização de mamografia com proteção abdominal. ✓**
- D aguardar o final da gestação para realizar investigação do nódulo a partir de ultrassonografia e de mamografia. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo mamário na gestação NÃO se acompanha esperando o parto (D) — a gravidez atrasa diagnósticos e piora prognósticos. A investigação começa pela ultrassonografia, exame de escolha na mama densa e lactante, e a mamografia pode ser feita com proteção abdominal quando necessária, com dose fetal desprezível. A biópsia (A) vem depois da imagem, se o achado for suspeito; encaminhar ao alto risco (B) não investiga o nódulo. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito A

Mulher branca de 47 anos comparece a consulta médica na unidade básica de saúde (UBS) queixando-se da presença de lesão escurecida, assimétrica e de bordas irregulares em antebraço esquerdo. Relata que, nas últimas quatro semanas, a lesão tem aumentado de tamanho e se tornado pruriginosa, com episódio de pequeno sangramento local. Considerando a situação apresentada, a principal hipótese diagnóstica da paciente é

- A melanoma. ✓**
- B queratoacantoma.
- C carcinoma basocelular.
- D carcinoma espinocelular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pigmentada Assimétrica, de Bordas irregulares, com mudança de tamanho (Evolução) em poucas semanas, prurido e sangramento espontâneo — os critérios ABCDE apontam melanoma, e sangramento e crescimento rápido são sinais de alarme que exigem biópsia excisional. Carcinoma basocelular (C) e lesão perolada com telangiectasias e ulceração central; espinocelular (D) e ceratótico/ulcerado em área fotoexposta; queratoacantoma (B) e nódulo com cratera central de crescimento rápido, não pigmentado. Resposta A.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Homem de 36 anos é levado a um hospital terciário pelo Serviço Móvel de Urgência após queda de altura de 4 metros. No atendimento pré-hospitalar, o paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (7 na Escala de Coma de Glasgow) e intubação orotraqueal. Foi observado hematoma subcutâneo em região frontoparietal direita, sem outras lesões aparentes e sem nenhum tipo de hemorragia externa. O paciente não havia ingerido álcool ou drogas, nem apresentava comorbidades. Segundo o ATLS, ao entrar na sala de emergência do hospital, qual deverá ser a conduta prioritária?

A Realização de tomografia de crânio, tórax e abdome.

B Administração de ácido tranexâmico e volume.

C Avaliação das vias aéreas do paciente. ✓

D Estabilização da coluna cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ATLS não muda de ordem porque o trauma e cranioencefálico: a chegada à sala de emergência recomeça pelo A. Mesmo intubado no pré-hospitalar, a primeira tarefa é confirmar a via aérea — posição e permeabilidade do tubo, ventilação simétrica, capnografia —, já que extubação ou intubação seletiva no transporte são causas frequentes e reversíveis de hipóxia, que é o maior determinante de lesão cerebral secundária. Tomografia (A) só após estabilizar; tranexâmico (B) não precede o A. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Menino de 7 anos é levado à unidade de pronto atendimento com dor abdominal intensa e febre intermitente nos últimos 3 dias. Segundo relato da mãe, ele apresentou um quadro gripal há cerca de uma semana. Ao exame físico, o paciente apresenta púrpura palpável localizada principalmente nos membros inferiores e nas nádegas, além de edema nos tornozelos e dor nas articulações dos joelhos e cotovelos. A dor abdominal é difusa e não é aliviada com analgesia simples. Testes laboratoriais mostram proteinúria leve e hematúria microscópica.

A hipótese diagnóstica, com justificativa correta para o caso, é A doença de Kawasaki; presença de febre e envolvimento articular.

B Artrite reumatoide juvenil; presença de febre, edema articular e dor.

C Lúpus eritematoso sistêmico; artralgia, púrpura palpável e achados urinários.

D vasculite por imunoglobulina A; púrpura palpável, dor abdominal e achados urinários. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Púrpura PALPÁVEL em membros inferiores e nádegas, dor abdominal, artralgia e comprometimento renal (hematuria e proteinúria) após infecção de vias aéreas: é a tríade/tétrade da vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein), a vasculite mais comum da infância. Kawasaki (A) exige febre por 5 dias com conjuntivite, alteração de mucosas e extremidades; artrite idiopática juvenil (B) não dá púrpura; lúpus (C) é raro nessa idade e cursaria com outros critérios. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Múltipara de 43 anos, lactante no 2o mês de amamentação, procura atendimento afirmando área de hiperemia e dor no quadrante superior-lateral de mama esquerda, há 5 dias. Relata que, inicialmente, a área afetada era próxima à aréola e que depois foi se estendendo para a região axilar homolateral. Verifica-se ponto de flutuação e adenopatia dolorosa na axila esquerda. Paciente febril no momento do atendimento. Diante desse quadro, deve-se realizar

A drenagem cirúrgica sobre o ponto de flutuação, com prosseguimento de amamentação em ambas as mamas. ✓

B drenagem com agulha fina guiada por ultrassonografia, com prosseguimento de amamentação pela mama contralateral.

C antibioticoterapia durante 7 dias, com lactação mantida, desde que o leite produzido pela mama afetada seja fervido antes de oferecê-lo.

D mamografia para descartar carcinoma inflamatório de mama, seguida de punção esvaziadora e de suspensão de amamentação até o resultado do anatomopatológico. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Mastite que evoluiu com PONTO DE FLUTUACAO ja e abscesso mamario: antibiotico isolado nao resolve colecao formada (C, que ainda comete o erro de mandar ferver o leite). O tratamento e a drenagem sobre o ponto de flutuacao, associada a antibiotico, e — ponto sensivel — a amamentacao deve ser MANTIDA nas duas mamas, pois o esvaziamento e parte do tratamento e o leite nao oferece risco ao lactente. Suspender a lactacao e pedir mamografia de imediato (D) atrasa a drenagem. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Mulher comparece na unidade básica de saúde (UBS) com seus dois filhos, um menino de 8 anos e uma menina de 13 anos, buscando orientações quanto à vacinação contra o HPV. Diante desse quadro, qual a orientação correta?

A O menino e a menina podem receber dose única nessa visita.

B O menino e a menina podem receber a primeira dose nessa visita e agendar a segunda dose em 60 dias.

C A menina não deve ser vacinada e o menino poderá receber a primeira dose ao completar 11 anos.

D A menina pode ser vacinada em dose única nessa visita e não há indicação para que o filho seja vacinado agora. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde 2024 o Programa Nacional de Imunizacoes adota DOSE UNICA da vacina HPV quadrivalente para meninas e meninos de 9 a 14 anos. A menina de 13 anos esta na faixa e recebe a dose unica na propria visita; o menino de 8 anos ainda nao alcançou a idade minima e deve retornar aos 9 anos. O esquema de duas doses com intervalo (B) foi substituido, e nao ha razao para deixar a menina sem vacinar (C). Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Homem de 42 anos é internado para investigação de episódios recorrentes de dor epigástrica de forte intensidade com irradiação para o dorso, com diversas avaliações em serviços de pronto-atendimento, sem diagnóstico conclusivo. Ultrassonografia abdominal sem sinais de litíase ou de dilatação de vias biliares. Relata uso diário de bebida alcoólica desde os 16 anos. Considerando o caso apresentado, assinale a alternativa que indica, respectivamente, o exame complementar e a conduta terapêutica adequados.

A Tomografia computadorizada de abdome; administração de amitriptilina. ✓

B Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada; administração de gabapentina.

C Tomografia computadorizada de abdome; administração de ácido ursodesoxicólico.

D Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada; administração de enzimas pancreáticas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica recorrente com irradiação dorsal em etilista de longa data, sem litíase e sem dilatação biliar, aponta pancreatite crônica alcoólica. A tomografia de abdome e o exame inicial, mostrando calcificações, atrofia e ductos irregulares. Para a dor crônica, de componente neuropático, usam-se adjuvantes como antidepressivos tricíclicos, além da abstinência. Enzimas pancreáticas (D) tratam insuficiência exócrina/esteatorreia; a CPRE (B e D) é terapêutica, não diagnóstica inicial; ursodesoxicólico (C) não tem papel. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Homem de 20 anos, pedreiro, é atendido em um pronto-socorro após cair de um andaime a uma altura de, aproximadamente, 2 metros, com impacto direto na região urogenital. Refere impossibilidade de micção espontânea. O exame físico revela equimose em “asa de borboleta” no períneo, uretrorragia e globo vesical palpável abaixo da cicatriz umbilical. Frente ao quadro clínico desse paciente, qual é a conduta médica mais adequada?

A Passagem de sonda vesical de demora.

B Realização de cistostomia por punção. ✓

C Estímulo com diurético endovenoso.

D Incremento da hidratação venosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uretrorragia, equimose perineal em asa de borboleta e globo vesical após trauma pélvico/perineal formam a tríade da lesão de uretra — e a regra de ouro é NAO sondar (A), sob risco de converter uma lesão parcial em completa e criar falso trajeto. A drenagem urinária deve ser feita por cistostomia suprapúbica por punção, com uretrografia retrógrada para definir a lesão. Diurético (C) e hidratação (D) apenas aumentam a distensão vesical de um paciente que não consegue urinar. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Menina de 2 anos e 6 meses é atendida em uma unidade básica de saúde (UBS). A mãe relata que a criança consome cerca de um litro de leite de vaca por dia e ingere pouca carne. O médico observa palidez cutâneo-mucosa e solicita exames. Os resultados são apresentados a seguir. Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina (Hb) 9,0 g/dL 10,5 a 13,5 g/dL Hematócrito (Ht) 27,5% 33 a 39% Volume corpuscular médio (VCM) 64 fL 70 a 86 fL Ferritina 12 ng/mL 20 - 100 ng/mL Obs: anisocitose + O médico inicia tratamento com ferro elementar na dose de 2 mg/kg/dia. Após 3 meses, exames foram repetidos, conforme tabela a seguir. Exame pós tratamento Resultado Valor de referência Hemoglobina (Hb) 9,2 g/dL 10,5 a 13,5 g/dL Hematócrito (Ht) 27,9% 33 a 39% Volume corpuscular médio (VCM) 68 fL 70 a 86 fL Ferritina 15 ng/mL 20 - 100 ng/mL Obs: anisocitose + Com relação ao tratamento e à conduta desse paciente é correto afirmar que a A resposta é a esperada para o tratamento; devendo-se manter o tratamento atual por mais 3 meses e reavaliar laboratorialmente.

B resposta à administração de ferro oral é resistente; deve-se repor com ferro endovenoso e investigar a má absorção por doença celíaca.

C falha terapêutica é sugestiva de outra causa da anemia microcítica; deve-se considerar hipótese de traço talassêmico e encaminhar a paciente para hematologista.

D falha terapêutica deve-se a persistência de fatores de risco relacionados à alimentação e à subdose de ferro elementar; deve-se aumentar a dose e orientar a alimentação. PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia ferropriva (VCM 64, ferritina 12, anisocitose) que praticamente não respondeu em 3 meses tem duas explicações óbvias no próprio enunciado: a dose usada foi SUBTERAPEÚTICA — o tratamento exige 3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar, não 2 — e o fator de risco alimentar persiste, com 1 litro de leite de vaca por dia, que inibe a absorção e causa microsangramento intestinal. Antes de rotular como falha refrataria e partir para ferro endovenoso (B) ou talassemia (C), corrija dose e dieta. Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Paciente de 27 anos, G1P0, comparece à unidade de pronto atendimento apresentando dor pélvica leve e sangramento vaginal discreto há 6 horas. Refere data da última menstruação (DUM) há 7 semanas. Ao exame físico, tem-se sinais vitais normais e exame abdominal normal. Ao exame especular, nota-se sangramento em pequena quantidade, vivo, oriundo do orifício externo do colo uterino. Títulos de beta-hCG realizados há dois dias eram de 2.500 mUI/mL. Títulos de beta-hCG realizados no pronto-socorro são de 3.500 mUI/mL. Foi solicitada ultrassonografia transvaginal, que demonstrou ausência de saco gestacional intrauterino e presença de massa anexial à direita, medindo 3 cm, contendo no seu interior imagem compatível com embrião, sem batimentos cardíacos. Com base no quadro clínico e nos achados dos exames complementares, a conduta mais adequada a ser realizada nessa paciente é

A laparoscopia imediata, considerando os níveis em ascensão de beta-hCG e o tamanho da massa anexial.

B tratamento com metotrexato intramuscular, considerando os níveis de beta-hCG e o tamanho da massa anexial. ✓

C laparotomia imediata, considerando os níveis em ascensão do beta-hCG e a presença de embrião na massa anexial.

D monitoramento com ultrassonografia transvaginal e beta-hCG em 48 horas, considerando os níveis em ascensão de beta-hCG.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação ectópica INTEGRAL em paciente estável, com beta-hCG de 3.500 (abaixo de 5.000), massa anexial de 3 cm (abaixo de 3,5-4 cm) e embrião SEM batimentos cardíacos: reúne todos os critérios para tratamento clínico com metotrexato intramuscular, preservando a tuba. Cirurgia imediata — laparoscopia (A) ou laparotomia (C) — fica para instabilidade, ruptura ou falha do metotrexato. Conduta expectante (D) não se aplica com hCG em ascensão e massa com embrião. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Mulher de 55 anos, ao visitar seu pai, de 82 anos, com Doença de Alzheimer, em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI), suspeita de maus-tratos, uma vez que o encontrou restrito ao leito, com fraldas sujas e fácies de dor. Ela já havia presenciado outros idosos residentes passarem por situações semelhantes a essa na mesma instituição. Ao ser questionada, a equipe responsável responde que a restrição de mobilidade no leito foi efetuada porque o paciente se encontrava agitado pela manhã. Quanto à higiene do idoso, a equipe alega falta de profissionais para realizar as trocas de fraldas. Tendo em vista o que dispõe o Estatuto do Idoso, de que maneira a situação descrita pode ser qualificada?

A A decisão dos familiares de manter o paciente em uma ILPI configura ato de violência contra o idoso.

B A situação descrita é justificável do ponto de vista institucional por se tratar de paciente agitado e com demência.

C A presença de negligência, caracterizada pela omissão na prestação de cuidados, configura-se como uma forma de violência institucional. ✓

D A situação caracteriza violência patrimonial, pois os recursos financeiros do idoso não estão sendo empregados para garantir os cuidados de que necessita.

COMENTÁRIO OSCELABS

Restrição no leito como resposta a agitação e fraldas não trocadas por falta de pessoal configuram OMISSÃO no dever de cuidado — negligência —, e como parte de um padrão repetido na instituição, caracteriza violência institucional, prevista no Estatuto da Pessoa Idosa e de notificação compulsória. Falta de pessoal não justifica (B). Institucionalizar um idoso não é, em si, violência (A). Violência patrimonial (D) envolveria apropriação de bens ou recursos, o que o caso não descreve. Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Homem de 68 anos em quimioterapia paliativa para câncer gástrico avançado é internado devido à queda do estado geral e dispnéia. Ao ser atendido, apresenta Saturação de O₂ de 86%, sendo prescrita oxigenioterapia. A tomografia computadorizada de tórax evidencia padrão sugestivo de extensa linfangite carcinomatosa bilateral e pequeno derrame pleural à esquerda. Apesar do registro em prontuário da “diretiva antecipada de vontade” de não ser submetido a procedimentos invasivos, um de seus filhos insiste que o paciente seja submetido à ventilação mecânica invasiva. Nesse caso, a conduta adequada diante da piora respiratória do paciente é

A realizar a intubação orotraqueal.

B prescrever morfina por via parenteral. ✓

C realizar toracocentese terapêutica à esquerda.

D instituir ventilação não invasiva seguida de intubação orotraqueal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diretiva antecipada de vontade registrada em prontuário tem validade ética e prevalece sobre o desejo de familiares: o paciente recusou procedimentos invasivos, o que exclui intubação (A e D). Em doença oncológica avançada com linfangite carcinomatosa, a dispnéia e refrataria, e o tratamento de escolha é o opioide parenteral, que reduz a percepção da falta de ar sem apressar o óbito. Toracocentese (C) não alivia derrame pequeno que não explica a hipoxemia. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito B

Menino de 6 anos é levado ao pronto-socorro pediátrico por sua mãe, que relata que a criança introduziu um objeto metálico pequeno no nariz enquanto brincava. O paciente apresenta obstrução nasal à direita, sem outros sintomas significativos. Radiografia em mentonaso dos seios da face revela uma imagem radiopaca circular com duplo contorno em fossa nasal direita. Nesse caso, qual é a conduta médica adequada?

A Alta médica, com encaminhamento para consulta com otorrinolaringologista.

B Transferência para centro de referência, para nasofibroscopia imediata. ✓

C Internação no pronto-socorro, para lavagem e aspiração nasal.

D Internação hospitalar, para realização de rinoscopia eletiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Imagem radiopaca circular com DUPLO CONTORNO (sinal do halo) e pilha botão até prova em contrário — e não um objeto metálico inerte. A corrente elétrica gera necrose liquefativa da mucosa em poucas horas, com risco de perfuração septal e sinequias: a remoção é EMERGENCIAL, com transferência imediata para serviço com nasofibroscopia. Alta com encaminhamento eletivo (A) e rinoscopia eletiva (D) desperdiçam a janela; lavagem e aspiração (C) não removem e podem empurrar o objeto. Resposta B.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Menino de 6 anos está internado e em tratamento da leucemia linfoblástica aguda (LLA). Tem indicação de transplante de células-tronco hematopoéticas — transplante de medula óssea (TMO). Com relação a essa modalidade de tratamento, assinale a alternativa correta.

A O encaminhamento desse paciente para o centro de referência para TMO deve ser realizado o quanto antes.

B A inscrição do paciente em centro de referência para TMO deve ser realizada tão logo seja detectada falha na terapia de indução. ✓

C O exame de compatibilidade em todos os familiares de 1º grau deve ser realizado antes da inscrição em centro de referência para TMO.

D O encaminhamento desse paciente para centro de referência para TMO deve ser realizado somente após a alta hospitalar, via ambulatorial. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Na leucemia linfoblástica aguda pediátrica, a maioria cura so com quimioterapia — por isso o transplante não é indicado de saída, mas em grupos de alto risco, sendo a falha na terapia de INDUÇÃO (doença residual persistente) o gatilho clássico para inscrever o paciente em centro de referência. Encaminhar 'o quanto antes' (A) ou apenas após a alta (D) ignora o critério; tipar toda a família de primeiro grau (C) não precede a inscrição, que já aciona a busca de doador. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Mulher de 45 anos, G2P2, retorna ao ambulatório de ginecologia do hospital escola para o resultado da biópsia de colo uterino realizada há 20 dias. A biópsia evidenciou NIC III, sendo a paciente informada pela residente que ela terá que realizar uma conização do colo uterino para remoção da lesão e prevenção do câncer. Após as explicações, a paciente solicita que já se faça histerectomia para evitar problemas futuros. Diante da solicitação da paciente, a médica deverá informar que a

A histerectomia é um procedimento mais indicado do que a conização, por se tratar de um tumor in situ.

B histerectomia é um procedimento mais indicado do que a conização, já que a paciente tem prole constituída.

C conização é um procedimento menos invasivo e necessário para afastar a hipótese de microinvasão pelo tumor. ✓

D conização é um procedimento menos invasivo e suficiente para o tratamento da paciente, uma vez que se trata de um tumor in situ.

COMENTÁRIO OSCELABS

NIC III e lesão intraepitelial de alto grau, mas o diagnóstico veio de BIÓPSIA — amostra parcial. A conização é ao mesmo tempo terapêutica e diagnóstica: só o exame da peça inteira afasta microinvasão, que mudaria completamente o estadiamento e o tratamento. Por isso não se parte para histerectomia (A e B) sem antes conizar — seria tratar as cegas e, se houvesse invasão, uma cirurgia insuficiente. Dizer que a conização já é suficiente (D) antecipa uma conclusão que depende do anatomopatológico. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Paciente de 38 anos, morador de uma zona urbana não endêmica e sem história de viagens recentes para regiões de risco, vai à unidade básica de saúde (UBS) apresentando histórico vacinal de febre amarela há 9 anos. Ele relata ao médico que um macaco foi encontrado morto perto de sua casa. Diante desse relato, o médico deve

A salientar a ausência de risco de febre amarela, uma vez que o Brasil não é país endêmico.

B informar que é desnecessário realizar reforço para a vacina contra febre amarela nesse caso. ✓

C solicitar e aguardar resultado do anatomopatológico do animal, a fim de confirmar febre amarela.

D indicar o reforço da vacina contra febre amarela, independentemente da ministração da última dose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde 2017 o Brasil adota DOSE ÚNICA da vacina de febre amarela, com proteção considerada duradoura por toda a vida — não há indicação de reforço após 10 anos (D). O paciente vacinado há 9 anos está protegido, e a orientação correta é essa. Dizer que não há risco porque o Brasil não seria endêmico (A) é falso, e a epizootia deve ser notificada à vigilância, que investiga o primata — mas a conduta clínica não fica refém desse resultado (C). Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Mulher de 70 anos, sem comorbidades, é internada devido a quadro de dor, distensão abdominal e vômitos frequentes iniciados há 2 dias. Foi diagnosticada com uma hérnia umbilical encarcerada e submetida a correção cirúrgica e a enterectomia segmentar da porção necrosada. No primeiro dia de pós-operatório, observou-se drenagem de cerca de 2 litros de líquido pela sonda nasogástrica. No segundo dia, o abdome da paciente permaneceu distendido, com ruídos hidroaéreos hipoativos. Notou-se que ela está sem evacuar e com pouca eliminação de flatos. Nessa situação, o quadro clínico do segundo dia de pós-operatório é justificado pela

A hipocalcemia. ✓

B hipercalcemia.

C hipermagnesemia.

D hipomagnesemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda de cerca de 2 litros de secreção gástrica pela sonda em 24 horas drena potássio, hidrogênio e cloro. A hipocalcemia resultante compromete a musculatura lisa intestinal, perpetuando o íleo adinâmico — abdome distendido, ruídos hipoativos, ausência de flatos e evacuações. É a causa metabólica clássica de íleo pós-operatório prolongado, corrigível com reposição. Hipercalcemia (B) tende a ocorrer em insuficiência renal e não explica perda gástrica; distúrbios do magnésio (C e D) são menos frequentes nesse contexto. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Paciente, 67 anos, procurou a unidade de saúde relatando dificuldade para urinar, jato urinário fraco e noctúria. Ele nega dor ao urinar ou sangramento visível na urina. Ao exame físico, o toque retal revelou uma próstata aumentada, de consistência firme, sem nódulos palpáveis. Para avaliação complementar, o médico solicitou exames laboratoriais, incluindo dosagem do antígeno prostático específico total de 3,1 ng/mL, creatinina sérica 1,1 mg/dL, além de ultrassonografia do trato urinário que mostrou próstata aumentada de tamanho com volume de 40 gramas, sem nódulos. Paciente já em tratamento com finasterida e doxazosina, porém sem melhoras dos sintomas. Com base nesse caso, qual é a conduta mais apropriada?

A Solicitar biópsia prostática.

B Iniciar tratamento empírico com antibióticos.

C Repetir o exame de ultrassonografia da próstata.

D Encaminhar para ressecção transuretral da próstata. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas obstrutivos de hiperplasia prostática benigna REFRATÁRIOS a terapia clínica otimizada (inibidor da 5-alfa-redutase mais alfabloqueador) tem indicação cirúrgica — a ressecção transuretral e o padrão para próstatas de até cerca de 80 g, e aqui o volume é de 40 g. Não há suspeita de câncer que justifique biópsia (A): PSA de 3,1 ng/mL e toque sem nódulos. Não há sintomas irritativos ou febre para antibiótico (B), e repetir a ultrassonografia (C) não acrescenta informação. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Menino, 3 anos, internado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica com neoplasia de sistema nervoso central, foi operado pela neurocirurgia com retirada parcial da lesão há 3 meses, e desde então vem realizando tratamento quimioterápico. Ressonância magnética recente mostra aumento importante do tumor e a equipe de oncologia considera que não há mais possibilidades terapêuticas para tratamento do tumor. O paciente permanece acamado, pouco responsivo e acompanhado de sua mãe. A equipe multidisciplinar se reúne para definir quais condutas terapêuticas serão realizadas nesse paciente. Nesse caso, a conduta a ser adotada deve ser

A administrar opióides para controle da dor e, junto da família, orientar a não realização de ressuscitação cardiopulmonar. ✓

B realizar sedação e intubação orotraqueal para maior conforto e orientar a não realização de ressuscitação cardiopulmonar.

C iniciar um novo ciclo de quimioterapia com medicações diferentes das que já foram utilizadas, para controle da proliferação celular tumoral.

D solicitar nova abordagem pela equipe de neurocirurgia para retirada de parte da lesão, o que aliviará a pressão intracraniana e prolongará a sobrevida. PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumor de sistema nervoso central em progressão, sem possibilidade terapêutica curativa, com criança acamada e pouco responsiva: e cuidado paliativo exclusivo. A conduta é controlar a dor com opioide e pactuar com a família a ordem de não reanimar, mantendo conforto e presença. Sedar e intubar (B) e obstinação terapêutica travestida de conforto; novo ciclo de quimioterapia (C) e nova cirurgia (D) prolongam sofrimento sem benefício, configurando distansia. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Mulher de 60 anos é encaminhada para atendimento especializado por ter apresentado 4 episódios de sangramento vaginal. Ela está lúcida, orientada, sem queixas e com autonomia em sua vida pessoal e social. Apresentou uma ultrassonografia transvaginal com endométrio de 12 mm de espessura e heterogêneo. Foi indicada histeroscopia diagnóstica, mas a paciente recusa-se a fazer porque acha que o sangramento é normal. Nesse caso, o médico deve

A dizer à paciente que respeitará sua decisão e evitar discutir com ela o diagnóstico provável.

B informar à paciente que existe a possibilidade de ser câncer e reforçar a necessidade do exame. ✓

C esclarecer para a família a necessidade do exame, mas omitir o diagnóstico provável para a paciente.

D orientar que, caso ela se recuse a fazer o exame, será necessário procurar outro serviço para acompanhamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Autonomia só existe com informação adequada: a paciente é lúcida e recusa o exame porque acredita que sangrar após a menopausa é normal — ou seja, decide a partir de premissa falsa. O dever médico é informar com clareza que a espessura de 12 mm com sangramento levanta a hipótese de câncer de endométrio e reforçar a necessidade da histeroscopia. Calar o diagnóstico provável (A e C) fere o consentimento informado; ameaçar com a alta do serviço (D) é coerção. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

Durante uma roda de conversa em uma sala de espera com mães que aguardavam a consulta de seus filhos com um médico de família e comunidade, uma enfermeira da equipe de saúde da família propôs a discussão do tema da hesitação vacinal. Durante o diálogo, uma das participantes afirmou que “a culpa de tudo isso é da Internet”. Considerando essa situação, assinale a alternativa correta, acerca dos argumentos a serem utilizados pela enfermeira nessa conversa com a comunidade.

- A A Internet veicula dúvidas quanto à real eficácia/eficiência e segurança das vacinas, o que abala a confiança da população nos imunobiológicos; ademais, o algoritmo das redes sociais associa temas antivacinação a outros temas de natureza moral, fazendo exposição seletiva. ✓**
- B A hesitação vacinal ocorre nos estratos sociais de menor renda, que são contrárias à medicalização da saúde e acreditam que hábitos de vida saudáveis protegem contra doenças e garantem saúde, dispensando a necessidade de vacinação.
- C O paradoxo epidemiológico de que algumas doenças imunopreveníveis hoje são raras, associado à complexidade do calendário vacinal, criou a política de redução temporária do uso de algumas vacinas em determinado ano para aumentar o engajamento da população no ano seguinte.
- D A circulação de informações falsas (fake news), impulsionada pela internet, causa pouco impacto nas escolhas da população de menor poder aquisitivo, que tende a ter mais confiança na vacinação e menor acesso às redes sociais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hesitação vacinal é multifatorial, mas a alternativa correta descreve com precisão o mecanismo digital: a internet amplifica dúvidas sobre eficácia e segurança, corroendo a confiança, e os algoritmos de rede social criam exposição seletiva, ligando conteúdo antivacina a pautas morais e reforçando bolhas. As demais reproduzem estereótipos sem base: a hesitação NÃO se concentra nas camadas de menor renda (B e D) — é mais prevalente em estratos de maior escolaridade e renda —, e a alternativa C inventa uma política inexistente. Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Durante consulta no serviço de hematologia de um hospital terciário, um homem de 72 anos reage com a seguinte argumentação diante da proposta terapêutica do médico: “Não, doutor, devido à minha crença, eu não posso receber sangue”. Ele está sendo atendido por síndrome mielodisplásica recentemente diagnosticada e, por questões religiosas, se recusa a aderir à proposta terapêutica de hemotransfusões periódicas. Diante desse cenário, o médico deve

- A adiar a decisão de transfusão até uma situação de maior gravidade, em que tenha maior poder de convencimento.
- B respeitar a autonomia do paciente, buscando outras formas de lidar com a anemia, como a administração de eritropoietina. ✓**
- C insistir na argumentação da necessidade da terapia transfusional, mostrando evidências científicas que comprovam o seu benefício.
- D buscar apoio do comitê de ética médica da unidade hospitalar para o convencimento do paciente sobre a necessidade das transfusões.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente adulto, lucido e capaz, tem o direito de recusar tratamento por convicção religiosa, mesmo que a recusa lhe traga risco — o dever médico e respeitar a autonomia e buscar alternativas terapêuticas, como eritropoietina, ferro, vitamina B12 e ácido fólico. Adiar para um momento de vulnerabilidade e conseguir consentimento sob pressão (A) é eticamente indefensável; insistir (C) ou acionar comitê para 'convencer' (D) instrumentaliza a ética contra o próprio paciente. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Homem de 58 anos procura atendimento devido a queixa de disfagia progressiva para alimentos sólidos iniciada há 6 meses, associada a perda de peso não intencional. Além disso, apresenta episódios frequentes de pirose e regurgitação, há vários anos, sem tratamento adequado. Endoscopia digestiva alta recente revela estenose esofágica no terço distal e sinais de esofagite crônica, com biópsias que não evidenciam malignidade. Nesse caso, a conduta inicial mais apropriada é indicar

- A esofagectomia subtotal por via videolaparoscópica.
- B aplicação de toxina botulínica em esôfago distal via endoscópica.
- C cirurgia de funduplicatura imediata para correção do refluxo gastroesofágico.

D dilatação endoscópica da estenose e prescrever inibidor de bomba de prótons. ÁREA LIVRE
PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia progressiva sobre anos de pirose e regurgitação não tratadas, com endoscopia mostrando estenose no terço distal, esofagite crônica e biópsias sem malignidade: estenose péptica BENIGNA. O tratamento inicial e a dilatação endoscópica associada a inibidor de bomba de prótons em dose plena, que reduz recidiva. Esofagectomia (A) é desproporcional em doença benigna; toxina botulínica (B) trata acalasia; funduplicatura (C) não alivia a estenose já instalada e não é o passo inicial. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Menino de 10 anos é levado para um serviço de urgência com quadro compatível com politraumatismo e choque hemorrágico. Há indicação de transfusão de concentrado de hemácias, porém a mãe do paciente informa que a família e a criança são Testemunhas de Jeová e recusam terminantemente a transfusão. Considerando esse caso clínico e as questões éticas nele implicadas, assinale a alternativa correta.

A A recusa terapêutica coloca em risco a vida de paciente menor de idade e não deve ser aceita pelo médico, que deve realizar a transfusão. ✓

- B Trata-se de recusa terapêutica apresentada por responsável legal do paciente e, pelo princípio da autonomia, o médico não deverá realizar a transfusão.
- C Diante da recusa terapêutica, a equipe médica poderá se recusar a prestar o atendimento à criança, até que a família do paciente autorize a realização da transfusão.
- D Por se tratar de paciente menor de idade, o fato deve ser comunicado às autoridades competentes, como o Ministério Público e o Conselho Tutelar, para que decidam quanto à transfusão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em risco iminente de morte, o médico deve realizar a transfusão, e a recusa dos pais não prevalece: a autonomia e um direito do paciente sobre si mesmo, e menores não a exercem plenamente — os responsáveis decidem no melhor interesse da criança, limite ultrapassado quando a decisão ameaça a vida. O Código de Ética Médica autoriza agir sem consentimento em emergência. Aceitar a recusa (B) e omissão de socorro; recusar atendimento (C) é vedado; aguardar decisão judicial (D) é incompatível com o choque hemorrágico. Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Mulher de 45 anos está em acompanhamento no ambulatório de mastologia de um hospital escola devido ao diagnóstico de câncer de mama há 3 anos. Fez tratamento cirúrgico e radioterapia e, no momento, faz uso apenas de tamoxifeno. Tem apresentado fluxos menstruais a cada 15-20 dias, com volume aumentado há 2 meses. Relata que, antes do tratamento do câncer de mama, só menstruava duas vezes por ano ou quando usava pílula contraceptiva. Apresenta um IMC de 28 kg/m², exame especular sem lesões visíveis e sem sangramento ativo e toque vaginal normal. Solicitada ultrassonografia transvaginal, ficou evidenciado endométrio heterogêneo de 15 mm e ovário direito com folículo de 23 mm. Nesse caso, a conduta médica adequada é

A inserir DIU hormonal.

B suspender o tamoxifeno.

C indicar estudo histológico do endométrio. ✓

D prescrever progestogênio em altas doses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tamoxifeno tem efeito agonista estrogênico no endométrio e aumenta o risco de polipos, hiperplasia e carcinoma. Diante de sangramento uterino anormal com endométrio heterogêneo de 15 mm, a conduta é obter tecido: histeroscopia com biópsia dirigida. Suspender o tamoxifeno (B) sem diagnóstico compromete o tratamento oncológico; DIU hormonal (A) e progestogênio em altas doses (D) mascaram o sangramento e tratariam as cegas uma lesão que pode ser maligna. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Diante de um novo teste diagnóstico para hanseníase, que está sendo aplicado em uma unidade básica de saúde (UBS), o médico julga pertinente iniciar uma capacitação com sua equipe sobre a validade de testes diagnósticos, medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos. Então, ele apresenta os seguintes dados a sua equipe: dentre 100 pessoas acometidas por hanseníase, 98 são verdadeiros positivos; e, dentre 100 pessoas não acometidas por hanseníase, 90 são verdadeiros negativos.

A partir desses dados, é correto afirmar que o valor de sensibilidade do teste é A 90%.

B 90,7%.

C 97,8%.

D 98%. ÁREA LIVRE PRIMEIRA EDIÇÃO QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO SOBRE A PROVA As perguntas abaixo visam obter sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente à sua opinião, nos espaços próprios do Cartão-Resposta. Agradecemos a sua colaboração. PERGUNTA 1 Qual o grau de dificuldade da prova? A Muito fácil. B Fácil. C Médio. D Difícil. ✓

E Muito difícil. PERGUNTA 2 Considerando a extensão da prova, em relação ao tempo total, você considera que a prova foi A muito longa. B longa. C adequada. D curta. E muito curta. PERGUNTA 3 Os enunciados das questões da prova estavam claros? A Sim, todos. B Sim, a maioria. C Cerca da metade. D Poucos. E Não, nenhum. PERGUNTA 4 As informações/instruções fornecidas para a resolução das questões foram

suficientes para resolvê-las? A Sim, até excessivas. B Sim, em todas elas. C Sim, na maioria delas. D Sim, somente em algumas. E Não, em nenhuma delas. PERGUNTA 5 Qual a maior dificuldade encontrada por você ao responder a prova? A Desconhecimento do conteúdo. B Forma diferente de abordagem do conteúdo. C Extensão das questões. D Falta de motivação para fazer a prova. E Não tive qualquer tipo de dificuldade em responder a prova. PERGUNTA 6 Você já participou, no Brasil, de outro(s) processo(s) de revalidação de diploma de medicina obtido no exterior? A Sim. B Não.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sensibilidade e a capacidade de o teste identificar quem TEM a doença: verdadeiros positivos divididos pelo total de doentes, ou seja, 98 sobre 100 — 98%. Os 90% (A) correspondem a especificidade (90 verdadeiros negativos entre 100 sadios). Os valores de 90,7% e 97,8% (B e C) são os valores preditivos positivo e negativo, que dependem da prevalência e não são propriedades intrínsecas do teste. Resposta D.