



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2025/2

Prova comentada

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

objetiva — caderno 1

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

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

A. espironolactona. ✓

B. clortalidona.

C. hidralazina.

D. clonidina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (38%), sintomática (NYHA II-III), com B3 e BNP elevado, já em uso de IECA. O fármaco que soma controle pressórico E ganho de sobrevida aqui é o antagonista mineralocorticoide (espironolactona), pilar do tratamento da ICFEr. Clortalidona controla a PA mas não muda mortalidade; hidralazina isolada não tem esse papel (só associada a nitrato, em cenário específico); clonidina é anti-hipertensivo de última linha e sem benefício prognóstico. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Lactente de 4 meses é levado ao serviço de emergência com história de vômitos, poliúria, episódios de fraqueza intensa e febre. Ao exame físico, apresenta-se com desidratação grave e déficit de crescimento significativo. Encontram-se, ainda, sinais radiológicos de osteopenia e raquitismo resistente à vitamina D. Com base na principal hipótese diagnóstica, o distúrbio ácido básico relacionado ao caso é

A. alcalose respiratória hipoclorêmica.

B. acidose metabólica hiperclorêmica. ✓

C. alcalose respiratória hipocalêmica.

D. acidose metabólica hipercalemica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com poliúria, vômitos, desidratação, déficit de crescimento e raquitismo resistente à vitamina D compõe o quadro clássico de acidose tubular renal (tipo proximal/síndrome de Fanconi). A marca laboratorial é acidose metabólica com ânion gap normal — ou seja, hiperclorêmica —, tipicamente acompanhada de hipocalcemia. Por isso as opções de alcalose respiratória e de acidose com hipercalemia não se sustentam. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

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

- A. tomografia de crânio, face e coluna cervical; radiografia de membros; manter o paciente em observação por 12 horas. ✓**
- B. radiografia de crânio, coluna cervical e membros em duas posições; internar o paciente para observação.
- C. tomografia de crânio, face e radiografia de membros; liberar o paciente para observação domiciliar.
- D. radiografia de crânio e face; radiografia de membros; internar o paciente por 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda de escada com perda de consciência de duração ignorada, amnésia do evento e recuperação lenta em adulto: há indicação formal de tomografia de crânio (a radiografia de crânio está proscrita para avaliar lesão intracraniana). Como foi transportado sem imobilização e há escoriação cervical posterior, a coluna cervical não pode ser liberada clinicamente — precisa de TC. Amnésia persistente contraindica alta domiciliar precoce. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia progressiva (que piora ano a ano) somada a dispareunia de profundidade e útero em retroversoflexão com dor à mobilização é a tríade sugestiva de endometriose. Doença inflamatória pélvica cursaria com quadro agudo/subagudo, corrimento e febre; miomatose daria útero aumentado e sangramento; cisto hemorrágico provoca dor aguda unilateral, não sintomas cíclicos crônicos. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

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

- A. Furunculose; cefalexina por 7 dias.
- B. Herpes-zoster; aciclovir por 10 dias.

C. Esporotricose; itraconazol por 120 dias. ✓

D. Paracoccidioidomicose; anfotericina B por 30 dias. ÁREA LIVRE 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Arranhadura de gato seguida, semanas depois, de lesão ulcerocrostosa com nódulos ascendentes na mão, com dermatite granulomatosa e corpos asteroides na histopatologia, define esporotricose (*Sporothrix* spp.), zoonose urbana em franca expansão no Brasil. O tratamento de escolha na forma cutaneolinfática é itraconazol prolongado (meses, até semanas após a cura clínica). Furunculose e herpes-zoster não produzem corpo asteroide; paracoccidioidomicose tem outro perfil clínico. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

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

A. Primário; secundário.

B. Secundário; secundário. ✓

C. Terciário; terciário.

D. Quaternário; terciário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas perguntas em uma. O cardiologista atende em serviço de referência ambulatorial especializado, ou seja, atenção secundária. E o paciente já teve infarto — a doença está estabelecida —, de modo que a antiagregação visa impedir NOVO evento: prevenção secundária. Prevenção primária seria antes do primeiro evento; terciária é reabilitação de sequelas; quaternária é proteger o paciente de intervenção desnecessária. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

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

A. esclerose sistêmica; níveis elevados de creatina quinase; prednisona.

B. artrite reumatoide; pesquisa de fator reumatoide (FR) positivo; metotrexato. ✓

C. lúpus eritematoso sistêmico; FAN com padrão nuclear pontilhado fino denso; cloroquina.

D. doença mista do tecido conjuntivo; FAN com padrão nuclear pontilhado fino; azatioprina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simétrica, aditiva, de pequenas articulações das mãos (IFP, MCF e punhos) com mais de 6 semanas e rigidez matinal superior a 1 hora, com anemia (de doença crônica), é artrite reumatoide. O achado laboratorial esperado é o fator reumatoide positivo (e/ou anti-CCP), e o tratamento de primeira linha é o metotrexato, DMARD âncora. Pérola: o padrão nuclear pontilhado fino denso do FAN é justamente marcador de ausência de doença autoimune sistêmica. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Paciente feminina de 78 anos, com 24 horas de evolução de dor e abaulamento progressivo em região inguinal direita. Apresentou também alguns episódios de vômitos e diminuição da eliminação de flatos. Antecedentes: neoplasia de mama há 30 anos, diabetes mellitus há 20 anos e tabagista de 40 maços/ano. Ao exame estava normotensa, eucárdica, afebril, eupneica. Índice de massa corporal de 35 kg/m². Abdome globoso, depressível, com abaulamento não redutível e desconforto à palpação em região inguinal direita, com discreta hiperemia local e sem sinais de irritação peritoneal. Resultados dos exames laboratoriais: Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 13 g/dL 11 a 15 g/dL Leucócitos 10.300/mL 4.000 a 11.000/mL Plaquetas 261.000/mm³ 150 a 300.000/mm³ Creatinina 1,8 mg/dL 0,7 a 1,3 mg/dL Ureia 65 mg/dL 40 a 80 mg/dL A hipótese diagnóstica mais provável é

- A. isquemia mesentérica.
- B. hérnia inguinal indireta.
- C. hérnia femoral encarcerada. ✓**
- D. neoplasia de cólon obstrutiva. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa obesa com abaulamento inguinal doloroso e NÃO redutível, associado a vômitos e parada de eliminação de flatos: hérnia encarcerada com obstrução intestinal. Pelo perfil (mulher, idosa, múltipara) e pelo risco, a hérnia femoral é a mais provável — é a que mais encarcera e estrangula, por ter anel rígido e estreito. Hérnia indireta redutível não obstruiria; isquemia mesentérica e neoplasia de cólon não produzem massa inguinal palpável. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 52 anos, tabagista pesado, sem história familiar de câncer de próstata. Os rastreamentos com evidência aqui são: perfil lipídico, glicemia, pesquisa de sangue oculto nas fezes (câncer colorretal) e testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C — além da abordagem da cessação do tabagismo, a intervenção de maior impacto. PSA e toque retal não são rastreio populacional recomendado, nem radiografia de tórax ou colonoscopia de rotina. Adiar tudo também perde oportunidades já indicadas. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Intoxicação por agrotóxico é agravo de notificação compulsória: notifica-se a SUSPEITA no Sinan, sem esperar confirmação laboratorial. A conduta completa envolve tratar os sintomas, solicitar exames, afastar do agente causal (atestado) e acionar o matriciamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador, ainda mais com colega de trabalho sintomática (indício de exposição coletiva). Exigir nexos confirmados antes de notificar atrasa a vigilância, e a emissão da CAT não é exclusiva do médico do trabalho. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Padrão persistente de humor irritável, comportamento desafiador com figuras de autoridade, recusa de regras e caráter vingativo, MAS com retorno ao humor normal e agradável assim que a situação se resolve: transtorno de oposição desafiante. No transtorno disruptivo da desregulação do humor a irritabilidade é persistente ENTRE as explosões; no bipolar há episódios de humor com dias de duração e sintomas neurovegetativos; no TDAH predominam desatenção e hiperatividade, não a oposição. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

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

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

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

C. Hematúria e triglicerídeos = 200 mg/dL.

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica se define por proteinúria maciça (acima de 3,5 g/24h) associada a hipoalbuminemia. Edema, hiperlipidemia e lipidúria são consequências esperadas, mas NÃO são critérios diagnósticos — por isso os triglicerídeos não entram. Hematúria discreta também não define (apontaria para componente nefrítico). Pérola: adulto acima de 40 anos com síndrome nefrótica e emagrecimento com fezes em fita obriga a investigar neoplasia oculta. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

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

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

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Crianças com síndrome de Down têm trajetória de crescimento própria (menor estatura e velocidade de ganho), e plotá-las nas curvas da OMS gera falso diagnóstico de déficit e intervenções desnecessárias. Por isso usam-se curvas específicas para síndrome de Down desde o nascimento. Não existe 'correção' de peso e comprimento para Down (isso se faz para prematuridade), nem troca de curva aos 2 anos. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

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

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

D. Toracocentese. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Desvio de traqueia contralateral, turgência jugular, murmúrio vesicular abolido à esquerda, hipotensão e hipoxemia grave em politraumatizado: pneumotórax hipertensivo. O diagnóstico é CLÍNICO e a descompressão não pode esperar imagem — punção torácica de alívio imediata. Pericardiocentese trataria tamponamento (traqueia centrada, sem assimetria de murmúrio); reposição volêmica e cricotireoidostomia não corrigem a causa do choque obstrutivo. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

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

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

D. insensibilidade androgênica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com fenótipo feminino, ausência de útero, FSH normal, testosterona em nível masculino e cariótipo 46,XY define a síndrome de insensibilidade androgênica completa: os testículos produzem testosterona (sem receptor funcionante) e hormônio antimülleriano, que faz regredir os ductos de Müller — daí a ausência de útero e os pelos escassos. Disgenesia gonadal daria FSH alto e testosterona baixa; causas müllerianas e obstrutivas ocorrem em 46,XX. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

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

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

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

Três aferições entre 144-148 x 86-88 mmHg em mulher de 82 anos assintomática. São valores limítrofes e, para muito idosos, dentro de faixa tolerada — a meta é individualizada e o excesso de tratamento aumenta hipotensão, síncope e quedas. A conduta é expectante: medidas não farmacológicas e monitoramento seriado da PA na unidade. Iniciar losartana, encaminhar ao cardiologista ou solicitar holter e ecocardiograma são condutas desproporcionais. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

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

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Exposição sexual de risco há 48 horas (janela de até 72 horas) impõe a PEP como prioridade, sempre após testagem rápida com resultado NÃO reagente para HIV (se reagente, entra tratamento, não profilaxia). A PrEP não protege retroativamente e só deve ser iniciada depois de concluída a PEP, com nova testagem. Prescrever PrEP agora ou PEP e PrEP concomitantes é conduta incorreta. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

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

A. Solicitar internação em enfermaria de clínica médica. ✓

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Anorexia nervosa com critérios de gravidade clínica: IMC 14,7 kg/m², perda de 30 kg, hipotensão, bradicardia, síncope aos esforços e alterações de ST-T no ECG. Instabilidade clínica e risco de arritmia e de síndrome de realimentação exigem internação em enfermaria de clínica médica para renutrição monitorada, com suporte psiquiátrico associado. Enfermaria de saúde mental, CAPS e seguimento ambulatorial não oferecem o suporte clínico necessário agora. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

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

A. levodopa e carbidopa. ✓

B. donepezila e memantina.

C. propranolol e amantadina.

D. atorvastatina e baclofeno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradicinesia, tremor de repouso assimétrico, rigidez em roda dentada, fácies em máscara e marcha em pequenos passos, com ressonância sem outras causas: doença de Parkinson. Em paciente de 65 anos já com prejuízo funcional (não consegue abotoar roupa, caiu), a levodopa associada à carbidopa é o tratamento inicial mais eficaz. Donepezila e memantina tratam demência; propranolol é para tremor essencial; atorvastatina e baclofeno não têm papel. Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

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

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

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Equimoses em face, pernas e coxas em VÁRIOS ESTÁGIOS DE EVOLUÇÃO, em adolescente que evita falar sobre o assunto e está sob guarda temporária: suspeita de violência física, cuja notificação ao Conselho Tutelar é compulsória — basta a suspeita, não é preciso comprovar. Os outros cenários têm explicação orgânica para o sangramento (meningococcemia, dengue e provável linfoma), que exigem notificação epidemiológica e tratamento, não acionamento do Conselho Tutelar. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor migratória do epigástrio para a fossa ilíaca direita, anorexia, náusea, febre, descompressão brusca dolorosa e leucocitose com desvio: apendicite aguda. Leucocitúria e hematúria discretas ocorrem por contiguidade do apêndice com o ureter/bexiga e não devem desviar o raciocínio para ITU. Em mulher jovem, a ultrassonografia ajuda a afastar causa ginecológica, mas o passo decisivo é o parecer cirúrgico. Antibiótico ambulatorial atrasa a cirurgia, e metotrexato seria para ectópica (beta-hCG é negativo). Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

No diabetes mellitus gestacional a resistência insulínica é hormônio-placentária: com a dequitação, a necessidade de insulina despenca. Por isso, no puerpério imediato, a insulinoterapia é SUSPENSA, com monitorização glicêmica, e a paciente é reclassificada com TOTG 75 g entre 4 e 12 semanas do parto. Manter a dose do pré-natal ou mesmo um terço dela expõe a hipoglicemia grave; hipoglicemiante oral não está indicado nesse momento. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

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

- A. Dengue grupo B. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; realizar acompanhamento domiciliar após exames.
- B. Dengue grupo C. Prescrever hidratação oral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e anticorpo IgM; realizar acompanhamento ambulatorial após exames.
- C. Dengue grupo C. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas e antígeno NS1; manter em leito de observação até estabilização. ✓**
- D. Dengue grupo B. Prescrever hidratação parenteral, analgésico e antiemético; solicitar hemograma, plaquetas, antígeno NS1 e anticorpo IgM; manter em leito de observação até estabilização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos incontroláveis e dor abdominal intensa são SINAIS DE ALARME da dengue, o que classifica o paciente como grupo C (e não B, que é apenas sangramento espontâneo/condição de risco). Grupo C exige hidratação PARENTERAL (20 mL/kg em 2 horas) e permanência em leito de observação até estabilização. Com 3 dias de doença, o exame indicado é o NS1 — o IgM só se positiva a partir do 6º dia. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

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

- A. Solicitar ressonância magnética da coluna lombar e encaminhar para a ortopedia.
- B. Solicitar radiografia lombar, prescrever corticoide oral e agendar o retorno após 10 dias.
- C. Orientar repouso, fornecer atestado de 7 dias e otimizar a analgesia com antidepressivo tricíclico.
- D. Explicar a natureza benigna, orientar analgesia e atividade física leve, com reavaliação em 4 a 6 semanas. ÁREA LIVRE 7 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia mecânica inespecífica, insidiosa, sem irradiação e SEM bandeiras vermelhas (sem febre, perda de peso, trauma, déficit neurológico ou alteração esfinteriana). Nesse cenário não se solicita imagem nas primeiras 4 a 6 semanas: pedir ressonância só gera achados incidentais e cirurgias desnecessárias. A conduta é explicar o caráter benigno e autolimitado, manter analgesia simples e ATIVIDADE FÍSICA — repouso e atestado prolongado pioram o prognóstico. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

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

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

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

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Lei 10.216/2001, a internação involuntária é aquela feita sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro, e quem a AUTORIZA é o médico registrado no CRM. Ela deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual em até 72 horas (tanto o início quanto o término), e o término ocorre por decisão do médico assistente ou por solicitação escrita do familiar/responsável. A internação determinada pela Justiça é a compulsória, modalidade distinta. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

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

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

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Tomografia mostrando área de hipoatenuação em cerca de 40% do território da artéria cerebral média — ou seja, acima de um terço — contraindica a trombólise pelo alto risco de transformação hemorrágica. As demais opções não se aplicam: o déficit tem cerca de 3 horas (dentro da janela de 4,5 horas), a glicemia só contraindica em valores muito baixos e a pressão de 170 x 100 mmHg está abaixo do limite de 185 x 110 mmHg. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Prepúcio com ANEL FIBRÓTICO e balanopostites de repetição caracterizam fimose patológica (cicatricial), e não a fisiológica, que é apenas aderência com prepúcio elástico. A fibrose é justamente o que faz falhar o tratamento tópico com corticoide, e a indicação é cirúrgica (postectomia) agora, não na adolescência. Exercícios de redução em prepúcio fibrótico ainda pioram as fissuras e a cicatrização. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

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

- A. ultrassonografia para avaliar colecistite crônica calculosa.
- B. tomografia computadorizada para avaliar vias biliares e pâncreas. ✓**
- C. colangiopancreatografia por ressonância para avaliar coledocolitíase.
- D. biópsia percutânea com agulha da massa palpada para avaliar neoplasia. ÁREA LIVRE 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com icterícia progressiva INDOLOR, colúria, prurido, emagrecimento e vesícula palpável não dolorosa — o sinal de Courvoisier-Terrier, que aponta obstrução biliar maligna (tumor periampular/cabeça de pâncreas), e não colecistite calculosa crônica (nesta a vesícula é fibrótica e retraída). O exame que avalia via biliar, pâncreas e aindastadia/define ressecabilidade é a tomografia com contraste. Biópsia percutânea de massa potencialmente ressecável é contraindicada pelo risco de disseminação. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 15 semanas, hipertensa crônica com antecedente de pré-eclâmpsia: IECA e BRA são teratogênicos (oligoâmnio, disgenesia renal fetal) e devem ser trocados por alfametildopa, anti-hipertensivo de escolha na gestação. Além disso, o alto risco justifica profilaxia de pré-eclâmpsia com AAS em baixa dose e suplementação de cálcio, ambos iniciados antes de 16 semanas. Varfarina é teratogênica, furosemida reduz volume plasmático e não há indicação de anticoagulação. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Retratamento após abandono. O TRM-TB pode permanecer positivo por DNA de bacilos inviáveis em quem já tratou, então ele perde valor isolado aqui; um TRM negativo com BACILOSCOPIA POSITIVA levanta suspeita de resistência ou de micobactéria não tuberculosa, e obriga cultura com teste de sensibilidade. Mas não se espera o resultado de braços cruzados: reinicia-se o esquema básico enquanto a cultura processa. Detectada resistência à rifampicina, o esquema básico está proscrito. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

O valor preditivo positivo depende da PREVALÊNCIA. Em doença rara e com especificidade baixa (65%), a enorme maioria dos positivos será falso-positivo, ainda que a sensibilidade seja alta. Sensibilidade de 92% significa poucos falso-NEGATIVOS (bom para triar, para 'não deixar passar'), e nunca torna um teste bom para CONFIRMAR — confirmação exige alta especificidade. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda do filho há 3 dias, com tristeza intensa, insônia e hiporexia, sem ideação suicida, sem antecedente psiquiátrico e com melhora já no acolhimento: luto agudo, reação normal e esperada. Não se medicaliza o luto — antidepressivo precoce não previne luto complicado. A conduta é acolher e acompanhar longitudinalmente pela equipe da APS, reavaliando e encaminhando apenas se surgirem risco de suicídio, sintomas psicóticos ou evolução para episódio depressivo. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa que cai principalmente à noite ao levantar, com queda pressórica de 138x92 (deitada) para 110x70 (sentada) e nove medicamentos em uso, incluindo losartana, hidroclorotiazida, atenolol, escitalopram e donepezila — todos indutores de hipotensão. A intervenção de maior impacto e menor risco é a DESPRESCRIÇÃO, revendo a polifarmácia. Acrescentar fludrocortisona só agrava a iatrogenia (edema, hipocalcemia, hipertensão supina) e os encaminhamentos não atacam a causa evidente. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

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

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

D. *Streptococcus pyogenes*; penicilina G benzatina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite MIGRATÓRIA de grandes articulações (joelho, tornozelo, cotovelo), febre e sopro cardíaco novo três semanas após faringite: febre reumática (critérios de Jones — dois maiores). O agente é o *Streptococcus pyogenes*, e o tratamento inclui erradicação com penicilina G benzatina, seguida de profilaxia secundária prolongada. Doença de Lyme não é endêmica no Brasil e não migra assim; artrite séptica por *S. aureus* é monoarticular e não migratória. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

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

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

D. Pancreatite crônica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pegadinha está nas enzimas: alcoolista pesado com dor epigástrica em faixa, recorrente há um ano, mas com amilase e lipase NORMAIS. Na pancreatite crônica o parênquima já está fibrosado e não há reserva enzimática para elevar os marcadores — a normalidade não afasta o diagnóstico, ao contrário do que ocorre na pancreatite aguda. Colangite exigiria febre e icterícia (tríade de Charcot); colecistite daria Murphy positivo; a úlcera péptica não tem esse padrão de irradiação dorsal recorrente. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

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

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação de 41 semanas com vitalidade fetal preservada: a morbimortalidade perinatal sobe a partir de 42 semanas, então não se espera até lá. A conduta é vigilância seriada do bem-estar fetal (perfil biofísico e cardiotocografia a cada 2-3 dias) com indução programada até 41 semanas e 6 dias. Dopplervelocimetria avalia insuficiência placentária em restrição de crescimento, não pós-datismo, e a amnioscopia caiu em desuso pela baixa acurácia. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Médica de 32 anos foi contratada pelo Programa Mais Médicos para trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) no distrito sanitário especial indígena Yanomami na Amazônia, região endêmica para malária. Considerando que a médica não tem morbidades ou problemas de saúde em tratamento, qual quimioprofilaxia está indicada?

- A. Artesunato.
- B. Doxíciclina. ✓**
- C. Primaquina.
- D. Cloroquina. ÁREA LIVRE 10

COMENTÁRIO OSCELABS

Profissional não imune que vai residir em área de alta transmissão de malária na Amazônia (Yanomami) tem indicação de quimioprofilaxia. Entre as opções, a doxíciclina 100 mg/dia é o esquema disponível e eficaz contra *P. falciparum*, iniciado antes da viagem e mantido por 4 semanas após a saída. Cloroquina é inútil pela resistência do *falciparum* na Amazônia; artesunato é tratamento, não profilaxia; primaquina serve à cura radical das hipnozoítas do *P. vivax* e exige triagem de G6PD. Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito C

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

- A. pancreatite aguda; iniciar dieta oral zero.
- B. estado hiperosmolar hiperglicêmico; iniciar insulinoaterapia.
- C. cetoacidose diabética; prescrever solução fisiológica a 0,9 por cento. ✓**
- D. insuficiência renal aguda; prescrever bicarbonato de sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético tipo 1 que suspendeu insulina, com glicemia 472, pH 7,2, bicarbonato 10 e hálito cetótico: cetoacidose diabética. A conduta INICIAL é volume — soro fisiológico 0,9%, pois o déficit hídrico é de litros e a hipovolemia sustenta a hiperglicemia. Pérola de segurança: com potássio de 3,0 mEq/L (abaixo de 3,3), a insulina precisa esperar a reposição de potássio, sob risco de hipocalcemia grave e arritmia. Bicarbonato só com pH abaixo de 6,9. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido de parto domiciliar sem pré-natal, com hiperemia e edema periumbilical (onfalite), hipoativo, taquipneico, com pulsos débeis e enchimento capilar de 5 segundos: sepse neonatal com choque distributivo. A conduta é suporte ventilatório, expansão rápida com cristalóide isotônico, antibioticoterapia precoce e drogas vasoativas na refratariedade. O choque cardiogênico restringiria volume, o obstrutivo pediria descompressão torácica e o neurogênico não tem substrato aqui. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

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

- A. aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem intervenções adicionais, e observar sinais de separação.
- B. realizar tração controlada do cordão umbilical, enquanto se estabiliza o útero com a mão suprapúbica. ✓**
- C. iniciar curagem placentária, devido ao tempo transcorrido sem desprendimento placentário.
- D. administrar uterotônico adicional e realizar massagem uterina para auxiliar a dequitação. ÁREA LIVRE 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Terceiro período com apenas 10 minutos, paciente estável e sem sangramento: estamos dentro do manejo ATIVO da dequitação, que consiste em uterotônico profilático, tração controlada do cordão com contração uterina suprapúbica (manobra de Brandt-Andrews) e massagem uterina após a saída. Retenção placentária só se define após 30 minutos, e curagem/extração manual antes disso aumenta risco de inversão uterina, hemorragia e infecção. Conduta apenas expectante desperdiça o manejo ativo. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

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

- A. encaminhar para internação clínica, objetivando rapidez no diagnóstico e garantia da segurança.
- B. solicitar radiografia de tórax, pesquisa laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* e garantir o tratamento em caso de positividade. ✓**
- C. solicitar internação social, a fim de garantir tratamento supervisionado, observado diretamente por 6 meses, caso seja confirmada a tuberculose.
- D. aguardar evolução, com uso de sintomáticos; caso a tosse persista por mais de 3 semanas, proceder à investigação diagnóstica de tuberculose.

COMENTÁRIO OSCELABS

População privada de liberdade é grupo de altíssimo risco e vulnerabilidade para tuberculose. Nesse cenário, o critério de sintomático respiratório cai para tosse de duas semanas (ou menos), e a investigação começa de imediato com radiografia de tórax e pesquisa bacteriológica (teste rápido molecular/baciloscopia), garantindo tratamento supervisionado se positivo. Aguardar completar três semanas mantém a transmissão em ambiente fechado; internação clínica ou social não é necessária para diagnosticar. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

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

- A. Artrite reativa.
- B. Artrite psoriática.**

C. Espondilite anquilosante. ✓

D. Lúpus eritematoso sistêmico. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia INFLAMATÓRIA — início insidioso antes dos 40 anos, mais de 3 meses de duração, rigidez matinal acima de 30 minutos, piora com repouso e melhora com movimento — somada a dor sacroilíaca e HLA-B27 positivo: espondilite anquilosante. FAN 1:80 em título baixo é achado inespecífico presente em pessoas saudáveis, e o anti-DNA negativo afasta lúpus. Artrite reativa exigiria infecção entérica ou geniturinária prévia; a psoriática, lesão cutânea ou ungueal. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

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

A. HPV, reforço da hepatite B e dT.

B. reforço da hepatite B, dT e SCR.

C. HPV, meningocócica ACWY e febre amarela. ✓

D. SCR, meningocócica ACWY e febre amarela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 12 anos, o calendário do PNI prevê HPV (dose única, na faixa de 9 a 14 anos), meningocócica ACWY (11 a 14 anos) e o reforço de febre amarela, já que a paciente recebeu apenas a dose dos 9 meses e o esquema exige duas doses quando a primeira foi aplicada antes dos 5 anos. dT entra como reforço a cada 10 anos a partir dos 14-15 anos, hepatite B já foi completada na infância e a tríplice viral também. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

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

A. Ressonância magnética; programação cirúrgica.

B. Tomografia de tórax; lobectomia segmentar.

C. Tomografia de tórax; drenagem de tórax.

D. Ultrassonografia; toracocentese. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Tosse arrastada por mais de 3 semanas, febre vespertina, emagrecimento e síndrome de derrame pleural à esquerda (murmúrio diminuído e macicez à percussão) em tabagista: derrame pleural, com forte suspeita de etiologia tuberculosa. A ultrassonografia confirma, quantifica e guia a toracocentese DIAGNÓSTICA (exsudato linfocítico com ADA elevada). Drenagem de tórax só em empiema ou derrame complicado, e lobectomia não se cogita sem diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

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

- A. DIU de cobre.
- B. DIU de levonorgestrel. ✓**
- C. Anticoncepcional injetável mensal.
- D. Pílula anticoncepcional combinada contínua. ÁREA LIVRE 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Lúpus com trombose venosa recente: estrogênio é categoria 4 dos critérios de elegibilidade — proibido. Isso elimina a pílula combinada e o injetável mensal. Entre os métodos restantes, o DIU de levonorgestrel é a melhor escolha porque, além de seguro, TRATA a queixa: reduz drasticamente o volume menstrual e a dismenorreia. O DIU de cobre também é seguro, mas costuma aumentar o fluxo e as cólicas, agravando exatamente o problema da paciente. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

HbA1c de 9,5% após mais de 6 meses com metformina em dose plena associada a sulfonilureia: é hora de insulinizar. O padrão é acrescentar insulina NPH bedtime, cerca de 10 UI (0,1 a 0,2 UI/kg), MANTENDO os antidiabéticos orais, com titulação de 2 a 3 UI a cada 2-3 dias guiada pela glicemia de jejum. Aumentar doses orais e adiar mantém o descontrole; suspender os orais e iniciar esquema pleno é excessivo; glibenclamida 20 mg em idoso/adulto aumenta risco de hipoglicemia. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Paciente de 58 anos procura atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) devido a quadro de dor torácica à direita, associada a leve desconforto respiratório e “febre baixa” não aferida, com cerca de 3 dias de evolução. Nega tosse ou expectoração. Paciente previamente hígido, com história de tabagismo de longa data (20 maços/ano). Ao exame físico, a região médio-basal do hemitórax direito apresenta expansibilidade reduzida, frêmito toracovocal reduzido, percussão com presença de macicez, ressonância pulmonar reduzida e ausência de ruídos adventícios. Com base no exame físico, a principal hipótese diagnóstica é

- A. pneumotórax espontâneo.
- B. derrame pleural unilateral. ✓**
- C. atelectasia por obstrução lobar.
- D. pneumonia com consolidação lobar. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade semiológica do derrame pleural: expansibilidade reduzida, frêmito toracovocal DIMINUÍDO e macicez à percussão, sem ruídos adventícios. No pneumotórax a percussão seria timpânica (e o frêmito também reduzido). Na consolidação pneumônica o frêmito AUMENTA e há crepitações e sopro tubário. Na atelectasia por obstrução há macicez, mas com desvio do mediastino para o lado acometido e retração do hemitórax. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Menino de 11 anos, previamente hígido, há 4 dias apresenta queixa de mal estar, cefaléia, tosse seca e cansaço, acompanhados de febre com temperatura axilar máxima de 38 °C. No primeiro dia do quadro, procurou atendimento médico. A radiografia de tórax revelou a presença de infiltrado difuso com acentuação para-hilar peribronquico, sendo medicado com salbutamol spray oral e amoxicilina. O quadro clínico manteve-se inalterado após 72 horas de uso adequado da medicação; retornou ao mesmo serviço em bom estado geral, febril (temperatura axilar de 38 °C), frequência respiratória de 44 irpm; ausculta pulmonar com presença de sibilos ao final da expiração bilateralmente e estertores finos em bases pulmonares. Realizada radiografia de tórax de controle que mantém as mesmas alterações anteriores. O quadro apresentado pelo paciente é compatível com

- A. asma não controlada.
- B. tuberculose pulmonar.
- C. pneumonia atípica. ✓**
- D. pneumonia por broncoaspiração.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escolar com quadro arrastado, tosse seca, febre baixa e sibilos, com radiografia de infiltrado intersticial peri-hilar difuso e FALHA da amoxicilina após 72 horas: a dissociação clínico-radiológica (paciente em bom estado geral com radiografia exuberante) e a ausência de resposta a betalactâmico apontam pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*, tratada com macrolídeo. Asma não explica febre e infiltrado persistente; tuberculose teria evolução mais crônica; não há contexto de broncoaspiração. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, 30 anos, é atendido no serviço de urgência de hospital terciário após acidente automobilístico com capotamento do carro. O paciente se encontra respirando espontaneamente; frequência cardíaca de 95 bpm; pressão arterial de 130 x 88 mmHg; escala de coma de Glasgow de 15; não está sob efeito de álcool ou drogas. Exame físico de cabeça, pescoço e tórax sem alterações. Durante avaliação secundária, nota-se que o paciente não apresenta movimentos em membros inferiores. Também há perda completa da sensibilidade tátil e dolorosa nesses membros, perda essa que se estende até o nível da cicatriz umbilical. Considerando esse quadro clínico, qual é o nível da lesão medular?

- A. T12.
- B. T11.
- C. T10. ✓**
- D. L1. ÁREA LIVRE 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Nível sensitivo é o melhor marcador topográfico da lesão medular. Os dermatômeros de referência: mamilo é T4, apêndice xifoide é T6, CICATRIZ UMBILICAL é T10 e a região inguinal/síntese púbica é L1. Como a perda sensitiva se estende até a cicatriz umbilical, com paraplegia associada, a lesão está em T10. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Paciente, 20 semanas de gestação, comparece à consulta de pré-natal, com exame de sorologia para toxoplasmose (Elisa): IgM positiva e IgG negativa. Quanto ao caso citado, deve-se

- A. iniciar espiramicina e manter até o parto.
- B. iniciar espiramicina e repetir as sorologias em 14 dias. ✓**
- C. solicitar o teste de avididade de IgG para o *Toxoplasma gondii*.
- D. iniciar tratamento tríptico - sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM positiva com IgG NEGATIVA para toxoplasmose sugere infecção muito recente (antes da soroconversão do IgG) ou IgM falso-positivo, que é frequente. Conduta: iniciar espiramicina imediatamente, pois ela reduz a transmissão vertical, e repetir a sorologia em cerca de 2 semanas para verificar se o IgG soroconverteu. Teste de avididade só faz sentido com IgG positivo. Esquema tríptico fica reservado à infecção fetal confirmada, e não antes de 16-18 semanas pela teratogenicidade da pirimetamina. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Uma equipe de saúde indígena busca promover o uso adequado e racional de medicamentos. Ao retornar em uma comunidade com grande mobilidade, foi recebida com muita insatisfação. As lideranças indígenas solicitaram a substituição do médico da equipe, porque na visita anterior ele havia se recusado a fornecer antibióticos e anti-inflamatórios solicitados pelos pacientes. Nesse contexto, a conduta adequada é

- A. priorizar a relação médico-paciente, atender às demandas dos pacientes e fornecer os medicamentos solicitados.
- B. identificar nos prontuários e em outros levantamentos os principais problemas de saúde na região e discutir com os conselheiros locais as condutas científicas e socioculturais mais indicadas. ✓**
- C. reunir-se com o representante daquela comunidade no Conselho Distrital de Saúde Indígena e informar que a equipe deixará de prestar atendimento até a substituição do profissional.
- D. reconhecer que, dadas às características da comunidade e às reclamações apresentadas, o médico deverá prescrever os medicamentos solicitados nas próximas visitas. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O conflito é entre a demanda por medicamentos e o uso racional, em contexto intercultural. A saída correta não é ceder nem romper: é qualificar a decisão com DADOS (prontuários, levantamentos dos principais agravos do território) e pactuá-la com os conselheiros e lideranças locais, respeitando a cultura sem abrir mão da técnica. Prescrever o que se pede fere o uso racional e a autonomia técnica; suspender o atendimento configura abandono e desassistência. Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Mulher de 26 anos, primípara, se dirige à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a consulta pós-parto de 8 semanas. Marido relata que, nas últimas 6 semanas, ela está chorosa na maior parte do tempo e sem vontade de fazer as atividades rotineiras. Mesmo com suporte familiar, não consegue dormir, além de se queixar de pouca energia, redução de apetite e dificuldade em cuidar do bebê. Nega pensamentos de morte, desejo de fazer mal ao bebê ou sintomas psicóticos. Exames laboratoriais normais. Nesse momento, a conduta adequada é

- A. indicar internação em enfermaria de saúde mental.
- B. tranquilizar a paciente, pois o quadro é autolimitado.
- C. iniciar antidepressivo e programar acompanhamento. ✓**
- D. encaminhar para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

COMENTÁRIO OSCELABS

Oito semanas de pós-parto com seis semanas de humor deprimido, anedonia, insônia, hiporexia, fadiga e prejuízo no cuidado do bebê: depressão pós-parto, não blues puerperal (este é leve e autolimitado, resolvendo-se em até 2 semanas). O tratamento é antidepressivo — os ISRS, como a sertralina, são compatíveis com a amamentação — associado a acompanhamento e apoio psicossocial. Sem ideação suicida, risco ao bebê ou sintomas psicóticos, não há indicação de internação nem de UPA. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Mulher de 30 anos, sem doenças prévias, dá entrada em Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Relata que há 2 horas, após ingestão de bebida alcoólica e energéticos, teve palpitações. Ao exame, está consciente, orientada e com hálito etílico. Apresenta-se com pressão arterial de 100 x 70 mmHg e frequência cardíaca de 150 bpm, frequência respiratória de 14 irpm e saturação de O₂ de 94% ao ar ambiente. À ausculta cardíaca, apresenta-se taquicárdica, com ritmo irregular. Exames dos aparelhos respiratório e neurológico inalterados. Na unidade de emergência, foi realizado o eletrocardiograma que apresenta o ritmo na derivação D2. Quais são, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento de primeira escolha para essa paciente?

- A. Fibrilação atrial de alta resposta ventricular; iniciar betabloqueador endovenoso. ✓**
- B. Taquicardia ventricular sustentada; realizar cardioversão elétrica imediata.
- C. Taquicardia paroxística supraventricular; iniciar adenosina endovenosa.
- D. Taquicardia sinusal; manter apenas observação clínica. ÁREA LIVRE 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquiarritmia de ritmo IRREGULAR desencadeada por álcool e energético é a fibrilação atrial de alta resposta ventricular — o clássico 'holiday heart syndrome'. Como a paciente está estável (consciente, PA 100x70), a conduta é controle de frequência com betabloqueador endovenoso. Cardioversão elétrica imediata seria para instabilidade; adenosina serve à taquicardia supraventricular por reentrada, que é REGULAR; taquicardia sinusal também é regular. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Lactente masculino, 1 ano, apresentou irritabilidade, febre elevada e persistente, dor abdominal, hiporexia e vômitos, sendo levado ao serviço de pronto-atendimento. Exame físico: taquicardia, sem demais alterações. Exames realizados confirmaram infecção urinária. Foi prescrita amoxicilina com clavulanato por 10 dias e, como é o 3º episódio semelhante desde o nascimento, foi orientado retorno ambulatorial após o término do tratamento para acompanhamento e investigação. Ultrassonografia de rins e vias urinárias não evidenciou malformações, sendo necessários novos exames para investigar cicatrizes renais. O exame indicado ao caso é

- A. cistografia radioisotópica direta.
- B. cintilografia renal dinâmica.
- C. cintilografia renal estática. ✓**
- D. urografia excretora.

COMENTÁRIO OSCELABS

O exame que detecta CICATRIZ renal (nefropatia do refluxo) é a cintilografia renal ESTÁTICA com DMSA, que mapeia o parênquima funcionante. A cintilografia dinâmica (DTPA/MAG3) avalia fluxo, função e obstrução; a cistografia — radioisotópica ou miccional — pesquisa refluxo vesicoureteral, não cicatriz; a urografia excretora está praticamente abandonada pela alta dose de radiação e baixo rendimento. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Homem de 35 anos, vítima de agressão física por arma branca, é encontrado caído no chão de um bar. Apresenta agitação psicomotora, cianose, turgência jugular e desvio da traqueia à esquerda. Pressão arterial de 90 x 40 mmHg; frequência cardíaca de 120 bpm; saturação periférica de O₂ de 87%. No local, o socorrista nota uma faca com lâmina penetrada no quarto espaço intercostal direito, na linha axilar anterior. O murmúrio vesicular encontra-se diminuído em todo o hemitórax direito, que se encontra hipertimpânico. A conduta imediata no atendimento pré-hospitalar deve ser

- A. extrair a faca da região torácica e substituir por curativo com três pontos de fixação.
- B. realizar cricotireoidostomia com agulha e ventilar o paciente com ambu com reservatório de oxigênio.
- C. puncionar a veia jugular interna esquerda do paciente e realizar reposição de volume com solução cristalóide.
- D. descomprimir o hemitórax direito com agulha no quinto espaço intercostal, entre a linha axilar anterior e média. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento penetrante torácico evoluindo com turgência jugular, desvio de traqueia CONTRALATERAL, hipertimpanismo e murmúrio abolido à direita, com hipotensão e hipoxemia: pneumotórax hipertensivo, choque obstrutivo. Conduta imediata é descompressão por agulha — hoje recomendada no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média, no adulto. Nunca se retira objeto encravado no pré-hospitalar; cricotireoidostomia e volume não corrigem a causa. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, 3 cesarianas anteriores, com pré-natal atual de risco habitual. Foi submetida a parto cesáreo eletivo com 39 semanas de gestação. O procedimento cirúrgico aconteceu sem intercorrências. Vinte minutos após o término da cirurgia, queixa-se de mal-estar e tontura. Exame físico: palidez; frequência cardíaca de 110 bpm; pressão arterial de 90 x 55 mmHg. Útero amolecido, 4 cm acima da cicatriz umbilical. Curativo limpo e seco. Sangramento vaginal em grande quantidade, ultrapassando o forro vaginal. Foi realizado acesso venoso calibroso, solicitado hemograma e tipagem sanguínea com reserva de hemocomponentes. Em relação ao quadro clínico da paciente, qual deve ser a próxima conduta?

- A. Histerectomia abdominal subtotal.
- B. Laparotomia com sutura de B Lynch.
- C. Massagem uterina bimanual e uterotônicos. ✓**
- D. Tamponamento uterino e reposição volêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vinte minutos após cesárea, com útero AMOLECIDO e acima da cicatriz umbilical, sangramento vaginal profuso e curativo seco: hemorragia pós-parto por atonia uterina (multiparidade e cesáreas prévias são fatores de risco). O primeiro degrau terapêutico é sempre massagem uterina bimanual associada a uterotônicos (ocitocina, metilergometrina, misoprostol), junto à reposição volêmica já iniciada. Tamponamento com balão, sutura de B-Lynch e histerectomia só entram na FALHA da terapia clínica. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Homem negro de 22 anos, cisgênero, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS). Relata dificuldades para dormir desde o dia em que começou a namorar seu atual companheiro, há 4 meses. Fala sobre o aumento do número de óbitos por homofobia na cidade. Queixa-se de dor de cabeça frequente, geralmente do lado direito, de intensidade entre 5/10 e 7/10, que dura algumas horas, às vezes até o outro dia, e melhora após o sono. Os episódios ocorrem 2 vezes por mês, associados à vontade de vomitar e incômodo com barulho. Não há melhora com uso de ibuprofeno, nem paracetamol. Diz que não se alimenta bem, come muita fritura e bebe 3 xícaras de café por dia, além de não praticar atividade física. Exame físico: índice de massa corporal de 35 kg/m². Qual é a conduta adequada para o caso?

- A. Prescrever sumatriptano 25 mg, a ser tomado no início da crise, e orientar mudança de estilo de vida. ✓**
- B. Prescrever amitriptilina 25 mg à noite, solicitar ressonância magnética do crânio e encaminhar para avaliação do neurologista.
- C. Prescrever codeína, solicitar ressonância magnética do crânio e uso de máscara com oxigênio 100%, por 20 minutos, durante as crises.
- D. Prescrever ibuprofeno 600 mg, de 8 em 8 horas, quando tiver cefaleia, e uso de máscara com oxigênio 100%, por 20 minutos, durante as crises.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia unilateral, moderada a forte, com duração de horas, náusea, fonofobia, melhora com o sono e frequência de 2 crises por mês, com exame normal e sem bandeiras vermelhas: migrânea sem aura. Como não houve resposta a AINE e paracetamol, o tratamento da crise é o triptano (sumatriptano), somado a mudanças de estilo de vida (sono, café, atividade física, peso). Neuroimagem não é indicada sem sinais de alarme; oxigênio a 100% é para cefaleia em salvas; codeína é contraindicada (cefaleia por uso excessivo). Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Durante reunião de equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a enfermeira relata o aumento de casos de sífilis em gestantes e a alta proporção de pessoas com hipertensão sem consulta de acompanhamento nos últimos 6 meses, conforme a análise inicial dos dados extraídos do Sistema de Atenção Básica (Sisab), Sistema eletrônico do SUS (e-SUS) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Qual a estratégia mais indicada para qualificar a translação dos dados da sala de situação em ações de cuidado coletivo?

- A. Realizar reuniões técnicas entre os profissionais de saúde da UBS e a gestão municipal de saúde, mantendo, nesse primeiro momento, os dados restritos à equipe, para evitar interpretações incorretas pela comunidade.
- B. Produzir boletins técnicos trimestrais com linguagem epidemiológica adequada e publicá-los no mural da unidade, de forma a atender às diretrizes de transparência da informação.
- C. Apresentar os dados da sala de situação em reuniões do conselho local de saúde, dialogando com lideranças comunitárias, com o objetivo de mobilizar ações compartilhadas de promoção e prevenção. ✓**
- D. Encaminhar os dados consolidados da sala de situação para o Conselho Municipal de Saúde e aguardar orientações da instância deliberativa sobre quais medidas devem ser implementadas na unidade. ÁREA LIVRE 15

COMENTÁRIO OSCELABS

'Translação' de dados em ação coletiva significa devolvê-los ao território. Apresentar a sala de situação no conselho local de saúde e dialogar com lideranças comunitárias mobiliza o controle social, gera corresponsabilidade e transforma indicador em intervenção (busca ativa de gestantes com sífilis, resgate dos hipertensos faltosos). Restringir os dados à equipe contraria a transparência e a participação; mural com boletim técnico não gera pactuação; encaminhar e aguardar orientação superior é passividade. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Mulher de 58 anos procura Unidade Básica de Saúde (UBS) para renovar receita de diazepam 10 mg. Refere que faz uso da medicação há 25 anos e que não consegue adormecer sem ele. Inclusive, queixa-se de que a medicação vem perdendo eficácia e que sua memória está muito ruim. Nesse caso, a conduta mais adequada é

- A. renovar a receita, orientar o uso moderado do diazepam e associar melatonina.
- B. reduzir gradualmente o diazepam e introduzir medicação não benzodiazepínica. ✓**
- C. suspender o uso do diazepam, não renovar a receita e orientar higiene do sono.
- D. ajustar a dosagem do diazepam para 15 mg e avaliar melhora do sono para novos ajustes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uso de diazepam por 25 anos com tolerância (perda de eficácia) e queixa cognitiva: benzodiazepínico de meia-vida longa em uso crônico é fator de risco para prejuízo de memória, quedas e fratura. A conduta é desmame GRADUAL (reduções de 10 a 25% a cada 1-2 semanas), com higiene do sono e substituição por opção não benzodiazepínica. Suspender abruptamente arrisca abstinência grave e convulsão; renovar ou aumentar a dose perpetua a iatrogenia. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Mulher de 32 anos, previamente hígida, apresenta quadro de disúria, polaciúria, urgência miccional e dor lombar esquerda há 3 dias, sem outras queixas genito-urinárias. Vem tomando analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides, porém sem melhora. No 4º dia, evoluiu com febre, calafrios, náuseas e vômitos, piora da lombalgia esquerda e astenia intensa. Foi levada ao pronto-socorro pelo seu esposo. Ao exame, temperatura axilar de 38,3 °C; frequência cardíaca de 110 bpm; frequência respiratória de 32 irpm; pressão arterial de 70 x 40 mmHg; saturação de O₂ de 96% em ar ambiente. Consciente e orientada, corada, desidratada (+/4+), acianótica, anictérica. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome doloroso em flanco esquerdo e hipogástrio. Sinal de Giordano positivo à esquerda. Extremidades sem alterações. Realizou exame de imagem que descartou a presença de cálculos urinários. Com base no diagnóstico mais provável, qual é a conduta adequada?

A. Controle da dor e da febre e encaminhamento ao ambulatório de urologia para investigação e conduta específica.

B. Expansão volêmica com cristaloides, solicitação de culturas de sangue e urina e início precoce de antibioticoterapia. ✓

C. Tratamento empírico de gonorreia, solicitação de sorologias para HIV, sífilis e hepatites virais e notificação do caso.

D. Alta hospitalar com prescrição de hidratação e antibioticoterapia empírica via oral e acompanhamento ambulatorial. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Pielonefrite aguda (disúria, Giordano positivo, febre e calafrios) que evolui com PA 70x40 mmHg, taquicardia e taquipneia: choque séptico. Vale o pacote da primeira hora — expansão volêmica com cristalóide 30 mL/kg, coleta de hemoculturas e urocultura ANTES do antibiótico (sem atrasá-lo) e antibioticoterapia parenteral precoce, com dosagem de lactato. Encaminhamento ambulatorial ou alta com antibiótico oral em paciente hipotenso é conduta inaceitável. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Mãe leva recém-nascido de 5 dias à Unidade Básica de Saúde (UBS) para a primeira consulta, conforme orientação na alta da maternidade. A criança está bem, sendo amamentada no peito, porém, em alguns horários da amamentação, a mãe oferece fórmula, pois suas mamas estão doendo e às vezes sangram. A conduta nesse caso é

A. interromper a amamentação e prescrever aleitamento com fórmula, já que a mãe está com dor e sangramento da mama devido à fissura.

B. manter o aleitamento materno exclusivo, orientar a pega adequada, oferecer a mama nos primeiros sinais de fome do bebê e evitar o ingurgitamento mamário. ✓

C. manter o aleitamento materno exclusivo, aumentando o intervalo entre as mamadas para as lesões não piorarem, e fazer compressas mornas nas mamas para aliviar a dor.

D. interromper a amamentação, deixando a mama se recuperar, usar a fórmula nesse período e retornar com o aleitamento materno exclusivo após recuperação da mama.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fissura mamilar é consequência de PEGA inadequada — tratar a causa, não interromper a amamentação. Mantém-se o aleitamento materno exclusivo, corrige-se a pega (boca bem aberta, aréola abocanhada, queixo tocando a mama), oferece-se a mama aos primeiros sinais de fome (evitando sucção vigorosa por choro tardio) e previne-se o ingurgitamento. Espaçar mamadas piora o ingurgitamento e a dor; suspender e usar fórmula compromete a lactação e é desnecessário. Resposta B.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Mulher de 33 anos procura atendimento no pronto-socorro por dor anal há 3 semanas. Relata dor forte e aguda, com sangramento de pequena monta produzido pela defecação. Os episódios de dor duram em torno de 20 minutos e, por esse motivo, não consegue defecar há 3 dias. Nega febre, sintomas urinários, episódios anteriores ou uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta plicoma sentinela na linha média posterior perianal, sem massas ou sinais flogísticos, e, durante manobra de esforço, visualiza-se pequena laceração na mucosa anal. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Fístula anal.
- B. Fissura anal. ✓**
- C. Úlcera de canal anal.
- D. Hemorroida trombosada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor anal intensa desencadeada pela evacuação e persistente por cerca de 20 minutos depois, com sangramento vivo de pequena monta, constipação por medo de evacuar, plicoma sentinela na LINHA MÉDIA POSTERIOR e laceração da mucosa anal ao esforço: fissura anal, cujo local típico é justamente a linha média posterior. Fístula apresenta orifício externo com drenagem purulenta; hemorroida trombosada é nódulo azulado doloroso e palpável; úlcera de canal anal se associa a doenças específicas (Crohn, sífilis, HIV). Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Paciente de 21 anos, com vacinação HPV completa, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) e apresenta resultado da citologia do colo uterino realizada em consulta anterior. O laudo citopatológico descreve: “Atipias celulares escamosas, de significado indeterminado (ASCUS)”. Segundo o preconizado pelo Ministério da Saúde, qual é a conduta?

- A. Repetir citologia após 6 meses.
- B. Repetir a citologia em 3 anos. ✓**
- C. Repetir a citologia após 12 meses.
- D. Realizar colposcopia em até 3 meses. ÁREA LIVRE 16

COMENTÁRIO OSCELABS

ASC-US é a atipia de MENOR risco, e a conduta do Ministério da Saúde é seguimento citológico, nunca colposcopia imediata. O intervalo depende da idade: abaixo de 25 anos repete-se em 3 ANOS, dos 25 aos 29 anos em 12 meses e a partir dos 30 anos em 6 meses. A paciente tem 21 anos — faixa em que a infecção por HPV e as atipias de baixo grau regredem espontaneamente na enorme maioria dos casos, e em que intervir só gera dano (conização desnecessária, risco obstétrico futuro). Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Quanto ao uso e à indicação do DIU de cobre, no âmbito da atenção primária à saúde, assinale a alternativa correta.

- A. Pode ser inserido em até 72 horas após o parto.
- B. É indicado como contracepção de emergência em até 72 horas.
- C. Em caso de pós-aborto, é indicado aguardar 40 dias para inserção.
- D. Pode ser inserido a qualquer momento do ciclo menstrual, desde que se certifique ausência de gravidez. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O DIU de cobre pode ser inserido em qualquer fase do ciclo menstrual, bastando afastar gravidez — não é preciso esperar a menstruação. As demais estão erradas nos prazos: no pós-parto a inserção é imediata (até 48 horas) ou após 4 semanas, e não em 72 horas; no pós-abortamento imediato, na ausência de infecção, não se aguardam 40 dias; e como contracepção de emergência o DIU de cobre é eficaz em até 5 dias (120 horas), sendo o método mais efetivo dessa indicação. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Uma médica recém-contratada por uma operadora de plano de saúde assume uma equipe multiprofissional. A operadora implementou um programa de reorganização da linha de cuidado com enfoque no modelo de atenção primária à saúde (APS). Após três meses, a médica observa que muitos pacientes resistem ao novo fluxo de cuidados e solicitam consultas diretas com especialistas, exames de imagem de alta complexidade e procedimentos. O sistema de regulação interna da operadora determina que todos os encaminhamentos sejam realizados pela equipe da APS, exceto em casos de urgência. Com base na regulamentação da saúde suplementar, qual deve ser o papel dessa médica?

- A. Restringir o acesso a especialidades e exames de alto custo, visto a resolutividade alta na APS.
- B. Atuar como gestora do cuidado, utilizando critérios clínicos e diretrizes baseadas em evidências para encaminhamento. ✓**
- C. Flexibilizar os fluxos assistenciais, autorizando diretamente os encaminhamentos solicitados para garantir a autonomia do paciente.
- D. Delegar à equipe de regulação da operadora a responsabilidade pelos encaminhamentos e priorizar a escuta e o acolhimento dos usuários. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Mesmo na saúde suplementar, quando a operadora estrutura a porta de entrada na APS, o papel do médico é ser COORDENADOR/gestor do cuidado: ordenar o acesso com critérios clínicos e diretrizes baseadas em evidência, garantindo integralidade e longitudinalidade. Não cabe a ele restringir por custo, tampouco liberar tudo o que o paciente solicita — autonomia do usuário não significa acesso irrestrito a procedimento sem indicação — nem terceirizar a decisão clínica ao setor de regulação. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Homem de 22 anos, com histórico de transtorno de ansiedade, sem tratamento medicamentoso, se dirige à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de dor epigástrica, palpitação, falta de ar e sensação de morte iminente. Exame físico: frequência cardíaca de 96 bpm, frequência respiratória de 24 irpm, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, bulhas cardíacas e ausculta torácica sem anormalidades, ausência de tiragem intercostal, abdome sem alterações. Após exames complementares, foi descartada doença cardiovascular ou respiratória aguda, porém o paciente apresentou novo episódio semelhante. Quais fármacos podem ser prescritos na crise e a longo prazo, respectivamente?

- A. Benzodiazepínico; inibidor de recaptção de serotonina. ✓**
- B. Anti-histamínico; inibidor da monoaminoxidase.
- C. Antipsicótico atípico; antidepressivo tricíclico.
- D. Vasodilatador; antipsicótico típico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crises recorrentes, súbitas, com palpitação, dispneia, dor epigástrica e sensação de morte iminente, com causa cardiovascular e respiratória descartada: transtorno de pânico. Na CRISE, o alívio rápido vem do benzodiazepínico, usado por tempo limitado; a LONGO PRAZO, o tratamento de primeira linha é o inibidor seletivo de recaptação de serotonina, com resposta em 4 a 6 semanas. Anti-histamínico e IMAO, antipsicóticos e vasodilatadores não são opções de primeira escolha. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Mulher de 62 anos, com colelitíase sintomática, é admitida em hospital de atenção secundária com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, febre com calafrios e icterícia. Ao exame físico, além da icterícia, a paciente encontra-se com o sensório rebaixado e pressão arterial de 72 x 44 mmHg. O exame de ultrassonografia revelou a presença de dilatação de via biliar por cálculo impactado no colédoco. Foram coletadas hemoculturas e dosagem sérica de lactato, iniciada antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro e foi prescrito resgate volêmico com cristalóide, sendo programada a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) terapêutica. Após cerca de 30 minutos, a paciente mantém pressão arterial média inferior a 65 mmHg. Nesse momento, a conduta prioritária é

- A. encaminhar imediatamente à CPRE.
- B. associar coloide à hidratação intravenosa.
- C. iniciar infusão intravenosa de noradrenalina. ✓**
- D. prescrever hidrocortisona em infusão intermitente. ÁREA LIVRE 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Colangite aguda (triade de Charcot) com hipotensão e rebaixamento — pêntade de Reynolds. Manter PAM abaixo de 65 mmHg APÓS ressuscitação volêmica adequada define choque séptico e obriga vasopressor: noradrenalina é a droga de primeira escolha. A descompressão biliar por CPRE é o tratamento definitivo, mas exige paciente minimamente estabilizado. Coloide não é superior ao cristalóide (e piora desfechos na sepse); corticoide fica para choque refratário a doses altas de vasopressor. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Lactente de 5 meses é atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) apresentando diarreia aguda, com desidratação classificada como moderada. Foi indicada a permanência na unidade para terapia de reidratação oral (TRO). Durante a primeira hora de administração, vomitou 5 vezes, mantendo o mesmo estado de desidratação. Segundo às recomendações do Ministério da Saúde de 2024, a próxima conduta nesse caso é

- A. prescrever antiemético e reiniciar TRO após 30 minutos.
- B. suspender TRO e iniciar terapia intravenosa com soro fisiológico.
- C. diminuir a dose e aumentar o intervalo da administração da TRO.
- D. introduzir sonda nasogástrica e iniciar TRO por gastróclise. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos persistentes durante o plano B não são motivo para abandonar a terapia de reidratação oral: a recomendação do Ministério da Saúde é a GASTRÓCLISE — sonda nasogástrica com soro de reidratação oral em infusão contínua e lenta, que reduz o vômito e mantém a via enteral. A terapia intravenosa (plano C) fica para choque, alteração de consciência, íleo parálitico ou falha da própria gastróclise. Antiemético de rotina e reduzir o volume ofertado não constam das recomendações. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Paciente de 80 anos, sexo masculino, caiu de cadeira de 0,5 m de altura. Foi conduzido a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) por terceiros. Teve traumatismo craniano e perda da consciência por 5 minutos, escala de coma de Glasgow de 13. Apresenta um ferimento cortocontuso de 10 cm de extensão, com sangramento profuso, no couro cabeludo, em região occipital. Queixa-se de cefaleia moderada. Qual é a conduta adequada para esse paciente?

- A. Sutura e observação domiciliar.
- B. Curativo compressivo e observação domiciliar.
- C. Curativo compressivo e radiografia de crânio.

D. Sutura e transferência para hospital de trauma. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso de 80 anos com traumatismo craniano, perda de consciência de 5 minutos e Glasgow 13 (TCE leve a moderado com múltiplos fatores de risco: idade acima de 65 anos, perda de consciência, cefaleia). Tem indicação de tomografia de crânio e observação hospitalar — e a UBS não dispõe disso. Portanto: hemostasia do escalpo com sutura (o couro cabeludo sangra profusamente e pode gerar instabilidade) e transferência para serviço de trauma. Radiografia de crânio não avalia lesão intracraniana e observação domiciliar é contraindicada. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Paciente de 43 anos, múltipara, 5 partos vaginais, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de “bola por baixo”. Refere que há cerca de 3 meses teve dor, vermelhidão e inchaço na região genital, que evolui com remissão parcial espontânea. No dia da consulta, relata incômodo na relação sexual. Exame físico: tumoração cística de 2,0 cm no maior diâmetro, sem sinais inflamatórios, na altura do vestíbulo vaginal, antes das carúnculas himenais, pouco acima da cicatriz de episiotomia médio-lateral direita. A hipótese diagnóstica e a conduta para esse achado, respectivamente, são

- A. prolapso de colo uterino; correção com pessário vaginal.
- B. divertículo de uretra; cistoscopia para detectar sua extensão.

C. cisto de glândula de Bartholin; cirurgia se o incômodo à paciente assim o indicar. ✓

D. cisto de glândula de Skene; ultrassonografia para verificar a extensão do processo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração cística de 2 cm no vestíbulo vaginal, precedida três meses antes por episódio de dor, calor e rubor com remissão parcial: bartolinite prévia que evoluiu para cisto de glândula de Bartholin. Assintomático, apenas observa-se; havendo incômodo — como a dispareunia relatada —, indica-se tratamento cirúrgico (marsupialização). Cisto de Skene é parauretral, junto ao meato; divertículo de uretra dá gotejamento pós-miccional e saída de secreção à compressão; prolapso não é lesão cística. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Paciente do sexo masculino, 71 anos, aposentado, ex- trabalhador rural durante 35 anos, procura atendimento médico na Unidade Básica de Saúde (UBS) com dor lombar, predominante no período noturno, associada à perda de peso há cerca de 15 dias. Apresenta dores em região cervical, ombros e joelhos, exacerbadas aos esforços físicos. Relata transplante hepático há 2 anos, por câncer de fígado, fazendo uso regular de medicamento imunossupressor. Exame físico: bom estado geral, eupneico, acianótico, anictérico, afebril e normocorado. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Abdome normotenso, indolor à palpação, sem visceromegalias. Extremidades aquecidas e perfundidas, sem edema. Dorso: acentuada lordose lombar e dor à mobilização da coluna lombossacra. Avaliação neuromuscular: força muscular preservada, sensibilidade sem alterações e reflexos normais. Diante desse caso, qual é o exame e a conduta adequada, respectivamente?

A. Tomografia abdominal com contraste; indicar fisioterapia.

B. Cintilografia óssea; prescrever anti-inflamatórios e repouso. ✓

C. Radiografia de coluna lombossacra; prescrever opioides e corticoides.

D. Ultrassom do aparelho urinário; prescrever analgésicos e anti-inflamatórios. ÁREA LIVRE 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Bandeiras vermelhas em peso: idoso, dor lombar de predomínio NOTURNO, perda de peso, imunossuprimido e com antecedente de neoplasia (hepatocarcinoma transplantado). O cenário obriga a investigar metástase óssea, e a cintilografia óssea é o exame de rastreio de todo o esqueleto — a radiografia simples só mostra lesão depois de 30-50% de perda de massa óssea e pode ser normal. Enquanto se investiga, mantém-se analgesia sintomática. Ultrassom urinário e tomografia abdominal não avaliam o esqueleto axial. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

A equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) está preocupada com o aumento de casos de hipertensão arterial entre adultos jovens na comunidade. Então, decide realizar um estudo observacional para investigar se o sedentarismo está associado ao aumento do risco de hipertensão nessa população. O estudo dividiu os participantes em dois grupos, sedentários e não sedentários, e acompanhou esses dois grupos por 12 meses para observar o surgimento de novos casos de hipertensão. Ao final do estudo, é identificado o risco relativo (RR) de 0,6. Nesse estudo, o valor do RR permite inferir que

A. o sedentarismo pode ser um fator protetor para o desenvolvimento da hipertensão. ✓

B. a prevalência da doença pode ser avaliada, sem possibilidades de associação dos fatores.

C. os sedentários têm maior risco de desenvolver hipertensão em comparação com os não sedentários.

D. o desenho do estudo em questão não permite o uso do RR para avaliar associação entre as variáveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

Coorte prospectiva (dois grupos definidos pela EXPOSIÇÃO e seguidos no tempo para observar incidência) é justamente o desenho que permite calcular risco relativo. Um RR de 0,6 significa risco 40% menor no grupo exposto, ou seja, associação inversa: pelos dados obtidos, o sedentarismo se comportou como fator de proteção — achado contraintuitivo que na prática levanta suspeita de viés ou confundimento. RR maior que 1 é que indicaria risco aumentado. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Homem de 43 anos, dependente de álcool há 23 anos (20 doses de aguardente/dia), teve queda da própria altura com fratura fechada de tíbia, sem traumatismo cranioencefálico. Levado ao pronto-socorro, constata-se, além da fratura, nível de consciência e atenção flutuantes, desorientação temporoespacial parcial. Glicemia capilar de 45 mg/dL. Prescreve-se imediatamente reposição de glicose e hidratação. Paciente evolui com melhora inicial do estado mental e piora nas horas seguintes, passando a apresentar confusão mental, rebaixamento do nível de consciência, alterações oculares e ataxia. Encontra-se, então, hidratado, com glicemia capilar de 90 mg/dL e eletrólitos dentro da faixa de normalidade. Para tratar o quadro atual desse paciente, a seguinte conduta medicamentosa deve ser realizada imediatamente:

- A. biperideno, solução injetável 5 mg/mL, 1 ampola intravenosa lentamente.
 - B. diazepam, solução injetável 10 mg/mL, 1 ampola intravenosa lentamente.
 - C. haloperidol, solução injetável 5 mg/mL, 1 ampola intramuscular em região glútea.
 - D. tiamina, solução injetável 100 mg/mL, 5 ampolas diluídas em soro fisiológico durante 30 minutos.**
- ÁREA LIVRE ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Alcoolista crônico que recebe GLICOSE sem tiamina e evolui com a tríade confusão mental, alterações oculomotoras e ataxia: encefalopatia de Wernicke. A infusão de glicose consome a tiamina residual e precipita o quadro — por isso a regra é tiamina ANTES ou junto da glicose. O tratamento é tiamina parenteral em altas doses, imediatamente, pois o atraso leva à síndrome de Korsakoff, irreversível. Diazepam trata abstinência, haloperidol reduz limiar convulsivo e biperideno é para distonia aguda. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Homem de 50 anos apresentou-se ao serviço de emergência após episódio de hematêmese. Relata história de 3 meses de dor epigástrica e diarreia fétida, amarelada, pastosa, com algumas gotas de gordura, e perda de peso significativa. Histórico de ingestão de 500 mL de bebida alcoólica destilada, por dia, durante 15 anos. Exame físico: paciente emagrecido, índice de massa corporal de 17 kg/m²; temperatura axilar de 36,5 °C; mucosas hipocoradas ++/4+; hidratadas; ictericas +/-4+; aparelho respiratório sem alterações; aparelho cardiovascular com bulhas rítmicas e hiperfonéticas; frequência cardíaca de 87 bpm; pressão arterial de 120 x 80 mmHg; abdome pouco distendido, com sensibilidade à palpação epigástrica e ruídos hidroaéreos normais. Os resultados dos testes laboratoriais, incluindo lipase sérica e testes de função hepática, estavam dentro dos limites normais. A tomografia computadorizada do abdome mostrou extensa calcificação do pâncreas, sem evidência de edema pancreático ou presença de líquido peripancreático. A endoscopia digestiva alta revelou enantema em antro. De acordo com o quadro clínico, o exame físico e os exames complementares, qual é a conduta mais adequada?

- A. Internação, jejum, hidratação venosa e analgésicos.
- B. Analgesia, estadiamento e avaliação para possível indicação cirúrgica.
- C. Internação, analgesia e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- D. Interrupção da ingestão de álcool e prescrição de analgésico e pancreatina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Alcoolista de longa data com dor epigástrica crônica, esteatorreia (fezes gordurosas), emagrecimento importante e CALCIFICAÇÕES pancreáticas difusas na tomografia, com lipase normal: pancreatite crônica com insuficiência exócrina. O tratamento é abstinência alcoólica, analgesia e reposição de enzimas pancreáticas (pancreatina) às refeições, com atenção às vitaminas lipossolúveis. Jejum e hidratação tratariam surto agudo, ausente aqui; CPRE só com obstrução ductal; a hematêmese se explica pelo enantema antral visto na endoscopia. Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Menino de 3 anos é transportado pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) para um serviço de urgência, após ter apresentado náuseas e vômitos, evoluindo para confusão mental e um episódio de convulsão, segundo os acompanhantes. Foram encontradas, nas proximidades do local onde a criança brincava, diversas cartelas abertas de ácido acetilsalicílico, do qual o avô faz uso contínuo. No momento do transporte, estava hidratado, sonolento e hiperventilando. O agente considerado eficaz para o tratamento imediato é

- A. carvão ativado. ✓**
- B. N-acetilcisteína.
- C. xarope de ipeca.
- D. atropina. ÁREA LIVRE 19

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com acesso a cartelas de AAS que evolui com náusea, vômito, confusão, convulsão e HIPERVENTILAÇÃO: intoxicação por salicilato (alcalose respiratória seguida de acidose metabólica). Na apresentação precoce, o carvão ativado é o agente eficaz — o salicilato é bem adsorvido e, por formar concreções e ter recirculação, pode até se beneficiar de doses múltiplas. N-acetilcisteína é o antídoto do paracetamol, xarope de ipeca está proscrito e atropina serve à intoxicação por organofosforados. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Paciente de 58 anos, trabalhador rural, encaminhado ao ambulatório de dermatologia com queixa de sangramento frequente em lesão pruriginosa em região plantar direita há 30 dias. Ao exame clínico, nota-se na região mencionada uma lesão com bordas irregulares, hiperocrômica (em tons de preto, castanho, cinza), medindo 12 mm em seu maior diâmetro. Considerando as características dessa lesão, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Carcinoma espinocelular.
- B. Carcinoma basocelular.
- C. Queratose actínica.
- D. Melanoma. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pigmentada plantar que preenche todo o ABCDE: Assimetria, Bordas irregulares, Cores variadas (preto, castanho e cinza), Diâmetro de 12 mm e Evolução (sangramento e mudança em 30 dias). Trata-se de melanoma, provavelmente do subtipo acral lentiginoso, o mais frequente em regiões palmoplantares e em pele mais pigmentada. Carcinoma basocelular é pápula perolada com telangiectasias; espinocelular é lesão vegetante/ulcerada em área fotoexposta; queratose actínica é mácula áspera eritematodescamativa. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Adolescente de 14 anos comparece à consulta acompanhada da mãe. Estão preocupadas porque, mesmo após 18 meses da menarca, a adolescente ainda apresenta ciclos menstruais irregulares, que variam entre 35 a 90 dias, e sangramento que dura de 3 a 7 dias. A paciente nega fluxo intenso, dor pélvica significativa ou início da atividade sexual. Apesar do quadro relatado, ela nega prejuízo de suas atividades. Ao exame físico, não foram encontradas alterações significativas. Qual é a conduta adequada nesse caso?

- A. Fazer uma histeroscopia diagnóstica para afastar a hipótese de lesões endometriais.

- B. Dosar TSH, FSH, LH, estradiol e prolactina para afastar a hipótese de distúrbios hormonais.
- C. Realizar uma ultrassonografia pélvica para afastar a hipótese de lesões miometriais e ovarianas.
- D. Informar que a principal causa é a anovulação, não sendo necessário exame complementar no momento. ÁREA LIVRE ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos primeiros dois a três anos após a menarca o eixo hipotálamo-hipófise-ovário ainda é imaturo, e ciclos ANOVULATÓRIOS com intervalos irregulares são fisiológicos. Sem fluxo intenso, sem anemia, sem dor e sem prejuízo funcional, a conduta é esclarecer e observar. Solicitar painel hormonal ou ultrassonografia só gera achados incidentais e ansiedade, e a histeroscopia em adolescente virgem e assintomática é invasiva e injustificável. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Criança de 3 anos é trazida à Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro de diarreia aquosa de grande volume, com aparência de água de arroz e um forte odor de peixe podre. A mãe relata que a criança está assim há 2 dias, mas no dia da consulta ficou prostrada, mal conseguia andar. Eles moram numa área de ocupação, sem saneamento básico nem água tratada. Relata também que outras crianças estão com quadro semelhante. Ao exame físico, desidratação grave, abdome com peristaltismo presente, timpânico, indolor à palpação, sem visceromegalias. Considerando esse caso clínico, a principal hipótese diagnóstica a ser investigada é

- A. cólera. ✓**
- B. rotavírus.
- C. giardíase.
- D. diarreia alimentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia aquosa profusa, em 'água de arroz', com odor característico, desidratação grave e rápida, em criança de área sem saneamento e com OUTROS CASOS simultâneos na comunidade: cólera (*Vibrio cholerae*). Rotavírus cursa com vômitos proeminentes e hoje é prevenido por vacina; giardíase é subaguda, com esteatorreia e distensão; diarreia alimentar não explica surto comunitário. O manejo é reidratação vigorosa imediata, antibiótico nos casos moderados a graves e notificação. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

Mulher de 82 anos, com diagnóstico de câncer de pâncreas, foi levada pela filha para atendimento. Após avaliação clínica e realização de exames, o médico informa que o caso está fora de possibilidade terapêutica. A filha insiste na realização de um tratamento novo com um medicamento importado que ela viu na internet, enquanto a paciente, lúcida e capaz, discorda da utilização de intervenções experimentais. O médico, ao concordar com a decisão da paciente, está resguardado pelo princípio bioético da

- A. autonomia. ✓**
- B. beneficência.
- C. não maleficência.
- D. justiça distributiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente lúcida, capaz e devidamente informada RECUSA intervenção experimental; a filha discorda. O médico que respeita a vontade da própria paciente está amparado pela AUTONOMIA — o direito ao consentimento e ao dissentimento informados, que prevalece sobre a vontade de familiares quando o paciente tem capacidade decisória. Beneficência e não maleficência também sustentam não oferecer tratamento fútil, mas o princípio invocado diante do conflito familiar é a autonomia; justiça distributiva trata de alocação equitativa de recursos. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), mulher de 30 anos, negra, casada, refere vários episódios de dores nas pernas no último ano, às vezes com edema local, e dores torácicas, associadas à febre, coriza e tosse, apresentando melhora com paracetamol há 1 semana. Relata fortes dores em membros inferiores, intensidade 8/10, sem irradiação, e dor na região lombar, fadiga, indisposição e edema doloroso em tornozelo sem melhora, com utilização de analgésicos há 1 dia. Pai faleceu aos 40 anos devido a acidente vascular encefálico. Exame físico: eupneica; afebril; mucosas descoradas (++)/4+; icterícia (+/4+). Sem alterações nos sinais vitais. Ausculta cardíaca com sopro sistólico (++)/4+. Abdome plano, sem visceromegalias. Edema unilateral sem empastamento em tornozelo esquerdo (++)/4+, associado à úlcera maleolar de 2 cm, com secreção purulenta e hiperemia nas bordas. Os exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência Hematócrito 24% 36 a 47% Hemoglobina 8,2 g/dL 12,5 a 16,0 g/dL Reticulócitos 135.000/mm³ 20.000 a 100.000/mm³ Leucócitos 11.000/mm³ 4.000 a 11.000/mm³ Plaquetas 420.000/mm³ 150.000 a 450.000/mm³ Glicemia de jejum 80 mg/dL 70 a 99 mg/dL Colesterol total 151 mg/dL Abaixo de 200 mg/dL HDL-C 53 mg/dL Acima de 50 mg/dL Triglicerídeos 134 mg/dL Abaixo de 150 mg/dL Esfregaço Apresenta drepanócitos ----- ECG Sem alterações ----- Qual achado no exame complementar confirma a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A. Presença de hemoglobina S na eletroforese de hemoglobina. ✓**
B. Identificação de hemácias falciformes na análise de gota espessa.
C. Predomínio de gamaglobulina na eletroforese de proteínas plasmáticas.
D. Observação de glóbulos vermelhos destruídos no esfregaço sanguíneo. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Crises álgicas de repetição, dor óssea e torácica, úlcera maleolar, icterícia, anemia com RETICULOCITOSE (hemólise) e drepanócitos no esfregaço: doença falciforme. O exame que CONFIRMA é a eletroforese de hemoglobina, demonstrando a hemoglobina S (padrão HbSS). Gota espessa pesquisa hemoparasitas como o plasmódio; eletroforese de proteínas investiga gamopatias; observar hemácias destruídas apenas caracteriza hemólise, sem apontar a causa. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Homem de 61 anos comparece à consulta com queixa de lesão no pênis há 3 meses, a qual se desenvolveu após episódio de eritema, prurido e fissura local, sem melhora após o uso de antibiótico por 30 dias. Como antecedentes pessoais, relata ter feito tratamento de HPV há 2 anos. Ao exame físico do pênis, odor fétido à retração prepucial, com má higienização local; lesão com aspecto verrucoso na glândula; presença de linfonodos inguinais bilaterais à palpação, indolores, arredondados e imóveis. Considerando o diagnóstico mais provável, qual é a conduta adequada?

- A. Solicitar biópsia da lesão em glândula peniana antes de indicar tratamento específico. ✓**
B. Iniciar tratamento medicamentoso enquanto aguarda os exames sorológicos para sífilis, hepatite e HIV.
C. Orientar correta higienização genital e uso de antibiótico oral associado à pomada tópica com corticoide.

D. Orientar higienização genital, uso de medicação tópica e tratamento da parceira sexual para evitar recidiva.
ÁREA LIVRE 21

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão verrucosa persistente na glândula, refratária a antibiótico por 30 dias, com fimose, má higiene e antecedente de HPV, associada a linfonodos inguinais endurecidos, arredondados e IMÓVEIS: carcinoma de pênis com suspeita de metástase linfonodal. Nenhum tratamento se inicia sem diagnóstico histológico — biópsia da lesão antes de qualquer conduta específica, pois ela define tipo, grau e profundidade de invasão. Tratar como balanopostite ou IST apenas atrasa o diagnóstico de um câncer. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Paciente de 28 anos, primigesta, teve infecção por Zika vírus com 12 semanas de gestação. A ultrassonografia morfológica, realizada com 23 semanas, revelou microcefalia, redução do diâmetro biparietal, leve aumento dos ventrículos laterais, calcificações subcorticais, redução do volume cerebral e lisencefalia. Diante desse resultado, a paciente ficou apreensiva e solicitou interrupção da gestação. De acordo com o ordenamento jurídico brasileiro, qual é a conduta adequada nesse caso?

- A. O procedimento poderá ser feito, mediante solicitação por escrito da gestante.
- B. O procedimento não poderá ser realizado, independentemente da idade gestacional. ✓**
- C. O procedimento não poderá ser realizado, por já ter ultrapassado 20 semanas de gestação.
- D. O procedimento poderá ser realizado, após a confirmação do diagnóstico por dois especialistas em medicina fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ordenamento brasileiro permite a interrupção da gestação em apenas três hipóteses: risco de vida para a gestante, gravidez resultante de estupro e anencefalia (ADPF 54). Microcefalia e outras malformações graves — ainda que com prognóstico ruim — NÃO estão contempladas, independentemente da idade gestacional, e dependeriam de autorização judicial individual. Portanto, nem o pedido por escrito da gestante nem o parecer de dois especialistas em medicina fetal legitimam o procedimento. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Adolescente de 15 anos que reside com a mãe e a avó, em consulta de demanda espontânea com o médico de família e comunidade, solicita orientações sobre anticoncepção, já que pretende iniciar a vida sexual. A paciente é levada pela avó, a qual não participa da consulta médica. Caso a avó e a mãe queiram saber informações sobre a consulta, o médico deve

- A. prestar informações às duas, somente na presença da paciente, mesmo que não autorizado por ela.
- B. fornecer informações apenas à mãe, responsável legal, pois a paciente é menor de idade.
- C. fornecer informações apenas à mãe, após autorização judicial requerida por ela.

D. manter o sigilo médico, evitando o repasse das informações à mãe e à avó. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente tem direito a atendimento desacompanhado e à CONFIDENCIALIDADE, garantidos pelo ECA e pelo Código de Ética Médica. Orientação sobre contracepção é exatamente o tipo de demanda que exige sigilo para não afastar o jovem do serviço. A quebra só se justifica quando há risco de vida ou grave dano à própria adolescente ou a terceiros, ou quando falta capacidade de discernimento — nada disso ocorre aqui. Ser menor de idade não autoriza informar a mãe ou a avó. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito D

Adolescente de 16 anos apresentou febre, odinofagia e cefaleia há 7 dias, com início após festa de aniversário de um amigo. Refere rouquidão e tosse seca persistente há 5 dias, com piora progressiva da tosse. Exame físico: afebril, taquipneico, com estertores finos bilateralmente. Apresenta a seguinte radiografia de tórax em PA: Com base na história clínica e na radiografia, o agente etiológico mais provável é

- A. Chlamydia trachomatis.
- B. Mycoplasma pneumoniae.
- C. Streptococcus pneumoniae.

D. vírus sincicial respiratório. ÁREA LIVRE 22 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro de 7 dias iniciado com febre, odinofagia e cefaleia, evoluindo com ROUQUIDÃO (acometimento de via aérea alta e laringe) e tosse seca progressiva, com estertores finos difusos bilaterais e padrão intersticial/peribronquico na radiografia: pneumonia viral. O vírus sincicial respiratório não é exclusivo do lactente — reinfesta escolares e adolescentes, e o comprometimento simultâneo de via aérea superior é a pista. Pneumococo daria consolidação lobar com toxemia; Chlamydia trachomatis causa pneumonia afebril do lactente jovem. Resposta D.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Recém-nascida de 10 dias é levada pelos pais à Unidade Básica de Saúde (UBS). Mãe queixa-se de lesões na pele da filha, que apareceram há 3 dias. Nega febre, diarreia e vômitos associados. A bebê nasceu a termo e não houve intercorrências nos períodos gestacional e perinatal. Na inspeção foram observadas três vesículas e bolhas de paredes flácidas e não agrupadas, com conteúdo amarelado, na região do abdome, e duas lesões avermelhadas/marrons numulares, que a responsável informou serem bolhas que estouraram. O tratamento indicado é

- A. mupirocina tópico. ✓**
- B. aciclovir intravenoso.
- C. sulfadiazina de prata tópico.
- D. imunoglobulina varicela zoster intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascida com vesicobolhas de paredes FLÁCIDAS, não agrupadas, de conteúdo amarelado, que se rompem deixando lesões numulares com crosta, sem febre nem toxemia: impetigo bolhoso, causado por Staphylococcus aureus produtor de toxina esfoliativa. Doença localizada e sem repercussão sistêmica trata-se com mupirocina tópica. Herpes neonatal traz vesículas AGRUPADAS sobre base eritematosa com sinais sistêmicos (aciclovir venoso); sulfadiazina de prata é para queimadura; imunoglobulina VZ é profilaxia de varicela. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Paciente de 40 anos, vítima de atropelamento havia 90 minutos. Foi conduzido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), imobilizado com colar cervical, prancha rígida e imobilização pélvica. Durante avaliação inicial, apresentava-se consciente e orientado, com queixa de dor abdominal e pélvica. Ao exame físico, observou-se estabilidade hemodinâmica, presença de hematoma perineal, desalinhamento da pelve, bem como uretrorragia e globo vesical palpável. Diante do caso, qual o procedimento indicado nesse momento?

- A. Cistostomia. ✓**
- B. Uretrocistoscopia.

- C. Laparotomia exploratória.
D. Sondagem vesical de alívio. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Uretrorragia, hematoma perineal, desalinhamento pélvico e globo vesical formam o quadro de lesão de uretra associada a fratura de pelve. A sondagem vesical está CONTRAINDICADA, pois pode converter uma lesão parcial em completa e agravar sangramento e estenose. A derivação urinária de urgência se faz por cistostomia suprapúbica, deixando a uretrografia retrógrada para caracterizar a lesão depois. Uretrocistoscopia não é procedimento de urgência e laparotomia não se indica em paciente estável sem sinal de lesão abdominal. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Paciente primigesta, com 14 semanas de gestação, chega à urgência apresentando sangramento vaginal leve há 1 dia, sem dor abdominal. Apresenta tipo sanguíneo “O” Rh negativo, com coombs indireto negativo, não é possível saber o tipo sanguíneo do genitor. Durante o exame, não é detectado sinal de instabilidade hemodinâmica. Após avaliação inicial, a ultrassonografia transvaginal revela presença de embrião vivo e hematoma subcoriônico. Qual é a conduta mais adequada para essa paciente?

- A. Informar que não há indicação de medidas adicionais.
B. Administrar imunoglobulina anti-D e reavaliar em 7 a 14 dias. ✓
C. Indicar repouso relativo e prescrever progesterona micronizada.
D. Indicar repouso relativo e aguardar 72 horas para administrar imunoglobulina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante O Rh negativo, Coombs indireto negativo, com sangramento no segundo trimestre e paternidade sanguínea desconhecida: há indicação de imunoglobulina anti-D para prevenir aloimunização, administrada dentro de 72 horas do evento sensibilizante — não se AGUARDA 72 horas, como diz a alternativa D. Com embrião vivo e hematoma subcoriônico, o seguimento é clínico e ultrassonográfico em 7 a 14 dias. Repouso não altera desfecho e progesterona não tem indicação nesse contexto; dizer que nada é necessário ignora a profilaxia. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Criança de 4 anos, sem comorbidades, é levada pela mãe à Unidade Básica de Saúde (UBS) com história de febre e cefaleia há 2 dias. É residente em área sem risco de malária. Há 2 anos, a criança apresentou um episódio de convulsão febril simples. Ao exame físico, paciente apresenta temperatura de 38,5 °C, com restante do exame físico sem alterações. Diante desse caso, a conduta mais adequada é

- A. iniciar antibioticoterapia, visto que a criança apresenta doença febril muito grave.
B. administrar antitérmico e solicitar exames laboratoriais para identificação da etiologia da febre.
C. administrar antitérmico, liberar a criança para casa e orientar os pais sobre o manejo em caso de convulsão. ✓
D. encaminhar imediatamente ao hospital e manter em observação até a febre ceder, considerando o risco de convulsão. ÁREA LIVRE 23

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 4 anos com febre de 2 dias, exame físico sem alterações, sem sinais gerais de perigo e sem foco identificado, em área sem risco de malária: pela sistematização do AIDPI, é doença febril sem gravidade. A conduta é antitérmico, alta com orientação de sinais de alarme e retorno, mais orientação sobre o manejo de eventual convulsão febril. Antecedente de convulsão febril SIMPLES não muda a conduta nem indica internação, exames de rotina ou antibiótico sem foco. Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Homem de 60 anos é encaminhado ao ambulatório da atenção secundária devido à queimação em região epigástrica há 6 meses. Já realizou 2 ciclos de 30 dias de inibidor de bomba de próton, com melhora parcial e temporária da queixa. Apresenta perda de peso involuntária aproximada de 20% nos últimos 6 meses. Nega vômitos ou hematêmese. Exame físico sem alterações relevantes. Quais são, respectivamente, a principal hipótese diagnóstica e a conduta adequada para o caso?

- A. Dispepsia funcional; amitriptilina.
- B. Colelitíase; ultrassonografia de abdome.
- C. Câncer gástrico; endoscopia digestiva alta. ✓**
- D. Doença do refluxo gastroesofágico; pHmetria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Epigastralgia por 6 meses com resposta apenas parcial e temporária a dois ciclos de inibidor de bomba de prótons, em homem de 60 anos com perda ponderal involuntária de 20%: sinais de alarme evidentes. A conduta obrigatória é endoscopia digestiva alta com biópsias, para excluir câncer gástrico. Rotular como dispepsia funcional ou doença do refluxo desconsidera o alarme (e pHmetria não investiga neoplasia); colelitíase daria dor biliar pós-prandial em hipocôndrio direito, não queimação epigástrica. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Menino de 10 anos, com anemia falciforme, foi trazido à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de febre alta há 48 horas e sintomas gripais. Durante a observação na unidade, evoluiu com dor torácica e queda na saturação de O₂ de 89% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: diminuição discreta do murmúrio vesicular à esquerda. Frequência cardíaca normal. A hipótese diagnóstica e a conduta inicial são, respectivamente,

- A. síndrome torácica aguda; internação e analgesia com antibioticoterapia parenteral. ✓**
- B. embolia pulmonar aguda; internação e anticoagulação com dose plena de heparina.
- C. síndrome torácica aguda; observação por 24 horas e analgesia com hidratação endovenosa.
- D. embolia pulmonar aguda; observação por 24 horas e anticoagulação com dose profilática de heparina. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Falciforme com febre, dor torácica, queda da saturação e novo achado à ausculta: síndrome torácica aguda, a principal causa de morte na doença falciforme. Exige INTERNAÇÃO com oxigênio, analgesia potente, antibiótico parenteral cobrindo germes típicos e atípicos (cefalosporina mais macrolídeo), hidratação criteriosa (o excesso piora o edema pulmonar), espirometria de incentivo e transfusão se houver deterioração. Apenas observar é subtratamento; anticoagular sem investigar TEP é conduta errada. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Homem de 69 anos, vítima de politrauma, internado há 9 dias, apresenta quadro de dor anal, evacuação de fezes de consistência endurecida e presença de sangue vivo em pequena quantidade. À admissão, estava hemodinamicamente estável, sem alterações neurológicas, exames de imagem sem alterações. Apresentava múltiplas escoriações no dorso e na região lombossacra. Consta o uso de analgesia com opioides durante o período de internação. Considerando o caso apresentado, quais são os diagnósticos mais prováveis?

- A. Fecaloma e fissura anal. ✓**
- B. Obstrução intestinal e sepse.
- C. Fratura pélvica e lesão colônica.
- D. Intussuscepção e obstrução intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado imobilizado há 9 dias em uso contínuo de opioide: constipação induzida por opioide levando a fecaloma. A evacuação forçada de fezes endurecidas produz fissura anal, que explica exatamente a dor anal e o sangue vivo em pequena quantidade. Obstrução intestinal com sepse, lesão colônica e intussuscepção não se sustentam em paciente que evacua, está estável e teve exames de imagem sem alterações à admissão. Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Mãe leva a filha de 13 anos e 15 dias à consulta em Unidade Básica de Saúde (UBS). A filha demonstra preocupação, pois ainda não menstruou, fato que já ocorreu com todas as suas amigas. No histórico, consta telarca aos 10 anos. Relata que há uma semana começou com secreção vaginal transparente e sem odor, que por vezes molhava a roupa íntima. Informa não ter tido relações sexuais até o momento da consulta. Exame físico: índice de massa corporal de 18,5 kg/m²; estatura de 1,58 m; pressão arterial de 115 x 80 mmHg; mamas M3 e pelos pubianos P3 (escala de Tanner). Presença de hímen íntegro com orifício anular. Ausência de nódulos inguinais. De acordo com a história clínica, qual é a conduta adequada?

- A. Explicar que a adolescente apresenta desenvolvimento normal e que provavelmente terá a sua menarca em breve. ✓**
- B. Encaminhar a paciente para atenção secundária, por suspeita de hipogonadismo hipogonadotrófico.
- C. Solicitar dosagem de estrogênio, FSH, LH, cariótipo e exame de imagem.
- D. Iniciar terapia estrogênica para preservação de massa óssea. ÁREA LIVRE 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Desenvolvimento puberal normal: telarca aos 10 anos, hoje M3 P3, com leucorreia fisiológica — secreção clara, inodora, resultado do estímulo estrogênico, que costuma anteceder a menarca em 6 a 12 meses. A menarca ocorre em média 2 a 2,5 anos após a telarca, e amenorreia primária só se investiga aos 15 anos (ou aos 13 se não houver caracteres sexuais secundários). Conduta: tranquilizar e orientar. Dosagens hormonais, cariótipo, encaminhamento ou estrogênio terapia são desnecessários e iatrogênicos. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Criança de 7 anos chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com múltiplas afecções de pele disseminadas em ambos os pés. As lesões são caracterizadas por pápulas arredondadas amareladas com ponto preto central. O pai relata que cria porcos e que a menina está sempre brincando perto dos chiqueiros. Quais são, respectivamente, o diagnóstico provável, o tratamento e a orientação?

- A. Dermatite de contato; tratamento tópico e eliminação do foco alérgico; orientação para uso de calçados adequados e meias de algodão.**

B. Tungíase; retirada manual dos parasitas, seguida de tratamento tópico e sistêmico; orientação para uso de calçados, evitando a área próxima aos chiqueiros. ✓

- C. Escabiose; limpeza diária e tratamento sistêmico, fornecimento de atestado para a escola; orientação de realizar controle ambiental até a eliminação do parasita.
- D. Esporotricose; o caso deve ser encaminhado a um serviço de dermatologia para realização de biópsia das lesões para a confirmação do diagnóstico; orientação de aguardar o resultado do exame. ÁREA LIVRE
- ÁREA LIVRE QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA PROVA As questões abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade e a adequação da prova que você acabou de realizar. Assinale as alternativas correspondentes à sua opinião nos espaços apropriados do Cartão-Resposta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pápulas arredondadas amareladas com PONTO PRETO CENTRAL nos pés de criança que convive com chiqueiros e solo arenoso: tungíase (bicho-de-pé), causada pela *Tunga penetrans*. O manejo é a retirada dos parasitas com assepsia e antissepsia, tratamento tópico e sistêmico nos casos múltiplos/disseminados, checagem da vacinação antitetânica e orientação de uso de calçado com afastamento da área contaminada. Escabiose é pruriginosa, em pregas e interdigital, sem ponto preto; esporotricose forma nódulos ulcerados de distribuição linfangítica. Resposta B.