



# REVALIDA — Residência Médica

## Revalida 2025/2

Prova comentada

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

objetiva — caderno 2

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

Comentários: produção original OsceLabs.

[oscelabs.com.br](https://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 1 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor lombar noturna, perda de peso e neoplasia previa (hepatocarcinoma transplantado, sob imunossupressão) são bandeiras vermelhas clássicas: obrigam rastrear metástase óssea. A cintilografia óssea varre todo o esqueleto e detecta lesão muito antes da radiografia, que só mostra alteração após perder ~50% da matriz óssea (C). Analgesia com anti-inflamatório e repouso e a medida sintomática inicial enquanto se investiga. TC de abdome (A) e US urinário (D) não avaliam o esqueleto. Resposta B.

**QUESTÃO 2 — 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/m<sup>2</sup>; 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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Telarca aos 10 anos, M3/P3 e leucorreia fisiológica (secreção clara, inodora, estrogênio-dependente) são a sequência normal: a menarca costuma vir 2 a 2,5 anos após a telarca, tipicamente em M4. Aos 13 anos com caracteres sexuais presentes não há amenorreia primária — a investigação só se justifica aos 15 anos com telarca, ou aos 13 sem nenhum caráter secundário. Logo, não cabe propedêutica hormonal (C), encaminhamento (B) nem estrogênio (D). Resposta A.

### QUESTÃO 3 — 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

Nove dias de imobilidade no leito com opioide em uso contínuo e a receita da constipação induzida por opioide: fezes endurecidas formam fecaloma, e a passagem do bolo duro lacera a mucosa anal, gerando dor anal intensa e sangue vivo em pequena quantidade. Obstrução intestinal e intussuscepção (B/D) cursariam com parada de eliminação, distensão e vômitos, não com evacuação. Lesão colônica traumática (C) apareceria na admissão, e os exames de imagem eram normais. Resposta A.

### QUESTÃO 4 — 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. Dermite 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. 2

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Pápula amarelada com ponto preto central nos pés de criança que brinca perto de chiqueiro e tungíase (bicho-de-pe, *Tunga penetrans*) — o ponto preto e a extremidade posterior da fêmea encravada. Tratamento: extração mecânica com material estéril, antisepsia, checar antitetânica e, nas formas múltiplas/disseminadas, terapia sistêmica (ivermectina/tiabendazol). Escabiose (C) faz pápulas pruriginosas em túneis nas pregas; esporotricose (D) faz nódulos em trajeto linfático após trauma vegetal ou arranhadura de gato. Resposta B.

### QUESTÃO 5 — 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**

Dispepsia refrataria a dois cursos de inibidor de bomba, em homem de 60 anos, com perda ponderal involuntaria de 20% em 6 meses: ha sinais de alarme, e sinal de alarme manda endoscopia, nao mais teste terapeutico. A hipotese a excluir e neoplasia gastrica. Dispepsia funcional (A) e diagnostico de exclusao e nao cursa com emagrecimento; coleditiase (B) da dor biliar pos-prandial em hipocondrio direito; pHmetria (D) nao rastreia cancer. Resposta C.

**QUESTÃO 6 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Crianca de 4 anos, febre de 2 dias, sem sinais gerais de perigo, sem foco de gravidade ao exame e fora de area de malaria: e doenca febril sem sinais de alarme. Conduta = antitermico, alta e orientacao aos pais sobre sinais de retorno e manejo de eventual crise. Antibiotico as cegas (A) nao se justifica sem foco nem gravidade; bateria laboratorial (B) e internacao (D) nao mudam desfecho — convulsao febril simples previa nao indica profilaxia nem observacao hospitalar. Resposta C.

**QUESTÃO 7 — 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 na gestacao (ameaca de abortamento com embriao vivo e hematoma subcorionico) e pai desconhecido: ha risco de hemorragia feto-materna, logo esta indicada imunoglobulina anti-D, com reavaliacao clinica e ultrassonografica em 7 a 14 dias. Nao fazer nada (A) expoe a paciente a aloimunizacao. Repouso e progesterona (C) nao alteram o desfecho. E a imunoglobulina deve ser dada o quanto antes, ate 72 horas do evento — nunca aguardar 72 horas (D). Resposta B.

**QUESTÃO 8 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Uretrorragia, hematoma perineal e desalinhamento pélvico após atropelamento configuram lesão de uretra associada a fratura de pelve; com globo vesical, e preciso derivar a urina. A sondagem vesical (D) está formalmente contraindicada — pode converter lesão parcial em completa —, portanto a drenagem se faz por cistostomia suprapúbica. O diagnóstico se confirma com uretrrocistografia retrograda, não com uretrrocistoscopia (B). Laparotomia (C) não cabe em paciente hemodinamicamente estável sem indicação abdominal. Resposta A.

**QUESTÃO 9 — 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. ÁREA LIVRE 3

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Recém-nascida afebril, em bom estado, com bolhas flácidas de conteúdo amarelado, não agrupadas, que rompem e deixam crostas: é impetigo bolhoso, produzido pela toxina esfoliativa do *Staphylococcus aureus*. Doença localizada e poucas lesões = mupirocina tópica. Herpes neonatal (B) faz vesículas agrupadas sobre base eritematosa, quase sempre com repercussão sistêmica. Sulfadiazina de prata (C) e para queimadura, e imunoglobulina VZ (D) só em exposição a varicela. Resposta A.

**QUESTÃO 10 — 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. ✓****COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro começa em via aérea superior (odinofagia, rouquidão — acometimento laringeo) e desce para as vias inferiores com tosse seca progressiva, taquipneia e estertores finos difusos bilaterais, com padrão radiológico intersticial: perfil de pneumonia viral. O vírus sincicial respiratório não é exclusivo de lactentes — reinfecta adolescentes e adultos, com surtos após aglomeração. C. trachomatis (A) causa pneumonia afebril do lactente pequeno; o pneumococo (C) dá quadro agudo, toxêmico, com consolidação lobar e sem rouquidão. Resposta D.

**QUESTÃO 11 — 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 sigiloso e a privacidade, mesmo sem acompanhante, conforme o ECA e o Código de Ética Médica. A quebra de sigilo só se justifica em risco de vida ou de dano relevante à própria adolescente ou a terceiros — não é o caso de orientação contraceptiva, que inclusive protege a paciente. Portanto, não se informa mãe nem avó sem autorização dela (A e B), e não há nada a requerer judicialmente (C). Resposta D.

**QUESTÃO 12 — 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**

No ordenamento jurídico brasileiro o aborto só não é punido em três situações: risco de vida materno, gestação resultante de estupro e anencefalia (ADPF 54). Microcefalia e demais malformações graves por Zika, por mais devastadoras que sejam, não estão contempladas — a interrupção dependeria de autorização judicial individual. Logo, não basta pedido por escrito (A) nem laudo de especialistas (D), e a vedação independe da idade gestacional (o problema não é ter passado de 20 semanas, como diz C). Resposta B.

**QUESTÃO 13 — 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 4

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lesão peniana verrucosa crônica, refratária a antibiótico, com fimose/má higiene, odor fétido, antecedente de HPV e linfonodos inguinais endurecidos, arredondados e imóveis: o cenário é carcinoma epidermoide de pênis até prova em contrário. Nenhum tratamento se define sem histopatológico — a biópsia da lesão vem antes de qualquer terapia. Tratar empiricamente como balanopostite ou IST (B, C, D) apenas retarda o diagnóstico de uma neoplasia cuja sobrevida depende do estadiamento precoce. Resposta A.

**QUESTÃO 15 — 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/mm<sup>3</sup> 20.000 a 100.000/mm<sup>3</sup> Leucócitos 11.000/mm<sup>3</sup> 4.000 a 11.000/mm<sup>3</sup> Plaquetas 420.000/mm<sup>3</sup> 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher jovem, negra, com crises algicas recorrentes, dor torácica, anemia com icterícia, reticulocitose, úlcera maleolar crônica e drepanócitos no esfregaço: é doença falciforme. O esfregaço sugere, mas quem confirma é a eletroforese de hemoglobina demonstrando HbS. Gota espessa (B) e método para malária; gamaglobulina aumentada (C) aponta gamopatia; hemácias fragmentadas (D) indicam hemólise, achado inespecífico presente em várias anemias hemolíticas. Resposta A.

**QUESTÃO 17 — 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. ÁREA LIVRE 5

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Paciente lúcida e capaz recusa intervenção experimental, e o médico acata: prevalece a vontade declarada de quem tem capacidade de decidir — princípio da autonomia (respeito a autodeterminação). Beneficência (B) e agir para o bem do paciente e não maleficência (C) e evitar dano: ambas até reforçam a decisão, mas não são o princípio que a fundamenta, pois o eixo aqui é a escolha da própria paciente sobrepondo-se ao desejo da filha. Justiça distributiva (D) trata de alocação equitativa de recursos. Resposta A.

**QUESTÃO 18 — 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 rápida, em área sem saneamento e com casos simultâneos na vizinhança: é cólera (*Vibrio cholerae*), doença de notificação compulsória imediata. Rotavírus (B) causa diarreia com vômitos, mais em menores de 2 anos e sem esse aspecto das fezes; giardíase (C) e quadro arrastado com esteatorreia; diarreia alimentar (D) não explica o surto nem a gravidade. Reidratação vigorosa + antibiótico. Resposta A.

**QUESTÃO 19 — 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 2 a 3 anos após a menarca o eixo hipotálamo-hipofise-ovário ainda é imaturo: ciclos anovulatorios, com intervalos de até 90 dias, são esperados. A paciente não tem fluxo intenso, anemia, dor incapacitante nem prejuízo funcional — logo, orientação e observação bastam. Histeroscopia (A) e ultrassonografia (C) são invasivas/desnecessárias nessa faixa, e o painel hormonal (B) só entraria se houvesse sinais de hiperandrogenismo, galactorreia ou amenorreia prolongada. Resposta D.

**QUESTÃO 20 — 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, hipercrômica (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 plantar com bordas irregulares, policromia (preto, castanho, cinza), 12 mm e sangramento recente reúne quase todo o ABCDE — assimetria, bordas, cor, diâmetro maior que 6 mm e evolução: é melanoma, provavelmente acral lentiginoso, subtipo mais frequente em fototipos altos e em região palmoplantar. Carcinoma basocelular (B) e perolado com telangiectasias; espinocelular (A) e ceratósico/ulcerado em área fotoexposta; ceratose actínica (C) e lesão aspera eritemato-descamativa. Resposta D.

**QUESTÃO 21 — 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 6

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Vômitos, confusão, convulsão e hiperventilação após ingestão de cartelas de AAS: intoxicação por salicilato, que provoca estímulo direto do centro respiratório (alcalose respiratória) somado a acidose metabólica com anion gap. O salicilato tem absorção lenta e pode formar conglomerados no estômago, de modo que a descontaminação com carvão ativado ainda é eficaz. N-acetilcisteína (B) e para paracetamol; atropina (D), para síndrome colinérgica; xarope de ipecaca (C) está proscrito e seria perigoso em paciente sonolento e convulsivo. Resposta A.

**QUESTÃO 22 — Gabarito D**

Homem de 50 anos apresentou-se ao serviço de emergência após episódio de hematemese. 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/m<sup>2</sup>; temperatura axilar de 36,5 °C; mucosas hipocoradas ++/4+; hidratadas; icterícias ++/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**

Etilismo pesado por 15 anos, dor epigástrica crônica, esteatorreia, emagrecimento e tomografia com calcificações pancreáticas difusas sem edema ou coleções: é pancreatite crônica, não um surto agudo — por isso lipase e amilase estão normais (a glândula fibrosada perdeu parênquima). O tratamento é abstinência alcoólica, analgesia e reposição de enzimas pancreáticas para corrigir a má absorção. Jejum e hidratação (A) tratariam pancreatite aguda; CPRE (C) só com obstrução ductal; estadiamento (B) seria para neoplasia. Resposta D.

**QUESTÃO 23 — 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 crânioencefálico. 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. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Etilista crônico, desnutrido, que recebe glicose sem tiamina e piora com confusão, alterações oculomotoras e ataxia: a tríade clássica da encefalopatia de Wernicke, precipitada justamente pela infusão de glicose em paciente com estoque esgotado de tiamina. O tratamento com tiamina parenteral em dose alta, imediatamente — o atraso converte quadro reversível em síndrome de Korsakoff. Benzodiazepínico (B) trata abstinência; haloperidol (C) e biperideno (A) não corrigem a deficiência vitamínica e podem mascarar o quadro. Resposta D.

**QUESTÃO 24 — 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 permite calcular incidência e, portanto, risco relativo — logo D e B estão erradas.  $RR = 1$  significa ausência de associação; RR maior que 1, fator de risco; RR menor que 1, fator de proteção. Com  $RR = 0,6$ , o grupo exposto (sedentários) teve 40% menos casos novos que os não expostos, ou seja, a leitura estatística e de fator protetor — o oposto de C. Resultado biologicamente contraintuitivo levanta suspeita de vies ou confundimento, mas a inferência do número é essa. Resposta A.

**QUESTÃO 25 — 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  $O_2$  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 ÁREA LIVRE 7

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Falcêmico com febre, dor torácica e queda de saturação para 89%, com redução do murmúrio vesicular: é síndrome torácica aguda, principal causa de morte na doença falciforme. Exige internação, oxigênio, analgesia adequada, hidratação criteriosa e antibiótico parenteral cobrindo germes típicos e atípicos (com transfusão se houver piora). Observação domiciliar ou por 24 horas (C) é insuficiente. Embolia pulmonar (B, D) até entra no diferencial, mas não é a hipótese principal nesse contexto febril com infiltrado. Resposta A.

**QUESTÃO 26 — Gabarito C**

Paciente de 43 anos, multípara, 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**

Tumoracao cistica de 2 cm no vestibulo vaginal, apos episodio previo de dor, calor e edema locais com remissao parcial, e cisto de glandula de Bartholin — sequela de bartolinite resolvida. Sem sinais inflamatorios, a conduta e expectante; a cirurgia (marsupializacao ou exereses) fica reservada aos casos sintomaticos, como o desconforto na relacao referido. Cisto de Skene (D) e periuretral; diverticulo de uretra (B) cursa com gotejamento pos-miccional; prolapso (A) nao forma tumor cistico vestibular. Resposta C.

**QUESTÃO 27 — 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**

TCE em idoso com perda de consciencia e Glasgow 13 preenche criterio para tomografia de cranio — exame indisponivel na UBS. A conduta e controlar o sangramento do escalpo com sutura hemostatica (ferimento de 10 cm com sangramento profuso pode causar perda volêmica relevante) e transferir para servico de trauma. Observacao domiciliar (A, B) e inaceitavel com esses fatores de risco, e radiografia de cranio (C) nao exclui hematoma intracraniano — praticamente abandonada no trauma. Resposta D.

**QUESTÃO 28 — 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 as 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 incoercíveis durante o plano B (5 episódios em 1 hora, sem melhora da desidratação) não significam falha da via enteral: antes de partir para a veia, o Ministério da Saúde recomenda gastroclise — soro de reidratação oral por sonda nasogástrica, em gotejamento lento e contínuo, que reduz o vômito e mantém a absorção intestinal. Reduzir volume (C) perpetua a desidratação; antiemético de rotina (A) não é a recomendação; a via intravenosa (B) fica para choque, desidratação grave ou falha da gastroclise. Resposta D.

**QUESTÃO 29 — 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 8

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Colangite aguda com hipotensão que persiste após ressuscitação volêmica inicial = choque séptico. Quando a PAM se mantém abaixo de 65 mmHg apesar dos cristalóides, a prioridade é iniciar noradrenalina, o vasopressor de escolha, sem esperar. Coloide (B) não traz benefício e pode piorar a função renal; corticoide (D) só entra como resgate no choque refratário a vasopressor. A CPRE para controle do foco (A) é essencial, mas o paciente precisa ser estabilizado antes de ir para o procedimento. Resposta C.

**QUESTÃO 30 — 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 recaptação de serotonina. ✓**
- B. Anti-histamínico; inibidor da monoaminoxidase.
- C. Antipsicótico atípico; antidepressivo tricíclico.
- D. Vasodilatador; antipsicótico típico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Crises de início abrupto com palpitação, dispnéia, dor epigástrica e sensação de morte iminente, com investigação cardiorrespiratória negativa e recorrência: transtorno de pânico. O manejo tem dois tempos — alívio da crise com benzodiazepínico (uso pontual e por tempo curto, pelo risco de dependência) e tratamento de manutenção com inibidor seletivo da recaptação de serotonina, primeira linha por eficácia e perfil de segurança. Antipsicóticos (C, D), anti-histamínicos e IMAO (B) não são terapia inicial. Resposta A.

**QUESTÃO 31 — 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**

Na saúde suplementar organizada por linha de cuidado, o médico da atenção primária e o coordenador/gestor do cuidado: ordena o fluxo, resolve o que é resolúvel no primeiro nível e encaminha com base em critérios clínicos e diretrizes de evidência. Restringir acesso por economia (A) e liberar tudo por demanda (C) são os dois extremos igualmente equivocados — o primeiro nega cuidado, o segundo produz iatrogenia e prevenção quaternária zero. Delegar a regulação administrativa (D) abdica da responsabilidade clínica. Resposta B.

**QUESTÃO 32 — 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, desde que razoavelmente afastada a gravidez — não há necessidade de esperar a menstruação. As demais alternativas invertem prazos: no pós-parto a inserção é imediata (até 48 horas) ou após 4 semanas, não até 72 horas (A); como contracepção de emergência é o método mais eficaz e vale até 5 dias, e não 72 horas (B); e no pós-abortamento sem infecção a inserção pode ser imediata, sem aguardar 40 dias (C). Resposta D.

**QUESTÃO 33 — 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 9

**COMENTÁRIO OSCELABS**

ASC-US e a atipia de menor gravidade e a grande maioria regride espontaneamente — mais ainda em mulher de 21 anos, vacinada, em quem a infecção por HPV costuma ser transitória e o risco de lesão invasora é mínimo. Por isso a conduta preconizada abaixo dos 25 anos e conservadora: repetir a citologia em 3 anos. Repetir em 12 meses (C) e a recomendação para a faixa dos 25 aos 29 anos, e em 6 meses (A), a partir dos 30. Colposcopia imediata (D) fica reservada a ASC-H e lesões de alto grau. Resposta B.

**QUESTÃO 34 — 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 e lancinante desencadeada pela evacuação, com duração de minutos a horas, sangramento de pequena monta, medo de defecar e, ao exame, plicoma sentinela na linha média posterior com laceração da mucosa: é fissura anal, já com sinais de cronicidade. Hemorroida trombosada (D) se apresenta como nódulo azulado doloroso e palpável; fístula (A) drena secreção por orifício externo; úlcera de canal anal (C) e diagnóstico incomum, ligado a doença de base (Crohn, sífilis, neoplasia). Resposta B.

**QUESTÃO 35 — 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 da 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. ÁREA LIVRE

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Fissura mamilar com dor e sangramento nos primeiros dias e quase sempre consequência de pega incorreta — o bebê abocanha so o mamilo em vez da areola. Corrigir a pega e o posicionamento, oferecer o peito aos primeiros sinais de fome (antes do choro) e prevenir ingurgitamento resolvem o problema sem interromper o aleitamento materno exclusivo. Suspender a mamada (A, D) reduz a produção e favorece o desmame; espacar mamadas (C) causa ingurgitamento e piora a fissura. Resposta B.

### QUESTÃO 36 — 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 O<sub>2</sub> de 96% em ar ambiente. Consciente e orientada, corada, desidratada (+/4+), acianótica, anictérica. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdomen 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.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Disúria e lombalgia esquerda evoluindo com febre, calafrios, vômitos, Giordano positivo, taquicardia, taquipneia e pressão de 70x40 mmHg: pielonefrite aguda complicada por choque séptico. Vale o pacote da primeira hora — expansão com cristalóide, coleta de hemoculturas e urocultura e antibiótico intravenoso de amplo espectro precoce (cada hora de atraso aumenta a mortalidade). Ambulatório (A) e alta com antibiótico oral (D) são inaceitáveis diante de hipotensão; não há nada que sugira gonorreia (C). Resposta B.

### QUESTÃO 37 — 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. ÁREA LIVRE 10

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Uso de benzodiazepínico há 25 anos, com tolerância (perda de eficácia), dependência e queixa cognitiva: o diazepam é um dos fármacos mais inadequados para essa faixa etária (critérios de Beers), associado a quedas, fraturas e prejuízo de memória. A conduta é desmame gradual, com reduções progressivas para evitar síndrome de abstinência, associado a higiene do sono e, se necessário, alternativa não benzodiazepínica. Suspender abruptamente (C) pode causar convulsão; renovar (A) ou aumentar a dose (D) perpetua o dano. Resposta B.

**QUESTÃO 38 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Traduzir dados da sala de situação em cuidado coletivo exige devolvê-los a quem vive o território: apresentar os indicadores no conselho local de saúde e dialogar com lideranças comunitárias produz corresponsabilização e ações compartilhadas de promoção e prevenção — participação social e diretriz do SUS. Restringir a informação à equipe (A) e tutelar a comunidade; boletim no mural com linguagem técnica (B) informa sem mobilizar; apenas encaminhar e aguardar instância superior (D) esvazia a autonomia da equipe. Resposta C.

**QUESTÃO 39 — 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/m<sup>2</sup>. Qual é a conduta adequada para o caso?

- A. Prescrever sumatriptano 25 mg, a ser tomado no início da crise, e orientar mudanças 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 pulsátil, moderada a intensa, de horas de duração, com náusea e fonofobia, recorrente e sem resposta a analgésico comum; e migração sem aura, e exame neurológico normal dispensa neuroimagem (não há bandeira vermelha). O tratamento da crise é o triptano, tomado no início da dor, somado à abordagem dos gatilhos e do estilo de vida. Amitríptilina (B) é profilaxia, não crise; oxigênio a 100% (C, D) trata cefaleia em salvas; e o ibuprofeno já falhou. Resposta A.

**QUESTÃO 40 — 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**

Hemorragia pos-parto imediata com útero amolecido e acima da cicatriz umbilical define atonia uterina — a causa mais frequente (primeiro T dos 4 Ts). O primeiro degrau terapêutico é mecânico e farmacológico: massagem uterina bimanual associada a uterotônicos (ocitocina, com metilergometrina ou misoprostol se necessário), junto à reposição volêmica. Tamponamento com balão (D), sutura de B-Lynch (B) e histerectomia (A) são degraus seguintes, escalonados apenas se houver falha das medidas iniciais. Resposta C.

**QUESTÃO 41 — 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 O<sub>2</sub> 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. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE 11 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ferimento penetrante torácico com hipotensão, turgência jugular, desvio contralateral da traqueia, hipertimpanismo e murmúrio abolido à direita: pneumotorax hipertensivo, diagnóstico clínico que não espera radiografia. A conduta imediata é a descompressão por punção com agulha — pelo ATLS atual, no quinto espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média —, seguida de drenagem torácica. Jamais remover o objeto encravado no ambiente pre-hospitalar (A). Volume (C) não corrige a obstrução ao retorno venoso. Resposta D.

**QUESTÃO 42 — 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**

A questão pergunta pelo exame que detecta cicatriz renal após infecções urinárias de repetição: é a cintilografia renal estática com DMSA, que mapeia o parênquima funcionante e evidencia áreas cicatriciais. A cintilografia dinâmica com DTPA/MAG-3 (B) avalia função e drenagem/obstrução; a ureterocistografia (ou cistografia radioisotópica, A) investiga refluxo vesicoureteral, não cicatriz; e a urografia excretora (D) está praticamente abandonada na pediatria pela radiação e baixa acurácia. Resposta C.

**QUESTÃO 43 — 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 O<sub>2</sub> 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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Taquicardia de 150 bpm com ritmo irregular, após liberação alcoólica com energético ('holiday heart syndrome'), em paciente hemodinamicamente estável: fibrilação atrial de alta resposta ventricular. Sem instabilidade, a estratégia inicial e controle da frequência com betabloqueador intravenoso. Taquicardia ventricular (B) e regular, de QRS largo, e cardioversão só se houver instabilidade; TPSV (C) e regular e responde a adenosina; taquicardia sinusal (D) também seria regular. Resposta A.

**QUESTÃO 44 — 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**

Sintomas depressivos há 6 semanas — humor deprimido na maior parte do tempo, anedonia, insônia, anergia, hiporexia e dificuldade em cuidar do bebê — configuram depressão pós-parto, não blues puerperal, que se resolve até a segunda semana (por isso B está errada). Há prejuízo funcional relevante, então está indicado antidepressivo (ISRS, compatível com amamentação) com seguimento estruturado. Sem ideação suicida, risco ao bebê ou sintomas psicóticos, não há indicação de internação (A) nem de encaminhamento a urgência (D). Resposta C.

**QUESTÃO 45 — 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 12

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A atenção a saúde indígena exige articular evidência científica e respeito a organização sociocultural local: o caminho e levantar o perfil epidemiológico real da área (prontuários e outros dados) e pactuar as condutas com os conselheiros locais de saúde, construindo entendimento compartilhado sobre uso racional de medicamentos. Prescrever antibiótico e anti-inflamatório por pressão (A, D) e má prática e alimenta o problema; suspender o atendimento (C) e abandono de população vulnerável. Resposta B.

**QUESTÃO 47 — 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 triplice - sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico. ÁREA LIVRE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

IgM reagente com IgG não reagente na gestação levanta suspeita de infecção aguda muito recente, ainda sem soroconversão — ou IgM falso-positivo. A conduta é iniciar espiramicina imediatamente (reduz a transmissão vertical) e repetir a sorologia em cerca de 2 semanas: se a IgG positivizar, confirma-se a infecção aguda. Teste de avididade (C) só tem valor com IgG reagente. Esquema triplice (D) fica para infecção fetal confirmada. Manter espiramicina até o parto sem reavaliar (A) ignora o passo diagnóstico. Resposta B.

**QUESTÃO 48 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na avaliação do nível neurológico da lesão medular vale o dermatomo mais caudal com sensibilidade preservada. O umbigo corresponde a T10 — são referências clássicas: mamilo T4, apêndice xifóide T6, umbigo T10 e região inguinal L1. Como a perda sensitiva se estende até a cicatriz umbilical, com paraplegia associada, o nível é T10. T11 e T12 (A, B) dariam nível entre o umbigo e a virilha, e L1 (D) pouparia toda a parede abdominal. Resposta C.

**QUESTÃO 49 — 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. ÁREA LIVRE 13

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Escolar com quadro arrastado, febre baixa, tosse seca persistente, estado geral preservado, sibilos e estertores finos, radiografia com infiltrado intersticial peri-hilar e — o dado decisivo — ausência de resposta a amoxicilina após 72 horas: e pneumonia atípica, tipicamente por *Mycoplasma pneumoniae*, que não responde a betalactâmico e exige macrolídeo. Asma não controlada (A) não explica febre e infiltrado persistente; tuberculose (B) é mais insidiosa, com perda ponderal; broncoaspiração (D) não tem contexto. Resposta C.

**QUESTÃO 50 — 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.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A semiologia decide: expansibilidade reduzida, fremito toracovocal diminuído e macicez à percussão formam a tríade clássica da síndrome de derrame pleural (líquido separa o pulmão da parede e abafa a transmissão vibratória). No pneumotórax (A) haveria hipértimpanismo, não macicez. Na consolidação pneumônica (D) o fremito estaria aumentado, com estertores e broncofonia. A atelectasia (C) também dá macicez, mas cursa com desvio do mediastino para o lado acometido e costuma seguir obstrução bronquial. Resposta B.

**QUESTÃO 51 — Gabarito A**

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

- A. espironolactona. ✓**
- B. clortalidona.
- C. hidralazina.
- D. clonidina. ÁREA LIVRE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Fracão de ejeção de 38% com B3, crépitos e BNP elevado define insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Nessa condição, só alguns fármacos reduzem mortalidade — e, entre as opções, o antagonista do receptor mineralocorticoide (espironolactona) e o único com benefício comprovado de sobrevida, somado ao IECA já em uso. Clortalidona (B) alivia congestão sem impacto prognóstico; hidralazina (C) só tem benefício associada a nitrato em população específica; clonidina (D) não tem papel na IC. Resposta A.

**QUESTÃO 52 — 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 hipercalêmica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente com poliúria, desidratação de repetição, déficit de crescimento e raquitismo resistente à vitamina D aponta para tubulopatia proximal (síndrome de Fanconi / acidose tubular renal), em que se perdem bicarbonato, fosfato, glicose e aminoácidos pela urina. A perda renal de bicarbonato gera acidose metabólica com anion gap normal, compensada por retenção de cloro — ou seja, hiperclorêmica —, tipicamente acompanhada de hipocalcemia (o que exclui D). As alcaloses respiratórias (A, C) não explicam a doença óssea. Resposta B.

**QUESTÃO 53 — Gabarito A**

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

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

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

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

D. radiografia de crânio e face; radiografia de membros; internar o paciente por 24 horas. ÁREA LIVRE 14

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trauma craniano com perda de consciência prolongada, amnesia do evento, rebaixamento inicial e recuperação progressiva exige tomografia de crânio; a lesão periorbitária e cervical justifica estender a TC a face e a coluna cervical, e as escoriações em membros pedem radiografia. Como o mecanismo e a duração do rebaixamento são desconhecidos, o paciente permanece em observação — alta domiciliar (C) e temerária. Radiografia de crânio (B, D) não exclui hematoma intracraniano e não substitui a tomografia. Resposta A.

**QUESTÃO 54 — Gabarito D**

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

A. doença inflamatória pélvica.

B. miomatose uterina.

C. cisto hemorrágico.

**D. endometriose. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A tríade dismenorreia progressiva, dispareunia de profundidade e fadiga, com útero retroversofletido e dor à mobilização do colo em mulher de 30 anos, e o retrato da endometriose (muitas vezes com infertilidade associada). Doença inflamatória pélvica (A) e quadro agudo, febril, com corrimento e dor à mobilização recente. Miomatose (B) cursaria com útero aumentado e sangramento aumentado. Cisto hemorrágico (C) da dor aguda unilateral, e não dor cíclica progressiva de anos. Resposta D.

**QUESTÃO 55 — Gabarito C**

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

Em retratamento, o teste rápido molecular perde valor diagnóstico isolado — ele detecta DNA micobacteriano, inclusive de bacilos mortos, e pode dar resultado discordante. Com baciloscopia positiva, há doença ativa: reinicia-se o esquema básico enquanto se aguarda cultura com teste de sensibilidade, obrigatório em todo caso de retratamento/abandono. Se houvesse resistência à rifampicina (D), o esquema básico estaria contraindicado; e a alternativa B se contradiz ao manter o esquema básico com resistência detectada. Resposta C.

**QUESTÃO 56 — Gabarito B**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Duas perguntas em uma. O cardiologista atua na atenção secundária — nível de média complexidade, para onde a atenção primária referencia casos que exigem apoio especializado (terciária seria o hospital de alta complexidade). E, como o paciente já infartou, qualquer medida para evitar recorrência e progressão da cardiopatia isquêmica e prevenção secundária (a primária evita a doença aparecer; a terciária reabilita sequelas; a quaternária protege de intervenção desnecessária). Resposta B.

**QUESTÃO 58 — Gabarito B**

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

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

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

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

D. doença mista do tecido conjuntivo; FAN com padrão nuclear pontilhado fino; azatioprina. ÁREA LIVRE 15

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Poliartrite simétrica, aditiva, de pequenas articulações das mãos (interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas e punhos), com rigidez matinal superior a 1 hora por mais de 6 semanas e anemia de doença crônica: artrite reumatoide. O achado laboratorial esperado e o fator reumatoide positivo (anti-CCP e mais específico) e o tratamento de primeira linha e o metotrexato, iniciado precocemente para evitar dano estrutural. Esclerose sistêmica (A) traria esclerodactilia; o padrão pontilhado fino denso (C) e tipicamente não associado a LES. Resposta B.

**QUESTÃO 60 — 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/m<sup>2</sup>. 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/mm<sup>3</sup> 150 a 300.000/mm<sup>3</sup> 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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa obesa com abaulamento inguinal doloroso, não redutível, de 24 horas, associado a vômitos e parada de eliminação de flatos: hérnia encarcerada com obstrução intestinal. A hérnia femoral é mais comum em mulheres idosas e, por ter anel estreito e rígido, é a que mais encarcera e estrangula — merecendo correção cirúrgica de urgência. A hérnia inguinal indireta (B) é mais frequente em geral, porém menos afeita a encarceramento. Isquemia mesentérica (A) e neoplasia de cólon (D) não explicam a massa inguinal irreductível. Resposta C.

**QUESTÃO 62 — Gabarito D**

Homem de 52 anos, branco, solteiro, comparece à consulta agendada na Unidade Básica de Saúde (UBS) desejando realizar revisão clínica e exames laboratoriais. Desde os 35 anos não faz acompanhamento de saúde. Relata história familiar de diabetes e hipertensão, e a mãe faleceu com câncer de pulmão. Sem história familiar de câncer de próstata. Fuma cerca de 2 maços por dia há 21 anos. Exame físico: pressão arterial de 120 x 80 mmHg, índice de massa corporal de 23 kg/m<sup>2</sup>, 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 16 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 52 anos, tabagista pesado: o rastreamento com evidência e o de dislipidemia, diabetes, câncer colorretal (sangue oculto nas fezes) e infecções transmissíveis por testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C), somado ao item de maior impacto — a abordagem para cessação do tabagismo. PSA e toque retal de rotina (A, B) não são recomendados como rastreamento populacional pelo Ministério da Saúde, e radiografia de tórax não rastreia câncer de pulmão. Não oferecer nada (C) perde oportunidades comprovadas de prevenção. Resposta D.

**QUESTÃO 63 — Gabarito C**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Intoxicação exógena por agrotóxico e agravamento de notificação compulsória, e a notificação se faz diante do caso suspeito — não se espera confirmação laboratorial (o que invalida B). A conduta completa é tratar os sintomas, solicitar exames, notificar no Sinan, afastar o trabalhador da exposição com atestado e acionar o matriciamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador/CEREST, que investiga o ambiente e os demais expostos. A emissão da CAT não é exclusiva do médico do trabalho (D), e denúncia ao MPT (A) não substitui o cuidado. Resposta C.

**QUESTÃO 64 — Gabarito B**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Padrão persistente de humor irritável, comportamento desafiador e questionador com figuras de autoridade, recusa de regras, atitude deliberada de aborrecer e culpabilização dos outros, com retorno rápido ao humor normal quando cessa a frustração: é transtorno de oposição desafiante. No transtorno disruptivo da desregulação do humor (C) a irritabilidade é persistente entre as explosões; no transtorno bipolar (A) haveria episódios de humor sustentados por dias; e no TDAH (D) predominam desatenção, hiperatividade e impulsividade. Resposta B.

**QUESTÃO 65 — Gabarito A**

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

- A. Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e albumina sérica = 1,8 g/dL. ✓**
- B. Proteína urinária de 24 horas = 3,6 g e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- C. Hematúria e triglicerídeos = 200 mg/dL.
- D. Hematúria e albumina sérica = 1,8 g/dL. ÁREA LIVRE 17

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta é sobre a definição da síndrome: síndrome nefrótica exige proteinúria acima de 3,5 g em 24 horas somada a hipoalbuminemia — aqui, 3,6 g e albumina de 1,8 g/dL. Edema, hiperlipidemia e lipidúria são consequências frequentes, mas não entram no critério diagnóstico, o que descarta as opções ancoradas nos triglicerídeos (B, C). Hematuria discreta (D) é achado inespecífico e aponta mais para componente nefrítico. Vale lembrar o contexto: emagrecimento e alteração do hábito intestinal levantam neoplasia como causa secundária. Resposta A.

**QUESTÃO 66 — Gabarito B**

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

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

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Crianças com síndrome de Down tem padrão próprio de crescimento — são menores e ganham peso de forma diferente —, de modo que plotar seus dados nas curvas da OMS produziria diagnóstico equivocado de déficit. Por isso, desde o nascimento o acompanhamento pondero-estatural deve usar as curvas específicas para síndrome de Down, que constam da caderneta de saúde dessas crianças. Usar OMS integralmente (A) ou só até os 2 anos (D) distorce a avaliação; não existe fator de correção aplicado à curva da OMS (C). Resposta B.

**QUESTÃO 67 — Gabarito D**

Paciente de 20 anos, sexo masculino, vítima de colisão “automóvel a muro”, sem cinto de segurança, é atendido ainda na cena pelo Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Exame físico: paciente torporoso; saturação de O<sub>2</sub> de 60%, em ar ambiente; frequência respiratória de 28 irpm; frequência cardíaca de 112 bpm; pressão arterial de 90 x 50 mmHg. Desvio da traqueia para a direita, turgência de veias jugulares, hipofonese de bulhas cardíacas e diminuição acentuada do murmúrio vesicular à esquerda. Qual é a conduta adequada no atendimento pré-hospitalar?

A. Reposição volêmica.

B. Cricotireoidostomia.

C. Pericardiocentese.

**D. Toracocentese. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trauma fechado com hipoxemia grave, hipotensão, turgência jugular, desvio da traqueia para o lado oposto e abolição do murmúrio à esquerda: pneumotorax hipertensivo. É emergência clínica — o diagnóstico não espera imagem — e a conduta imediata é a descompressão por punção (toracocentese), seguida de drenagem torácica. Reposição volêmica (A) não corrige a obstrução ao retorno venoso. Cricotireoidostomia (B) trata via aérea obstruída. Pericardiocentese (C) seria para tamponamento, que não cursa com hipertimpanismo e murmúrio abolido unilateral. Resposta D.

**QUESTÃO 68 — Gabarito D**

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

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

**D. insensibilidade androgênica. ÁREA LIVRE ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Amenorreia primária em fenotipo feminino, com cariotipo 46,XY, testosterona em nível masculino, ausência de útero e pelos escassos: é a síndrome de insensibilidade androgênica completa. O receptor de androgênio não funciona (daí a pilificação escassa apesar da testosterona alta), enquanto o hormônio antimülleriano testicular impede a formação de útero e terços superiores da vagina. Disgenesia gonadal (A) cursaria com FSH elevado e testosterona baixa; malformação mülleriana (B) e obstrução (C) ocorrem em cariotipo 46,XX. Resposta D.

**QUESTÃO 69 — Gabarito D**

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pressão entre 140-159/90-99 mmHg, medida em três ocasiões, em idosa de 82 anos assintomática, sem lesão de órgão-alvo e sem outras comorbidades, configura hipertensão estágio 1 de baixo risco. Nesse cenário a conduta e não medicamentosa: mudança de estilo de vida e monitorização seriada, reservando o fármaco se as medidas não controlarem — e, em muito idosos, alvos pressóricos mais permissivos evitam hipotensão e quedas. Iniciar losartana de imediato (C), encaminhar (A) ou pedir holter e ecocardiograma (B) é desproporcional. Resposta D.

**QUESTÃO 70 — Gabarito C**

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

- A. Prescrever PrEP após resultado não reagente para HIV; indicar PEP após tratamento inicial e orientar rastreamento de ISTs a cada 3 meses.
- B. Oferecer teste rápido para HIV e sífilis; prescrever PrEP de início imediato; orientar sobre as vacinas disponíveis no SUS para seu grupo populacional.
- C. Realizar testagem rápida para HIV e sífilis; prescrever PEP mediante resultado não reagente para HIV e programar início da PrEP após término da PEP. ✓**
- D. Prescrever PEP e PrEP de forma concomitante; solicitar sorologias para ISTs; agendar retorno para analisar os resultados e revisar adesão ao tratamento. ÁREA LIVRE 18

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ha duas camadas de tempo. A exposicao de risco ocorreu ha 2 dias — dentro da janela de 72 horas —, entao a prioridade e testagem rapida (HIV e sífilis) e inicio de PEP, desde que o teste de HIV seja nao reagente. Como a paciente mantem exposicoes frequentes, apos concluir os 28 dias de PEP faz-se a transicao para PrEP, que e prevencao continua. Iniciar PrEP agora (B) subtrata a exposicao recente, e PEP e PrEP simultaneas (D) nao fazem sentido — os esquemas se sobrepoem. Resposta C.

**QUESTÃO 71 — Gabarito A**

Mulher de 21 anos comparece à consulta médica em Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação de amenorreia há 4 meses, sendo descartada gravidez. Paciente relata que há 10 meses iniciou dieta para perder peso, tendo emagrecido nesse período aproximadamente 30 kg. Há 2 dias relata desmaio durante prática de exercício físico e, por isso, realizou eletrocardiograma (ECG) que indicou alterações no segmento ST e na onda T. Paciente nega histórico de diagnóstico de transtorno mental, mora sozinha e sua família é de outra cidade. Afirmar 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/m<sup>2</sup>); pressão arterial = 80 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 55 bpm e frequência respiratória = 15 irpm. Qual é a conduta mais 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).

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Restricao alimentar deliberada, distorcao da imagem corporal ('ainda quer perder peso'), IMC de 14,7 kg/m<sup>2</sup>, amenorreia, bradicardia, hipotensao, sincope e alteracoes de ST-T ao ECG: anorexia nervosa com instabilidade clinica. Sinais de descompensacao cardiovascular e desnutricao grave indicam internacao em enfermaria clinica para renutricao monitorada (risco de síndrome de realimentacao), antes do cuidado psiquiatrico. Manter investigacao ambulatorial da amenorreia (C) ou seguir em CAPS (D) ignora o risco de morte iminente. Resposta A.

**QUESTÃO 72 — Gabarito A**

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

- A. levodopa e carbidopa. ✓**  
B. donepezila e memantina.  
C. propranolol e amantadina.  
D. atorvastatina e baclofeno. ÁREA LIVRE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Bradicinesia (lentidão, dificuldade em tarefas finas) associada a tremor de repouso assimétrico, rigidez em roda dentada, marcha em pequenos passos, hipomímia e alteração do sono, com cognição preservada e neuroimagem sem outra causa: doença de Parkinson. Em paciente de 65 anos com prejuízo funcional, o tratamento inicial de escolha é a levodopa associada a carbidopa. Donepezila e memantina (B) tratam demência; propranolol (C) é para tremor essencial; estatina e baclofeno (D) não têm indicação. Resposta A.

**QUESTÃO 73 — Gabarito B**

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

- A. Manuel, 15 anos, abandonado pelos pais e sob os cuidados de uma família acolhedora, apresenta febre, vômitos, petéquias que evoluem para púrpuras em MMII e SS, rigidez de nuca e história vacinal desconhecida.  
**B. Michele, 13 anos, está morando temporariamente com os tios enquanto a mãe faz um curso no exterior. Há 1 mês vem apresentando equimoses em face, pernas, coxas, em vários estágios de evolução, e evita falar sobre o fato. ✓**  
C. Felipe, 11 anos, acolhido em um abrigo desde os 9 anos, há 3 dias está mais recolhido no seu quarto e dorme quase o tempo todo. Apresenta febre, muita dor no corpo e retro-orbitária, sangramento gengival quando escova os dentes e petéquias pelo corpo.  
D. Edilene, 16 anos, que cumpre medidas socioeducativas em uma instituição do Estado, apresenta várias equimoses nos membros superiores e inferiores, além do tronco. Refere também suores noturnos, febre inexplicada, perda de peso e linfonodos aumentados de tamanho em região cervical, supraclavicular e inguinal bilateralmente.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Equimoses em múltiplos estágios de evolução, em locais pouco sujeitos a trauma acidental (face, coxas), em adolescente que se esquia do assunto: é o padrão clássico de violência física, e a suspeita — não a certeza — já obriga a notificação ao Conselho Tutelar. Nas demais alternativas as lesões têm explicação orgânica: meningococemia (A), dengue (C) e síndrome consumptiva com linfonodomegalias sugerindo neoplasia hematológica (D). Sinal cutâneo isolado não é sinônimo de maus-tratos. Resposta B.

**QUESTÃO 74 — Gabarito D**

Paciente do sexo feminino, 27 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com história de dor abdominal, com início em epigástrio há dois dias, contínua, sem fatores de melhora, associada a náuseas e perda de apetite, evoluindo para dor em fossa ilíaca direita há 1 dia e febre de 38,2 °C no dia do atendimento. Nega comorbidades, cirurgias prévias ou uso de medicações regulares. Relata que a última menstruação foi há 23 dias, e apresenta ciclos regulares de 28 dias. Exame físico: regular estado geral, corada, desidratada +/4+, eupneica, anictérica, acianótica; ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações; ruídos hidroaéreos diminuídos, descompressão brusca dolorosa em quadrante inferior de abdome à direita. Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 10,7 g/dL 11,5 a 15,5 g/dL Hematócrito 37% 38 a 52% Leucócitos totais 13.400/mm<sup>3</sup> 4.000 a 11.000/mm<sup>3</sup> 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. 19 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor que migra do epigastrio para a fossa iliaca direita, anorexia, nausea, febre, leucocitose com desvio e descompressao brusca dolorosa: apendicite aguda. Piuria e hematuria discretas sao comuns pela proximidade do apendice inflamado com o ureter e nao devem desviar o raciocinio para infeccao urinaria (A). Beta-hCG negativo afasta gestacao ectopica, o que elimina metotrexato (B). A conduta e imagem (ultrassonografia como primeiro exame em jovem) e avaliacao cirurgica imediata — nada de tratar com antibiotico e mandar para casa (C). Resposta D.

**QUESTÃO 75 — Gabarito A**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

No diabetes mellitus gestacional a hiperglicemia e dirigida pelos hormônios placentários (lactogênio placentário, progesterona); com a dequitação a resistência insulínica despenca abruptamente. Por isso a insulinoaterapia e suspensa no puerperio imediato, sob monitorizacao glicemica, e a reclassificacao se faz com teste oral de tolerancia a glicose 6 a 8 semanas apos o parto. Manter insulina em dose plena (D) ou parcial (C) expoe a paciente a hipoglicemia grave; hipoglicemiante oral (B) nao tem indicacao nesse momento. Resposta A.

**QUESTÃO 76 — Gabarito C**

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

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Febre, mialgia e exantema há 3 dias que evoluem com dor abdominal intensa e vômitos persistentes: surgiram sinais de alarme, o que classifica o caso como dengue grupo C — independentemente de o paciente ainda estar normotenso e bem perfundido (por isso as opções de grupo B estão erradas). O manejo é hidratação parenteral com expansão imediata, sintomáticos, hemograma e prova específica (NS1 e o exame de escolha até o quinto dia; a IgM só positiva depois), mantendo o paciente em leito de observação até estabilizar. Resposta C.

**QUESTÃO 77 — Gabarito D**

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lombalgia mecânica de 3 semanas, sem bandeira vermelha alguma (sem febre, perda ponderal, trauma, déficit neurológico ou disfunção esfíncteriana), dispensa exame de imagem — que só encontra achados degenerativos incidentais e leva a intervenções desnecessárias. A conduta com melhor evidência é explicar o caráter benigno e autolimitado, otimizar analgesia, manter atividade física leve (repouso prolongado piora o prognóstico, o que invalida C) e reavaliar em 4 a 6 semanas. Imagem (A, B) e corticoide oral não tem respaldo aqui. Resposta D.

**QUESTÃO 78 — Gabarito B**

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

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

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

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pela Lei 10.216/2001, a internação involuntária é aquela feita a pedido de terceiro, sem consentimento do paciente, e quem a autoriza é um médico registrado no Conselho Regional de Medicina, mediante laudo fundamentado. Ela deve ser comunicada ao Ministério Público estadual em até 72 horas — não em 15 dias nem ao MP Federal (C). Determinação judicial (A) caracteriza a internação compulsória, modalidade distinta. E o término se dá por decisão do médico assistente ou a pedido do familiar/responsável que a solicitou (D). Resposta B.

**QUESTÃO 79 — Gabarito A**

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

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

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

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

D. ter níveis pressóricos superiores aos permitidos para o uso do fármaco. 20

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipotenuação precoce acometendo mais de um terço do território da artéria cerebral média indica infarto já estabelecido e extenso, com alto risco de transformação hemorrágica — contraindicação clássica à trombolise. As demais não se aplicam: o déficit foi presenciado há cerca de 2 horas, dentro da janela de 4,5 horas (B); pressão de 170x100 mmHg está abaixo do limite de 185x110 mmHg (D); e hiperglicemia só contraindica em valores muito baixos (glicemia menor que 50 mg/dL), nunca por estar elevada (C). Resposta A.

**QUESTÃO 80 — Gabarito C**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prepúcio que expõe o meato mas apresenta anel fibrótico e história de balanopostites de repetição caracteriza fimose patológica (cicatricial), e não a fisiológica do lactente. A fibrose já instalada não responde a corticoide tópico (D) nem a manobras de retração (A), que inclusive podem agravar as microfissuras e a cicatrização — a indicação é cirúrgica (postectomia), e agora, não na adolescência (B). Resposta C.

**QUESTÃO 81 — Gabarito B**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Icterícia progressiva com colúria e prurido, emagrecimento, dor epigástrica irradiada ao dorso e vesícula palpável indolor (sinal de Courvoisier-Terrier) compõem o quadro de obstrução biliar maligna — tipicamente neoplasia da cabeça do pâncreas ou periampular. O exame que define diagnóstico e estadiamento (relação com vasos, linfonodos, metastases) e a tomografia de abdome com contraste, em protocolo pancreático. Justamente a vesícula distendida e indolor fala contra litíase (A e C). Biópsia percutânea (D) não é o passo inicial. Resposta B.

**QUESTÃO 82 — Gabarito D**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipertensão crônica em uso de enalapril e gestante: inibidores da ECA e bloqueadores do receptor de angiotensina são contraindicados na gestação (oligoidramnion, insuficiência renal fetal, malformações), devendo ser trocados por anti-hipertensivo seguro como a alfametildopa. Além disso, hipertensão crônica com antecedente de pré-eclâmpsia e alto risco: indica-se AAS em dose baixa e suplementação de cálcio para prevenção. Captopril e losartana (A, C) repetem o erro de classe; varfarina é teratogênica; furosemida (B) não é anti-hipertensivo de escolha na gravidez. Resposta D.

**QUESTÃO 83 — Gabarito C**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hemoglobina glicada de 9,5% apesar de metformina em dose plena e sulfonilureia por mais de 6 meses: é falha de terapia oral, momento de insulinizar. A estratégia padrão na atenção primária é manter os orais e acrescentar insulina NPH bedtime (cerca de 10 UI ou 0,1-0,2 UI/kg), titulando 2 a 4 UI a cada 2-3 dias pela glicemia de jejum. Começar com esquema pleno e suspender os orais (A) é desnecessário e arriscado; apenas aumentar doses orais (B) posterga o controle; e a glibenclamida (D) é mais hipoglicemiante, especialmente em idosos e nefropatas. Resposta C.

**QUESTÃO 84 — Gabarito B**

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

- A. quase todos os testes positivos indicarão verdadeiros casos de hanseníase, diante da elevada sensibilidade do teste.
- B. o número de falsos-positivos será elevado, devido à baixa especificidade do teste e à baixa prevalência da doença. ✓**
- C. o número de falsos-negativos será elevado, reduzindo a capacidade do teste em detectar casos reais.
- D. a elevada sensibilidade do teste o torna ideal para a confirmação do diagnóstico de hanseníase. ÁREA LIVRE 21

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Valor preditivo depende da prevalência. Com especificidade de apenas 65%, o teste erra em 35% dos sadios — e, numa população de baixa prevalência, os sadios são a esmagadora maioria, de modo que os falsos-positivos superam largamente os verdadeiros-positivos e o valor preditivo positivo despenca. Por isso A está errada. A sensibilidade alta (92%) e justamente o que reduz falsos-negativos (C) e torna o teste bom para triagem — mas triagem não confirma diagnóstico (D): o positivo exige teste confirmatório. Resposta B.

**QUESTÃO 85 — Gabarito D**

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

- A. Prescrever inibidor de recaptção de serotonina para alívio dos sintomas depressivos e ansiosos.
- B. Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para seguimento
- C. Encaminhar para psicologia na atenção secundária para ofertar terapia psicanalítica breve.

**D. Acompanhar longitudinalmente para observação e ofertar apoio pela equipe da UBS. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Perda de um filho há 3 dias, com tristeza intensa, choro, insônia e hiporexia, sem ideia suicida e sem sintomas psicóticos, e luto — reação esperada, não doença. Medicalizar precocemente não melhora o desfecho e pode cronificar o sofrimento (A). O cuidado indicado é o acompanhamento longitudinal pela equipe da atenção primária, com escuta qualificada e vínculo, reavaliando se surgirem critérios de depressão ou risco. CAPS (B) destina-se a transtorno mental grave e persistente, e não há indicação de encaminhamento à atenção secundária (C). Resposta D.

**QUESTÃO 86 — Gabarito C**

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

- A. sugerir avaliação oftalmológica para investigação de catarata.
- B. encaminhar ao neurologista para investigar a presença de disautonomia.

**C. rever a polifarmácia para reduzir fármacos indutores de hipotensão arterial. ✓**

D. adicionar fármaco capaz de elevar os níveis tensionais, como a fludrocortisona. ÁREA LIVRE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa de 86 anos com nove medicamentos, quedas de madrugada ao levantar e queda pressórica de 138x92 para 110x70 mmHg ao mudar de posição: hipotensão ortostática iatrogena, somada a sarcopenia e bradipsiquismo. O plano prioritário é a desprescrição — revisar a polifarmácia e retirar/ajustar os fármacos indutores de hipotensão e sedação (hidroclorotiazida, atenolol, escitalopram). Acrescentar fludrocortisona (D) e tratar iatrogenia com mais fármaco; investigar disautonomia (B) e catarata (A) e secundário diante de causa evidente e reversível. Resposta C.

**QUESTÃO 87 — Gabarito D**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Faringite há 3 semanas seguida de artrite migratória de grandes articulações (joelho, tornozelo, cotovelo), febre e sopro sistólico novo: febre reumática com cardite — critérios de Jones. O agente é o *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A), e o tratamento inclui a erradicação com penicilina G benzatina, seguida de profilaxia secundária prolongada. Doença de Lyme (A) não é endêmica nesse contexto; artrite séptica por *S. aureus* (B) é monoarticular e não migra; sífilis (C) não produz esse quadro. Resposta D.

**QUESTÃO 88 — Gabarito D**

Homem de 58 anos deu entrada no pronto-socorro com dor epigástrica irradiada para as costas, iniciada há 2 horas, progressiva, pós-prandial, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese. Relata episódios semelhantes no último ano, que melhoraram com uso de analgésico. Tabagista ativo, alcoolista de 8 doses de destilado por dia há 33 anos, nega comorbidades. Exame físico: corado, acianótico, anictérico, sudoreico, fácies de dor, agitado. Índice de massa corporal de 23 kg/m<sup>2</sup>; 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 epigástrico 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/mm<sup>3</sup> 4.000 a 10.000/mm<sup>3</sup> 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. 22 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Etilista pesado ha 33 anos, com episodios repetidos de dor epigastrica irradiada ao dorso, pos-prandial, e — o achado que fecha o raciocinio — amilase e lipase rigorosamente normais. Na pancreatite cronica agudizada a glandula fibrosada perdeu massa acinar e nao consegue elevar as enzimas, ao contrario da pancreatite aguda. Colangite (A) exigiria febre e icterícia com colestase; colecistite (B) daria dor em hipocondrio direito com Murphy e leucocitose com febre; ulcera peptica (C) nao explica a irradiacao dorsal recorrente ligada ao alcool. Resposta D.

**QUESTÃO 89 — Gabarito D**

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

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Com 41 semanas a gestacao entra no periodo em que aumentam a morbidade perinatal, o mecônio e a insuficiencia placentaria. A conduta recomendada e vigilancia fetal seriada (perfil biofisico e cardiotocografia a cada 2-3 dias) com programacao da inducao ate 41 semanas e 6 dias, antes de atingir a gestacao pos-termo. Esperar 42 semanas (A) expoe o feto a risco evitavel; dopplervelocimetria (B) tem valor em restricao de crescimento, nao em vigilancia de rotina do pos-datismo; e a amnioscopia (C) esta em desuso. Resposta D.

**QUESTÃO 90 — 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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na Amazonia predomina o Plasmodium falciparum resistente a cloroquina, o que descarta a cloroquina (D) como quimioprofilaxia. O esquema profilatico indicado para adulto sem comorbidades que se deslocara para area endemica de alto risco e a doxíciclina, iniciada antes da viagem e mantida durante e apos a permanencia. Artesunato (A) e droga de tratamento da malaria grave, nunca de profilaxia; primaquina (C) serve para cura radical das formas hepaticas de P. vivax e ovale. Medidas de barreira e repelente seguem essenciais. Resposta B.

**QUESTÃO 91 — Gabarito C**

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

- A. pancreatite aguda; iniciar dieta oral zero.
- B. estado hiperosmolar hiperglicêmico; iniciar 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 a insulina, com hiperglicemia de 472 mg/dL, pH 7,2, bicarbonato de 10 mEq/L, hálito cetótico e respiração de Kussmaul: cetoacidose diabética. O primeiro passo do tratamento é sempre a reposição volêmica com solução fisiológica a 0,9%, que já reduz a glicemia e restaura a perfusão. Atenção ao potássio de 3,0 mEq/L: com valor abaixo de 3,3 repõe-se potássio antes de iniciar a insulina, sob risco de arritmia. Estado hiperosmolar (B) não cursa com acidose e cetose desse porte. Resposta C.

**QUESTÃO 92 — Gabarito D**

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

- A. choque cardiogênico; manter suporte ventilatório, evitar excesso de volume intravascular devido a risco de piora, administrar fármacos vasoativos e prostaglandina E1.
- B. choque neurogênico; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção e administrar corticoide endovenoso.
- C. choque obstrutivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico e corrigir rapidamente a causa subjacente com decompressão torácica com agulha.
- D. choque distributivo; manter suporte ventilatório, acesso venoso para fase rápida de fluido cristalóide isotônico, hidratação venosa de manutenção, administrar antibióticos e fármacos vasoativos. 23 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Recem-nascido de parto domiciliar sem pre-natal, com hiperemia e edema periumbilical (onfalite), que evolui com hipoatividade, taquipneia, pulsos debeis, perfusao capilar de 5 segundos e hipoxemia: sepse neonatal de porta de entrada umbilical, com choque septico — portanto distributivo. Conduta: suporte ventilatorio, expansao rapida com cristaloides isotonicos, antibioticoterapia precoce e droga vasoativa se refratario. Choque cardiogenico (A) restringe volume; obstrutivo (C) exige pneumotorax, ausente aqui; neurogenico (B) nao tem contexto. Resposta D.

**QUESTÃO 94 — Gabarito B**

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

A. aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem intervenções adicionais, e observar sinais de separação.

**B. realizar tração controlada do cordão umbilical, enquanto se estabiliza o útero com a mão suprapúbica. ✓**

C. iniciar curagem placentária, devido ao tempo transcorrido sem desprendimento placentário.

D. administrar uterotônico adicional e realizar massagem uterina para auxiliar a dequitação.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dez minutos sem dequitação, em paciente estável e sem hemorragia, ainda está dentro do período fisiológico (até 30 minutos), mas o manejo ativo do terceiro período — que reduz hemorragia pos-parto — prevê tração controlada do cordão com contração suprapúbica para estabilizar o útero, manobra de Brandt-Andrews. Conduta apenas expectante (A) abre mão de medida protetora; curagem/extração manual (C) só após 30 minutos ou com sangramento; e uterotônico já faz parte do manejo ativo, mas isolado com massagem (D) não promove a dequitação. Resposta B.

**QUESTÃO 95 — Gabarito B**

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

A. encaminhar para internação clínica, objetivando rapidez no diagnóstico e garantia da segurança.

**B. solicitar radiografia de tórax, pesquisa laboratorial de *Mycobacterium tuberculosis* e garantir o tratamento em caso de positividade. ✓**

C. solicitar internação social, a fim de garantir tratamento supervisionado, observado diretamente por 6 meses, caso seja confirmada a tuberculose.

D. aguardar evolução, com uso de sintomáticos no momento; caso a tosse persista por mais de 3 semanas, proceder à investigação diagnóstica de tuberculose.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pessoas privadas de liberdade são população de altíssima vulnerabilidade para tuberculose — a incidência no sistema prisional supera em dezenas de vezes a da população geral —, e nesse grupo o rastreamento se faz com limiar mais baixo: tosse de duas semanas já é sintoma respiratório. A conduta é investigar com radiografia de tórax e pesquisa laboratorial do bacilo (teste rápido molecular/baciloscopia), garantindo tratamento supervisionado se confirmado. Aguardar 3 semanas (D) mantém a transmissão no ambiente fechado. Resposta B.

**QUESTÃO 96 — Gabarito C**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lombalgia inflamatória — início insidioso antes dos 40 anos, mais de 3 meses de duração, piora com repouso e melhora com movimento, rigidez matinal prolongada — com dor sacroilíaca, história familiar e HLA-B27 positivo: espondilite anquilosante. FR e anti-CCP negativos afastam artrite reumatoide, e o FAN 1:80 e título baixo e inespecífico, com anti-DNA negativo, o que não sustenta lúpus (D). Artrite reativa (A) exigiria infecção genit urinária ou entérica precedente; artrite psoriática (B), lesões cutâneas ou ungueais. Resposta C.

**QUESTÃO 97 — Gabarito C**

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

- A. HPV, reforço da hepatite B e dT.
- B. reforço da hepatite B, dT e SCR.
- C. HPV, meningocócica ACWY e febre amarela. ✓**
- D. SCR, meningocócica ACWY e febre amarela. ÁREA LIVRE 24

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Aos 12 anos, com esquema completo até os 8 anos, faltam as vacinas próprias da adolescência: HPV (dose única, 9 a 14 anos), meningocócica ACWY (11 a 14 anos) e o reforço de febre amarela — quem recebeu a dose aos 9 meses precisa de segunda dose, aplicada aos 4 anos ou em qualquer momento depois, se em atraso. A triplice viral (B, D) já foi contemplada no calendário infantil; o reforço de dT só vem aos 14 anos ou 10 anos após a última dose; e hepatite B não tem reforço de rotina. Resposta C.

**QUESTÃO 98 — Gabarito D**

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

- A. Ressonância magnética; programação cirúrgica.

- B. Tomografia de tórax; lobectomia segmentar.
- C. Tomografia de tórax; drenagem de tórax.
- D. Ultrassonografia; toracocentese. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Tabagista com tosse seca por mais de 3 semanas, febre vespertina, emagrecimento e, ao exame, murmúrio vesicular abolido com macicez em base esquerda: derrame pleural, com tuberculose pleural como principal hipótese. A ultrassonografia de torax confirma e quantifica o líquido, guiando a toracocentese diagnóstica — que fornece bioquímica (exsudato, ADA elevada), citologia e pesquisa do bacilo. Drenagem torácica (C) só em empiema ou derrame complicado; ressonância (A) e lobectomia (B) não tem papel nessa etapa. Resposta D.

**QUESTÃO 99 — Gabarito B**

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

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

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lupus com trombose venosa recente (com forte suspeita de síndrome antifosfolípide) contraindica formalmente qualquer método com estrogênio — pílula combinada e injetável mensal são categoria 4 dos critérios de elegibilidade da OMS, o que elimina C e D. Entre os métodos restantes, o sistema intrauterino de levonorgestrel é o melhor: além de contraceptivo de alta eficácia, reduz o volume menstrual e a dismenorreia, tratando a queixa de sangramento prolongado e intenso. O DIU de cobre (A) é seguro, mas tende a aumentar o fluxo. Resposta B.

**QUESTÃO 100 — Gabarito C**

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

- A. Furunculose; cefalexina por 7 dias.
- B. Herpes-zoster; aciclovir por 10 dias.
- C. Esporotricose; itraconazol por 120 dias. ✓**

- D. Paracoccidiodomicose; anfotericina B por 30 dias. ÁREA LIVRE
- 25 QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO DA PROVA As questões abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade e a adequação da prova que você acabou de realizar. Assinale as alternativas correspondentes à sua opinião nos espaços apropriados do Cartão-Resposta.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Arranhadura de gato de rua seguida, semanas depois, de lesão ulcerada com crostas e nódulos que progridem em trajeto linfático e o quadro clássico da esporotricose linfocutânea (*Sporothrix* spp.), zoonose urbana em franca expansão no Brasil. A histopatologia reforça: dermatite granulomatosa com corpos asteroides (fenômeno de Splendore-Hoeppli). O tratamento de escolha é o itraconazol por tempo prolongado, mantido até cerca de 1 mês após a cura clínica. Furunculose (A) e herpes-zoster (B) não produzem granuloma; anfotericina B (D) fica para formas disseminadas. Resposta C.