



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2026/1

Prova comentada

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

objetiva — caderno 1

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

Mulher, 53 anos, relata episódios de cefaleia desde os 24 anos. Nos últimos dois anos, tem apresentado de 2 a 3 episódios mensais, com um máximo de 10 dias de dor por mês. Geralmente a dor de cabeça é precedida por sintomas visuais, como pontos cintilantes que duram aproximadamente 30 minutos. A dor costuma durar de 8 a 24 horas, é pulsátil, unilateral, de intensidade moderada a forte, acompanhada de fotofobia, fonofobia e náuseas. Em algumas ocasiões, houve episódios de vômito. A paciente está preocupada com o uso frequente de analgésicos e anti-inflamatórios. Queixa-se ainda de insônia frequente. Relata asma na infância e atualmente crises eventuais de broncoespasmo. Nega tabagismo, etilismo, doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, bem como uso contínuo de medicamentos. A conduta farmacológica de uso contínuo, diário e mais indicada como profilaxia para os episódios de cefaleia desta paciente é

- A. ibuprofeno 400 mg.
- B. propranolol 40 mg.
- C. sumatriptano 50 mg.
- D. amitriptilina 25 mg. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro preenche critérios de migrânea com aura: aura visual de pontos cintilantes com cerca de 30 minutos, seguida de cefaleia pulsátil, unilateral, de 8 a 24 horas, com fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos. Com 2 a 3 crises mensais e até 10 dias de dor por mês, além do uso frequente de analgésicos, há indicação formal de profilaxia contínua, e não apenas de tratamento abortivo.

A escolha do profilático é guiada pelas comorbidades. A paciente tem asma na infância com broncoespasmo eventual e insônia frequente. A amitriptilina é antidepressivo tricíclico de primeira linha na profilaxia da migrânea, eficaz em doses baixas (25 mg à noite), e ainda trata a insônia, o que a torna a melhor opção de uso contínuo diário neste caso. O propranolol também é profilático de primeira linha, mas betabloqueador não seletivo é contraindicado em paciente com broncoespasmo. O ibuprofeno é analgésico de crise; usado diariamente levaria justamente à cefaleia por uso excessivo de medicação, que é a preocupação trazida pela paciente. O sumatriptano é triptano, tratamento agudo da crise, nunca profilaxia diária, e seu uso frequente igualmente induz cefaleia por overuse. Resposta D

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Menino de 8 anos vai à consulta médica em ambulatório de hospital secundário trazido pela mãe. A genitora refere que a criança abruptamente, durante o sono, começa a “chorar, gritar e suar bastante”, por alguns minutos. Nesses momentos, não responde aos chamados e retoma sono profundo. Quando questionado na manhã seguinte, o menino diz não se lembrar de nada do ocorrido. Desconhecem-se antecedentes patológicos. O paciente apresenta bom desempenho escolar e comportamento adequado com os colegas e professores. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Sonambulismo.
- B. Insônia de manutenção.
- C. Terror noturno. ✓**
- D. Transtorno de pesadelos. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O relato é o de uma parassonia do sono NREM. São elementos típicos: despertar abrupto durante o sono, com choro, grito e intensa descarga autonômica (sudorese profusa), duração de poucos minutos, ausência de resposta aos chamados durante o episódio, retorno imediato ao sono profundo e amnésia completa na manhã seguinte. Em criança previamente hígida, com bom desempenho escolar e convívio social adequado, o terror noturno é benigno e autolimitado, tende a desaparecer na adolescência, e a conduta é orientação aos pais e segurança do ambiente, sem necessidade de exames ou fármacos.

O sonambulismo é a outra parassonia NREM e também cursa com amnésia, mas o comportamento predominante é deambular e executar atos motores complexos, não o grito de pavor com sudorese. Insônia de manutenção implica despertares com dificuldade de retomar o sono e consciência plena do episódio, sem componente autonômico e sem amnésia. O transtorno de pesadelos ocorre no sono REM, no último terço da noite, e a criança desperta lúcida, orientada e recordando o conteúdo do sonho, exatamente o oposto do descrito. Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Mulher de 88 anos é trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelo SAMU, com queixa de dor intensa em quadril direito após queda da própria altura. Possui antecedentes de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, em acompanhamento regular. Nega outras comorbidades ou uso prévio de psicotrópicos. É diagnosticada com fratura de colo de fêmur e aguarda transferência hospitalar. Apresenta dor significativa no quadril, exacerbada à mobilização passiva, a despeito da administração de dipirona endovenosa. Após 6 horas na UPA, evolui com desatenção, agitação psicomotora alternada com apatia e discurso desconexo, com tomografia de crânio normal. Exame físico: PA 138 x 76 mmHg; FC 102 bpm; FR 22 irpm; Temperatura 36,5 °C; SpO2 94% em ar ambiente; glicemia capilar 120 mg/dL. Pupilas isocóricas e fotorreagentes; ausculta cardiopulmonar sem alterações; abdome indolor e sem visceromegalias; ausência de déficits neurológicos focais. Considerando o quadro clínico apresentado, o(s) principal(is) fator(es) precipitante(s) é(são)

- A. hipoxemia.
- B. comorbidades prévias.
- C. dor não controlada. ✓**
- D. hipoglicemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A idosa de 88 anos com fratura de colo de fêmur evolui em horas com desatenção, flutuação do quadro (agitação psicomotora alternada com apatia) e pensamento desorganizado: é delirium, e a tomografia normal afasta causa estrutural aguda. A questão pede que se separe fator predisponente, que é o que torna o cérebro vulnerável, de fator precipitante, que é o gatilho agudo do episódio.

O gatilho aqui é a dor não controlada: dor intensa em quadril, exacerbada à mobilização passiva, persistente apesar da dipirona endovenosa. Analgesia insuficiente é um dos precipitantes mais frequentes e mais reversíveis de delirium no idoso com fratura de fêmur, e a conduta é otimizar a analgesia, incluindo opioide ou bloqueio regional, e não sedar o paciente com antipsicótico ou benzodiazepínico. Hipoxemia não se sustenta, com SpO2 de 94% em ar ambiente e ausculta pulmonar normal. As comorbidades prévias, hipertensão e diabetes em acompanhamento regular, junto com a idade avançada, são predisponentes: existiam antes e não explicam o início abrupto do quadro. Hipoglicemia está descartada pela glicemia capilar de 120 mg/dL.

Resposta C

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Gestante de 30 anos, G2 P1, com 28 semanas de gestação, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Nega disúria, urgência miccional, dor suprapúbica, lombar, febre ou comorbidades. Traz exames solicitados da rotina pré-natal, cujos resultados são apresentados a seguir: EAS (urina tipo I) Exame Resultado Valor de Referência Aspecto Ligeiramente turvo Límpido Densidade 1.015 1.010 a 1.030 pH 5,5 5,0 a 8,0 Proteínas Traços Ausentes Nitrito Negativo Negativo Leucócitos 4 por campo Até 5 por campo Hemácias 2 por campo Até 2 por campo Células epiteliais Raras Raras Bactérias Moderadas Ausentes Urocultura: Crescimento de Escherichia coli 30.000 UFC/mL Qual é a interpretação para os exames laboratoriais e o manejo adequado da paciente?

- A. Diagnosticar bacteriúria assintomática e iniciar tratamento imediato.
- B. Considerar o exame contaminado e repetir a urocultura com nova coleta.
- C. Diagnosticar cistite aguda subclínica e iniciar antibiótico.

D. Considerar o resultado da urocultura alterado e acompanhar a gestação. ÁREA LIVRE 2 CADERNO 01

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 28 semanas assintomática, com EAS praticamente normal (leucócitos e hemácias dentro dos valores de referência, nitrito negativo, células epiteliais raras e apenas bactérias moderadas, achado inespecífico e comum na coleta ambulatorial), e urocultura mostrando 30.000 UFC/mL de Escherichia coli. O critério de bacteriúria assintomática na gestação exige crescimento igual ou superior a 100.000 UFC/mL de um único uropatógeno em paciente sem sintomas urinários. A contagem aqui está abaixo do ponto de corte: o resultado é alterado, já que a urina é normalmente estéril, mas não fecha diagnóstico. A conduta é seguir o pré-natal de rotina, sem antibiótico, repetindo a urocultura conforme o calendário habitual e reavaliando de imediato se surgirem sintomas.

Tratar como bacteriúria assintomática medicaria sem preencher o critério quantitativo, expondo mãe e feto a antibiótico desnecessário e favorecendo resistência. Considerar contaminação e recoletar não se sustenta: contaminação cursa com flora polimicrobiana e abundância de células epiteliais, e aqui há agente único com epiteliais raras. Cistite aguda é diagnóstico clínico e exige sintomas, e a paciente nega disúria, urgência e dor suprapúbica, com sedimento sem piúria; não existe a entidade cistite subclínica para justificar antibiótico.

Resposta D

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Mulher de 32 anos procura a Unidade Básica de Saúde referindo presença de lesão pruriginosa em pé direito há aproximadamente 3 semanas, iniciando-se entre terceiro e quarto pododáctilos e estendendo-se ao dorso do pé. DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: ArtMed, 2022. Diante do caso apresentado e da respectiva imagem da lesão, assinale a alternativa com o agente etiológico.

- A. Tunga penetrans.
- B. Ancylostoma brasiliensis. ✓**
- C. Sarcoptes scabiei.
- D. Trichophyton rubrum. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de larva migrans cutânea, o chamado bicho geográfico: lesão intensamente pruriginosa que se iniciou entre o terceiro e o quarto pododáctilos e migrou progressivamente para o dorso do pé ao longo de três semanas. O caráter migratório e serpiginoso é a assinatura clínica da penetração, através da pele, de larvas de ancilostomídeos de cães e gatos, que não completam o ciclo no ser humano e ficam migrando na epiderme. O agente é o *Ancylostoma braziliense*, junto do *A. caninum*, e o tratamento é albendazol ou ivermectina, com anti-histamínico para o prurido.

Tunga penetrans causa tungíase, lesão nodular única e fixa, com ponto central escuro, geralmente periungueal ou plantar, que não migra. Sarcoptes scabiei causa escabiose, com prurido de predomínio noturno, acometimento de vários sítios e de contactantes, túneis em espaços interdigitais das mãos, punhos, axilas e região genital, sem trajeto que avança dia após dia. Trichophyton rubrum causa tinha do pé, com descamação, maceração e fissuras interdigitais e bordas descamativas, evolução arrastada e sem o traçado linear progressivo descrito. Resposta B

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Um trabalhador da construção civil, 38 anos, caiu de um andaime de aproximadamente 4 metros de altura. Os colegas de trabalho o levaram imediatamente para a Unidade de Pronto Atendimento mais próxima. Na chegada, o paciente apresentava rebaixamento do nível de consciência, sangramento no couro cabeludo e sinais sugestivos de traumatismo cranioencefálico grave. Durante as manobras iniciais de estabilização, ele evoluiu para parada cardiorrespiratória, sem resposta às manobras de reanimação, vindo a óbito na própria unidade. Qual deve ser a conduta do médico responsável pelo atendimento?

- A. Preencher a declaração de óbito, formalizar imediatamente a comunicação de acidente de trabalho, sem a necessidade de notificar o acidente de trabalho, já que os dados estarão registrados na declaração de óbito.
- B. Encaminhar o corpo para a emissão da declaração de óbito pelo IML, que também realizará a notificação do acidente de trabalho ao Sinan e registrará a comunicação de acidente de trabalho.
- C. Preencher a declaração de óbito, realizar a notificação compulsória de acidente de trabalho ao Sinan, a qual já servirá como comunicação de acidente de trabalho, visto que os dados são os mesmos nos dois documentos.

D. Encaminhar o corpo ao IML para a emissão da declaração de óbito, notificar o acidente de trabalho ao Sinan e orientar a empresa a registrar imediatamente a comunicação de acidente de trabalho. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Óbito decorrente de causa externa (queda de andaime com traumatismo cranioencefálico grave) em acidente de trabalho. Morte por causa externa, ainda que ocorrida sob assistência médica, é de competência médico-legal: o corpo deve ser encaminhado ao IML, a quem cabe a emissão da declaração de óbito. O médico assistente não preenche a DO nesse cenário. Paralelamente, acidente de trabalho grave e acidente de trabalho fatal são de notificação compulsória ao Sinan, e essa notificação é responsabilidade do serviço de saúde que prestou o atendimento. A comunicação de acidente de trabalho (CAT) é documento distinto, de natureza previdenciária, cuja emissão cabe à empresa empregadora, de forma imediata em caso de óbito; havendo omissão, pode ser emitida pelo próprio trabalhador, seus dependentes, o sindicato, o médico assistente ou autoridade pública.

A alternativa A erra duas vezes, ao fazer o médico preencher a DO de morte violenta e ao dispensar a notificação. A alternativa B atribui ao IML a notificação ao Sinan e a CAT, que não são atribuições do instituto médico-legal. A alternativa C, além de manter a DO com o médico assistente, trata notificação epidemiológica e CAT como documentos intercambiáveis, quando têm finalidades, sistemas e destinatários diferentes. Resposta D

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Mulher de 38 anos, com diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e transtorno afetivo bipolar, comparece à consulta médica com discurso desconexo, tremor grosseiro em extremidades e marcha atáxica, iniciada há alguns dias. Faz uso regular de captopril, metformina, carbonato de lítio e recentemente foi introduzida hidroclorotiazida devido a descontrole pressórico. Ao exame clínico, apresenta-se normocorada; desidratada (1+/4+); anictérica; afebril; PA 140 x 90 mmHg; FC 98 bpm e glicemia capilar 95 mg/dL. Nesse contexto, qual é a medida terapêutica mais indicada para o quadro atual?

- A. Administrar carvão ativado.
- B. Suspende metformina.
- C. Administrar levodopa+carbidopa.

D. Suspende carbonato de lítio. ÁREA LIVRE 3 CADERNO 01 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em uso crônico de carbonato de lítio que, logo após a introdução de hidroclorotiazida, desenvolve tremor grosseiro em extremidades, marcha atáxica, discurso desconexo e desidratação: é intoxicação por lítio. O mecanismo é clássico e muito cobrado. O tiazídico reduz o volume intravascular e aumenta a reabsorção proximal de sódio e, por competição, também de lítio, elevando a litemia. Desidratação, anti-inflamatórios, inibidores da ECA e dieta hipossódica produzem o mesmo efeito.

A medida terapêutica indicada é suspender o carbonato de lítio, dosar litemia, sódio e função renal, reidratar com solução salina isotônica e reavaliar o tiazídico, considerando hemodiálise se a litemia estiver muito elevada ou houver neurotoxicidade grave. Carvão ativado não adsorve lítio, que é um íon monovalente, e não teria papel em intoxicação crônica sem ingestão aguda recente. Suspende a metformina não resolve nada: não há acidose láctica nem hipoglicemia, com glicemia capilar de 95 mg/dL, e o quadro neurológico não é compatível.

Levodopa com carbidopa trata parkinsonismo, e o tremor aqui é tóxico-metabólico, postural e grosseiro, sem bradicinesia, rigidez ou tremor de repouso. Resposta D

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Mulher, 58 anos, residente em área urbana com acúmulo de água parada e presença frequente de insetos, procura Unidade de Pronto Atendimento por dor articular intensa e persistente. Há 18 dias apresentou episódio de febre (38,8 °C), com duração de 3 dias, associado à mialgia importante. Após a resolução da febre, evoluiu com dor, edema e limitação funcional em punhos e tornozelos bilateralmente. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais, oculares, manifestações hemorrágicas ou exantema cutâneo. Fez uso inicial de analgésicos comuns e iniciou anti-inflamatório não esteroide há 5 dias, com melhora parcial da dor. Exame físico normal, exceto edema em punhos e tornozelos bilateralmente, associado à dor na palpação e limitação da mobilidade. Exames laboratoriais sem alterações, exceto proteína C reativa discretamente elevada. Considerando o quadro clínico, o exame adequado para confirmação do diagnóstico neste momento é detecção de

- A. antígeno NS1 para dengue.
- B. RNA viral por RT-PCR do Zika vírus.

C. anticorpos IgM por sorologia para Chikungunya. ✓

- D. antígeno viral por ELISA para febre amarela.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de chikungunya na fase subaguda. Febre alta de curta duração com mialgia importante e, após a defervescência, poliartrite simétrica de punhos e tornozelos, com edema, dor à palpação e limitação funcional que persiste por semanas: a artropatia arrastada é a marca da doença e o que a separa de dengue e zika. A escolha do exame depende do tempo de evolução. A viremia da chikungunya dura cerca de 5 a 7 dias, período em que o RT-PCR é o método de escolha; a partir do quinto ao sétimo dia surgem os anticorpos IgM, detectáveis por semanas a meses. Com 18 dias de doença, a confirmação se faz por sorologia IgM, eventualmente complementada por IgG em amostras pareadas.

O antígeno NS1 é marcador de dengue e só tem sensibilidade nos primeiros cinco dias de febre, além de a artrite persistente não ser o padrão da dengue. O RT-PCR para zika está fora da janela de viremia e investiga doença que cursa com exantema pruriginoso e conjuntivite não purulenta, ambos negados. A pesquisa de antígeno para febre amarela não se aplica: não há icterícia, alteração hepática, manifestação hemorrágica nem exposição em área silvestre. Resposta C

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Menina, 8 anos, previamente hígida, é levada à Unidade de Pronto Atendimento com quadro de febre (39 a 40 °C) há 5 dias, associado à dor abdominal intensa, vômitos, exantema maculopapular em tronco e hiperemia conjuntival bilateral sem secreção. A mãe refere que a criança teve um quadro gripal leve há cerca de 4 semanas com teste de covid-19 positivo. Exame físico: prostrada; tempo de enchimento capilar de 4 segundos; pulsos finos; FC 135 bpm; PA 75 x 45 mmHg (abaixo do percentil 5 para idade e estatura); SatO2 91% em ar ambiente. Ausculta cardíaca revela ritmo de galope. Palpação abdominal mostra descompressão brusca negativa, mas com dor importante à palpação profunda. Qual é a principal suspeita clínica?

- A. Doença de Kawasaki clássica.
- B. Pneumonia bacteriana secundária à covid-19.
- C. Apendicite aguda.

D. Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 8 anos com febre alta há 5 dias, dor abdominal intensa e vômitos proeminentes, exantema maculopapular em tronco, hiperemia conjuntival bilateral sem secreção e, sobretudo, choque (PA abaixo do percentil 5, enchimento capilar de 4 segundos, pulsos finos, taquicardia) com disfunção miocárdica traduzida pelo ritmo de galope, cerca de 4 semanas após covid-19 confirmada. Esse conjunto (febre, acometimento de dois ou mais sistemas, inflamação, comprometimento cardiovascular e vínculo temporal com SARS-CoV-2) define a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, cujo manejo envolve suporte hemodinâmico, imunoglobulina, corticoide e avaliação ecocardiográfica das coronárias.

A doença de Kawasaki clássica é o principal diferencial, mas predomina abaixo dos 5 anos, raramente abre com choque e disfunção ventricular e não guarda relação com infecção prévia por covid-19; a proeminência dos sintomas gastrointestinais também fala contra. Pneumonia bacteriana secundária não explica exantema, conjuntivite e choque com galope, e não há qualquer achado à ausculta pulmonar. Apendicite aguda cursaria com irritação peritoneal, e a descompressão brusca é negativa, além de não justificar exantema, conjuntivite nem disfunção cardíaca. Resposta D

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Homem, 30 anos, vítima de colisão de motocicleta com poste há 50 minutos. Foi trazido pelo SAMU e encontra-se com vias aéreas pervias; FR 32 irpm; murmúrio vesicular presente bilateralmente e SpO₂ 95% em ar ambiente. A pele está fria, o tempo de enchimento capilar lentificado, PA 75 x 45 mmHg, FC 128 bpm. Há escoriações em quadrante superior esquerdo do abdome e ausência de deformidades em membros. Glasgow 10 (O3 V3 M4), com pupilas isocóricas e fotorreagentes e sem evidências de trauma na região da cabeça. Realizado, à beira do leito, ultrassom FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) que evidenciou grande quantidade de líquido livre na janela subdiafragmática esquerda. Após reanimação volêmica, PA 80 x 50 mmHg e FC 131 bpm. Diante do exposto, a conduta mais adequada é

- A. solicitar tomografia computadorizada de abdome total com contraste.
- B. aumentar expansão volêmica com cristaloides e repetir o FAST em 30 minutos.
- C. realizar lavado peritoneal diagnóstico para confirmar o resultado do FAST.

D. administrar ácido tranexâmico e encaminhar para laparotomia exploradora. ÁREA LIVRE 4 CADERNO 01 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma fechado de abdome com choque hemorrágico: pele fria, enchimento capilar lentificado, PA 75x45 mmHg e FC 128 bpm, com FAST positivo mostrando grande quantidade de líquido livre na janela subdiafragmática esquerda, coerente com as escoriações no quadrante superior esquerdo e com lesão esplênica. Após a reanimação volêmica o paciente permanece instável (PA 80x50 mmHg, FC 131 bpm): é o respondedor transitório ou não respondedor do ATLS. Instabilidade hemodinâmica com FAST positivo tem indicação de laparotomia exploradora imediata para controle do sangramento, e o ácido tranexâmico está indicado por se tratar de hemorragia traumática dentro das 3 horas do evento. O Glasgow 10, sem déficit focal, pupilas normais e sem sinais de trauma craniano, é atribuível à hipoperfusão cerebral. A tomografia com contraste exige paciente estável; levar esse doente ao tomógrafo apenas atrasa a hemostasia. Repetir o FAST em 30 minutos e continuar expandindo com cristalóide não trata a causa e agrava hipotermia, acidose e coagulopatia, a tríade letal. O lavado peritoneal diagnóstico só teria lugar se o FAST fosse indisponível ou inconclusivo; com FAST positivo e instabilidade, não há mais o que diagnosticar, e sim o que operar. Resposta D

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Primigesta de 24 anos, sem comorbidades ou intercorrências gestacionais, foi admitida com idade gestacional de 41 semanas em maternidade de baixo risco para assistência ao trabalho de parto espontâneo. A evolução do trabalho de parto está registrada no partograma a seguir: Após a última avaliação, a paciente e seu marido demonstram preocupação, pois imaginavam que o trabalho de parto avançaria mais rapidamente, e solicitam orientações sobre a necessidade de intervenções. Considerando as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, a melhor conduta nesse caso é

- A. realizar amniotomia.
- B. administrar ocitocina.
- C. indicar cesárea.

D. manter observação. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta a termo, com 41 semanas, sem comorbidades, em trabalho de parto espontâneo, admitida em maternidade de baixo risco e com o partograma registrando evolução dentro dos limites esperados. O eixo da questão é o modelo de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, que abandonou a régua rígida de 1 cm por hora e desestimula intervenções de rotina no trabalho de parto que progride.

A primípara tem fase ativa fisiologicamente mais lenta, e lentidão não é sinônimo de distocia. Enquanto houver progressão da dilatação e da descida da apresentação, com boa vitalidade fetal e dinâmica uterina adequada, a conduta é expectante: manter observação, oferecer apoio contínuo, liberdade de movimentação e posição, hidratação, métodos não farmacológicos de alívio da dor e, principalmente, informação e acolhimento ao casal, que é exatamente o que a paciente e o marido demandam. A amniotomia de rotina para acelerar o parto não é recomendada e associa-se a maior risco de compressão de cordão, alterações de batimentos fetais e infecção. A ocitocina de rotina, sem diagnóstico de parada de progressão ou de hipoatividade uterina, expõe a taquissístolia e sofrimento fetal sem benefício comprovado. A cesárea careceria de indicação: não há distocia, sofrimento fetal ou desproporção documentados. Resposta D

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Mulher de 78 anos comparece à Unidade Básica de Saúde, acompanhada pelo filho, apresentando queixa de sonolência diurna, tonturas e instabilidade postural. É portadora de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, doença renal crônica estágio 3a e insônia de longa data. Faz uso de losartana, hidroclorotiazida, metformina, amitriptilina, zolpidem e omeprazol. Não há alterações clínicas ou laboratoriais que evidenciem, no momento, descompensação das patologias de base. Considerando a elaboração de um plano terapêutico individual, qual é a adaptação apropriada no tratamento e a justificativa?

- A. Reduzir a dose de amitriptilina e substituir o zolpidem por outro sedativo hipnótico de curta duração, visando controle da insônia e melhora da sonolência diurna.
- B. Manter a prescrição atual e orientar medidas não farmacológicas de controle do sono, visto que não há sinais de descompensação clínica ou laboratorial das doenças de base.
- C. Suspender o uso de hidroclorotiazida e de losartana, pois o risco de hipotensão ortostática em idosos é maior que o benefício anti-hipertensivo.

D. Suspender progressivamente o zolpidem e a amitriptilina, pois são potencialmente inapropriados em idosos com tontura e instabilidade postural. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa de 78 anos com sonolência diurna, tontura e instabilidade postural, ou seja, com sinais claros de risco de queda, em polifarmácia e sem nenhuma evidência clínica ou laboratorial de descompensação das doenças de base. Quando os sintomas não são explicados pela doença, a hipótese obrigatória é iatrogenia, e a prescrição traz dois medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os critérios de Beers: o zolpidem, hipnótico Z associado a sedação residual, confusão, quedas e fraturas, e a amitriptilina, tricíclico de alta carga anticolinérgica, que causa hipotensão ortostática, sedação, retenção urinária e prejuízo cognitivo, ainda mais relevante na doença renal crônica.

A conduta correta é a desprescrição, com retirada progressiva de ambos, já que a suspensão abrupta de hipnótico e de tricíclico provoca insônia rebote e sintomas de descontinuação, substituindo-os por higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental para insônia. Reduzir a dose da amitriptilina e trocar o zolpidem por outro hipnótico mantém a mesma classe de risco. Manter a prescrição e apenas orientar medidas não farmacológicas ignora que a causa provável dos sintomas está na própria receita. Suspender losartana e hidroclorotiazida deixaria a hipertensão sem tratamento em paciente diabética e renal crônica, sem qualquer aferição documentando hipotensão ortostática. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Mulher de 32 anos, residente em município de pequeno porte a 130 km da capital, portadora de doença oncológica rara, necessita realizar quimioterapia e radioterapia indisponíveis em sua cidade, sendo encaminhada para a capital por meio de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). O tratamento será ambulatorial, em 6 ciclos, com permanência de 5 dias a cada 21 dias. Embora esteja clinicamente estável, há indicação médica de acompanhante em razão da debilidade física esperada e por se tratar do primeiro deslocamento para TFD. A gestora municipal autorizou o tratamento com transporte e ajuda de custo para a paciente, mas negou o custeio do acompanhante, sob o argumento de que a paciente é adulta e não possui laudo pericial de incapacidade de locomoção. Com base na legislação brasileira, qual é a interpretação correta para a ação da gestora?

- A. Agiu dentro de sua autonomia, pois o custeio de acompanhante não é obrigatório, salvo em caso de menoridade, idade avançada ou incapacidade física comprovada por perícia.
- B. A análise foi adequada quanto ao transporte do acompanhante, visto que a ajuda de custo para alimentação e pernoite dependeria de comprovação da necessidade econômica.
- C. A negativa ao acompanhante não se sustenta, uma vez que a indicação médica registrada no laudo de TFD é suficiente para justificar o custeio. ✓**
- D. A controvérsia não está na solicitação de acompanhante, mas no próprio TFD, pois o deslocamento intermunicipal inferior a 200 km não caracterizaria situação passível de encaminhamento. 5 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra as regras do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), regulamentado pela Portaria SAS/MS nº 55/1999, que garante deslocamento, ajuda de custo e, quando indicado, acompanhante ao usuário do SUS que precisa de procedimento indisponível em seu município. O ponto central é que o custeio do acompanhante se apoia na indicação do médico assistente registrada no laudo de TFD: a norma condiciona o benefício à justificativa clínica, e não a menoridade, idade avançada ou perícia médica. No caso, há indicação expressa por debilidade física esperada com quimio e radioterapia e por ser o primeiro deslocamento, o que basta para autorizar transporte e ajuda de custo do acompanhante nos mesmos moldes concedidos à paciente. A alternativa A cria uma exigência de perícia que a legislação não faz e reduz indevidamente o direito a hipóteses etárias. A alternativa B condiciona a ajuda de custo a critério de renda, que não existe na norma, cujo requisito é a necessidade assistencial. A alternativa D inventa um limiar de 200 km: o TFD se justifica pela indisponibilidade do procedimento na rede do município ou região, sendo o parâmetro de distância usado apenas para definir o pagamento de ajuda de custo (acima de 50 km), e não para autorizar o encaminhamento. Resposta C

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher de 42 anos buscou Unidade Básica de Saúde com queixas de humor deprimido, anedonia, fadiga intensa, dificuldade de concentração e ganho de peso, associados a ressecamento da pele, constipação intestinal e irregularidade menstrual, por 2 meses. Foi diagnosticada com transtorno depressivo maior e começou tratamento com antidepressivo adequado, porém sem resposta clínica significativa após 12 semanas. Em consulta de retorno, relata manutenção dos sintomas, nega uso de outros medicamentos ou de drogas. Apresenta, ao exame, PA 110 x 80 mmHg; FC 64 bpm; FR 16 irpm; temperatura axilar de 37 °C e glicemia capilar de 98 mg/dL. Nesse contexto, quais exames laboratoriais devem ser solicitados para o principal diagnóstico diferencial do caso?

- A. Fator Antinuclear, antiproteína P ribossomal e anti-Smith.
- B. Hormônio estimulante da tireoide e tiroxina livre. ✓**
- C. Cortisol salivar noturno e hormônio adrenocorticotrófico plasmático.
- D. Pesquisa de anticorpo antitreponêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de depressão que não responde ao antidepressivo adequado após 12 semanas, cenário em que a primeira obrigação é rastrear causa orgânica antes de rotular como depressão resistente. Os sintomas somáticos apontam a direção: fadiga intensa, ganho de peso, pele ressecada, constipação, irregularidade menstrual e frequência cardíaca no limite inferior compõem um quadro clássico de hipotireoidismo, que é o principal diagnóstico diferencial e também causa reconhecida de refratariedade ao tratamento antidepressivo. A investigação inicial se faz com TSH, exame mais sensível para disfunção tireoidiana primária, complementado pela tiroxina livre para separar hipotireoidismo franco de subclínico. O painel de autoanticorpos da alternativa A investiga lúpus, incluindo o quadro neuropsiquiátrico, mas faltam artrite, lesões cutâneas fotossensíveis, serosite ou alterações hematológicas que justifiquem essa suspeita. Cortisol salivar noturno e ACTH, da alternativa C, rastreiam síndrome de Cushing, que cursa com pele fina e fragilidade capilar, hipertensão e hiperglicemia, exatamente o oposto da pele ressecada com PA e glicemia capilar normais aqui descritas. A pesquisa de anticorpo antitreponêmico da alternativa D investiga sífilis e neurosífilis, sem qualquer dado epidemiológico, neurológico ou de lesão cutâneo-mucosa que a sustente. Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Adolescente de 15 anos, sexo masculino, procura Unidade Básica de Saúde relatando manchas cutâneas pruriginosas iniciadas nas últimas 24 horas, comprometendo todo o corpo. Relata diagnóstico recente de amigdalite, tendo iniciado por conta própria ibuprofeno há 7 dias. Antecedente de asma na infância e rinite alérgica. Nega febre, tosse ou diarreia, bem como alergias anteriores a medicamentos ou alimentos. Ao exame físico, 36,8 °C, eupneico, corado, anictérico. PA 110 x 70 mmHg; FC 86 bpm, FR 14 irpm, SatO2 98% em ar ambiente. Pele com eritema difuso, simétrico, papular, principalmente em tronco, mas também em membros, poupando palmas e plantas. Sem lesões, adenomegalias cervicais, axilares ou inguinais. Cavidade oral sem alterações. Exames laboratoriais apresentam os seguintes resultados: Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 14,5 g/dL 13 a 16 g/dL Hematócrito 45,3% 37 a 49% Leucócitos 5.650/mm3 5.000 a 10.000/mm3 Bastonetes 0% -- Segmentados 52% -- Linfócitos típicos 38% -- Linfócitos atípicos 0% -- Eosinófilos 2% -- Plaquetas 185.000/mm3 140.000 a 400.000/mm3 TGO 30 U/L 5 a 40 U/L TGP 32 U/L 4 a 32 U/L Ureia 28 mg/dL 16,6 a 48,5 mg/dL Creatinina 1,2 mg/dL 0,6 a 0,9 mg/dL Qual é a conduta mais adequada para o caso?

A. Iniciar corticoide sistêmico e reavaliar em 5 dias.

B. Suspende ibuprofeno e iniciar anti-histamínico oral. ✓

C. Iniciar corticoide tópico e solicitar testes cutâneos de contato.

D. Iniciar aciclovir oral e permanganato de potássio em compressas na pele.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de exantema maculopapular por hipersensibilidade tardia a fármaco, a reação cutânea adversa medicamentosa mais comum, aqui deflagrada pelo ibuprofeno iniciado sete dias antes, com latência típica de quatro a catorze dias. O manejo é essencialmente duplo: retirar imediatamente o agente causal e controlar o prurido com anti-histamínico oral, conduta suficiente porque não há sinais de gravidade. Vale destacar os critérios de exclusão que o enunciado oferece de propósito: ausência de febre, de acometimento de mucosas, de descolamento cutâneo ou sinal de Nikolsky afasta síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica; ausência de eosinofilia, de linfócitos atípicos, de adenomegalias e de elevação de transaminases afasta DRESS; e a estabilidade hemodinâmica, sem broncoespasmo ou angioedema, afasta anafilaxia. Corticoide sistêmico, na alternativa A, é reservado a reações extensas e graves e não substitui a suspensão do fármaco, além de expor desnecessariamente o adolescente. O corticoide tópico da alternativa C é pouco efetivo em exantema difuso, e testes de contato avaliam dermatite de contato, não reação sistêmica, e jamais se realizam na fase aguda. A alternativa D trata varicela ou infecção herpética, incompatível com lesões papulares simétricas sem vesículas em estágios diferentes e sem febre. Resposta B

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Em uma Unidade Básica de Saúde, o médico de família e comunidade atende, na mesma semana, 4 crianças entre 7 e 9 anos com quadro de febre baixa, fadiga, náuseas e icterícia há 4 dias. Exames laboratoriais evidenciam anticorpo IgM anti-HAV. A equipe de saúde identifica que todas frequentam a mesma escola, em cuja rua houve um transbordamento de esgoto na semana anterior ao início dos sintomas. Considerando as diretrizes de vigilância em saúde para o controle de doenças transmissíveis e a organização da rede de atenção, qual deve ser o plano de intervenção?

- A. Determinar o isolamento hospitalar dos casos para interromper a cadeia de transmissão fecal-oral na comunidade.
- B. Notificar o surto imediatamente e realizar a busca ativa de sintomáticos na escola e nos domicílios. ✓**
- C. Prescrever imunoglobulina humana para contatos da escola e domicílio.
- D. Suspender as atividades escolares por 45 dias para aguardar o término do período de incubação viral.

COMENTÁRIO OSCELABS

O agrupamento de quatro casos de hepatite A confirmados por IgM anti-HAV, na mesma faixa etária e na mesma escola, com exposição comum a transbordamento de esgoto no período de incubação, configura surto de doença de transmissão fecal-oral. Surto é evento de notificação imediata à vigilância epidemiológica, independentemente da doença envolvida, e a resposta imediata inclui investigação epidemiológica com busca ativa de sintomáticos na escola e nos domicílios, para dimensionar a extensão do evento, identificar a fonte, orientar higiene das mãos, saneamento e vacinação de bloqueio conforme indicação da vigilância local. A alternativa A confunde isolamento com controle de fonte: a hepatite A é autolimitada, a maior excreção viral ocorre nas duas semanas que antecedem a icterícia e a internação só se justifica por gravidade clínica, não por medida epidemiológica. A alternativa C generaliza a imunoglobulina, que é reservada a contatos selecionados, como lactentes menores de um ano, imunossuprimidos e hepatopatas, enquanto a profilaxia pós-exposição de escolha em pessoas saudáveis é a vacina. A alternativa D propõe suspender aulas por quarenta e cinco dias, medida desproporcional e sem respaldo: afasta-se o caso por cerca de sete a catorze dias após o início da icterícia, mantendo-se a escola em funcionamento com correção do problema sanitário. Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Mulher de 38 anos comparece a um serviço de emergência no 10º dia pós-operatório de cirurgia de obesidade (gastrectomia vertical). Queixa-se de dor abdominal progressiva, principalmente em epigástrio, náuseas com vômitos, inapetência e febre há dois dias. Ao exame, estado geral regular; FC 108 bpm; PA 110 x 70 mmHg; levemente desidratada; com dor à palpação profunda em andar superior do abdome e ausência de sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais (admissão): Exame Resultado Valor de referência Leucócitos 14.800/mm³ 4.500 a 10.000/mm³ Proteína C reativa 36 mg/L < 5 mg/L A próxima conduta é

- A. solicitar endoscopia digestiva alta diagnóstica.
- B. solicitar tomografia computadorizada do abdome. ✓**
- C. dar alta hospitalar após hidratação e antibióticos.
- D. encaminhar para realização de laparotomia de urgência. ÁREA LIVRE 6 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica progressiva, vômitos, febre, taquicardia e resposta inflamatória, no décimo dia pós-operatório de gastrectomia vertical, obrigam a suspeitar de fístula da linha de grampeamento, complicação mais temida do sleeve, tipicamente de apresentação tardia no ângulo de His, e de suas consequências, como coleção e abscesso subfrênico. Com a paciente estável e sem irritação peritoneal, o passo correto é a tomografia computadorizada de abdome, preferencialmente com contraste oral e venoso, que documenta extravasamento, coleções, pneumoperitônio residual e ainda permite planejar drenagem percutânea, além de avaliar diagnósticos alternativos como trombose portomesentérica. A endoscopia digestiva alta da alternativa A não é o exame inicial: tem menor acurácia para coleções extraluminais e a insuflação pode aumentar a pressão intragástrica sobre a linha de grampos. A alternativa C é insegura, pois dar alta com leucocitose de 14.800, PCR de 36 e taquicardia sob suspeita de fístula expõe a paciente a sepse. A alternativa D pula etapas: laparotomia de urgência se reserva a peritonite difusa ou instabilidade hemodinâmica, e mesmo nesses casos a abordagem preferencial costuma ser laparoscópica, enquanto a maioria das fístulas contidas se resolve com antibiótico, drenagem guiada por imagem e terapia endoscópica. Resposta B

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Gestante, 37 anos, G3 P2 A0, foi admitida na maternidade para interrupção eletiva da gravidez com idade gestacional de 37 semanas devido à bolsa rota. Realizou todas as consultas e exames pré-natais, conforme estabelecido nos protocolos, e não apresentou nenhuma outra alteração. Os dois partos vaginais anteriores não tiveram intercorrências. Ao exame, peso 93 kg; altura 1,60 m; PA 110 x 70 mmHg, altura uterina 33 cm, BCF 140 bpm; ausência de sangramento vaginal. Com base na estratificação de risco recomendada pelo Ministério da Saúde, essa paciente apresenta qual fator de risco para hemorragia pós-parto?

- A. Idade > 35 anos.
- B. Dois partos vaginais prévios.
- C. Bolsa rota.

D. IMC > 35 Kg/m². ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a estratificação de risco para hemorragia pós-parto adotada pelo Ministério da Saúde, que classifica a gestante em risco baixo, médio ou alto na admissão para orientar reserva de sangue e vigilância no pós-parto imediato. Calculando o índice de massa corporal desta paciente, 93 kg divididos por 1,60 metro ao quadrado, chega-se a aproximadamente 36,3 kg/m², acima do ponto de corte de 35 kg/m² que caracteriza fator de risco médio, por associação com atonia uterina, maior dificuldade de avaliação do tônus e de estimativa da perda sanguínea. A alternativa A não procede porque a estratificação do protocolo não inclui a idade materna isolada entre os fatores listados, ainda que idade avançada seja fator de risco obstétrico geral. A alternativa B inverte o critério: multiparidade só entra como fator de risco a partir de mais de quatro partos vaginais prévios, e dois partos anteriores sem intercorrência não pontuam. A alternativa C confunde rotura de membranas com corioamnionite: a bolsa rota isolada, sem febre, sem taquicardia materno-fetal e sem secreção fétida, não é fator de risco para hemorragia; o que pontua é a infecção intra-amniótica, pelo comprometimento da contratilidade uterina. Resposta D

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Mulher, 22 anos, gestante de 8 semanas, realiza teste rápido para sífilis na Unidade Básica de Saúde, com resultado reagente. Nega sintomas ou lesões genitais e demonstra preocupação sobre como informar ao parceiro, com quem mantém relacionamento estável há cerca de 1 ano. Relata relações sexuais atuais com outras parcerias e questiona a necessidade de tratá-las. Além do aconselhamento pós-teste, qual é o manejo adequado para a essa situação?

- A. Tratar a gestante e entregar a prescrição das parcerias, as quais serão comunicadas do diagnóstico por ela.

B. Tratar a gestante e oferecer apoio à convocação das parcerias para iniciar o tratamento. ✓

C. Solicitar VDRL da gestante para confirmação do diagnóstico e oferecer apoio à convocação das parcerias para avaliação diagnóstica.

D. Solicitar FTABS da gestante e das parcerias para a confirmação do diagnóstico. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Em gestante, um teste rápido treponêmico reagente já é suficiente para o diagnóstico de sífilis e impõe tratamento imediato com penicilina benzatina, na mesma consulta, sem aguardar teste não treponêmico, porque qualquer atraso aumenta o risco de sífilis congênita. O manejo completo inclui coletar VDRL para titulação de base e seguimento mensal, mas isso nunca posterga a primeira dose. Quanto às parcerias, a conduta correta é oferecer apoio do serviço à convocação, o que preserva o sigilo da paciente, respeita a autonomia dela quanto ao modo de comunicar e amplia a chance de que todas as parcerias dos últimos meses sejam avaliadas e tratadas, interrompendo a cadeia de reinfecção. A alternativa A transfere integralmente para a gestante a tarefa de comunicar e medicar as parcerias, sem qualquer suporte do serviço, o que é frágil do ponto de vista de saúde pública e pode expô-la a situação de conflito ou violência. A alternativa C atrasa o tratamento de uma gestante para esperar VDRL, erro clássico e de maior gravidade neste cenário. A alternativa D erra duas vezes: adia o tratamento da gestante e condiciona a conduta das parcerias a um FTA-Abs, quando parcerias sexuais devem ser tratadas presuntivamente, mesmo assintomáticas e mesmo com testes ainda não disponíveis. Resposta B

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Um relatório de vigilância epidemiológica avaliou os casos notificados de quatro tipos de câncer em um município com 100 mil habitantes no ano de 2025. A tabela apresenta, para cada tipo, o número de casos notificados em 2025 e o número de óbitos entre esses casos no mesmo ano. Número de casos novos e óbitos dos cânceres mais frequentes, 2025

Tipo de Câncer	Nº de casos novos	Nº de óbitos entre os casos novos
Colorretal	21	7
Estômago	10	5
Mama	40	4
Próstata	30	6

Com base nesses resultados, qual câncer teve a maior letalidade do município, em 2025?

A. Colorretal.

B. Estômago. ✓

C. Mama.

D. Próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão separa dois indicadores que os candidatos costumam confundir. Letalidade é a proporção de óbitos entre os doentes, ou seja, óbitos divididos pelo número de casos da doença, e mede a gravidade do agravo; mortalidade é a razão entre óbitos e a população total, e mede o impacto da doença na coletividade. Como o denominador aqui é o número de casos novos, o cálculo é direto: colorretal 7 em 21 resulta em 33,3%; estômago 5 em 10 resulta em 50%; mama 4 em 40 resulta em 10%; próstata 6 em 30 resulta em 20%. O câncer de estômago apresenta a maior letalidade, coerente com o diagnóstico habitualmente tardio e o pior prognóstico desse tumor. A alternativa A traz a segunda maior letalidade, 33,3%, mas ainda inferior à do estômago. A alternativa C é a armadilha da questão: mama tem o maior número absoluto de casos e por isso maior peso na incidência do município, porém a menor letalidade da tabela, apenas 10%. A alternativa D fica em 20%, também abaixo do estômago; próstata reúne muitos casos com letalidade baixa, padrão típico de tumor de evolução lenta e detecção precoce. Resposta B

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Paciente, 4 anos, é levado à Unidade Básica de Saúde pelos pais com queixa de manter perda de urina durante a noite 1 a 2 vezes por semana, principalmente quando dorme profundamente, apesar de ter desenvolvido o controle esfincteriano diurno desde 3 anos e meio de idade. Não há histórico de infecção urinária, dor ao urinar, aumento da frequência urinária ou urgência miccional. Apresenta sono profundo, com dificuldade para despertar. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: Exame Resultado Valor de referência EAS (urina tipo I) Sem alterações - Urocultura Negativa Ausência de crescimento Glicemia de jejum 86 mg/dL 70 a 105 mg/dL Ultrassonografia de rins e vias urinárias Normal - Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A. Controle esfincteriano em desenvolvimento. ✓

B. Micção disfuncional neurogênica.

C. Enurese noturna secundária.

D. Bexiga hiperativa. ÁREA LIVRE 7 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve criança de 4 anos com escapes urinários exclusivamente noturnos, uma a duas vezes por semana, sono profundo, controle diurno já adquirido, desenvolvimento normal, exame físico normal, urina tipo I e urocultura sem alterações, glicemia normal e ultrassonografia de rins e vias urinárias normal. O ponto que a questão cobra é o critério etário: enurese, tanto pelo DSM-5 quanto pelas sociedades de urologia pediátrica, só pode ser diagnosticada a partir dos 5 anos de idade ou idade mental equivalente. Abaixo disso, a perda noturna de urina é considerada variação fisiológica do amadurecimento do controle esfincteriano, que se completa depois do controle diurno, e a conduta é orientação e acompanhamento, sem investigação adicional. A alternativa B exigiria sinais de disfunção miccional, como manobras de contenção, jato entrecortado, resíduo pós-miccional, constipação ou alterações neurológicas e de ultrassonografia, todos ausentes. A alternativa C esbarra no mesmo critério etário e ainda pressupõe um período prévio de pelo menos seis meses de noites secas, que o enunciado não descreve. A alternativa D exigiria urgência e aumento da frequência urinária diurnas, sintomas expressamente negados no caso. Resposta A

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Mulher de 58 anos em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, apresentou valores pressóricos de 150 x 92 mmHg na primeira consulta e 154 x 96 mmHg na segunda, duas semanas depois, ambos aferidos com técnica adequada. A paciente relata dieta inadequada e sedentarismo. Não há lesões de órgão-alvo e o risco cardiovascular é baixo. Considerando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde (2025), qual(is) ação(ões) deve(m) integrar o plano terapêutico individual dessa paciente?

A. Solicitar MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) para confirmação diagnóstica.

B. Associar medidas não farmacológicas à prescrição de medicamento anti-hipertensivo adequado ao estágio da doença. ✓

C. Realizar monitorização residencial da pressão arterial e reavaliar em duas semanas.

D. Orientar medidas relacionadas ao estilo de vida e programar nova avaliação clínica antes de iniciar tratamento medicamentoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hipertensão arterial estágio 1, definida por pressão entre 140 e 159 por 90 a 99 mmHg, já confirmada por duas aferições com técnica adequada em consultas distintas, em paciente sem lesão de órgão-alvo e com risco cardiovascular baixo. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde de 2025 recomenda que o plano terapêutico individual combine, desde o diagnóstico, as medidas não farmacológicas, redução de sal, dieta adequada, atividade física regular, controle de peso e do álcool, com o início do anti-hipertensivo apropriado ao estágio, abandonando a antiga espera de meses apenas com mudança de estilo de vida no estágio 1 de baixo risco. A alternativa A é desnecessária: MAPA se destina a esclarecer suspeita de hipertensão do avental branco ou mascarada e de variabilidade pressórica, e não a confirmar um diagnóstico já estabelecido no consultório. A alternativa C tem o mesmo problema com a monitorização residencial, além de postergar a proteção cardiovascular. A alternativa D representa exatamente a conduta que o protocolo atual abandonou, ao adiar a farmacoterapia em paciente com diagnóstico firmado. Resposta B

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Recém-nascido, sexo masculino, nascido de parto vaginal a termo, com Apgar 8/9, pesando 2.860 g. Completou 30 horas de vida em aleitamento materno exclusivo, sem eliminação de mecônio. Há cerca de 6 horas, iniciou vômitos em jato, de coloração verde escura associados à distensão abdominal progressiva, irritabilidade intensa intercalada com prostração, e piora na aceitação das mamadas. Nas últimas 2 horas, evoluiu com desconforto respiratório e gemência. Exame físico: hipoativo, alternando irritabilidade com prostração e gemência, cianose perioral e extremidades frias. Temperatura 36,1 °C; FC 188 bpm; FR 72 irpm; Tiragem subcostal e intercostal. Oximetria de pulso 89% em ar ambiente. Enchimento capilar 4 a 5 segundos. Fontanela normotensa. Abdome distendido, tenso, doloroso, com defesa involuntária; ruídos hidroaéreos diminuídos; sem massas palpáveis. Ao estímulo retal, ampola vazia, com eliminação de pequena quantidade de fezes fétidas e explosivas. O recém-nascido apresenta uma complicação grave como consequência de

A. íleo meconial.

B. má rotação intestinal.

C. megacólon congênito. ✓

D. síndrome do tampão meconial. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo que completa 30 horas de vida sem eliminar mecônio, com vômitos biliosos, distensão abdominal progressiva e, ao toque retal, ampola vazia seguida de saída explosiva de fezes fétidas, tem o quadro clássico da doença de Hirschsprung, ou megacólon congênito, decorrente de aganglionose do plexo mientérico distal. O sinal do jato explosivo após o estímulo retal é característico, e o atraso na eliminação do mecônio além de 24 a 48 horas é o dado de triagem mais sensível. A complicação grave que o enunciado descreve é a enterocolite associada a Hirschsprung, sugerida pela febre ausente porém com taquicardia de 188 bpm, taquipneia, gemência, cianose perioral, extremidades frias, enchimento capilar de 4 a 5 segundos e abdome tenso com defesa, ou seja, choque séptico, principal causa de morte nessa doença. O íleo meconial da alternativa A, quase sempre ligado à fibrose cística, obstrui o íleo terminal com mecônio espesso e microcólon e costuma cursar com massas palpáveis, sem a descompressão explosiva. A má rotação com volvo de intestino médio, da alternativa B, é vômito bilioso agudo com isquemia e sangramento retal, sem história de retardo na eliminação do mecônio nem alívio ao toque. A síndrome do tampão meconial, da alternativa D, é obstrução funcional transitória que se resolve após a saída do tampão, com evolução benigna e sem enterocolite. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Homem de 45 anos dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento com epistaxe anterior há cerca de 40 minutos. É hipertenso, fazendo uso irregular de fármaco anti-hipertensivo; nega trauma recente. Ao exame, apresenta sangramento visível no septo nasal anterior à esquerda, está hemodinamicamente estável e com vias aéreas pervias. Após avaliação inicial e monitorização, a conduta mais adequada como primeira linha no manejo agudo desse paciente é realizar

- A. hiperextensão cervical e uso de corticoide tópico.
- B. tamponamento nasal posterior com sonda de Foley.
- C. compressão nasal anterior e uso de vasoconstritor tópico. ✓**
- D. ligadura cirúrgica da artéria esfenopalatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão aborda o manejo inicial da epistaxe anterior, origem de cerca de 90% dos sangramentos nasais, quase sempre no plexo de Kiesselbach, no septo anterior, exatamente o sítio descrito no exame. Com paciente estável e via aérea pervia, a primeira linha é a medida conservadora: posicionar sentado com o tronco inclinado para a frente, comprimir firmemente as asas nasais contra o septo por 10 a 15 minutos ininterruptos e associar vasoconstritor tópico, como oximetazolina, que promove hemostasia na maioria dos casos; em paralelo, controla-se a pressão arterial, fator claramente contribuinte neste hipertenso em uso irregular de medicação. A alternativa A erra duas vezes: hiperextensão cervical favorece a deglutição e a aspiração do sangue, mascarando a perda, e corticoide tópico não tem qualquer papel hemostático agudo. A alternativa B aplica ao caso um recurso destinado ao sangramento posterior, geralmente da artéria esfenopalatina, refratário e sem ponto anterior visível, situação diferente da aqui descrita. A alternativa D é terapia de resgate, indicada apenas após falha da compressão, da cauterização e do tamponamento, e submeter de imediato à ligadura cirúrgica seria conduta desproporcional. Resposta C

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Primigesta de 28 anos com idade gestacional de 41 semanas foi admitida para assistência ao trabalho de parto espontâneo. Negou comorbidades e não apresentou intercorrências durante o pré-natal. Oito horas após a admissão, evoluiu para período expulsivo, em posição de litotomia. Porém, após a exteriorização da cabeça, esta retraiu-se contra o períneo e não houve o desprendimento fetal. Diante deste quadro, qual deve ser a conduta inicial do médico?

- A. Reposicionar a paciente promovendo hiperflexão das pernas e das coxas. ✓**
- B. Realizar tração forte e contínua no polo cefálico e pressão no fundo uterino.
- C. Introduzir a mão pelo vazio sacral e promover a adução do ombro anterior.
- D. Realizar episiotomia medio-lateral ampla. ÁREA LIVRE 8 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

A retração da cabeça contra o períneo logo após a exteriorização, sem desprendimento espontâneo dos ombros, é o sinal da tartaruga: distocia de ombro, uma emergência obstétrica em que o ombro anterior fica impactado atrás da sínfise púbica. Trata-se de obstrução óssea, e o primeiro passo padronizado em todos os protocolos é a manobra de McRoberts, que consiste em reposicionar a parturiente com hiperflexão das coxas e das pernas sobre o abdome; isso retifica a lordose lombossacra, horizontaliza a sínfise e resolve isoladamente cerca de metade dos casos, sendo ainda a manobra de menor morbidade materna e fetal. Só depois dela, associada à pressão suprapúbica, é que se escalone para as manobras internas.

A tração forte e contínua no polo cefálico associada à pressão de fundo uterino (Kristeller) é formalmente proscrita: aumenta a impactação, é a principal causa de lesão do plexo braquial e de fratura de clavícula, e expõe a mãe a rotura uterina. Introduzir a mão pelo vazio sacral para aduzir o ombro anterior descreve as manobras internas (Rubin II, Woods, Jacquemier), que são de segunda linha, mais invasivas e reservadas à falha do McRoberts com pressão suprapúbica. A episiotomia médio-lateral ampla não desfaz uma obstrução óssea; ela apenas amplia o espaço de partes moles para acomodar a mão do obstetra nas manobras internas, não sendo, portanto, a conduta inicial. Resposta A

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Mulher, 50 anos, é trazida à Unidade Básica de Saúde (UBS) em área rural, distante 100 km da sede do município, relatando que há 5 dias iniciou com quadro de disúria, hematúria macroscópica, polaciúria e febre não aferida. Relata também calafrios, náuseas, vômitos, mialgia e dor lombar. Nega outras comorbidades ou alergias. Apresenta exame de urina realizado na véspera, com nitrito positivo, bactérias incontáveis e piúria. Ao exame físico, apresenta-se em estado geral regular; febril (39,3 °C); FR 22 irpm; PA 89 x 52 mmHg; FC 104 bpm. Oximetria indica SpO₂ 96%. Sinal de Giordano positivo à esquerda. Sem outras alterações ao exame físico. Considerando que essa UBS conta com disponibilidade ideal dos medicamentos para o manejo inicial do caso, qual é a conduta adequada para essa paciente?

- A. Ceftriaxona em dose de ataque por via intravenosa imediatamente na UBS, além de proceder à ressuscitação volêmica, administrar antipirético e encaminhar a paciente para o hospital de referência.**
✓
- B. Nitrofurantoína + antipirético por via oral imediatamente na UBS, enquanto aguarda encaminhamento para o hospital de referência, onde deverá ser realizada hemocultura e ressuscitação volêmica.
- C. Ceftriaxona por via intravenosa imediatamente na UBS, durante as 24 horas por 5 dias, além de prescrever hidratação oral vigorosa, antipirético e seguir com acompanhamento ambulatorial diário na Atenção Primária à Saúde até o final do tratamento.
- D. Sulfametoxazol + trimetoprima por via oral, de 12 em 12 horas por 10 dias, e antipirético, além de proceder imediatamente à ressuscitação volêmica na UBS e seguir com acompanhamento ambulatorial diário na Atenção Primária à Saúde até o final do tratamento. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de pielonefrite aguda complicada por sepse: disúria, hematúria, polaciúria, dor lombar com Giordano positivo à esquerda e urina com nitrito positivo e piúria, somados a febre de 39,3 °C, taquicardia, taquipneia e, sobretudo, hipotensão (PA 89 x 52 mmHg). Alteração de frequência respiratória e pressão sistólica abaixo de 100 mmHg já pontuam no qSOFA e caracterizam infecção grave em paciente que está a 100 km do hospital de referência. Nesse cenário a prioridade é o pacote da primeira hora, executado onde o paciente está: antibiótico parenteral de amplo espectro em dose de ataque (ceftriaxona intravenosa), ressuscitação volêmica com cristalóide, antipirético e transferência imediata para o serviço de maior complexidade. Retardar o antimicrobiano até a chegada ao hospital piora a mortalidade.

A nitrofurantoína é opção apenas para cistite não complicada, pois não atinge concentração adequada no parênquima renal nem no sangue, e a via oral é inadequada em paciente com náuseas, vômitos e instabilidade. Manter a paciente na própria UBS recebendo ceftriaxona por cinco dias com hidratação oral e seguimento ambulatorial ignora que há hipotensão e necessidade de monitorização, acesso venoso e reavaliação hospitalar. O sulfametoxazol-trimetoprima por via oral soma o problema da via inadequada ao das altas taxas de resistência de *E. coli* no Brasil, que o desqualificam como empírico para pielonefrite, e o acompanhamento ambulatorial diário não substitui a internação de uma paciente séptica. Resposta A

QUESTÃO 27 — Gabarito B

O Médico de Família e Comunidade de uma Unidade Básica de Saúde construiu um diagrama de controle de dengue para seu território de abrangência, conforme recomendação do Ministério da Saúde, e inseriu a incidência do ano de 2025. A Coordenação da Atenção Primária à Saúde havia informado que 13 dos 32 distritos sanitários do município haviam apresentado surto no referido ano. Diagrama de controle do território Para 2025, o médico deve concluir que, no seu território,

A. o número de casos de dengue indica epidemia.

B. a incidência de dengue esteve em nível endêmico. ✓

C. o surto de dengue ocorreu entre as semanas 3 e 9.

D. a epidemia de dengue do município afetou sua população adscrita.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura do diagrama de controle, instrumento recomendado pelo Ministério da Saúde para monitorar doenças de comportamento sazonal como a dengue. Ele é construído com a mediana e os limites superior e inferior (habitualmente quartis ou intervalos de confiança) da incidência das séries históricas dos anos anteriores, formando o chamado canal endêmico; sobre esse canal se plota a curva do ano em análise. A interpretação é objetiva: valores dentro da faixa esperada significam que a doença está circulando no patamar habitual daquele território, ou seja, em nível endêmico; só se fala em epidemia quando a curva do ano ultrapassa o limite superior do canal. É exatamente isso que o diagrama do território mostra em 2025, e por isso a conclusão correta é que a incidência esteve em nível endêmico.

Afirmar epidemia contraria o próprio traçado, que não rompeu o limite superior. Situar um surto entre as semanas 3 e 9 exigiria elevação acima do canal nesse intervalo, o que não se verifica. E a informação de que 13 dos 32 distritos sanitários tiveram surto não pode ser extrapolada para a população adscrita: o diagrama de controle serve justamente para dar resposta local, e um município pode viver epidemia concentrada em alguns distritos enquanto outros permanecem endêmicos. Generalizar o dado municipal para o território seria erro de agregação. Resposta B

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Homem de 57 anos faz uso de amitriptilina 100 mg/dia, há mais de 10 anos, para melhora do sono e diminuição da sensação de ansiedade. Sem histórico de comorbidades ou uso de outra medicação. Busca consulta médica em Unidade Básica de Saúde para avaliar riscos do uso prolongado da medicação. Quais exames complementares são indicados para o acompanhamento do uso de amitriptilina nesse paciente?

- A. Creatinina, transaminases hepáticas, potássio sérico e eletrocardiograma. ✓**
- B. Creatinina, lipidograma e TSH séricos e ultrassonografia de abdome.
- C. Transaminases hepáticas, potássio sérico, ultrassonografia de abdome e radiografia de tórax.
- D. Sódio, potássio, lipidograma e TSH séricos, eletrocardiograma e radiografia de tórax. ÁREA LIVRE 9
- CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre monitorização de segurança do uso crônico de antidepressivo tricíclico, e o perfil de toxicidade da amitriptilina define os exames. O tricíclico bloqueia canais rápidos de sódio no miocárdio e tem efeito quinidina-like, alargando QRS e prolongando o intervalo QT, o que torna o eletrocardiograma o exame central de acompanhamento, sobretudo em paciente de 57 anos usando 100 mg/dia há mais de dez anos. Como a droga é metabolizada no fígado e seus metabólitos têm eliminação renal, transaminases e creatinina orientam a segurança e o ajuste de dose. O potássio entra porque distúrbio eletrolítico, especialmente hipocalcemia, potencializa o risco de arritmia ventricular em quem já usa um fármaco que prolonga a repolarização. A combinação creatinina, transaminases, potássio e ECG cobre exatamente esses quatro pontos.

O conjunto com lipidograma, TSH e ultrassonografia de abdome pertence à investigação metabólica ou tireoidiana e não tem relação com a toxicidade do tricíclico. A opção com transaminases, potássio, ultrassonografia e radiografia de tórax deixa de fora justamente o eletrocardiograma, além de acrescentar imagens sem indicação. A última alternativa até inclui o ECG e o sódio, mas dilui a proposta com lipidograma, TSH e radiografia de tórax, sem contemplar função renal e hepática, que são as vias de metabolização e excreção do fármaco. Resposta A

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Homem, 52 anos, portador de cirrose hepática alcoólica, é admitido em Unidade de Emergência de um hospital secundário após apresentar rebaixamento do nível de consciência, iniciado há 24 horas. Chega confuso, desorientado, Glasgow 13, flapping positivo. Acompanhante refere aumento do volume abdominal nas últimas semanas. Ao exame físico, apresenta ascite volumosa, sem sinais de irritação peritoneal. Exames (admissão): Exame Resultado Valores de Referência INR 2,1 0,8 a 1,2 Plaquetas 62.000/mm³ 150.000 a 350.000/mm³ Creatinina 1,1 mg/dL 0,7 a 1,2 mg/dL Sódio 134 mEq/L 135 a 145 mEq/L Em relação à ascite, a conduta mais adequada é realizar

- A. paracentese, sem necessidade de correção prévia do INR ou das plaquetas. ✓**
- B. prescrição de espironolactona para controle de ascite e ceftriaxona para peritonite bacteriana espontânea.
- C. paracentese após infusão de plasma fresco e plaquetas, devido ao risco de sangramento.
- D. tomografia de abdome antes de considerar qualquer procedimento invasivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrótico que chega com rebaixamento de consciência, desorientação e flapping está em encefalopatia hepática, e encefalopatia é descompensação que obriga a procurar o fator precipitante. Diante de ascite volumosa, o exame que responde a essa pergunta é a paracentese diagnóstica, indicada em toda admissão de paciente cirrótico com ascite e em qualquer descompensação clínica, porque peritonite bacteriana espontânea é causa frequente e o diagnóstico depende da contagem de polimorfonucleares no líquido ascítico (corte de 250/mm³) com cultura em frascos de hemocultura. O ponto-chave é que INR de 2,1 e plaquetas de 62.000/mm³ não contraindicam nem exigem correção prévia: a coagulopatia da cirrose é rebalanceada, com queda simultânea de fatores pró e anticoagulantes, e nem o INR nem a plaquetometria predizem sangramento no procedimento, cuja taxa de complicação hemorrágica é inferior a 1%.

Prescrever espironolactona e ceftriaxona empíricas trata às cegas e, pior, colhe o líquido depois do antibiótico, comprometendo a cultura; além disso diurético não é prioridade em paciente encefalopata. Infundir plasma fresco e plaquetas antes do procedimento é conduta expressamente desaconselhada pelas diretrizes, expõe a sobrecarga volêmica e reações transfusionais sem reduzir risco. A tomografia de abdome não diagnostica PBE, atrasa a conduta e não substitui a análise do líquido. Resposta A

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Uma criança de 6 anos, do sexo feminino, é levada ao Ambulatório de Pediatria pela mãe devido à queixa de reclamações na escola por falta de atenção e sonolência excessiva. Segundo a mãe, a criança apresenta respiração oral ruidosa que piora durante o sono, com roncos e episódios de apneia, acordando várias vezes durante a noite com a boca seca e pedindo água. A mãe nega febre, tosse ou secreção nasal, que ocorrem apenas quando a criança fica gripada, o que é frequente. Nega prurido nasal ou espirros, assim como antecedentes familiares patológicos. Ao exame, a criança apresenta fácies congestas, com vedamento labial incompleto, respiração bucal ruidosa e olheiras. Otoscopia normal bilateralmente. Mucosas e cornetos nasais com leve hiperemia; cavidade oral com palato em ogiva; tonsilas palatinas com leve aumento e ausência de placas ou secreções. Ausculta pulmonar com roncos de transmissão. Qual o exame complementar confirmatório a ser solicitado?

A. Teste de hipersensibilidade imediata.

B. Radiografia de cavum.

C. Nasofibroscopia flexível. ✓

D. Polissonografia. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem a síndrome do respirador bucal com repercussão neurocognitiva: roncos, pausas respiratórias, despertares, boca seca, sonolência diurna e desatenção escolar, somados a fácies congesta, vedamento labial incompleto, olheiras e palato em ogiva, que é a marca do crescimento facial alterado pela obstrução crônica. Como as tonsilas palatinas têm apenas leve aumento e a otoscopia é normal, o sítio obstrutivo provável é a rinofaringe, isto é, hipertrofia da tonsila faríngea (adenóide). O exame que confirma essa hipótese é a nasofibroscopia flexível, que visualiza diretamente a adenoide, quantifica o percentual de obstrução coanal e ainda avalia cornetos, septo e a própria dinâmica da respiração, sendo o método de escolha para confirmação anatômica.

O teste de hipersensibilidade imediata investiga rinite alérgica, hipótese enfraquecida pela ausência de prurido nasal, espirros e antecedentes familiares atópicos. A radiografia de cavum é exame estático e bidimensional, muito dependente de técnica e de fase respiratória, útil como triagem em serviços sem endoscopia, mas não confirmatório. A polissonografia quantifica e gradua a apneia obstrutiva do sono, porém não identifica a causa anatômica da obstrução, que é o que a questão pede. Vale registrar que o ponto é discutível: quando o objetivo é confirmar a apneia obstrutiva propriamente dita, a polissonografia é o padrão-ouro; a banca, contudo, pediu o exame que confirma o diagnóstico da obstrução adenoideana. Resposta C

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Homem, 28 anos, é admitido na sala de trauma de uma Unidade de Emergência vítima de colisão automobilística em alta velocidade com desaceleração súbita. Encontra-se consciente, queixa-se de dor torácica difusa. Ao exame, PA 110 x 70 mmHg, FC 110 bpm e oximetria de pulso de 96% (em ar ambiente); sem jugulares túrgidas ou assimetrias na expansibilidade torácica, percussão torácica timpânica bilateral e bulhas normofonéticas. Apresenta escoriações na parede anterior do tórax. A radiografia de tórax inicial revela mediastino alargado, apagamento do botão aórtico e desvio da traqueia para a direita. A principal hipótese diagnóstica é

- A. tamponamento cardíaco.
- B. pneumotórax hipertensivo.
- C. lesão de aorta. ✓**
- D. hemotórax maciço.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colisão em alta velocidade com desaceleração súbita é o mecanismo clássico da lesão traumática da aorta torácica, que ocorre tipicamente no istmo, logo após a emergência da subclávia esquerda, onde o vaso é fixado pelo ligamento arterioso e sofre cisalhamento. O que fecha o raciocínio é a tríade radiológica descrita: alargamento do mediastino, apagamento do contorno do botão aórtico e desvio da traqueia para a direita, sinais que traduzem hematoma mediastinal. O paciente ainda está estável porque a adventícia e o hematoma contido seguram a lesão, e é justamente esse o cenário do sobrevivente que chega ao hospital. A confirmação se faz com angiotomografia de tórax, com controle de frequência e pressão enquanto se aguarda o reparo.

O tamponamento cardíaco cursaria com a tríade de Beck, hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas, e aqui as jugulares estão planas e as bulhas normofonéticas. O pneumotórax hipertensivo exigiria timpanismo e ausência de murmúrio unilaterais, assimetria de expansibilidade e desvio traqueal para o lado contralateral ao pneumotórax, com choque obstrutivo, o que não se aplica a uma percussão timpânica bilateral simétrica. O hemotórax maciço daria macicez à percussão, redução do murmúrio no hemitórax acometido e instabilidade hemodinâmica por hipovolemia, e não o padrão de mediastino alargado com botão aórtico apagado. Resposta C

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Puérpera, 24 anos, imigrante recém-chegada ao Brasil, é admitida na maternidade 30 minutos após parto extra-hospitalar. Relata que o parto ocorreu rapidamente, sendo a placenta completamente expulsa alguns minutos após. Ao exame inicial, apresenta-se hemodinamicamente estável e com útero contraído, apesar de manter sangramento vaginal moderado. Ao exame do canal de parto, identifica-se laceração perineal envolvendo pele, mucosa vaginal e musculatura perineal, sem acometimento do esfíncter anal ou da mucosa retal. A paciente demonstra ansiedade, dificuldade de compreensão do idioma e questiona repetidamente o que será feito. Considerando a avaliação realizada e as boas práticas recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde para uma assistência humanizada, a conduta adequada é

- A. expectante, evitando sutura perineal para não aumentar a ansiedade da puérpera, com orientações gerais e observação clínica.
- B. suturar a laceração perineal para controle do sangramento, priorizando o procedimento primeiro e, após, as orientações, pela gravidade do caso.
- C. explicar o diagnóstico e o procedimento em linguagem acessível, buscando consentimento da puérpera, e suturar a laceração com anestesia local. ✓**
- D. encaminhar ao centro cirúrgico para reparo sob anestesia geral, reduzindo a exposição da paciente e a dificuldade de comunicação. ÁREA LIVRE 10 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

A lesão descrita, acometendo pele, mucosa vaginal e musculatura perineal com esfíncter anal e mucosa retal íntegros, é uma laceração perineal de segundo grau, cuja conduta padrão é o reparo por sutura sob anestesia local, na própria sala de parto. Como a puérpera está hemodinamicamente estável e com útero contraído, não há urgência que justifique atropelar a comunicação: as boas práticas da OMS e do Ministério da Saúde para o parto humanizado exigem explicar o diagnóstico e o procedimento em linguagem acessível e obter consentimento antes de qualquer intervenção. A barreira idiomática não dispensa esse dever, ao contrário, reforça a necessidade de simplificar a linguagem, usar recursos de mediação ou intérprete e checar a compreensão, respeitando a autonomia de uma paciente ansiosa que pergunta repetidamente o que será feito. A conduta expectante sem sutura é inadequada em laceração de segundo grau, pois compromete a hemostasia e a reconstituição muscular, com risco de cicatrização viciosa, dor crônica, dispareunia e disfunção do assoalho pélvico. Sutar primeiro e explicar depois inverte a ordem ética e não encontra respaldo, já que não há gravidade que caracterize emergência com risco iminente. Encaminhar ao centro cirúrgico para anestesia geral é desproporcional para lesão de segundo grau, reservando-se ao reparo de lesões de terceiro e quarto graus ou a situações complexas, e ainda piora o problema ao abolir a possibilidade de diálogo com a paciente. Resposta C

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Em um território coberto por uma equipe de Saúde da Família, há uma fábrica de cimento perto das moradias. A equipe identifica aumento de atendimentos por sintomas respiratórios em trabalhadores e outros moradores locais, além de relatos de poeira de cimento dentro das casas. Diante dessa situação, o médico, junto à equipe, propõe elaborar um projeto de intervenção com foco em ações de prevenção aos agravos identificados. Nesse contexto, qual é a proposta de intervenção adequada?

- A. Notificar o Sinan após estabelecer nexo causal para confirmar diagnóstico de origem ocupacional.
- B. Manter o atendimento clínico dos casos, solicitar à empresa que distribua máscaras aos moradores e evitar articulações externas para não gerar conflitos.

C. Acionar os setores da Vigilância em Saúde e apoiar as intervenções pactuadas. ✓

- D. Estimular o mapeamento das atividades produtivas locais e realizar exames admissionais e periódicos nos trabalhadores do território.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de exposição ambiental e ocupacional coletiva: uma fonte poluidora fixa, a fábrica de cimento, adoecendo tanto trabalhadores quanto moradores, com poeira alcançando o interior das casas. O problema extrapola a clínica individual e a governabilidade da equipe de Saúde da Família, o que caracteriza a necessidade de ação intersetorial. A conduta adequada é acionar os setores da Vigilância em Saúde, ambiental, sanitária e do trabalhador, e apoiar as intervenções pactuadas, lógica que estrutura a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e a rede RENAST. A equipe contribui com o que faz melhor, o reconhecimento do território, a identificação dos casos e a articulação comunitária, enquanto o controle da fonte emissora cabe aos órgãos com poder de fiscalização.

A notificação no Sinan é obrigatória, mas ela não confirma diagnóstico nem depende de nexo causal previamente estabelecido para ser feita, e sozinha não constitui um projeto de intervenção preventiva. Manter apenas o atendimento clínico, terceirizar a solução distribuindo máscaras aos moradores e evitar articulações para não gerar conflito inverte a hierarquia de controle de riscos, que prioriza a eliminação ou o controle na fonte antes da proteção individual, e é omissão frente ao determinante do adoecimento. Mapear as atividades produtivas do território é louvável, porém exames admissionais e periódicos são responsabilidade do empregador no âmbito do PCMSO e da NR-7, não atribuição da equipe, e não protegem os moradores que sequer trabalham na fábrica. Resposta C

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Uma equipe de Saúde da Família está investigando o aumento de consultas por dores lombares entre trabalhadores de um polo têxtil localizado em seu território. A gestão municipal solicita que a equipe identifique se há associação entre o tipo de atividade laboral e a ocorrência de dor lombar ao longo dos anos, para subsidiar ações intersetoriais de prevenção com a Secretaria de Trabalho e Assistência Social. Nesse cenário, o tipo de estudo epidemiológico mais adequado para identificar a associação entre exposição ocupacional e dor lombar é

- A. estudo ecológico.
- B. estudo transversal.
- C. estudo de coorte. ✓**
- D. ensaio clínico. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta define o desenho pela sua finalidade: identificar associação entre uma exposição ocupacional, o tipo de atividade laboral no polo têxtil, e a ocorrência de dor lombar ao longo dos anos. Quando o pesquisador parte de grupos definidos pela exposição e os acompanha no tempo até o surgimento do desfecho, o estudo é uma coorte. É o desenho observacional que permite calcular incidência e risco relativo e, principalmente, o único entre as opções que garante a sequência temporal correta, ou seja, que a exposição precedeu a dor lombar, requisito indispensável para inferência de causalidade e para subsidiar as ações intersetoriais de prevenção pretendidas pela gestão.

O estudo ecológico trabalha com dados agregados, tendo o grupo e não o indivíduo como unidade de análise, o que impede atribuir a associação a cada trabalhador e o expõe à falácia ecológica. O estudo transversal mede exposição e desfecho no mesmo momento, produz prevalência e não distingue causa de consequência, deixando aberta a possibilidade de causalidade reversa, além de não contemplar o seguimento ao longo dos anos que o enunciado exige. O ensaio clínico pressupõe que o investigador aloque a intervenção aos participantes, algo inviável e eticamente inaceitável quando a exposição em estudo é um fator ocupacional potencialmente nocivo. Resposta C

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Jovem de 17 anos, previamente hígido, é levado à Unidade de Pronto Atendimento após ter sido encontrado pelos pais sonolento e com sinais de ingestão de medicamentos não conhecidos. Após a estabilização clínica inicial, o paciente está consciente, mas pouco colaborativo com a equipe médica, apresenta discurso lentificado e evasivo, dizendo estar há cerca de 3 meses com humor deprimido, perda de interesse e culpa excessiva. Ele confirma a tentativa de suicídio e diz que já vinha planejando há semanas, mas pede veementemente ao médico plantonista que mantenha sigilo total sobre a tentativa de suicídio e o motivo (alega ser vítima de bullying na escola), pois tem medo da reação dos pais, que estão aguardando na sala de espera. Qual é a conduta adequada no contexto desse atendimento?

- A. Manter o sigilo sobre a tentativa de suicídio e os sintomas depressivos preservando o vínculo com o paciente, iniciar o tratamento farmacológico com um inibidor seletivo da recaptção de serotonina e solicitar parecer da psiquiatria.
- B. Quebrar o sigilo com os pais, porém informar que se trata apenas de uma intoxicação medicamentosa, iniciar o tratamento farmacológico com um inibidor seletivo da recaptção de serotonina e solicitar o parecer da psiquiatria.
- C. Quebrar o sigilo com os pais sobre a tentativa de suicídio e a real gravidade do risco, avaliar as opções de seguimento, verificando se há possibilidade de vigilância domiciliar ou necessidade de hospitalização. ✓**
- D. Manter o sigilo sobre a tentativa de suicídio e os sintomas depressivos preservando o vínculo com o paciente, iniciar a avaliação formal do risco de suicídio e providenciar o encaminhamento para internação psiquiátrica em regime compulsório.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa, episódio depressivo de cerca de três meses e planejamento suicida de semanas em um adolescente de 17 anos, o que configura risco atual e elevado. O sigilo do adolescente é a regra e favorece o vínculo, mas cede diante de justa causa, e o Código de Ética Médica, o Estatuto da Criança e do Adolescente e as orientações do Conselho Federal de Medicina são convergentes: quando há risco de morte ou de dano grave ao próprio paciente, os responsáveis devem ser informados. A conduta correta é comunicar aos pais a tentativa e a real gravidade do risco, proceder à avaliação formal desse risco e, a partir dela, definir o seguimento, verificando se o ambiente domiciliar oferece vigilância contínua, retirada de meios letais e adesão ao acompanhamento, ou se há necessidade de hospitalização. Cabe ainda a notificação compulsória da violência autoprovocada e do bullying relatado.

Manter o sigilo e apenas iniciar um inibidor seletivo da recaptação de serotonina deixa o adolescente desprotegido no período de maior risco e ignora que a prioridade imediata é a segurança, não a prescrição. Quebrar o sigilo pela metade, dizendo aos pais que houve apenas intoxicação medicamentosa, é mentira que inviabiliza a supervisão que a revelação pretendia garantir e fere o dever de veracidade. A internação compulsória é aquela determinada judicialmente, não se aplica aqui, e a alternativa ainda mantém o sigilo indevidamente diante de risco de vida. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Um homem de 24 anos procura a Unidade Básica de Saúde com febre diária, fadiga intensa e odinofagia há 10 dias. Relata atividade sexual de alto risco sem preservativos nas últimas semanas. O exame físico revela faringite não exsudativa e linfonodos cervicais discretamente aumentados. Realizou teste rápido para HIV, com resultado negativo. Considerando o caso descrito e o resultado negativo do teste rápido, o seguimento propedêutico para esse paciente deve ser

- A. repetir o teste rápido para HIV em 7 dias.
- B. solicitar a carga viral para HIV pelo método PCR. ✓**
- C. solicitar sorologia para o HIV com método ELISA.
- D. dispensar novos exames. ÁREA LIVRE 11 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com febre diária, fadiga intensa, odinofagia, faringite não exsudativa e linfonodomegalia cervical há dez dias, após exposição sexual de alto risco nas últimas semanas, tem quadro típico de síndrome retroviral aguda. O teste rápido negativo não afasta a hipótese porque ele detecta anticorpos anti-HIV, que só se tornam mensuráveis após a soroconversão, e o paciente está dentro da janela imunológica. A propedêutica que resolve o impasse é a pesquisa direta do vírus: a quantificação do RNA viral por PCR, isto é, a carga viral, que se torna detectável em torno de dez dias após a infecção, antes do antígeno p24 e bem antes dos anticorpos. Por isso o Ministério da Saúde admite a carga viral como ferramenta diagnóstica na suspeita de infecção aguda, com posterior confirmação sorológica.

Repetir o teste rápido em sete dias mantém exatamente a mesma limitação metodológica, adia o diagnóstico e perde a janela de oportunidade para profilaxia de transmissão e início precoce do tratamento. Solicitar sorologia pelo método ELISA esbarra no mesmo problema, pois também é teste de detecção de anticorpos e, mesmo nas gerações que incorporam o p24, ainda perde a fase mais precoce da infecção. Dispensar novos exames é a pior opção, já que abandona um paciente com exposição de risco e quadro clínico compatível, justamente no período de maior viremia e maior potencial de transmissão. Resposta B

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Menino, 3 anos e 3 meses, é levado pela mãe para consulta na Unidade Básica de Saúde com queixa de apresentar pouco contato visual, dificuldade de interação com os colegas da creche, preferindo brincar sozinho alinhando brinquedos repetidamente, além de apresentar episódios de irritabilidade diante de mudanças na rotina. Fala apenas “mãe”, “pai” e “não”, isoladamente. A mãe nega doenças prévias importantes. Sem alterações no exame físico, neurológico ou dismorfias. A conduta mais adequada nesse caso é

- A. encaminhar para avaliação multidisciplinar em serviço especializado e iniciar intervenção precoce. ✓**
- B. explicar que algumas variações no comportamento são comuns nessa idade e programar retorno em 6 meses para reavaliação.
- C. realizar acompanhamento clínico por 4 meses e, se não houver melhora, aplicar o instrumento M-CHAT-R/F.
- D. iniciar intervenção fonoaudiológica e programar reavaliação sistemática em 3 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne os marcadores nucleares do transtorno do espectro autista aos 3 anos: prejuízo persistente da comunicação social (pouco contato visual, dificuldade de interação com os pares) associado a comportamentos restritos e repetitivos (alinhar brinquedos, irritabilidade diante da quebra de rotina) e atraso grave de linguagem — nessa idade espera-se frases de duas a três palavras e discurso amplamente compreensível, e não três palavras isoladas. Exame físico, neurológico e ausência de dismorfias normais não afastam o diagnóstico; apenas tornam menos provável uma síndrome genética associada.

Com sinais de alerta já instalados, a conduta correta é encaminhar para avaliação diagnóstica multidisciplinar em serviço especializado e, simultaneamente, iniciar intervenção precoce: o ganho funcional da estimulação é tempo-dependente e não se espera a confirmação diagnóstica formal para começar. Tranquilizar a mãe e reavaliar em 6 meses trata sinais de alerta como variação da normalidade e desperdiça a janela de neuroplasticidade. Observar por 4 meses para só então aplicar o M-CHAT-R/F erra duas vezes: além de adiar, trata-se de instrumento de rastreamento validado entre 16 e 30 meses, faixa que a criança já ultrapassou, e rastreio não substitui avaliação diagnóstica quando o quadro clínico já é evidente. Iniciar apenas fonoaudiologia reduz um transtorno global do neurodesenvolvimento a um atraso isolado de fala e deixa sem manejo o núcleo social e comportamental.

Resposta A

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Homem, 35 anos, dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), trazido pelo suporte básico do SAMU em prancha rígida e colar cervical, após queda de moto há 40 minutos. Encontra-se confuso, referindo dor em pelve e hipogástrio. Avaliação primária: Vias aéreas pervias; respiração espontânea, sem esforço, FR 24 irpm e murmúrio vesicular simétrico. PA 96 x 58 mmHg; FC 124 bpm; pele fria, sudorese profusa e tempo de enchimento capilar lentificado. Abdome doloroso em hipogástrio, com ruídos hidroaéreos diminuídos; pelve instável. Glasgow 13 (O3 V4 M6), pupilas isocóricas e fotorreagentes. A UPA dispõe apenas de hemograma e radiografia simples; não possui tomografia computadorizada, banco de sangue ou cirurgião. O hospital de referência em trauma situa-se a 34 km. Considerando os princípios do atendimento inicial ao trauma e a capacidade resolutiva da unidade, qual é a conduta prioritária mais adequada?

- A. Infundir grande volume de cristalóides; acionar a Central de Regulação; elaborar termo de consentimento obrigatório antes da remoção e encaminhar o paciente ao hospital de referência por meio de suporte básico.
- B. Realizar estabilização clínica incluindo imobilização pélvica; acionar a Central de Regulação; contactar o serviço receptor; solicitar suporte avançado para a remoção e elaborar documento de transferência. ✓**
- C. Encaminhar rapidamente o paciente por meio de suporte avançado; realizar a comunicação com o hospital receptor por meio da equipe de transporte e elaborar a documentação de transferência ao final da remoção.

D. Estabilizar o paciente; solicitar autorização da família para a transferência; contactar previamente o serviço receptor; elaborar documento de transferência e solicitar suporte básico para a remoção. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma de alta energia com fratura pélvica instável e choque hemorrágico ao menos classe III (FC 124 bpm, PA 96 x 58 mmHg, pele fria, sudorese, enchimento capilar lentificado, confusão mental) — a pelve instável é a fonte provável do sangramento. A unidade não dispõe de tomografia, hemocomponentes nem cirurgião: não há capacidade resolutive, e o paciente precisa ser transferido ao centro de trauma.

O que se faz antes de transferir é a estabilização possível, e nela entra a imobilização pélvica (cinta pélvica ou lençol na altura dos trocanteres), que reduz o volume pélvico e tampona o sangramento venoso — é medida de controle de hemorragia, não de conforto. Transferência inter-hospitalar segura exige acionar a Central de Regulação, contato médico prévio com o serviço receptor, documento de transferência preenchido e transporte com suporte avançado, porque o paciente é instável e pode necessitar de via aérea definitiva e drogas em trânsito. Infundir grande volume de cristalóide agrava a coagulopatia e o sangramento por diluição e aumento da pressão, o termo de consentimento não é condição obrigatória para remoção em emergência com risco iminente de morte, e o suporte básico é insuficiente. Encaminhar rapidamente, comunicar o receptor apenas durante o trajeto e documentar ao final inverte a ordem do processo e retira a etapa de estabilização. Aguardar autorização da família e remover em suporte básico repete os dois erros: atraso e transporte incompatível com a gravidade.

Resposta B

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Adolescente de 16 anos, com útero didelfo, 15 dias após parto vaginal sem intercorrências, procura Unidade Básica de Saúde desejando iniciar um método contraceptivo eficaz. Nega doenças crônicas e uso de medicamentos. Encontra-se em amamentação exclusiva. Dentre os métodos contraceptivos disponíveis pelo SUS, qual deve ser indicado?

A. Dispositivo intrauterino de cobre.

B. Implante subdérmico de etonogestrel. ✓

C. Anticoncepcional oral combinado.

D. Anticoncepcional injetável mensal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente no puerpério imediato (15 dias), em amamentação exclusiva e com útero didelfo, desejando método de alta eficácia. Duas restrições comandam a escolha: a malformação uterina e a lactação. O útero didelfo distorce a cavidade e contraindica o DIU de cobre — anomalia uterina que deforma a cavidade é categoria 4 nos critérios de elegibilidade, com risco de mau posicionamento, expulsão e falha; some-se que a inserção entre 48 horas e 4 semanas de pós-parto já seria, por si só, categoria 3. Os métodos combinados — anticoncepcional oral combinado e injetável mensal — são categoria 4 antes de 6 semanas de pós-parto em lactante, pelo risco tromboembólico e pelo efeito sobre a produção de leite.

Sobra o implante subdérmico de etonogestrel: progestagênio isolado, sem impacto relevante na amamentação, independente da anatomia da cavidade uterina, com taxa de falha inferior a 0,1% ao ano, duração de 3 anos e nenhuma dependência de adesão diária ou de retorno mensal. É exatamente o perfil de método de longa duração recomendado para adolescente no pós-parto, população de maior risco de recorrência gestacional precoce, e está incorporado à oferta do SUS.

Resposta B

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Homem, 64 anos, aposentado, portador de diabetes mellitus, diagnosticada há 6 anos, e hipertensão arterial, diagnosticada recentemente. Faz uso de metformina 850 mg 3 vezes ao dia e losartana 50 mg/dia em dose única. É tabagista (30 maços/ano). Nega etilismo ou outras comorbidades. Pratica caminhadas de 30 minutos 3 vezes na semana. Traz os seguintes exames para avaliação: Exame Resultado Valor de Referência Hemoglobina glicada 7,9 % 4,7 a 5,7 % Colesterol total 239 mg/dL 150 a 200 mg/dL Colesterol HDL 29 mg/dL > 40 mg/dL Triglicerídeos 235 mg/dL < 150 mg/dL Creatinina 1,2 mg/dL 0,7 a 1,2 mg/dL Albuminúria 55 mg/24h <30 mg/24h PA 142 x 85 mmHg - Para otimizar o tratamento medicamentoso deste paciente, que conjunto de medidas é mais adequado?

- A. Acrescentar glicazida 30 mg/dia, hidroclorotiazida 50 mg/dia e atorvastatina 10 mg/dia ao esquema atual.
- B. Acrescentar insulina 10 U à noite; aumentar losartana para 100 mg/dia e iniciar ciprofibrato 100 mg/dia.

C. Acrescentar dapagliflozina 10 mg/dia; aumentar losartana para 100 mg/dia e iniciar atorvastatina 40 mg/dia. ✓

- D. Acrescentar glibenclamida 5 mg/dia; hidroclorotiazida 25 mg e sinvastatina 20 mg/dia ao esquema atual.
- ÁREA LIVRE 12 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com diabetes de longa data, hipertensão, dislipidemia aterogênica (HDL baixo, triglicerídeos e colesterol total altos), tabagismo pesado de 30 maços/ano e albuminúria de 55 mg/24 h — ou seja, doença renal do diabetes já instalada e risco cardiovascular muito alto. A otimização precisa atacar três alvos ao mesmo tempo: proteção cardiorrenal, controle pressórico e redução lipídica agressiva.

A dapagliflozina é a escolha porque o inibidor de SGLT2 reduz a albuminúria, retarda a progressão da doença renal do diabetes, diminui desfechos cardiovasculares e hospitalização por insuficiência cardíaca, e ainda baixa a hemoglobina glicada de 7,9% sem risco de hipoglicemia. Dobrar a losartana para 100 mg maximiza o bloqueio do sistema renina-angiotensina, medida antiproteinúrica de escolha, e ajuda a levar a PA de 142 x 85 mmHg à meta. A atorvastatina 40 mg é estatina de alta intensidade, necessária para reduzir o LDL em pelo menos 50% nesse nível de risco. A gliclazida não oferece proteção cardiorrenal, a hidroclorotiazida 50 mg é dose excessiva e piora glicemia, lipídios e uricemia, e a atorvastatina 10 mg é de baixa potência. Insulinizar com glicada de 7,9% em uso apenas de metformina é precipitado, e o fibrato não substitui a estatina quando o alvo principal é o colesterol elevado. A glibenclamida é a sulfonilureia de maior risco de hipoglicemia no idoso e sem benefício de desfecho, e a sinvastatina 20 mg é de intensidade moderada, aquém do necessário.

Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Mulher, 42 anos, é levada por familiares à Unidade de Pronto Atendimento com quadro de febre, agitação e confusão mental iniciadas no dia anterior. Relatam que, nas últimas semanas, ela vinha perdendo peso, queixando-se de dor no pescoço, suando excessivamente e dizendo que seu “coração disparava” mesmo em repouso, mas não procurou atendimento médico. Referiram ainda que a paciente faz uso regular de bebidas alcoólicas, sem conseguirem precisar a quantidade. Ao exame físico, observa-se temperatura axilar de 38,4 °C, FC 156 bpm, FR 28 irpm e PA 128 x 76 mmHg. À inspeção, apresenta abaulamento na região cervical anterior; ausculta pulmonar normal; ausculta cardíaca com ritmo regular taquicárdico em dois tempos; desorientação e tremor fino de extremidades. Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta inicial prioritária é

A. betabloqueador. ✓

- B. benzodiazepínico.
- C. adenosina.
- D. antibióticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de tireotoxicose descompensada, isto é, crise tireotóxica. A vineta traz perda de peso, sudorese profusa, palpitações em repouso, dor cervical e abaulamento na região cervical anterior (bócio doloroso, sugestivo de tireoidite) que evolui com febre de 38,4 °C, taquicardia desproporcional de 156 bpm, taquipneia, tremor fino de extremidades e alteração do estado mental — justamente os domínios pontuados no escore de Burch-Wartofsky: termorregulação, disfunção do sistema nervoso central, taquicardia, manifestações cardiovasculares e fator precipitante.

O que mata na crise é a tempestade adrenérgica; por isso a conduta inicial prioritária é o betabloqueador, tipicamente propranolol, que controla frequência cardíaca, tremor, agitação e o componente adrenérgico da hipertermia, além de inibir a conversão periférica de T4 em T3. Só depois entram tionamida, iodo (pelo menos 1 hora após a tionamida, para não alimentar a síntese hormonal), corticoide e suporte clínico. O benzodiazepínico trataria abstinência alcoólica, hipótese que o bócio, o emagrecimento e a taquicardia extrema não explicam, e apenas mascararia o quadro. A adenosina serve para taquiarritmia supraventricular paroxística por reentrada; aqui o ritmo é sinusal regular e a taquicardia é secundária ao excesso hormonal, de modo que nada seria revertido. Antibiótico só se identificado foco infeccioso precipitante — a febre isolada nesse contexto é da própria crise.

Resposta A

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Menina, 5 anos, é levada à Unidade de Pronto Atendimento após mordedura na mão direita pelo cachorro da vizinha. O animal encontra-se saudável, vacinado e é passível de observação. Além dos cuidados com o ferimento e a observação do cão por 10 dias, quais são as recomendações do Ministério da Saúde para profilaxia antirrábica humana e as normas de vigilância epidemiológica?

- A. Observar a criança, não administrar vacina ou soro antirrábico e notificar em até 24h da exposição. ✓**
- B. Administrar dose única de vacina antirrábica à criança e realizar notificação imediata do agravo.
- C. Administrar o soro antirrábico à criança e notificar em até 24h da exposição.
- D. Realizar profilaxia com soro antirrábico, vacinação nos dias 0, 3, 7 e 14 e notificação imediata do agravo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura por cão domiciliar clinicamente sadio, vacinado e passível de observação. Nas Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana do Ministério da Saúde, quando o cão ou gato pode ser observado e não apresenta sinais sugestivos de raiva no momento da agressão, a conduta é observar o animal por 10 dias e não iniciar profilaxia; vacina e soro entram apenas se, durante a observação, o animal adoecer, desaparecer ou morrer. A localização do ferimento não altera essa lógica enquanto a observação for viável — altera, sim, a conduta se o animal se tornar suspeito. Somam-se os cuidados locais: lavagem exaustiva com água e sabão e revisão da situação vacinal antitetânica.

O atendimento antirrábico humano é agravo de notificação compulsória e deve ser registrado, no gabarito oficial, em até 24 horas da exposição, ficando a notificação imediata reservada aos casos suspeitos ou confirmados de raiva humana; é essa notificação que permite à vigilância acompanhar a observação do animal. Vacina em dose única não existe em nenhum esquema antirrábico, que é de duas ou quatro doses conforme a indicação. Soro isolado nunca é usado sozinho — quando indicado, sempre acompanha o esquema vacinal — e aqui sequer há indicação. O esquema completo com soro e vacina nos dias 0, 3, 7 e 14 é reservado a exposições graves por animal suspeito, raivoso, morto, desaparecido, não passível de observação, ou por animais silvestres, o que não é o caso.

Resposta A

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Gestante de 30 semanas, vítima de atropelamento em via pública por carro há 35 minutos. Foi trazida pelo SAMU em prancha, com estabilização cervical, oferta de oxigênio por cateter nasal e com dois acessos calibrosos infundindo solução fisiológica. Na avaliação inicial da unidade de emergência, apresentava FR 26 irpm; FC 130 bpm e PA 80 x 40 mmHg. O abdome encontra-se doloroso à palpação. O próximo passo no atendimento dessa paciente deve ser

- A. realizar ultrassonografia obstétrica.
- B. infundir rapidamente solução colóide.
- C. lateralizar a prancha para esquerda. ✓**
- D. solicitar tomografia de abdome e pelve. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 30 semanas politraumatizada, com choque hipovolêmico franco (PA 80 x 40 mmHg, FC 130 bpm, taquipneia) e abdome doloroso. A partir de aproximadamente 20 semanas, o útero gravídico comprime a veia cava inferior e a aorta quando a paciente está em decúbito dorsal horizontal, reduzindo de forma importante o retorno venoso e o débito cardíaco — esse fator sozinho pode sustentar hipotensão refratária à reposição volêmica. Por isso, dando sequência ao C da avaliação primária, o próximo passo é lateralizar a prancha para a esquerda cerca de 15 a 30 graus, ou deslocar manualmente o útero para a esquerda, mantendo a imobilização em bloco: é intervenção imediata, sem custo, que precede qualquer exame complementar.

A ultrassonografia obstétrica importa para avaliar vitalidade fetal e descolamento prematuro de placenta, mas vem depois da estabilização materna — a melhor terapia para o feto é ressuscitar a mãe. Solução colóide não tem benefício sobre cristaloide no trauma e, nesse grau de choque, a reposição caminha para hemocomponentes e controle da hemorragia, não para expansor sintético. Tomografia de abdome e pelve em paciente hemodinamicamente instável é erro clássico: instável não vai para a sala de tomografia, e sim para avaliação à beira do leito e, se indicado, para o centro cirúrgico.

Resposta C

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Uma gestante de 30 anos, vivendo com HIV, em uso regular de terapia antirretroviral desde o 1º trimestre, apresenta carga viral indetectável no 3º trimestre da gestação. Manifesta dúvidas quanto ao risco de transmissão vertical e às condutas no parto, e questiona sobre a possibilidade de amamentar. Considerando as diretrizes do Ministério da Saúde, qual é a explicação mais adequada para essa paciente?

- A. A manutenção da terapia antirretroviral com carga viral indetectável reduz o risco de transmissão vertical; a via de parto seguirá critérios obstétricos e de carga viral; a amamentação é contraindicada, garantindo-se acesso à fórmula infantil. ✓**
- B. Apesar da carga viral indetectável, o risco de transmissão vertical permanece elevado; indica-se cesariana eletiva; a amamentação é contraindicada e indica-se a fórmula infantil.
- C. Com a manutenção da terapia antirretroviral e da carga viral indetectável, o risco de transmissão vertical é baixo; a assistência obstétrica indicada deve priorizar parto vaginal e a amamentação é autorizada mediante acompanhamento rigoroso.
- D. A redução do risco de transmissão vertical depende da manutenção da terapia antirretroviral e da carga viral indetectável; a escolha da via de parto deve seguir a indicação obstétrica e a amamentação pode ser indicada se for o desejo da paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante vivendo com HIV, em terapia antirretroviral desde o primeiro trimestre e com carga viral indetectável no terceiro trimestre — o cenário de menor risco possível de transmissão vertical, o que não dispensa nenhuma das demais medidas. A alternativa correta reúne os três pontos das diretrizes do Ministério da Saúde: manter a TARV com carga viral indetectável reduz drasticamente o risco de transmissão vertical; a via de parto segue indicação obstétrica quando a carga viral colhida a partir da 34ª semana é indetectável ou inferior a 1.000 cópias/mL, reservando-se a cesariana eletiva com 38 semanas para carga viral acima desse valor ou desconhecida; e a amamentação é contraindicada, com garantia de acesso à fórmula infantil e inibição farmacológica da lactação.

Afirmar que o risco permanece elevado apesar da indetectabilidade e indicar cesariana eletiva para todas ignora que o benefício da via cirúrgica só existe com carga viral alta, expondo a paciente a morbidade desnecessária. As duas alternativas que liberam o aleitamento, seja sob acompanhamento rigoroso, seja por desejo da paciente, contrariam frontalmente a recomendação nacional: o leite materno transmite o HIV mesmo com viremia plasmática indetectável, e no Brasil a fórmula é fornecida e segura, de modo que a contraindicação é mantida.

Resposta A

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Mulher, 39 anos, assintomática, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. O histórico da paciente registra dois exames citopatológicos anteriores consecutivos, realizados há 3 e 4 anos, respectivamente, com resultados normais. Ela questiona sobre a necessidade de realizar o exame preventivo (papanicolau). Considerando o novo protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino do Ministério da Saúde, qual é a indicação adequada para essa paciente?

- A. Realizar a coleta de material vaginal para pesquisa de DNA-HPV e, caso o resultado seja negativo, orientar o retorno para novo rastreamento em 5 anos. ✓**
- B. Manter o rastreamento com citologia oncológica convencional a cada 3 anos, reservando o teste molecular de DNA-HPV para casos de ASC-US recorrente.
- C. Solicitar a citologia em conjunto com a pesquisa de DNA-HPV e, se houver discordância entre os métodos, encaminhar para colposcopia.
- D. Autocoleta de material vaginal para pesquisa de DNA- HPV e, caso o resultado seja negativo, dispensar a paciente de novos exames de rastreamento. ÁREA LIVRE 13 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 39 anos, assintomática, dentro da faixa etária de rastreamento. O novo protocolo do Ministério da Saúde substitui a citologia pelo teste molecular de DNA-HPV de alto risco oncogênico como exame primário de rastreamento do câncer do colo do útero, dos 25 aos 64 anos, com intervalo de 5 anos quando o resultado é negativo — intervalo sustentado pelo altíssimo valor preditivo negativo do teste molecular, muito superior ao da citologia isolada. A citologia passa a ser triagem reflexa das amostras HPV-positivas, definindo quem segue para colposcopia. Logo, a conduta é coletar material para pesquisa de DNA-HPV e, se negativo, retorno programado em 5 anos.

Manter citologia oncológica convencional a cada 3 anos reproduz o protocolo anterior, já superado, e relega o teste molecular a um papel que ele não tem. Fazer citologia e teste de HPV simultaneamente, com colposcopia por discordância entre os métodos, é estratégia de co-teste não adotada pelo SUS e geraria encaminhamento excessivo e sobretratamento. A autocoleta é prevista como alternativa para ampliar cobertura em mulheres com dificuldade de acesso ou que recusam a coleta convencional, mas resultado negativo jamais dispensa a paciente de novos exames: ela retorna ao rastreamento programado até os 64 anos.

Resposta A

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Mulher, 67 anos, foi levada ao Pronto Socorro com falta de ar que iniciou há 3 horas, associada à dor torácica no hemitórax direito que piorava à inspiração profunda. Faz acompanhamento por hipertensão arterial e câncer de mama, em uso de hidroclorotiazida. Foi iniciada expansão volêmica e noradrenalina na Sala Vermelha por hipotensão e sonolência, e agora encontra-se vígil e orientada, PA 116 x 64 mmHg; FC 126 bpm; FR 20 irpm; SpO2 93% sob máscara não reinalante a 15 L/min. Tempo de enchimento capilar 4s. Exames complementares: eletrocardiograma taquicardia sinusal; troponina T ultrassensível 28 ng/L (VR < 14ng/L); creatinina sérica 2,1 mg/dL (VR: 0,5 a 0,9 mg/dL). Angiotomografia de tórax mostrou falha de enchimento em tronco de artéria pulmonar direita. Considerando o caso descrito, a conduta imediata adequada é prescrever

- A. ácido acetilsalicílico e clopidogrel via oral.
- B. enoxaparina subcutânea.
- C. heparina não fracionada em bomba de infusão contínua.

D. alteplase em via venosa periférica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tromboembolismo pulmonar confirmado por angiotomografia (falha de enchimento em tronco da artéria pulmonar direita) em paciente com câncer de mama, apresentando dispneia súbita e dor pleurítica. O dado que define a conduta é a instabilidade hemodinâmica: houve hipotensão com sonolência, exigindo expansão volêmica e noradrenalina, e a perfusão segue ruim, com enchimento capilar de 4 segundos, taquicardia de 126 bpm e disfunção renal aguda. Necessidade de vasopressor caracteriza TEP de alto risco, e nele a terapia que reduz mortalidade é a reperfusão farmacológica imediata com trombolítico — alteplase em veia periférica —, salvo contraindicação absoluta, que a vinjeta não apresenta.

Ácido acetilsalicílico e clopidogrel tratam síndrome coronariana aguda; aqui a troponina discretamente elevada traduz sobrecarga e isquemia de ventrículo direito, não trombose coronariana, e antiagregante não dissolve trombo venoso. Enoxaparina subcutânea é a anticoagulação do TEP estável, mas em choque a absorção subcutânea é imprevisível e, com creatinina de 2,1 mg/dL, o clearance está comprometido; acima de tudo, anticoagular impede a progressão do trombo, mas não desobstrui a artéria a tempo. Heparina não fracionada em bomba é justamente a anticoagulação que acompanha o trombolítico e a preferida na disfunção renal, porém, isolada, não é a conduta que altera o desfecho no alto risco — ela não substitui a reperfusão.

Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Uma menina de 7 anos é levada a ambulatório especializado pela mãe, que relata o aparecimento de pelos pubianos e aumento da região mamária há cerca de dois meses. Não há relato de uso de medicamentos, doenças crônicas ou exposição a substâncias hormonais. A criança apresenta estatura correspondente a escore Z igual a zero para a idade, sem desvio prévio documentado. Ao exame físico, observa-se tecido mamário palpável sob a aréola, sem separação do contorno mamário, compatível com Tanner M2, além de pelos pubianos escuros, grossos e levemente encaracolados, restritos à região labial, correspondendo a Tanner P2. Qual alteração no mecanismo fisiológico explica os achados descritos no caso?

- A. Secreção aumentada de andrógenos pela suprarrenal.
- B. Conversão periférica de andrógenos em estrogênios.

C. Ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. ✓

- D. Hipersensibilidade a níveis basais de esteroides sexuais.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 7 anos com telarca (Tanner M2) e pubarca (Tanner P2) surgindo juntas há dois meses: caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos no sexo feminino configuram puberdade precoce. A chave está na combinação e na ordem dos achados — o broto mamário sob a aréola traduz ação estrogênica de origem ovariana, e quando o desenvolvimento é completo e harmônico, reproduzindo a sequência fisiológica da puberdade normal apenas antecipada no tempo, o mecanismo é a reativação precoce do gerador de pulsos de GnRH, com secreção pulsátil de LH e FSH e consequente estímulo gonadal. É a puberdade precoce central, dependente de gonadotrofinas, cuja confirmação se faz com LH basal ou após estímulo, estradiol, idade óssea e ressonância do sistema nervoso central.

Secreção aumentada de andrógenos pela suprarrenal explicaria pubarca isolada, como na adrenarca precoce, ou virilização, mas não produz tecido mamário. Conversão periférica de andrógenos em estrogênios é mecanismo de quadros periféricos, independentes de gonadotrofinas, e não cursa com ativação do eixo nem com a progressão ordenada aqui descrita. Hipersensibilidade transitória a níveis basais de esteroides sexuais é a explicação da telarca precoce isolada, benigna e típica dos dois primeiros anos de vida, incompatível com pelos pubianos escuros, grossos e encaracolados concomitantes.

Resposta C

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Homem, 32 anos, é atendido em Unidade Básica de Saúde após acidente doméstico, com ferimento corto-contuso de aproximadamente 4 cm em antebraço esquerdo, sem contaminação grosseira. Ao exame físico, não há sinais de lesão vascular, tendínea ou neurológica. O tipo de anestesia e anestésico local mais indicado para o reparo da ferida é

- A. infiltração de bordas com lidocaína 2% com vasoconstritor. ✓**
- B. bloqueio do plexo braquial com bupivacaína a 0,5%.
- C. infiltração local com bupivacaína 2% sem vasoconstritor.
- D. bloqueio de nervo na fossa antecubital com ropivacaína 1%. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento corto-contuso simples de 4 cm em antebraço, sem contaminação grosseira e sem lesão vascular, tendínea ou neurológica: é sutura ambulatorial de pequeno porte, e a anestesia deve ser a menos invasiva capaz de resolver o problema. A infiltração das bordas da ferida com lidocaína a 2% com vasoconstritor cumpre exatamente isso: latência curta, de 2 a 5 minutos, duração adequada ao reparo, e a adrenalina acrescenta hemostasia no campo, retarda a absorção sistêmica do anestésico — o que eleva a dose máxima permitida de cerca de 4,5 mg/kg para cerca de 7 mg/kg — e prolonga o efeito. O antebraço tem circulação colateral abundante; a antiga proibição de vasoconstritor refere-se a áreas de circulação terminal, e mesmo nelas a evidência atual vem revendo o dogma.

Bloqueio do plexo braquial anestesia todo o membro para um ferimento pequeno, exige treinamento específico e idealmente ultrassonografia, e expõe a riscos desproporcionais como pneumotórax, bloqueio do nervo frênico e toxicidade sistêmica, fora do escopo da Unidade Básica de Saúde. Bupivacaína a 2% não existe como apresentação clínica — a concentração usual vai até 0,5% —, e essa concentração seria francamente cardiotoxica; além disso, a bupivacaína tem latência longa e se reserva a bloqueios de longa duração. Bloqueio de nervo na fossa antecubital com ropivacaína repete o mesmo excesso técnico para uma sutura simples.

Resposta A

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Gestante, 33 anos, G2 P1 A0, cesariana há 3 anos por apresentação pélvica, fez pré-natal de baixo risco. Admitida na maternidade em trabalho de parto espontâneo, com apresentação cefálica, bolsa rota há 1 hora, com líquido amniótico claro e 6 cm de dilatação. Evoluiu de forma satisfatória sob monitorização fetal. Após 2 horas de evolução do trabalho de parto, passa a apresentar dor abdominal súbita, contínua e associada a mal-estar intenso e sangramento vaginal moderado. Ao exame: PA 82 x 42 mmHg; FC 134 bpm; FR 28 irpm; temperatura axilar 36,6 °C; pele pálida, fria e sudoreica. Útero doloroso, mal definido e com partes fetais facilmente palpáveis; BCF 80 bpm sustentado; dilatação de 8 cm, plano -2 de De Lee, sangramento ativo e elevação da apresentação fetal. Diante desse quadro, qual deve ser a conduta imediata?

- A. Aguardar progressão do parto, considerando a dilatação cervical avançada.
- B. Solicitar ultrassonografia obstétrica antes de definir a via de parto.
- C. Aplicar fórceps de alívio para abreviar o parto vaginal.

D. Realizar cesariana em caráter de emergência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descrito é de rotura uterina em gestante com cesariana prévia submetida a prova de trabalho de parto. Os elementos que fecham o diagnóstico estão todos na vinheta: dor abdominal súbita e contínua (diferente da dor intermitente das contrações), choque hipovolêmico instalado (PA 82 x 42 mmHg, FC 134 bpm, pele pálida, fria e sudoreica), útero doloroso e mal definido com partes fetais facilmente palpáveis, sangramento vaginal ativo, elevação da apresentação fetal e bradicardia fetal sustentada de 80 bpm. A perda da altura da apresentação somada à palpação fácil de partes fetais é a tradução clínica da solução de continuidade miometrial com extrusão do conceito, e a bradicardia sustentada indica sofrimento fetal agudo. Trata-se de emergência obstétrica cujo tratamento é a laparotomia imediata com extração fetal e reparo uterino ou histerectomia, conforme o achado, feita em paralelo à reanimação volêmica e à transfusão de hemocomponentes. Aguardar a progressão do parto porque a dilatação está avançada ignora que o útero já rompeu e que mãe e feto estão morrendo agora; dilatação de 8 cm não protege ninguém. Solicitar ultrassonografia antes de definir a via de parto apenas consome o tempo que decide o desfecho, pois o diagnóstico de rotura é clínico e a instabilidade hemodinâmica já o confirma. O fórceps de alívio exige dilatação total e apresentação insinuada e baixa, condições ausentes em plano -2 com apresentação em ascensão, e não resolveria a hemorragia intraperitoneal. Resposta D

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Mulher, 36 anos, casada, nulípara, comparece à consulta em Unidade Básica de Saúde para iniciar uso de método contraceptivo. Apresenta hipertensão arterial sistêmica e lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo. Relata ciclos menstruais regulares e última menstruação há 1 semana. Ao exame: IMC 32 kg/m²; PA 170 x 100 mmHg; FC 88 bpm; FR 20 irpm e erupção em “asa de borboleta” em região malar. Diante desse caso clínico, além do uso de preservativos, qual é o método contraceptivo mais indicado?

- A. Anel vaginal.
- B. Injetável combinado.
- C. Implante de progesterona.

D. Dispositivo intrauterino de cobre. ÁREA LIVRE 14 CADERNO 01 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de contraceptivos da OMS em uma mulher com múltiplas condições de alto risco vascular: lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo, hipertensão arterial não controlada (PA 170 x 100 mmHg) e obesidade (IMC 32 kg/m²). A presença de anticorpo antifosfolípide é, isoladamente, categoria 4 para qualquer método combinado, porque soma risco trombótico arterial e venoso ao efeito pró-trombótico do estrogênio; a PA acima de 160 x 100 mmHg reforça essa proibição. O dispositivo intrauterino de cobre é método não hormonal, altamente eficaz, de longa duração e categoria 1 nesse cenário — não interfere na pressão arterial nem na coagulação, e pode ser inserido com segurança, o que o torna a melhor escolha, mantendo o preservativo para proteção contra infecções sexualmente transmissíveis, já que a paciente é o alvo da dupla proteção. O anel vaginal libera estrogênio e progestagênio e, mesmo com absorção não oral, mantém o efeito sistêmico pró-trombótico: categoria 4 aqui. O injetável combinado tem a mesma restrição, com o agravante de não poder ser interrompido caso ocorra evento vascular. O implante de progestagênio, embora não contenha estrogênio, é classificado como categoria 3 na presença de anticorpo antifosfolípide positivo, ou seja, os riscos superam os benefícios quando existe alternativa melhor disponível — e existe, o DIU de cobre. Resposta D

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Médica de uma Unidade Básica de Saúde atende um homem de 63 anos, 70 kg, IMC 25 kg/m², sedentário, motorista aposentado por invalidez após ter a visão comprometida por diabetes e hipertensão, diagnosticados há mais de 20 anos. O paciente faz uso de metformina e dapaglifozina em doses otimizadas. Faz autoaplicação de insulina NPH 56 UI ao acordar e 34 UI antes de dormir. Ao exame físico, são observados nódulos endurecidos ao redor da cicatriz umbilical, edema discreto em membros inferiores, sem outros achados. Exames laboratoriais recentes demonstram hemoglobina glicada de 8,2% (VR: 4,7 a 5,7%) e função renal preservada. O monitoramento da glicemia capilar apresenta valores em jejum entre 140 mg/dL a 160 mg/dL e pós-prandiais entre 180 mg/dL a 240 mg/dL, sem episódios de hipoglicemia. Qual é o plano terapêutico condizente com o papel dessa médica no trabalho em equipe multiprofissional?

- A. Aumentar a dose de insulina e encaminhar para um serviço de endocrinologia para que o médico especialista revise a medicação.
- B. Manter a dose de insulina e encaminhar para consulta de enfermagem, a fim de investigar falhas relacionadas à aplicação e armazenamento da medicação. ✓**
- C. Substituir a insulina NPH pela insulina regular e encaminhar para avaliação com psicólogo, visando motivá-lo a aderir à medicação e dieta.
- D. Associar sulfonilureia às medicações em uso e encaminhar para avaliação com educador físico, único pilar de tratamento ainda não abordado.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de falha aparente de controle glicêmico em diabetes tipo 2 de longa data, mas a chave está no exame físico: nódulos endurecidos ao redor da cicatriz umbilical caracterizam lipo-hipertrofia por aplicação repetida de insulina no mesmo sítio, sem rodízio. Em área de lipo-hipertrofia a absorção da insulina é errática e reduzida, o que explica hemoglobina glicada de 8,2% e hiperglicemia mantida apesar de uma dose absurdamente alta (90 UI/dia, cerca de 1,3 UI/kg) e, de forma muito sugestiva, sem nenhum episódio de hipoglicemia. Some-se a isso que o paciente tem a visão comprometida pela retinopatia e faz autoaplicação, o que aumenta a chance de erro de aspiração da dose, de reutilização de agulha e de armazenamento inadequado. A conduta correta é manter a dose e encaminhar à consulta de enfermagem para revisão da técnica de aplicação, do rodízio dos sítios e da conservação da insulina — exatamente o exemplo de trabalho multiprofissional em que a médica reconhece a competência específica da enfermagem na educação em insulino terapia. Aumentar a dose sem corrigir a técnica agrava a lipo-hipertrofia e cria risco de hipoglicemia grave assim que o rodízio for retomado, e encaminhar à endocrinologia é desnecessário para um problema resolvível na atenção primária. Trocar NPH por insulina regular é erro farmacológico, pois a regular é de ação rápida e não substitui a insulina basal, e o problema não é motivacional para justificar psicólogo. Associar sulfonilureia a um paciente já sob insulinização plena acrescenta risco de hipoglicemia e ganho de peso sem atacar a causa, e a afirmação de que a atividade física é o único pilar não abordado é falsa diante da falha de técnica identificada. Resposta B

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Um menino de 7 anos, previamente hígido, apresenta dor insidiosa no quadril direito há aproximadamente 3 meses, associada à claudicação progressiva. Não há história de trauma, febre ou outros sintomas sistêmicos. Ao exame físico, observa-se atitude antálgica em flexão do quadril, com limitação da abdução e da rotação interna. A radiografia simples do quadril evidencia discreto achatamento e irregularidade do núcleo epifisário da cabeça femoral direita. A principal hipótese diagnóstica é

- A. epifisiólise proximal do fêmur.
- B. artrite idiopática juvenil oligoarticular.
- C. sinovite transitória do quadril.
- D. necrose asséptica da cabeça do fêmur. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o da doença de Legg-Calvé-Perthes, isto é, a necrose asséptica (osteonecrose idiopática) da cabeça femoral do quadril em crescimento. Todos os elementos característicos estão na vinheta: menino, faixa etária de 4 a 8 anos, dor insidiosa de evolução arrastada por 3 meses, claudicação progressiva, ausência de febre e de sintomas sistêmicos, e limitação seletiva da abdução e da rotação interna do quadril. A radiografia confirma o estágio de fragmentação inicial, com achatamento e irregularidade do núcleo epifisário da cabeça femoral, achado que traduz o colapso subcondral após a isquemia do núcleo de ossificação. A epifisiólise proximal do fêmur ocorre tipicamente no adolescente em estirão puberal, entre 11 e 16 anos, quase sempre com sobrepeso, e a radiografia mostra escorregamento posteroinferior da epífise com linha de Klein que não intercepta a cabeça femoral, não achatamento do núcleo. A artrite idiopática juvenil oligoarticular acomete preferencialmente joelhos e tornozelos, cursa com sinais inflamatórios articulares e risco de uveíte, e não produz colapso epifisário isolado nessa apresentação. A sinovite transitória é o principal diferencial, mas é um quadro agudo, pós-viral, autolimitado em 1 a 2 semanas, com radiografia normal — incompatível com 3 meses de sintomas e com alteração estrutural da epífise. Resposta D

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Mulher, 45 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento após ingestão acidental de soda cáustica ocorrida há cerca de 1 hora. Apresenta dor retroesternal intensa, disfagia e sialorreia, sem sinais de comprometimento respiratório. Após a estabilização clínica, qual deve ser a conduta imediata no manejo dessa paciente?

- A. Passar sonda nasogástrica para lavagem com soro fisiológico.
- B. Realizar neutralização química do agente com substância ácida diluída.
- C. Iniciar corticoterapia sistêmica e antibioticoterapia profilática.
- D. Manter jejum e programar endoscopia digestiva alta entre 6 e 24 horas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da ingestão de cáustico alcalino (soda cáustica), que produz necrose de liquefação com lesão transmural progressiva de esôfago e estômago; dor retroesternal, disfagia e sialorreia indicam lesão esofágica significativa. Depois da estabilização e afastado o comprometimento de via aérea, a conduta é manter jejum absoluto, hidratação venosa e analgesia, e programar endoscopia digestiva alta precoce, idealmente entre 6 e 24 horas da ingestão, para estadiar a lesão pela classificação de Zargar, que define prognóstico, tempo de jejum, necessidade de nutrição alternativa e risco de estenose tardia. Antes de 6 horas a extensão da lesão ainda não se expressou plenamente; depois de 48 horas o tecido está friável e o risco de perfuração pelo aparelho aumenta muito. Passar sonda nasogástrica para lavagem é formalmente contraindicado: reexpõe o esôfago ao agente durante o refluxo do lavado e pode perfurar uma parede já necrosada. Neutralizar quimicamente com ácido diluído é erro clássico, pois a reação de neutralização é exotérmica e adiciona lesão térmica à lesão química, além de gerar distensão gasosa. A corticoterapia sistêmica não tem benefício comprovado na prevenção de estenose e não deve ser usada de rotina, e o antibiótico profilático só se justifica diante de perfuração, mediastinite ou uso de corticoide, não como medida imediata. Resposta D

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Mulher, 23 anos, vida sexual ativa, sem parceiro fixo, procura atendimento ginecológico com queixa de linfadenomegalia inguinal dolorosa, com linfonodo à esquerda com supuração e fistulização por orifícios múltiplos. Relata que no início era uma pápula que evoluiu para uma ferida alguns dias antes de apresentar aumento do linfonodo e da dor na região inguinal. Considerando a situação clínica descrita, qual é o provável agente etiológico?

- A. Chlamydia trachomatis. ✓**
- B. Haemophilus ducrey.
- C. Klebsiella granulomatis.
- D. Treponema pallidum.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve linfogranuloma venéreo, causado pela Chlamydia trachomatis dos sorotipos L1, L2 e L3. A sequência temporal é diagnóstica: lesão primária fugaz — pápula que evolui para pequena úlcera indolor e desaparece — seguida, dias depois, da fase secundária com linfadenopatia inguinal dolorosa, unilateral na maioria dos casos, que amolece, supura e fistuliza por múltiplos orifícios, o clássico bubão em bico de regador. O tratamento é doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 21 dias, com aspiração do bubão por agulha quando flutuante, jamais incisão e drenagem ampla. O Haemophilus ducreyi causa o cancro mole, cujas úlceras são múltiplas, dolorosas, de fundo sujo e bordas irregulares, e cujo bubão, quando fistuliza, o faz por orifício único. A Klebsiella granulomatis causa a donovanose, úlcera crônica de crescimento lento, vegetante e sangrante, sem adenopatia verdadeira (formam-se pseudobubões por granulação subcutânea) e sem a fase de úlcera fugaz. O Treponema pallidum produz o cancro duro, úlcera única, indolor, de base endurecida e limpa, acompanhada de adenopatia regional firme, móvel e que não supura nem fistuliza. Resposta A

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Mulher, 49 anos, procura Unidade Básica de Saúde com queixa de irregularidade menstrual há cerca de 1 ano, ondas de calor diárias, sudorese noturna, irritabilidade e dificuldade para dormir. Nega comorbidades, medicações de uso regular, tabagismo, história pessoal ou familiar de câncer de mama ou eventos tromboembólicos. Traz resultado de mamografia recente sem alterações. Ao exame físico, não há alterações relevantes. A abordagem inicial, nesse caso, consiste em

- A. instituir terapia sistêmica com progestágeno isolado, para controle dos sintomas vasomotores e prevenção cardiovascular.
- B. adotar conduta expectante, aguardando a confirmação laboratorial da menopausa por meio da dosagem sérica do hormônio FSH.
- C. indicar fitoterapia para alívio dos sintomas vasomotores, pois apresenta eficácia equivalente ao estrogênio na prevenção de fraturas.

D. propor terapia hormonal, definindo a dose e a via de administração conforme o perfil de risco, com reavaliações periódicas da resposta. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente está no climatério, com sintomas vasomotores típicos (ondas de calor diárias, sudorese noturna), irregularidade menstrual há um ano e repercussão sobre humor e sono. Tem 49 anos, está dentro da chamada janela de oportunidade (menos de 60 anos e menos de 10 anos de menopausa) e não apresenta nenhuma contraindicação: nega tabagismo, tromboembolismo pessoal ou familiar, câncer de mama e outras comorbidades, e a mamografia recente é normal. Nesse cenário, a terapia hormonal é o tratamento mais eficaz para sintomas vasomotores, e a conduta correta é propô-la individualizando dose e via de administração conforme o perfil de risco — com progestagênio associado por ela ter útero, para proteção endometrial —, usando a menor dose eficaz e reavaliando periodicamente resposta e segurança. O progestagênio isolado não é a terapia de escolha para o sintoma vasomotor e não tem indicação de prevenção cardiovascular; a terapia hormonal não deve ser prescrita com finalidade de prevenir doença cardiovascular. A conduta expectante à espera de dosagem de FSH é equivocada porque o diagnóstico de climatério e menopausa em mulher acima de 45 anos é clínico, o FSH oscila muito na transição e não muda a decisão terapêutica, além de manter a paciente sintomática sem necessidade. A fitoterapia tem eficácia modesta e inconsistente sobre os fogachos e não tem qualquer efeito comprovado na prevenção de fraturas, ao contrário do que a alternativa afirma.

Resposta D

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Uma técnica de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), após coletar o sangue de um usuário, sofre um acidente perfurocortante com agulha previamente utilizada na coleta. Ela não se preocupou a princípio, pois tratava-se de exames de rotina e o paciente estava aparentemente saudável. Depois de 4 dias do ocorrido, por orientação de uma colega do trabalho, resolveu procurar a própria UBS para saber o que deveria ser feito. De acordo com os protocolos de vigilância em saúde do trabalhador sobre a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso específico do HIV, qual é a conduta adequada?

- A. Fazer o teste rápido para HIV no profissional. Se o resultado for negativo, iniciar PEP. Não é necessário testar o usuário.
- B. Fazer o teste rápido para HIV no profissional e no usuário. Se o usuário testar positivo, indicar PEP para o profissional.

C. Realizar acompanhamento sorológico de HIV para o profissional. Sem indicação de PEP para a exposição atual. ✓

- D. Indicar PEP para o profissional sem realizar teste rápido para HIV, devido ao tempo decorrido desde a exposição. 15 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a janela de indicação da profilaxia pós-exposição ao HIV em acidente com material biológico. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, e tem como prazo máximo improrrogável 72 horas após a exposição; passado esse período, o esquema antirretroviral não impede mais o estabelecimento da infecção e não está indicado. A técnica de enfermagem procurou o serviço 4 dias (96 horas) depois do acidente, portanto fora da janela, e a conduta correta é o acompanhamento clínico e sorológico do profissional, com testagem no momento zero e repetição em 30 e 90 dias, além da avaliação de hepatites B e C, da situação vacinal e da notificação do acidente de trabalho como agravo de vigilância. Iniciar PEP com base apenas no teste negativo do profissional está errado porque o prazo já expirou, e a afirmação de que não é necessário testar a pessoa-fonte contraria o protocolo, já que a testagem da fonte orienta o seguimento mesmo quando a profilaxia não cabe mais. Testar profissional e fonte e indicar PEP se a fonte for positiva também esbarra no limite de 72 horas: nem mesmo fonte sabidamente infectada reabre a janela. Indicar PEP sem testagem justamente por causa do tempo decorrido inverte a lógica, pois o tempo decorrido é exatamente o que contraindica a profilaxia, e nenhuma PEP se inicia sem teste rápido do exposto. Resposta C

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Mulher, 32 anos, foi internada em enfermaria de cirurgia para realização de toracotomia eletiva. No 3º dia pós-operatório, foi encontrada com alteração do nível de consciência e diversas cartelas de morfina vazias em sua bolsa. Além do rebaixamento do nível de consciência (escala de coma de Glasgow 8), a paciente apresentava pele fria e pegajosa; miose bilateral puntiforme; PA 100 x 60 mmHg; FC 56 bpm; FR 8 irpm; SatO2 86% em ar ambiente e temperatura axilar 36 °C. Qual medicação é indicada para reversão do quadro?

- A. Atropina.
- B. Dopamina.
- C. Flumazenil.

D. Naloxona. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de intoxicação aguda por opioide, com a tríade clássica reunida na vinheta: rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 8), miose bilateral puntiforme e depressão respiratória (FR 8 irpm com saturação de 86% em ar ambiente), somada a bradicardia, pele fria e pegajosa e ao dado circunstancial das cartelas de morfina vazias. O antídoto é a naloxona, antagonista competitivo dos receptores opioides, administrada por via venosa em doses tituladas (habitualmente 0,04 a 0,4 mg, repetidas até a recuperação do drive respiratório), com a ressalva de que sua meia-vida é mais curta que a da morfina, o que exige vigilância e eventual repetição ou infusão contínua pelo risco de recorrência da depressão respiratória. Enquanto isso, a prioridade absoluta é o suporte ventilatório com bolsa-válvula-máscara e oxigênio. A atropina trata bradicardia sintomática de origem vagal ou colinérgica e não reverte a depressão respiratória nem a miose opioide — aliás, a bradicardia aqui é consequência da intoxicação e regride com o antídoto. A dopamina é vasopressor e inotrópico, e a paciente está normotensa; não há choque a tratar e a droga não age sobre o receptor envolvido. O flumazenil antagoniza benzodiazepínicos, não opioides, e ainda pode precipitar convulsões em intoxicações mistas ou em usuários crônicos. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Homem, 26 anos, é trazido ao Pronto Socorro devido a episódio de convulsão há cerca de 30 minutos. Familiares negam episódios prévios semelhantes, relatam que se trata de um paciente com HIV e trazem exame de contagem de linfócitos CD4 realizado há 1 mês: 40 células/uL (VR: 500 a 1500 células/uL). Na última consulta, foi identificada uma massa pulmonar que seria atribuível a um fungo (familiares não souberam especificar qual) e que seria realizada uma investigação. Qual exame complementar deve ser priorizado nesse cenário?

A. Punção lombar.

B. Tomografia de crânio. ✓

C. Tomografia de tórax.

D. Biópsia pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente é portador de HIV com imunossupressão avançada (CD4 de 40 células/uL) que apresenta primeira crise convulsiva, num contexto de lesão pulmonar atribuída a fungo, cenário que sugere fortemente criptococose disseminada, sem excluir neurotoxoplasmose, tuberculose ou linfoma primário do sistema nervoso central. A conduta prioritária é a tomografia de crânio, e a razão é dupla: identificar lesão expansiva com efeito de massa, desvio de linha média ou hidrocefalia, que orienta o diagnóstico diferencial e o tratamento empírico; e, sobretudo, avaliar a segurança da punção lombar, já que crise convulsiva, déficit focal e imunossupressão grave são justamente as situações em que a neuroimagem deve preceder a coleta de líquido. Realizar a punção lombar de imediato é o erro que a questão testa — em paciente com convulsão e CD4 tão baixo, puncionar sem imagem prévia expõe ao risco de herniação cerebral diante de lesão com efeito de massa, ainda que a punção seja indispensável logo depois, com medida de pressão de abertura, para o diagnóstico de meningite criptocócica. A tomografia de tórax pode detalhar a massa pulmonar, mas não responde à emergência neurológica nem muda a conduta imediata. A biópsia pulmonar é procedimento invasivo, de resultado demorado, que só se justifica após a estabilização e a investigação menos invasiva, incluindo antígeno criptocócico sérico. Resposta B

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Lactente, 4 meses, é levado ao Setor de Urgência de um hospital por quadro de irritabilidade, vômitos e febre de até 39,5 °C, iniciado há 10 horas. Mãe nega intercorrências gestacionais e neonatais. Exame físico: estado geral regular; prostrado; desidratado (2+/4+); gemente e com fontanela anterior abaulada. A pele apresenta exantema purpúrico e petéquias em membros inferiores. Recebeu as vacinas recomendadas pelo Plano Nacional de Imunizações até os 2 meses de vida. Considerando o diagnóstico, quais parâmetros da análise do líquido cefalorraquidiano e da bacterioscopia são esperados?

A. Celularidade aumentada, proteína aumentada e glicose reduzida. Presença de diplococos Gram negativos. ✓

B. Celularidade normal, proteína aumentada e glicose normal. Presença de cocos Gram positivos aos pares.

C. Celularidade aumentada, proteína diminuída e glicose reduzida. Presença de bacilos álcool-ácido resistente.

D. Celularidade normal, proteína normal e glicose normal. Presença de bacilos Gram negativos. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de doença meningocócica em lactente de 4 meses: febre alta de instalação rápida, vômitos, irritabilidade, prostração, gemência, fontanela anterior abaulada — sinal de hipertensão intracraniana na criança pequena — e, o dado que aponta o agente, exantema purpúrico com petéquias em membros inferiores. O calendário reforça a suscetibilidade, pois a criança recebeu vacinas apenas até os 2 meses e ainda não tomou a meningocócica C, prevista aos 3 meses. O líquido da meningite bacteriana mostra pleocitose acentuada com predomínio de neutrófilos, proteína elevada por quebra da barreira hematoencefálica e glicose reduzida pelo consumo bacteriano e leucocitário, com relação líquido/soro abaixo de 0,4; a bacterioscopia da *Neisseria meningitidis* revela diplococos Gram negativos, muitas vezes intracelulares. A alternativa que descreve celularidade normal com proteína aumentada e glicose normal e cocos Gram positivos aos pares é internamente contraditória, pois líquido com celularidade normal não caracteriza meningite bacteriana, e os cocos Gram positivos aos pares corresponderiam ao pneumococo, que não cursa com esse quadro purpúrico fulminante. Proteína diminuída não ocorre em meningite bacteriana, e bacilos álcool-ácido resistentes indicariam tuberculose, de curso subagudo, com semanas de evolução e sem púrpura. Líquor inteiramente normal exclui meningite, e bacilos Gram negativos remeteriam a *Haemophilus influenzae* ou enterobactérias, incompatíveis com a apresentação descrita. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Paciente masculino, 42 anos, é admitido no Pronto Socorro com queimaduras de segundo grau, incluindo acometimento da face (superfície corporal queimada estimada em 22%), há cerca de 30 minutos. Encontra-se hemodinamicamente estável, sem sinais clínicos de insuficiência respiratória, voz preservada e sem estridor. De acordo com o Advanced Trauma Life Support (ATLS) 11ª edição, nesse caso, a reposição volêmica deve ser feita com solução

A. coloidal, com o volume calculado total durante as primeiras 24 horas.

B. cristalóide, com monitorização do débito urinário nas primeiras horas. ✓

C. glicosada, com metade do volume calculado nas primeiras 8 horas.

D. hipertônica, com monitorização dos sinais vitais nas primeiras 16 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a reposição volêmica inicial do grande queimado segundo o ATLS. Para queimadura de segundo grau com 22% de superfície corporal queimada, acima do limiar de 20% que define necessidade de ressuscitação formal, a solução de escolha é o cristalóide isotônico aquecido, preferencialmente Ringer lactato, iniciado com a fórmula de 2 mL por quilo por porcentagem de superfície queimada nas primeiras 24 horas contadas do momento da queimadura, com metade do volume nas primeiras 8 horas. O ponto central, e o que a alternativa correta destaca, é que essa fórmula é apenas um ponto de partida: a infusão deve ser titulada continuamente pelo débito urinário, alvo de 0,5 mL/kg/h no adulto, evitando tanto a hipoperfusão quanto a sobrecarga hídrica com suas complicações (edema, síndrome compartimental abdominal e de extremidades, piora respiratória). O acometimento de face obriga vigilância de via aérea, mas a voz preservada e a ausência de estridor não mudam a solução escolhida. Coloide não é a solução inicial recomendada e, quando usado, aparece apenas como estratégia adjuvante após as primeiras horas, nunca com o volume total calculado em 24 horas. Solução glicosada não expande o intravascular, pois se distribui pela água corporal total e ainda gera hiperglicemia e hiponatremia; no adulto queimado não tem papel de ressuscitação. Solução hipertônica não é recomendada de rotina pelo risco de hipernatremia e de lesão renal aguda, e a monitorização adequada não se faz apenas por sinais vitais, mas pelo débito urinário. Resposta B

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Mulher, 22 anos, é atendida no serviço de emergência hospitalar, encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento, com história de dor pélvica intensa há 5 dias, febre alta persistente, náuseas e vômitos. Relata corrimento vaginal purulento e piora progressiva do quadro, apesar de ter iniciado antibiótico oral há 48 horas. Ao exame físico, apresenta-se toxemiada, com dor abdominal difusa, defesa à palpação e dor intensa à mobilização do colo uterino. Ultrassonografia pélvica evidencia massa anexial complexa sugestiva de abscesso tubo-ovariano, medindo 3 cm de diâmetro. Qual é a conduta adequada nesse cenário?

A. Internar a paciente para antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, com cobertura para gonococo, clamídia e anaeróbios, e monitorar resposta clínica. ✓

B. Manter o esquema antibiótico oral previamente iniciado, associar analgésicos e antitérmico, e reavaliar em 48 horas no ambulatório.

C. Internar a paciente e manter o esquema antibiótico oral previamente iniciado até a confirmação microbiológica.

D. Indicar tratamento antifúngico associado a antibiótico oral, considerando a sobreposição frequente entre DIP e vulvovaginites fúngicas. ÁREA LIVRE 16 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de doença inflamatória pélvica (DIP) complicada por abscesso tubo-ovariano, com o critério clínico clássico presente: dor à mobilização do colo somada a dor anexial/abdominal e corrimento purulento. A conduta é internar e passar para antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro porque a paciente reúne vários critérios formais de hospitalização do protocolo de IST do Ministério da Saúde e do CDC: falha do tratamento oral após 48 horas, presença de abscesso tubo-ovariano, quadro toxêmico com febre alta, náuseas e vômitos que impedem a via oral, e abdome com defesa. O esquema precisa cobrir gonococo, clamídia e anaeróbios (por exemplo, ceftriaxona associada a doxiciclina e metronidazol), com reavaliação da resposta em 24 a 72 horas; abscessos pequenos, como esse de 3 cm, costumam responder ao tratamento clínico, reservando-se drenagem guiada por imagem ou cirurgia para a falha terapêutica, para abscessos volumosos ou para suspeita de rotura. Manter o antibiótico oral e reavaliar no ambulatório em 48 horas apenas repete o esquema que já falhou e devolve para casa uma paciente toxemiada, com risco de rotura do abscesso e sepse. Internar e insistir na via oral até confirmação microbiológica também erra duas vezes: os vômitos comprometem a absorção e o diagnóstico de DIP é clínico, não se aguarda cultura para tratar. Antifúngico não tem papel algum aqui, pois candidíase vulvovaginal não produz massa anexial, febre alta nem toxemia. Resposta A

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Mulher, 73 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde, acompanhada da filha, para consulta de rotina. Relata tratar hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e hipotireoidismo, estando em uso regular de anlodipino, enalapril, hidroclorotiazida, gliclazida, metformina e levotiroxina. Teve queda da própria altura, com fratura de fêmur direito, relatando internação para correção cirúrgica há 1 ano. Quanto à atividade de vida diária, diz conseguir tomar banho sozinha, porém se queixa de não conseguir realizar a limpeza da casa desde a cirurgia ortopédica. A filha informa que a mãe tem apresentado episódios de esquecimento há 2 meses. Ao exame: lúcida; deambula com auxílio de bengala; IMC 26 kg/m²; PA 160 x 90 mmHg; FC 88 bpm e FR 19 irpm. Considerando o índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20) para avaliação multidimensional da pessoa idosa, quais são os itens de pontuação para a estratificação do risco de declínio funcional dessa paciente?

A. Polifarmácia, esquecimento e não conseguir limpar a casa. ✓

B. Idade, hipertensão mal controlada e usar bengala.

C. Fratura de fêmur, internação e portar doenças crônicas.

D. Cirurgia ortopédica, IMC e apresentar histórico de queda.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o reconhecimento dos itens efetivamente pontuados pelo IVCF-20, instrumento multidimensional de rastreio de vulnerabilidade do idoso que avalia idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Nessa paciente, três achados pontuam: a polifarmácia, já que ela usa seis medicamentos de uso contínuo e o instrumento considera o uso de cinco ou mais fármacos como marcador de comorbidade múltipla; o esquecimento referido pela filha há dois meses, que é exatamente a pergunta da seção de cognição; e a incapacidade de realizar a limpeza da casa desde a cirurgia, que corresponde à perda de atividade instrumental de vida diária. Note que ela permanece independente para o banho, ou seja, a AVD básica está preservada, e é justamente a AVD instrumental que sinaliza declínio funcional inicial. Idade de 73 anos não pontua, porque a faixa de risco começa aos 75 anos, e nem hipertensão mal controlada nem o uso de bengala são itens do questionário, que pergunta sobre capacidade de subir escadas e quedas, não sobre dispositivo de auxílio. Fratura de fêmur e cirurgia ortopédica não constam como itens, e a internação só pontua quando ocorrida nos últimos seis meses, o que não é o caso, além de a paciente ter três doenças crônicas, abaixo do corte de cinco. IMC não integra o IVCF-20, cujo item nutricional pergunta sobre perda de peso e emagrecimento, e o item de queda exige duas ou mais no último ano. Resposta A

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Em reunião semanal de discussão de casos e planejamento de uma equipe na Unidade Básica de Saúde, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) coloca em discussão o caso de uma paciente idosa, 76 anos, hipertensa, diabética, que lhe preocupa por apresentar mudança de comportamento e aparente confusão mental, com fala repetitiva. A paciente tem faltado às consultas agendadas e, na última visita domiciliar, a ACS observou que a casa estava desorganizada, com falta de alimentos e medicamentos vencidos. Vizinhos informaram que, na véspera, a paciente havia saído procurando o marido, falecido há 5 anos. Os níveis glicêmicos e pressóricos estavam descompensados na última consulta médica, realizada há 3 meses. Considerando os princípios do trabalho interdisciplinar na Atenção Primária à Saúde, a equipe deve

- A. agendar consulta médica prioritária para avaliação clínica da paciente, solicitando à ACS realizar busca ativa e compartilhar previamente com o médico as informações sobre contexto domiciliar para subsidiar a consulta.
- B. priorizar visita domiciliar com médico e ACS para avaliação da paciente em seu contexto, considerando os aspectos clínicos e territoriais observados durante a visita na elaboração do plano de cuidados. ✓**
- C. definir que a ACS intensifique visitas para orientações sobre medicamentos e organização do ambiente, enquanto o médico avalia necessidade de ajustes terapêuticos no retorno agendado em 30 dias.
- D. acordar que o médico realize visita domiciliar para avaliação clínica e definição terapêutica, cabendo à ACS acompanhar a adesão medicamentosa e monitorar parâmetros pressóricos nos intervalos das consultas médicas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve uma idosa com múltiplas comorbidades descompensadas, sinais de declínio cognitivo com desorientação e comportamento de risco, faltas às consultas e um contexto domiciliar de vulnerabilidade e possível negligência ou autonegligência. O ponto pedagógico é que o trabalho interdisciplinar na Atenção Primária não é distribuição de tarefas entre categorias, e sim construção conjunta do cuidado, com clínica e território avaliados no mesmo movimento. Por isso a conduta correta é priorizar a visita domiciliar conjunta de médico e ACS: a paciente não comparece à unidade, de modo que esperar por consulta agendada é aceitar a falha de acesso; e o próprio domicílio traz os dados decisivos, como medicamentos vencidos, falta de alimentos, segurança do ambiente e presença de rede de apoio, que precisam entrar no plano de cuidados junto com a avaliação da confusão mental e do descontrole pressórico e glicêmico. Agendar consulta prioritária delegando à ACS apenas a busca ativa e a transmissão prévia de informações mantém a avaliação presa à unidade, justamente onde essa paciente não chega. Intensificar visitas da ACS para orientação e deixar o ajuste terapêutico para um retorno em 30 dias posterga o manejo de um quadro agudo de confusão que exige investigação, incluindo delirium por causa clínica. E delimitar que o médico decide e a ACS apenas executa e monitora reproduz um modelo hierárquico e fragmentado, oposto à lógica interdisciplinar. Resposta B

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Puérpera, 21 anos, é acolhida Unidade Básica de Saúde, após o nascimento da filha, há dez dias. Relata que pensa em entregar a filha para a avó cuidar, uma vez que se sente “sugada” pela recém-nascida, e sente momentos de tristeza ao longo do dia, quando se questiona se deveria ter engravidado ou não, desejando interromper a amamentação, voltar a trabalhar e, principalmente, não estar com a filha. Sente-se muito culpada por pensar dessa maneira e envergonhada por não conseguir ser uma “boa mãe”. Queixa-se também do sono, pois as noites maldormidas a deixam mais irritada. Está ainda mais preocupada, pois nunca se sentiu assim. Qual é a conduta mais adequada para esse caso?

A. Encaminhar para apoio psicossocial. ✓

B. Prescrever o uso de fluoxetina.

C. Encaminhar para tratamento no CAPS.

D. Prescrever o uso de clonazepam.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de tristeza materna, o chamado blues puerperal, situação frequente que atinge boa parte das puérperas nas primeiras duas semanas após o parto, com pico entre o terceiro e o quinto dia. Os elementos da vinheta apontam nessa direção: início no décimo dia, labilidade e momentos de tristeza ao longo do dia, irritabilidade ligada à privação de sono, ambivalência quanto à maternidade e culpa pelos próprios pensamentos, sem relato de anedonia persistente ao longo de duas semanas, sem perda de funcionalidade global, sem ideação suicida ou de agressão ao bebê, sem sintomas psicóticos e sem prejuízo dos cuidados com a criança, ou seja, não se preenchem os critérios de episódio depressivo maior do puerpério nem há sinal de psicose puerperal. O manejo adequado é acolhimento, validação do sofrimento, psicoeducação, apoio à amamentação, garantia de descanso, mobilização da rede familiar e apoio psicossocial na própria Atenção Primária, com seguimento próximo e reavaliação, porque a persistência dos sintomas além de duas semanas ou a piora mudam a hipótese para depressão pós-parto. Prescrever fluoxetina é precipitado, pois não há diagnóstico de depressão estabelecido e o tratamento farmacológico não é a primeira medida em quadro leve e autolimitado. Encaminhar ao CAPS destina-se a transtorno mental grave e persistente ou risco importante, o que representa uso inadequado do serviço e desnecessária ruptura do vínculo com a equipe. Clonazepam é a pior opção, por ausência de indicação, risco de sedação em lactante e prejuízo à interação e ao cuidado com a recém-nascida. Resposta A

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Homem, 58 anos, hipertenso e tabagista, é admitido na Unidade de Pronto Atendimento com dor precordial em aperto, de início há 2 horas, irradiada para o membro superior esquerdo e para mandíbula, associada a náuseas e sudorese profusa. Ao exame físico: PA 150 x 90 mmHg, FC 88 bpm, FR 20 irpm, SatO₂ 93% em ar ambiente. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. O eletrocardiograma de 12 derivações, realizado em 8 minutos, revela inversão simétrica de onda T em V1 a V4, sem infra ou supradesnívelamento do segmento ST. Considerando o quadro clínico, qual é a conduta imediata adequada?

- A. Administrar morfina (2 a 4 mg) por via intramuscular e iniciar propranolol (20 mg) por via oral.
- B. Administrar ácido acetilsalicílico (200 mg) e clopidogrel (300 mg), via oral, após descartar contraindicações. ✓**
- C. Solicitar marcadores de necrose miocárdica e aguardar o resultado para decidir sobre a antiagregação plaquetária.
- D. Iniciar oxigenoterapia sob cateter nasal (3 L/min) e administrar nitroglicerina sublingual. ÁREA LIVRE 17
- CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com fatores de risco e dor precordial típica em curso, com eletrocardiograma mostrando inversão simétrica de onda T de V1 a V4 sem supradesnívelamento, o que caracteriza síndrome coronariana aguda sem supra de ST, com alteração isquêmica de parede anterior. A conduta imediata é a dupla antiagregação plaquetária, com ácido acetilsalicílico mastigado em dose de ataque e clopidogrel 300 mg por via oral, após afastar contraindicações como sangramento ativo e alergia, porque a antiagregação é a medida que reduz eventos isquêmicos e mortalidade e deve ser iniciada assim que a síndrome coronariana é reconhecida clínica e eletrocardiograficamente, junto com monitorização, acesso venoso e estratificação de risco. Morfina por via intramuscular está errada tanto na via, pela absorção errática e pelo risco de hematoma se houver anticoagulação ou trombólise, quanto na indicação, restrita à dor refratária; e betabloqueador oral em dose plena não é medida imediata, devendo ser postergado até a exclusão de instabilidade hemodinâmica, bradicardia ou broncoespasmo. Aguardar marcadores de necrose para decidir sobre antiagregar atrasa o tratamento sem qualquer ganho, já que troponina normal na primeira coleta não exclui síndrome coronariana e o diagnóstico inicial é clínico e eletrocardiográfico. Oxigênio suplementar não está indicado com saturação de 93%, pois a recomendação atual é ofertar apenas abaixo de 90%, e a nitroglicerina é apenas sintomática, sem impacto em desfecho e sem substituir a antiagregação. Resposta B

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Menina, 7 anos, previamente saudável, é trazida pelos pais à Unidade de Pronto Atendimento de um hospital secundário devido à fadiga intensa há 3 dias, com piora progressiva. Nas últimas 24 horas, tornou-se muito sonolenta, com respiração rápida e profunda, descrita pelos pais como “barulhenta” e “ofegante”. Apresenta também dor abdominal difusa, náuseas e vômitos repetidos. Os pais negam tosse, febre e diarreia, mas relatam que a criança perdeu peso nas últimas semanas, apesar do aumento de apetite. Relatam aumento da ingestão de água e diurese abundante. Ao exame físico, a criança encontrava-se sonolenta; despertando com comandos verbais dos pais (Glasgow 13); mucosas secas; olhos encovados; FR 36 irpm, FC 138 bpm, PA 92 x 60 mmHg, SatO₂ 98% em ar ambiente; temperatura axilar 36,3 °C e enchimento capilar 2 segundos. Exames Iniciais Resultado Limites de normalidade Glicemia Capilar 392 mg/dl 70 a 105 mg/dl pH arterial 7,12 7,35 a 7,45 Bicarbonato 9 mEq/L 22 a 26 mEq/L Lactato 1,2 mmol/L 0,5 a 2,2 mmol/L Creatinina 0,5 mg/dL 0,3 a 0,9 mg/dL Ureia 32 mg/dL 11 a 38 mg/dL Sódio 132 mEq/L 135 a 145 mEq/L Potássio 4,8 mEq/L 3,4 a 5,0 mEq/L Leucócitos totais 15.200/mm³ 5.000 a 14.500/mm³ Plaquetas 150.000/mm³ 150.000 a 450.000/mm³ Considerando-se o caso, qual é a conduta terapêutica indicada?

- A. Administrar bolus inicial de insulina, iniciar infusão de solução cristaloide de 10 a 20 mL/kg e, reposição de bicarbonato.

B. Administrar 10 a 20 mL/kg de solução cristalóide em 1 hora e, após reposição volêmica, iniciar infusão contínua de insulina intravenosa, com reposição de potássio. ✓

- C. Administrar infusão contínua de insulina e iniciar solução cristalóide 10 a 20 mL/kg, podendo totalizar 40 a 60 mL/kg, com reposição de potássio.
- D. Administrar 10 a 20 mL/kg de solução colóide em 1 hora e, após reposição volêmica, iniciar infusão contínua de insulina intravenosa, sem reposição de potássio.

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem cetoacidose diabética como abertura de diabetes tipo 1, evidenciada pela poliúria, polidipsia e perda de peso com apetite aumentado, seguidas de respiração de Kussmaul, dor abdominal, vômitos e rebaixamento leve, com os três critérios laboratoriais presentes: hiperglicemia de 392 mg/dL, pH de 7,12 e bicarbonato de 9 mEq/L. A sequência terapêutica correta começa pela expansão volêmica com cristalóide isotônico de 10 a 20 mL/kg na primeira hora e só então a insulina regular em infusão contínua intravenosa, tipicamente 0,05 a 0,1 U/kg/h, sempre acompanhada de reposição de potássio, pois o potássio corporal total está depletado apesar do valor sérico normal e cai rapidamente quando a insulina o desloca para o intracelular, com risco de arritmia. Administrar bolus inicial de insulina está proscrito em pediatria por aumentar o risco de edema cerebral e hipoglicemia, e o bicarbonato só é considerado em acidose extrema, com pH abaixo de 6,9, porque também se associa a edema cerebral e à piora paradoxal da acidose líquórica. Iniciar insulina simultaneamente ao cristalóide e admitir volumes de 40 a 60 mL/kg contraria a cautela hídrica recomendada nessa faixa etária, em que a reposição deve ser lenta e planejada em 24 a 48 horas. Colóide não tem indicação na cetoacidose e omitir o potássio é erro grave pelo motivo já exposto. Resposta B

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Homem, 62 anos, está internado em um hospital de atenção secundária no 3º dia pós-operatório de colectomia direita aberta por neoplasia maligna de cólon. Relata dor abdominal progressiva, distensão abdominal e ausência de eliminação de fezes e flatos após a cirurgia. Apresenta náuseas e vômitos biliosos nas últimas doze horas. Ao exame físico: estado geral regular, FC 104 bpm, desidratado (2+/4+); PA 100 x 60 mmHg, abdome distendido; timpânico, com ruídos hidroaéreos diminuídos e dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Tomografia de abdome, com contraste, realizada nesse mesmo dia, evidencia dilatação de alças intestinais, ausência de ar ou de líquido livre na cavidade. Considerando o quadro clínico apresentado, o diagnóstico mais provável é

- A. isquemia mesentérica.
- B. obstrução intestinal mecânica.
- C. deiscência de anastomose.
- D. íleo paralítico prolongado. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente está no terceiro dia de pós-operatório de colectomia direita aberta e apresenta distensão, parada de eliminação de fezes e flatos, vômitos biliosos e ruídos hidroaéreos diminuídos, sem sinais de irritação peritoneal, com tomografia mostrando apenas dilatação difusa de alças, sem ponto de transição, sem pneumoperitônio e sem líquido livre. Esse conjunto define íleo paralítico prolongado, complicação comum após laparotomia e manipulação intestinal, favorecida pela cirurgia aberta, pelos opioides e pelos distúrbios hidroeletrólíticos, e cujo manejo é conservador, com jejum, sonda nasogástrica se vômitos persistentes, hidratação, correção de eletrólitos e redução de opioides. Isquemia mesentérica cursaria com dor desproporcional ao exame, acidose metabólica com lactato elevado e sinais tomográficos como falha de realce parietal, pneumatose ou gás portal, ausentes aqui e contrariados pelo quadro descrito. Obstrução intestinal mecânica exigiria zona de transição na tomografia, com alças dilatadas proximalmente e colabadas distalmente, além de ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos na fase inicial, o oposto do encontrado; e obstrução mecânica precoce por brida no terceiro dia é rara. Deiscência de anastomose se manifestaria com febre, taquicardia mantida com toxemia, peritonite e, na tomografia, coleção, líquido livre ou ar extraluminal, achados explicitamente ausentes. Resposta D

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Mulher, 51 anos, comparece à consulta ginecológica na Unidade Básica de Saúde para apresentar mamografia realizada há 1 mês. Não apresenta queixas relacionadas à mama e não possui alterações no exame físico. Nega comorbidades e histórico familiar de doenças mamárias ou oncológicas. Mamografia bilateral. Mama esquerda: parênquima fibroglandular denso. Presença de calcificações pleomórficas finas, com distribuição segmentar, no quadrante ínfero-medial. Mama direita: parênquima fibroglandular denso. Ausência de achados significativos. Mamografia BI-RADS 4C. Considerando os achados mamográficos, qual é a conduta recomendada?

- A. Solicitar avaliação complementar com ressonância magnética.
- B. Manter seguimento conforme a rotina habitual de rastreamento.
- C. Repetir a mamografia bilateral em 6 meses para controle evolutivo.

D. Encaminhar a paciente para serviço especializado em mastologia. ÁREA LIVRE 18 CADERNO 01 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a leitura do laudo mamográfico pela classificação BI-RADS. Calcificações pleomórficas finas com distribuição segmentar são o padrão morfológico e de distribuição de maior suspeição, típico de carcinoma ductal in situ, e por isso o exame foi classificado como BI-RADS 4C, categoria cujo valor preditivo positivo para malignidade é alto, situando-se entre 50% e cerca de 95%. Toda lesão BI-RADS 4, e com muito mais razão a 4C, tem conduta obrigatória de investigação histopatológica, na prática por biópsia percutânea, que no caso de microcalcificações se faz por estereotaxia guiada por mamografia. Como a Unidade Básica de Saúde não realiza o procedimento, a conduta correta é encaminhar em caráter prioritário ao serviço especializado em mastologia para a biópsia e a definição terapêutica, sem perder tempo. Ressonância magnética não substitui a biópsia e não desclassifica um BI-RADS 4C, já que resultado negativo em ressonância não afasta carcinoma in situ representado por microcalcificações, servindo eventualmente para estadiamento após o diagnóstico. Manter o rastreamento de rotina é conduta de BI-RADS 1 e 2, isto é, exame normal ou com achado benigno, o que não é o caso mesmo com exame físico normal, pois a lesão é infraclínica. Repetir a mamografia em seis meses é o seguimento de BI-RADS 3, categoria de achado provavelmente benigno com risco de malignidade abaixo de 2%, e aplicá-lo aqui significaria atrasar o diagnóstico de um provável câncer. Resposta D

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Médica da Atenção Primária à Saúde (APS) acompanha uma adolescente de 16 anos com queixas persistentes de insônia, irritabilidade, isolamento social e queda do rendimento escolar. Após avaliação clínica presencial, a profissional realiza uma atividade síncrona, por meio de plataforma institucional, com um médico psiquiatra vinculado a um serviço localizado em outro estado, sem integração formal à rede assistencial da paciente, para discussão técnico- assistencial do caso e apoio à decisão clínica. A atividade ocorre exclusivamente entre os profissionais da saúde, sem a participação da adolescente ou de seus responsáveis na videoconferência. Considerando esse relato, qual é a interpretação e a explicação para a atividade realizada?

- A. Telediagnóstico, pois a análise do caso por especialista permite definição diagnóstica sem necessidade de avaliação presencial adicional.
- B. Teleconsulta em saúde mental, uma vez que envolve discussão clínica especializada, sendo facultativa a participação da paciente na atividade síncrona.
- C. Teleconsultoria entre profissionais, utilizada como apoio à decisão clínica, mantendo-se a responsabilidade assistencial com a médica da APS. ✓**
- D. Teleinterconsulta, na qual o especialista passa a compartilhar a responsabilidade clínica pelo caso acompanhado na APS.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve interação síncrona feita exclusivamente entre profissionais de saúde, sem a presença da paciente ou dos responsáveis, com a finalidade de discussão técnico-assistencial e apoio à decisão clínica de quem acompanha o caso. Isso é teleconsultoria, definição consagrada na Política Nacional de Telessaúde e mantida pela Lei 14.510/2022: consulta registrada entre trabalhadores, profissionais e gestores da saúde, síncrona ou assíncrona, para esclarecer dúvidas clínicas e sobre o processo de trabalho, na qual a responsabilidade pelo cuidado permanece integralmente com o profissional solicitante, no caso a médica da Atenção Primária. Repare que o psiquiatra está em outro estado e sem vínculo formal com a rede assistencial da adolescente, o que reforça o caráter de apoio a distância e não de assunção de cuidado. Telediagnóstico é a emissão de laudo ou relatório a distância a partir de exames, gráficos ou imagens, o que não ocorreu e não permitiria definição diagnóstica psiquiátrica sem avaliação clínica. Teleconsulta é, por definição, o atendimento a distância entre médico e paciente, de modo que a participação da paciente não é facultativa, é constitutiva do ato. E a teleinterconsulta pressupõe articulação assistencial entre profissionais dentro da rede de cuidado da paciente, mas em nenhuma hipótese transfere ou compartilha a responsabilidade clínica de quem assiste, que continua sendo da médica da Atenção Primária, e é essa afirmação que invalida a alternativa. Vale registrar que a Resolução CFM 2.314/2022 também emprega o termo teleinterconsulta para a troca entre médicos, o que gera alguma sobreposição terminológica, mas o erro explícito quanto à responsabilidade mantém a alternativa incorreta. Resposta C

QUESTÃO 70 — Gabarito D

Mulher trans, 32 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando quadro de cefaleia intensa, náuseas e fotofobia há 2 dias, compatível com crise de enxaqueca. Prontuário eletrônico registra nome social Júlia, conforme solicitado pela paciente em atendimentos anteriores. Após avaliação clínica, o médico prescreve sintomáticos e fornece atestado médico de 2 dias, utilizando o nome social no documento. Três dias depois, Júlia retorna à UBS visivelmente angustiada, relatando que o setor de recursos humanos de sua empresa recusou o atestado, alegando “divergência entre o nome do documento e o registro de admissão” e exigindo novo atestado com seu nome de registro civil. Júlia relata que ainda não retificou seu nome nos documentos oficiais. Solicita ao médico que emita novo atestado com nome de registro para evitar problemas trabalhistas. Considerando os princípios éticos e a legislação vigente sobre direitos da população trans no Brasil, qual conduta do médico é a mais adequada nessa situação?

- A. Orientar a paciente sobre seus direitos, substituir o nome social pelo nome de registro civil e encaminhar a paciente ao serviço social da empresa.
- B. Redigir novo atestado mantendo nome social e incluir o CID da condição atendida para dar maior legitimidade ao documento junto à empresa.
- C. Manter o atestado com o nome social e anexar laudo, informando à empresa tratar-se de pessoa trans e citando a legislação atual referente ao uso do nome social.

D. Emitir novo atestado com o nome de registro civil, mantendo o nome social em campo específico, garantindo a identificação da paciente pela empresa. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso opõe dois deveres do médico: respeitar a identidade de gênero e o uso do nome social, garantido pelo Decreto 8.727/2016 e pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, e emitir documento que produza efeito legal para a paciente perante o empregador e, eventualmente, a Previdência. Como Júlia ainda não retificou o registro civil, o atestado precisa permitir a identificação inequívoca da pessoa nos assentamentos funcionais, o que se resolve emitindo novo documento com o nome de registro civil e mantendo o nome social em campo específico e em destaque, exatamente o modelo previsto para documentos oficiais que produzem efeitos legais. Assim se protege o direito da paciente sem inviabilizar o abono das faltas, e cabe ainda orientá-la sobre a retificação extrajudicial em cartório, hoje possível sem autorização judicial. Substituir pura e simplesmente o nome social pelo civil suprime um direito assegurado e transferir a solução ao serviço social da empresa não resolve o problema documental. Repetir o atestado apenas com o nome social não altera a recusa administrativa e ainda acrescenta o CID, que só pode constar mediante autorização expressa da paciente, sob pena de quebra de sigilo. Anexar laudo informando à empresa tratar-se de pessoa trans é a conduta mais lesiva, pois revela a terceiros dado sensível e íntimo sem necessidade, expondo a paciente a discriminação e configurando violação do sigilo profissional. Resposta D

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Homem, 64 anos, professor universitário aposentado, com histórico de hipertensão arterial sistêmica malcontrolada há anos e ex-tabagista, é levado por sua filha à Unidade Básica de Saúde, devido a queixas de declínio cognitivo, com início há cerca de 2 anos. Segundo o relato, o quadro teve início súbito durante episódio de pico hipertensivo, quando o paciente começou a apresentar dificuldades para planejar e executar atividades habituais, como organizar contas e seguir o uso correto de suas medicações (losartana e anlodipino). Desde então, ocorreu piora cognitiva em degraus, com períodos de estabilidade intercalados com novas perdas de desempenho. A filha destaca também episódios de instabilidade postural e quedas frequentes no mesmo período. O paciente apresenta déficit de memória recente, com razoável preservação de linguagem e orientação temporal. Não há histórico familiar de demência. Ao exame físico, PA 170 x 95 mmHg, reflexos patetares exaltados bilateralmente, além de marcha com base alargada e insegura. O miniexame do estado mental é de 22/30, com destaque para prejuízo em funções executivas e atenção. A principal hipótese diagnóstica para esse caso é de demência

A. vascular. ✓

B. frontotemporal.

C. de corpúsculos de Lewy.

D. na doença de Alzheimer.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro reúne os marcadores clássicos de demência vascular: fatores de risco cerebrovascular robustos, com hipertensão mal controlada por anos e tabagismo prévio; início súbito e temporalmente ligado a um evento vascular, o pico hipertensivo; evolução em degraus, com platôs intercalados por novas perdas; predomínio de disfunção executiva e de atenção sobre a memória, com linguagem e orientação temporal relativamente poupadas; e, sobretudo, sinais neurológicos focais no exame, com hiperreflexia patelar bilateral, marcha de base alargada e insegura e quedas, sugestivos de doença de pequenos vasos subcortical. Demência frontotemporal tem início insidioso, em geral antes dos 65 anos, e se manifesta por desinibição, apatia, perda de empatia, comportamento compulsivo ou alteração de linguagem, com memória relativamente preservada e sem curso em degraus nem sinais piramidais. Demência com corpúsculos de Lewy exigiria flutuação marcante do estado cognitivo, alucinações visuais bem formadas e recorrentes, parkinsonismo espontâneo ou transtorno comportamental do sono REM, nenhum presente na vineta. Doença de Alzheimer tem instalação insidiosa e declínio lentamente progressivo e contínuo, com amnésia episódica proeminente e desorientação temporal precoce, sem sinais focais ao exame, o que contraria tanto o início súbito quanto a marcha alterada e a hiperreflexia descritas. Resposta A

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Homem preto, 68 anos, com hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica estágio clínico 3a com creatinina basal de 1,4 mg/dL é levado ao Pronto Atendimento com náusea, tontura e mal-estar geral. Faz uso regular de anlodipino 10 mg/dia, furosemida 80 mg/dia e enalapril 20 mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA 90 x 60 mmHg, FC 96 bpm, FR 20 irpm, SatO2 95% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar de 4 segundos, sem outras alterações. Os exames da admissão estão no quadro abaixo: Exame Resultado Valor de referência Creatinina sérica 1,9 mg/dL 0,7 a 1,2 mg/dL Ureia 124 mg/dL 10 a 50 mg/dL Potássio sérico 5,7 mEq/L 3,5 a 5,5 mEq/L Sódio sérico 145 mEq/L 135 a 145 mEq/L pH (gasometria venosa) 7,35 7,35 a 7,45 Bicarbonato (gasometria venosa) 20 mEq/L 22 a 26 mEq/L pCO2 (gasometria venosa) 38 mmHg 35 a 45 mmHg Eletrocardiograma Sem alterações Com base nos dados do quadro, que condutas devem ser tomadas nesse momento?

A. Suspender anlodipino e enalapril, prescrever furosemida endovenosa e indicar diálise.

B. Suspender anlodipino, manter enalapril e furosemida, prescrever hidratação endovenosa e gluconato de cálcio.

C. Suspende enalapril e anlodipino, manter furosemida, orientar restrição hídrica e indicar diálise.

D. Suspende enalapril, furosemida e anlodipino, prescrever hidratação endovenosa e reavaliação clínica. 19 CADERNO 01 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente tem doença renal crônica estágio 3a e chega com sinais claros de hipovolemia: pressão arterial de 90 por 60 mmHg, taquicardia e enchimento capilar de 4 segundos, com elevação da creatinina de 1,4 para 1,9 mg/dL e ureia desproporcionalmente alta, relação sugestiva de lesão renal aguda pré-renal, agudizando a doença de base. A causa é iatrogênica e evidente: furosemida em dose alta depletando volume e enalapril reduzindo a pressão de filtração glomerular ao dilatar a arteríola eferente, com o anlodipino agravando a hipotensão. A conduta, portanto, é suspender os três fármacos, hidratar por via endovenosa com cristalóide e reavaliar clínica e laboratorialmente, pois a restauração da volemia tende a corrigir tanto a função renal quanto a hipercalemia e a acidose leves. Prescrever furosemida endovenosa em paciente hipovolêmico piora a lesão renal, e não há indicação de diálise: não existe hipercalemia grave ou refratária, o eletrocardiograma é normal, a acidose é discreta com pH de 7,35 e bicarbonato de 20 mEq/L, não há hipervolemia, uremia sintomática franca, pericardite ou encefalopatia. Manter enalapril e furosemida perpetua exatamente os agressores, e o gluconato de cálcio é reservado à hipercalemia com repercussão eletrocardiográfica ou a valores muito elevados, o que não se aplica a um potássio de 5,7 mEq/L com traçado normal. Restrição hídrica em paciente depletado é o oposto do necessário e agravaria a azotemia. Resposta D

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Um menino de 5 anos, previamente saudável, é trazido à emergência com dor nos membros inferiores iniciada há 4 dias, dificuldade para correr e andar, e surgimento de petéquias no tronco inferior e pernas há 24 horas. Apresentou febre (38 °C) no 1º dia do quadro, sem outros sintomas respiratórios, gastrointestinais ou urinários. Mãe nega sangramentos espontâneos, perda de peso, palidez progressiva ou infecções recorrentes. Ao exame físico, bom estado geral, ativo, boa perfusão periférica. Desconforto ao movimentar os membros inferiores. Na pele, presença de petéquias dispersas, púrpuras, pequenas, não palpáveis e sem equimoses grandes. Ausência de visceromegalias e de linfonodomegalias. Os joelhos e tornozelos estão dolorosos à palpação, sem calor ou edema. Hemograma Componente Resultado Valor de referência Leucócitos 8.200/mm³ 5.000 a 15.000/mm³ Hemoglobina 12,3 g/dL 11,5 a 13,5 g/dL Hematócrito 37 % 40 a 50 % Plaquetas 18.000/mm³ 150.000 a 450.000/mm³ *Contagem diferencial de Leucócitos sem alterações. **Provas de coagulação normais. Qual é o diagnóstico provável?

A. Púrpura trombocitopênica imune. ✓

B. Dengue tipo C.

C. Leucemia linfóide aguda.

D. Púrpura de Henoch-Schönlein (Vasculite IgA).

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança previamente hígida com púrpura de instalação aguda e plaquetopenia isolada: o quadro é de púrpura trombocitopênica imune. O dado que fecha o raciocínio é o hemograma, com plaquetas de $18.000/\text{mm}^3$ ao lado de leucócitos normais, diferencial sem alterações, hemoglobina preservada e provas de coagulação normais. Ou seja, citopenia de uma única linhagem em criança em bom estado geral, ativa, bem perfundida, sem visceromegalias e sem linfonodomegalias, que é exatamente a definição operacional da PTI, diagnóstico de exclusão feito à beira do leito. As petéquias não palpáveis e sem grandes equimoses traduzem sangramento de padrão plaquetário, e o antecedente de febre baixa poucos dias antes sugere o gatilho viral típico. Dengue grave (grupo C) exigiria extravasamento plasmático, choque, sangramento grave ou disfunção orgânica, nada disso presente. Leucemia linfóide aguda raramente se apresenta com plaquetopenia isolada: espera-se acometimento de mais de uma linhagem, com anemia, leucometria alterada ou blastos no diferencial, além de hepatoesplenomegalia e adenomegalia. Púrpura de Henoch-Schönlein é vasculite por IgA cuja lesão é púrpura PALPÁVEL em nádegas e membros inferiores, com contagem plaquetária normal ou elevada, de modo que plaquetas de $18.000/\text{mm}^3$ praticamente a excluem. Resposta A

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Durante uma visita domiciliar, uma equipe interprofissional avalia um paciente de 78 anos que esteve internado devido a episódio de acidente vascular encefálico isquêmico e recebeu alta hospitalar há 1 semana. O paciente está acamado e apresenta perda de peso e ingestão alimentar irregular. Na região sacral, há descoloração e eritema na pele íntegra, o qual permanece por mais de 15 minutos após o alívio da pressão no local. A filha, cuidadora principal, está muito aflita e relata que no hospital não recebeu orientação de cuidado. Qual orientação a equipe deve priorizar para prevenir a progressão da lesão?

- A. Utilizar dispositivos do tipo argola ou roteiro com preenchimento hídrico.
- B. Manter o paciente em decúbito dorsal permanente com a cabeceira elevada.

C. Estabelecer um rodízio de decúbito que não exceda o intervalo de 2 horas. ✓

- D. Realizar massagem circular sobre a região do eritema com soluções de ácidos graxos essenciais. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve lesão por pressão estágio 1: eritema em pele íntegra que não embranquece e permanece por mais de 15 minutos após o alívio da pressão, em região sacral de idoso acamado, desnutrido e recém-egresso. A medida de maior impacto para impedir a progressão é o alívio mecânico da pressão, e as diretrizes do EPUAP/NPIAP recomendam reposicionamento programado em intervalos que não excedam 2 horas quando não há superfície de redistribuição de pressão, associado a hidratação, aporte nutricional e proteção da pele. Dispositivos tipo argola ou roda d'água são formalmente contraindicados, porque concentram a pressão na borda do anel, comprometem a perfusão e criam área de isquemia ao redor da própria lesão. Manter decúbito dorsal permanente perpetua a carga exatamente sobre o sacro, e a cabeceira continuamente elevada acrescenta força de cisalhamento na mesma região, piorando a lesão que se quer prevenir. Massagem circular sobre a área de eritema ou sobre proeminência óssea também é contraindicada: o tecido já isquêmico é friável e a fricção aprofunda o dano; os ácidos graxos essenciais podem ser aplicados na pele, mas sem massagem vigorosa sobre o ponto acometido. Resposta C

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Mulher, 42 anos, G3P3, comparece à consulta ginecológica para apresentar resultado de citologia cervical coletada há 1 mês, assim descrita: · Adequabilidade da amostra: satisfatória · Epitélios representados na amostra: células escamosas, glandulares e metaplásicas. · Microbiologia: mista, constituída por cocos e bacilos. · Diagnóstico descritivo: células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC). Sem queixas no momento. Na última citologia cervical coletada há 3 anos, não havia alterações. Com base no resultado de citologia cervical dessa paciente, a conduta adequada é

- A. solicitar pesquisa de HPV de alto risco e repetir citologia em 6 meses.
- B. realizar cauterização cervical e repetir citologia em 12 meses.
- C. solicitar ultrassonografia transvaginal e encaminhar à colposcopia. ✓**
- D. Realizar biópsia cervical e encaminhar à colposcopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a conduta diante de citologia com células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), o resultado citológico de maior risco entre as atípias, associado a taxas relevantes de neoplasia intraepitelial de alto grau, adenocarcinoma in situ e até carcinoma de endométrio já na avaliação inicial. Por isso, as diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero determinam encaminhamento imediato à colposcopia com avaliação do canal endocervical, e, quando a mulher tem 35 anos ou mais ou apresenta sangramento uterino anormal, acrescenta-se a investigação da cavidade endometrial, iniciada pela ultrassonografia transvaginal. A paciente tem 42 anos, o que torna obrigatória essa dupla abordagem, cervical e endometrial. Pesquisar HPV de alto risco e repetir a citologia em 6 meses é conduta de seguimento de atípias escamosas de baixo risco e, em AGC, apenas atrasa o diagnóstico de uma lesão potencialmente invasora. Cauterização cervical trata sem diagnóstico, destrói a zona de transformação e inviabiliza a avaliação histológica, sendo erro grosseiro. Biópsia cervical antes da colposcopia é cega: a biópsia deve ser dirigida pelo exame colposcópico, e ainda assim deixaria o endométrio sem investigação. Resposta C

QUESTÃO 76 — Gabarito A

Homem trans, 30 anos, em uso de testosterona injetável há 6 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ele possui útero e colo uterino e nunca realizou exame citopatológico, devido a medo da dor e a desconforto com o procedimento. Ao exame físico, observa-se atrofia genital importante. O paciente deseja realizar o exame preventivo. No município ainda não está implantada a detecção de DNA-HPV. Nesse caso, a conduta adequada, com a respectiva justificativa, é

- A. orientar o uso de estrogênio tópico vaginal por 1 a 2 semanas antes da coleta, para reduzir a atrofia e o desconforto. ✓**
 - B. dar opção de não realizar o exame especular, pois o uso prolongado de testosterona atrofia a zona de transformação.
 - C. recomendar dilatação vaginal progressiva com vela de Hegar antes da coleta do exame citopatológico.
 - D. vacinar contra HPV, pois tem equivalência na prevenção do câncer de colo de útero. ÁREA LIVRE 20
- CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata de rastreamento do câncer do colo do útero em homem trans que mantém útero e colo, situação em que a indicação de coleta citológica segue a mesma regra aplicada a qualquer pessoa com colo uterino. O obstáculo aqui é clínico e concreto: a testosterona em uso prolongado produz atrofia genital, que torna a coleta dolorosa e aumenta a chance de amostra insatisfatória por escassez celular e por dificuldade de acesso à junção escamocolumnar. A conduta recomendada é preparar o epitélio com estrogênio tópico vaginal por 1 a 2 semanas antes da coleta, o que restaura o trofismo, reduz o desconforto e melhora a qualidade da amostra, sem impacto clinicamente relevante sobre a masculinização já obtida. Dar a opção de não realizar o exame especular abandona o rastreio de quem tem órgão-alvo e risco de infecção por HPV: a atrofia dificulta, mas não elimina, a zona de transformação nem o risco oncológico, ainda mais em município sem teste de DNA-HPV disponível. Dilatação progressiva com vela de Hegar é procedimento invasivo, doloroso e sem respaldo como preparo para citologia. Vacinar contra HPV é prevenção primária e não substitui rastreamento, pois não cobre todos os tipos oncogênicos nem age sobre infecção ou lesão já existente. Resposta A

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Uma equipe de Saúde da Família é responsável por área de assentamento irregular. A maioria dos moradores exerce atividade informal como catadores de recicláveis. As moradias não possuem abastecimento individual de água, sendo o fornecimento realizado por torneiras coletivas, o que leva ao armazenamento domiciliar em recipientes improvisados. Nas últimas semanas, observou-se aumento do número de casos de dengue nessa área, associado à presença de recipientes com água parada, descarte inadequado de resíduos e circulação de informações incorretas sobre formas de prevenção da doença. Diante desse cenário, qual seria a ação com maior impacto para controlar a ocorrência dessa doença?

- A. Manejo ambiental dos criadouros com participação comunitária e intersetorial. ✓**
- B. Encaminhamento clínico dos casos suspeitos para serviços de referência.
- C. Uso ambiental de inseticidas químicos para redução sustentada do vetor.
- D. Atuação da vigilância epidemiológica com foco nos domicílios de casos notificados.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é de transmissão sustentada de dengue em território com determinantes sociais claros: ausência de abastecimento individual de água, armazenamento domiciliar improvisado, descarte inadequado de resíduos e desinformação sobre prevenção. A ação de maior impacto é a que atua sobre a causa da proliferação do vetor, ou seja, o manejo ambiental dos criadouros, feito com participação comunitária e articulação intersetorial com saneamento, limpeza urbana e assistência social, porque nenhuma medida isolada da equipe de saúde resolve a falta de água encanada nem o acúmulo de recicláveis. É também a estratégia que incorpora educação em saúde e enfrenta as informações incorretas circulantes, com efeito duradouro sobre a densidade larvária. Encaminhar casos suspeitos a serviços de referência é assistência individual necessária, mas não interrompe a cadeia de transmissão. Inseticida químico ambiental tem efeito transitório sobre o mosquito adulto, seleciona resistência e é reservado a bloqueio de transmissão em situações específicas, jamais como medida sustentada de controle. Vigilância epidemiológica restrita aos domicílios de casos notificados é reativa e alcança apenas parte do território, deixando intocados os criadouros coletivos que sustentam o surto. Resposta A

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Mulher tabagista, 38 anos, procura Unidade Básica de Saúde após recente falecimento do pai por adenocarcinoma de pulmão. Afirmar que gostaria de ajuda para parar de fumar, pois falhou nas 5 vezes em que havia tentado por conta própria nos últimos anos. Relata tabagismo de 20 cigarros por dia desde os 18 anos de idade e que, nas tentativas de cessação, fez uso de “chicletes de nicotina”, sem orientação médica. Nega uso de álcool, outras substâncias psicoativas ou medicamentos. Não apresenta queixas depressivas, ansiosas ou psicóticas. Além de encaminhar para o grupo de cessação de tabagismo, qual é o medicamento indicado como primeira linha de tratamento, segundo protocolos do Ministério da Saúde?

A. Fluoxetina.

B. Dissulfiram.

C. Bupropiona. ✓

D. Diazepam. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do tratamento farmacológico da dependência de nicotina segundo o protocolo do Ministério da Saúde. Trata-se de tabagista pesada, com carga tabágica elevada, cinco tentativas prévias frustradas sem apoio profissional e alta motivação após evento familiar, ou seja, indicação formal de farmacoterapia associada à abordagem cognitivo-comportamental em grupo. As opções de primeira linha oferecidas pelo SUS são a terapia de reposição de nicotina, nas formas de adesivo, goma ou pastilha, e a bupropiona, único fármaco não nicotínico de primeira linha disponível na lista, com eficácia demonstrada em dobrar as taxas de abstinência e sem contraindicação no caso, já que a paciente não tem história de convulsão, transtorno alimentar, uso de álcool ou de outras substâncias. Fluoxetina não tem eficácia comprovada na cessação do tabagismo e só entra quando há depressão a tratar. Dissulfiram é aversivo usado na dependência de álcool, sem qualquer papel aqui. Diazepam não trata dependência de nicotina, produz tolerância e dependência própria e pode agravar o quadro. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Ao chegar para uma visita domiciliar a uma mulher de 78 anos, em acompanhamento por doença de Alzheimer, o Médico de Família e Comunidade é abordado de forma reservada, ainda na porta da casa, pela filha e principal cuidadora da paciente. A filha solicita um relatório que ateste a incapacidade da idosa de gerir a própria vida e seus bens, mas pede que o médico não comente sobre o documento com a paciente, afirmando que a mãe sofreria muito com a realidade da perda de autonomia. Durante a conversa, o médico identifica que a solicitação decorre do bloqueio do cartão de benefício e da suspensão da renovação de empréstimos consignados pelo banco, que passou a exigir prova de vida presencial ou a apresentação de termo de curatela ou laudo de interdição. A filha argumenta que a locomoção é penosa e que o ambiente bancário, tumultuado e com espera prolongada, gera enorme desgaste e agitação na idosa, razão pela qual prefere resolver a situação sem expor a paciente a deslocamentos desnecessários. Considerando os preceitos do Código de Ética Médica, esse profissional deve

A. negar a emissão de qualquer documento relacionado à situação e orientar a família a resolver diretamente o impasse com a instituição bancária, por se tratar de uma demanda de natureza administrativa.

B. emitir um relatório médico descrevendo o diagnóstico de Alzheimer, sem detalhar formalmente a capacidade civil da paciente, permitindo que a família utilize o documento para solucionar a situação bancária.

C. atender à solicitação da filha, emitindo um relatório que declare a incapacidade da paciente para gerir seus bens e mantendo a finalidade do documento em sigilo, com o objetivo de evitar sofrimento emocional à idosa.

D. avaliar clinicamente a paciente quanto à sua capacidade de decisão, dialogar com ela de forma compatível com seu nível cognitivo, registrar a avaliação em prontuário e orientar a família sobre os encaminhamentos legais adequados. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação reúne três problemas éticos: emissão de documento a pedido de terceiro, sigilo e respeito à autonomia de paciente com demência. O Código de Ética Médica veda ao médico atestar ou emitir laudo sem examinar diretamente o paciente e veda ocultar dele informações sobre sua própria condição, salvo quando a comunicação causar dano comprovado, o que deve ser justificado e não presumido pela família. Além disso, incapacidade civil não é declarada pelo médico: a curatela é decisão judicial, e o papel do profissional é avaliar clinicamente a capacidade de decisão, no caso graduando o comprometimento cognitivo da doença de Alzheimer, comunicar-se com a paciente em linguagem compatível com esse nível, registrar tudo em prontuário e fornecer relatório fundamentado que oriente a família quanto aos caminhos legais, inclusive a prova de vida domiciliar prevista para quem tem dificuldade de locomoção. Negar qualquer documento é omissão de assistência documental a quem tem direito ao relatório e deixa a paciente desprotegida. Emitir relatório apenas com o diagnóstico, propositalmente vago sobre a capacidade, produz documento imprestável e transfere ao banco um juízo que é médico e judicial. Atender ao pedido declarando incapacidade e mantendo sigilo do documento perante a própria paciente soma atestado sem avaliação adequada, quebra de autonomia e risco de favorecer interesse patrimonial de terceiro, sobretudo diante de empréstimos consignados. Resposta D

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Adolescente, 15 anos, é levado a atendimento devido a episódios repetidos de lesões dolorosas em áreas de atrito, nos últimos 6 meses, especialmente coxas e nádegas. Refere que as lesões começam como nódulos endurecidos, muito dolorosos, que evoluem para áreas avermelhadas e quentes, com saída de secreção purulenta após alguns dias. Relata 5 episódios semelhantes neste período, alguns necessitando de drenagem. No episódio atual, relata febre (37,8 a 38,2 °C) há 2 dias, mal-estar e aumento progressivo da dor. Ao exame físico, apresenta uma lesão nodular eritematosa de 3 cm, quente, extremamente dolorosa à palpação, com ponto de flutuação evidente na região posterior da coxa. Há cicatrizes residuais de episódios anteriores. Pele adjacente quente e infiltrada. Qual o diagnóstico para esse adolescente?

- A. Celulite de repetição.
- B. Impetigo recorrente.

C. Furunculose de repetição. ✓

- D. Foliculite recorrente. ÁREA LIVRE 21 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente apresenta episódios repetidos de nódulos foliculares profundos, muito dolorosos, que evoluem para flutuação e drenagem de secreção purulenta, deixando cicatrizes residuais, em áreas de atrito como coxas e nádegas. Esse é o desenho clássico da furunculose de repetição, isto é, infecção necrosante do folículo piloso e do tecido subcutâneo adjacente, habitualmente por *Staphylococcus aureus*, cuja recorrência costuma se associar a colonização nasal ou perineal e a fatores locais de fricção e umidade; a conduta é drenagem da lesão flutuante, antibiótico sistêmico pela presença de febre e celulite perilesional e pesquisa de descolonização. Celulite de repetição é infecção difusa da derme e do subcutâneo, com placa eritematosa de bordas mal definidas, sem nódulo folicular nem ponto de flutuação e sem drenagem espontânea com cicatriz. Impetigo é infecção superficial da epiderme, com vesículas e crostas melicéricas, pouco doloroso, sem abscesso nem repercussão sistêmica. Foliculite acomete apenas o óstio folicular, com pústulas pequenas e superficiais que envolvem sem supuração profunda, sem flutuação e sem deixar cicatriz. Resposta C

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Homem, 38 anos, avaliado como risco anestésico ASA II (American Society of Anesthesiologists, 2024) irá ser submetido à colecistectomia videolaparoscópica eletiva, programada para iniciar às 16 h. Segundo o Projeto Aceleração da Recuperação Total Pós- Operatória (ACERTO) e as recomendações da Enhanced Recovery After Surgery Society (ERAS), qual conduta deve ser adotada quanto ao jejum pré-operatório?

- A. Manter jejum absoluto desde a meia-noite do dia anterior.
- B. Permitir ingestão de líquidos claros contendo carboidratos até 2 horas antes. ✓**
- C. Permitir ingestão de alimentos sólidos leves e líquidos claros até 3 horas antes.
- D. Oferecer líquidos claros contendo carboidratos e proteínas até 4 horas antes.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o abandono do jejum prolongado clássico. Trata-se de paciente ASA II, sem comorbidade que retarde o esvaziamento gástrico, para cirurgia eletiva videolaparoscópica marcada para as 16 horas, ou seja, o jejum a partir da meia-noite importaria mais de 16 horas sem ingestão. O projeto ACERTO e as recomendações da ERAS preconizam a abreviação do jejum com oferta de líquidos claros enriquecidos com carboidrato, tipicamente maltodextrina a 12,5 por cento, até 2 horas antes da indução anestésica, além de dieta sólida liberada até 6 a 8 horas antes. A medida reduz a resistência insulínica pós-operatória, a sede, a fome, a ansiedade e o tempo de internação, sem aumento documentado do risco de broncoaspiração. Manter jejum absoluto desde a meia-noite é a prática antiga que os protocolos vieram justamente substituir. Liberar sólidos leves até 3 horas antes é inseguro, pois o esvaziamento gástrico de sólidos exige intervalo bem maior. Oferecer a bebida somente até 4 horas antes desperdiça o benefício metabólico e prolonga desnecessariamente o jejum, já que o limite consagrado para líquidos claros com carboidrato é de 2 horas; vale notar que fórmulas com adição de proteína existem e vêm sendo estudadas, mas o intervalo padronizado permanece o de 2 horas para líquidos claros. Resposta B

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Mulher, 47 anos, G3 PV2 PC1 A0, comparece ao ambulatório de Ginecologia referindo sangramento uterino anormal há 4 anos. Menarca aos 11 anos, coitarca aos 18 anos. Beta HCG sérico realizado há 3 dias, com resultado negativo. Traz ultrassonografia transvaginal com imagem ovalada e pedículo vascularizado em fundo uterino, medindo 0,6 cm. Endométrio com 9 mm de espessura. Realizou histeroscopia para ressecção da lesão. Exame histopatológico evidenciou projeção digitiforme de tecido glandular, com pedículo vascular. Qual é o provável diagnóstico dessa paciente?

- A. Leiomioma.
- B. Pólipo. ✓**
- C. Hiperplasia endometrial.
- D. Carcinoma de endométrio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve sangramento uterino anormal em mulher no período de transição menopausal, com beta HCG negativo, e traz dois dados que praticamente entregam o diagnóstico. Na ultrassonografia transvaginal, imagem ovalada com pedículo vascularizado no fundo uterino, o clássico sinal do vaso nutridor único, e no histopatológico, projeção digitiforme de tecido glandular com pedículo vascular, que é a descrição morfológica do pólipio endometrial. Leiomioma teria aspecto nodular hipoecoico com sombra acústica e vascularização periférica em anel, e a histologia mostraria feixes de músculo liso, não tecido glandular. Hiperplasia endometrial é alteração difusa, traduzida por espessamento endometrial homogêneo com aumento da relação glândula-estroma, sem lesão focal pediculada. Carcinoma de endométrio cursaria com endométrio espessado de contornos irregulares, vascularização caótica e, principalmente, atipias celulares com invasão estromal ou miometrial no histopatológico, ausentes nesta descrição; a lesão de 0,6 cm ressecada por histeroscopia com essa morfologia é benigna. Resposta B

QUESTÃO 83 — Gabarito A

O aquecimento global tem modificado a distribuição geográfica de vetores e a dinâmica de transmissão de doenças infecciosas. No Brasil, tem sido registrado um aumento de transmissão autóctone de dengue e Chikungunya em áreas de maior altitude e clima mais ameno no Sul do país. Diante deste cenário, qual alternativa melhor explica a influência do aumento da temperatura na competência vetorial do *Aedes aegypti*?

- A. O período de incubação extrínseco do vírus no mosquito é encurtado, tornando-se vetor infectante em tempo menor. ✓**
- B. Mutação genética é induzida no vírus, permitindo a transmissão por mosquitos de outras espécies, mais abundantes em clima frio.
- C. O ciclo de vida do mosquito é acelerado, preservando a sua capacidade de replicação viral no vetor.
- D. A sazonalidade das chuvas é modificada e provoca redução da densidade do vetor, preservando a sua competência para transmissão viral. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre competência vetorial, ou seja, a capacidade intrínseca do *Aedes aegypti* de se infectar, permitir a replicação viral e transmitir o vírus, e não sobre densidade populacional do mosquito. O calor age diretamente nesse ponto porque acelera a replicação viral nas glândulas salivares e encurta o período de incubação extrínseco, o intervalo entre o repasto sanguíneo infectante e o momento em que a fêmea se torna capaz de transmitir. Com esse período mais curto, uma proporção maior de mosquitos sobrevive tempo suficiente para se tornar infectante dentro da própria expectativa de vida, o que explica a ocorrência de transmissão autóctone em áreas de maior altitude e clima antes considerado desfavorável. A alternativa que fala em mutação genética induzida no vírus, com transmissão por outras espécies adaptadas ao frio, não tem respaldo e confunde evolução viral com efeito térmico sobre o vetor. Dizer que o ciclo de vida do mosquito acelera preservando a capacidade de replicação viral descreve aumento de densidade vetorial, que é capacidade vetorial e não competência, e ainda assume efeito apenas neutro sobre a replicação. Afirmar que a mudança na sazonalidade das chuvas reduz a densidade do vetor contraria o cenário exposto, de aumento de casos, e novamente não trata da competência. Resposta A

QUESTÃO 84 — Gabarito A

João, 68 anos, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica estágio 3a. Após o último internamento, por piora da insuficiência cardíaca, recebeu alta hospitalar com ajustes terapêuticos e orientação para monitoramento clínico frequente nas primeiras semanas após a alta. A equipe hospitalar realizou contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) do território comunicando a alta, mas não o encaminhou para seguimento ambulatorial especializado. Que estratégia deve ser priorizada pela equipe da APS para garantir a continuidade, a segurança do cuidado e a articulação efetiva da rede?

- A. Organizar o seguimento do paciente com base na revisão do plano terapêutico definido no âmbito hospitalar, estruturando o acompanhamento clínico na APS com articulação dos diferentes pontos da rede, conforme evolução e complexidade do cuidado. ✓**
- B. Solicitar, via regulação, consulta prioritária em ambulatório especializado para reavaliação do plano terapêutico definido no âmbito hospitalar, mantendo a APS como ponto de apoio para execução e monitoramento das condutas definidas pelos serviços especializados.
- C. Planejar o seguimento do caso a partir do ambulatório de especialidades, para reavaliação, estratificação de risco e definição do plano terapêutico, cabendo à APS o acompanhamento longitudinal depois de atingida a estabilização clínica.
- D. Realizar visita domiciliar inicial imediata, orientando o paciente quanto à necessidade de seguimento especializado em função da complexidade clínica e do risco cardiovascular, e programar retorno à APS após estabilização clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado na transição hospital-comunidade. Trata-se de idoso multimórbido, com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida, diabetes e doença renal crônica estágio 3a, recém-egresso por descompensação, período de altíssimo risco de reinternação, em que a alta já veio com plano terapêutico ajustado e com contato formal do hospital com a equipe do território. Nessa configuração, a estratégia correta é a APS assumir o seguimento a partir da revisão do plano definido no hospital, conciliar medicações, monitorar sinais de congestão, peso, função renal e eletrólitos nas primeiras semanas, e articular os demais pontos da rede conforme a evolução e a complexidade, acionando o especialista quando houver necessidade concreta. Solicitar consulta prioritária no ambulatório especializado como primeira medida, deixando a APS apenas executando condutas alheias, inverte a lógica da coordenação e fragmenta o cuidado. Planejar o seguimento a partir do ambulatório de especialidades, reservando à APS o acompanhamento apenas depois da estabilização, repete o mesmo erro e ainda desloca a estratificação de risco para fora do território. Realizar visita domiciliar imediata é ação valiosa, mas a alternativa a subordina ao encaminhamento especializado e adia o retorno à APS, novamente abrindo mão da função coordenadora. Resposta A

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Mulher, 55 anos, funcionária de segurança, é levada à Unidade Básica de Saúde por sua Agente Comunitária de Saúde (ACS) devido a delírio persecutório. Segundo relatos da ACS, a paciente chegou a proferir uma clara ameaça de morte à vizinha, a quem atribuiu a realização de trabalhos espirituais contra ela. Enquanto aguardava ser chamada na recepção, a paciente começou a ficar progressivamente agitada, falando sozinha, e tentou agredir outros usuários com um cabo de vassoura. Após tentativa de abordagem verbal e posterior restrição de espaço realizada pela equipe de enfermagem, ela ficou ainda mais agitada e passou a tentar agredir todos que se aproximavam. A sequência de procedimentos adequados para esse caso é

- A. administração de haloperidol intramuscular, seguida de nova intervenção verbal.
- B. administração de diazepam intramuscular, seguida de observação em consultório.
- C. contenção mecânica, seguida de administração de haloperidol intramuscular. ✓**
- D. contenção mecânica, seguida de observação em consultório. ÁREA LIVRE 22 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Caso de agitação psicomotora com risco iminente de heteroagressão em paciente com quadro psicótico (delírio persecutório), situação em que a segurança do paciente, da equipe e dos demais usuários dita a sequência do manejo. O manejo da agitação é escalonado: manejo ambiental e abordagem verbal primeiro, contenção mecânica quando essas medidas falham e há risco iminente, e a contenção química aplicada em seguida, já com o paciente contido e em condições de receber e ser monitorado com segurança. Na vinheta, a abordagem verbal e a restrição de espaço foram tentadas e pioraram o quadro, com tentativa de agressão a todos que se aproximam: o passo correto é a contenção mecânica, por equipe treinada e pelo menor tempo possível, seguida de haloperidol intramuscular, antipsicótico de escolha na agitação com sintomas psicóticos. A alternativa A inverte a ordem e insiste em nova intervenção verbal já comprovadamente ineficaz, além de expor a equipe ao aplicar medicação intramuscular em paciente agressivo sem contenção prévia. Em B, o diazepam intramuscular tem absorção errática e imprevisível, não é a droga de escolha na agitação psicótica, e manter a paciente em observação no consultório perpetua o risco de agressão. A alternativa D acerta ao conter, mas parar aí é inadequado: sem tranquilização farmacológica a agitação persiste e o tempo de contenção mecânica, que deve ser sempre o menor possível, acaba prolongado desnecessariamente. Resposta C

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Mulher, 82 anos, em acompanhamento pela equipe de Saúde da Família devido à doença coronariana crônica, insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 53% e doença renal crônica (clearance de creatinina 42 mL/min, VR: 60 a 100 mL/min), em uso de losartana, metoprolol, espironolactona, AAS e rosuvastatina. Durante a consulta médica de acompanhamento, a paciente relata alguns episódios de tontura ao levantar e fadiga nos últimos dias. Além da monitorização da PA, qual estratégia deve ser adotada no plano terapêutico?

A. Manter as medicações da terapia com ajuste posológico. ✓

B. Adicionar digoxina ao esquema terapêutico.

C. Substituir losartana por sacubitril-valsartana.

D. Suspende o uso do betabloqueador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa de 82 anos com insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (FE 53%), doença coronariana crônica e doença renal crônica estágio 3 (clearance 42 mL/min), que passa a apresentar tontura ao levantar e fadiga, sintomas típicos de hipotensão ortostática por excesso de efeito hipotensor em polifarmácia geriátrica. Na insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada não existe terapia modificadora de mortalidade equivalente à da fração reduzida: o tratamento é o controle da volemia, da pressão arterial e das comorbidades. Como todas as drogas em uso têm indicação própria (losartana e espironolactona no controle pressórico e da congestão, metoprolol pela coronariopatia, AAS e rosuvastatina na prevenção secundária), a conduta correta é manter o esquema e ajustar as doses, com monitorização da pressão, da função renal e do potássio, atenção redobrada à espironolactona nesse nível de clearance. Adicionar digoxina (B) não faz sentido: ela não tem papel na fração de ejeção preservada em ritmo sinusal e tem janela terapêutica estreita, com risco elevado de intoxicação na idosa com disfunção renal. Substituir losartana por sacubitril-valsartana (C) só teria respaldo na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, e ainda agravaria a hipotensão sintomática. Suspende o betabloqueador (D) em coronariopata crônico expõe a efeito rebote, taquicardia e isquemia, e não é a primeira medida diante de sintomas que costumam ceder com titulação de dose. Resposta A

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Uma criança de 2 anos é levada ao Pronto Socorro com histórico de febre alta (39,8 °C), tosse persistente e dificuldade respiratória progressiva. Ao exame físico, apresenta FR 50 irpm; tiragem intercostal; batimento de asa nasal e estertores crepitantes difusos no hemitórax esquerdo; SatO₂ 88% em ar ambiente. A radiografia de tórax revela consolidação do lobo superior esquerdo. Qual é a conduta inicial adequada para esse caso?

- A. Amoxicilina via oral e alta com acompanhamento ambulatorial em 24 horas.
- B. Azitromicina intravenosa e internação em unidade de terapia intensiva.
- C. Ceftriaxona intravenosa e internação em unidade de terapia intensiva. ✓**
- D. Amoxicilina e clavulonato via oral e internação em enfermaria.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 2 anos com pneumonia adquirida na comunidade e sinais objetivos de gravidade: taquipneia (FR 50 irpm, acima do corte de 40 para maiores de 1 ano), tiragem intercostal, batimento de asa nasal e, sobretudo, hipoxemia com saturação de 88% em ar ambiente. Saturação abaixo de 92% associada a esforço respiratório é critério de internação e de suporte de oxigênio, o que elimina de saída qualquer conduta oral com alta. A consolidação lobar única aponta o *Streptococcus pneumoniae* como agente mais provável, e o antibiótico parenteral adequado nesse cenário de gravidade é a ceftriaxona intravenosa, que cobre bem o pneumococo, inclusive cepas com sensibilidade reduzida à penicilina, com a criança em ambiente de monitorização contínua enquanto persistir a hipoxemia. A alternativa A é a mais perigosa: amoxicilina oral e alta ambulatorial ignoram a insuficiência respiratória em curso. Em B, o erro é o antibiótico: macrolídeo isolado cobre germes atípicos, cujo padrão é intersticial e o quadro costuma ser arrastado, e não serve como monoterapia empírica em pneumonia lobar grave do lactente maior. Em D, além de a via oral ser inapropriada em criança com desconforto respiratório e risco de vômito, a amoxicilina com clavulanato não acrescenta cobertura relevante para o pneumococo. Vale registrar que, na prática, muitos serviços conseguiriam manejar esse caso em enfermaria com oxigenoterapia e monitorização, e o ponto de corte para terapia intensiva é discutível, mas o grau de hipoxemia somado ao esforço respiratório sustenta a escolha oficial. Resposta C

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Um jovem de 18 anos procura atendimento médico queixando-se de um abaulamento na região inguinal direita que surgiu há cerca de 4 meses. Relata que a tumoração aparece quando ele carrega peso, mas desaparece completamente ao se deitar. Nega dor, vômitos ou distensão abdominal. Ao exame físico, nota-se uma massa redutível que se projeta pelo anel inguinal externo durante a manobra de Valsalva. O examinador realiza a manobra de oclusão do anel inguinal profundo (ponto médio entre a espinha ilíaca anterosuperior e a sínfise púbica) e solicita nova manobra de Valsalva. Durante a compressão firme do anel profundo, o abaulamento não se exterioriza. Qual a classificação da hérnia nesse caso?

- A. Inguinal Direta.
- B. Inguinal Indireta. ✓**
- C. Femoral.
- D. Mista. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de semiologia cirúrgica pura: a manobra de oclusão do anel inguinal profundo é justamente o teste que separa a hérnia inguinal indireta da direta. A hérnia indireta emerge pelo anel inguinal profundo, lateral aos vasos epigástricos inferiores, e percorre o canal inguinal até se exteriorizar pelo anel superficial; ao se comprimir firmemente o anel profundo, o trajeto fica bloqueado e o abaulamento não aparece com a Valsalva, exatamente o que descreve a vinheta. Somam-se a isso os dados epidemiológicos e clínicos coerentes: paciente jovem, hérnia redutível que surge ao esforço e desaparece em decúbito, quadro típico de persistência do conduto peritoneovaginal. A alternativa A está errada porque a hérnia direta protrui através do triângulo de Hesselbach, medial aos vasos epigástricos, por fraqueza da parede posterior; como não usa o anel profundo, ela continuaria se exteriorizando mesmo com o anel ocluído. A alternativa C não se sustenta porque a hérnia femoral aparece abaixo do ligamento inguinal, medial à veia femoral, é mais comum em mulheres e não se projeta pelo anel inguinal externo. A alternativa D descreve a hérnia mista ou em pantalona, que tem componente direto e indireto simultâneos: nesse caso o componente direto ainda apareceria durante a compressão do anel profundo, o que não ocorreu. Resposta B

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Mulher, 30 anos, chega à Unidade de Pronto Atendimento com relato de dor pélvica de intensidade 8/10, além de náuseas e vômitos. Relata ciclos menstruais regulares a cada 28 dias, com DUM há 35 dias. Tem vida sexual ativa e usa DIU como método contraceptivo. Nega patologias e uso de medicações. Ao exame abdominal, apresenta desconpressão brusca dolorosa em andar inferior do abdome. No exame ginecológico, identificam-se conteúdo vaginal sanguinolento, útero em AVF amolecido e dor em fundo de saco posterior. Os anexos são impalpáveis. Para o diagnóstico mais provável da condição dessa paciente, quais exames devem ser solicitados?

- A. Hemograma e radiografia de abdome.
- B. Beta HCG e Proteína C Reativa.
- C. Hemograma e ultrassonografia abdominal.
- D. Beta HCG e ultrassonografia transvaginal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher em idade fértil, com atraso menstrual (ciclos regulares de 28 dias e data da última menstruação há 35 dias), dor pélvica intensa, sangramento vaginal, dor em fundo de saco posterior e sinal de irritação peritoneal: até prova em contrário, gravidez ectópica, e o uso de DIU é fator de risco reconhecido para que uma gestação que ocorra sob o método seja de implantação extrauterina. Toda dor pélvica aguda em mulher em idade reprodutiva começa pelo beta HCG, que confirma a gestação, e a ultrassonografia transvaginal é o exame que localiza o saco gestacional, avalia anexos e pesquisa líquido livre no fundo de saco; a correlação entre o valor do beta HCG e a ausência de saco gestacional intrauterino acima da zona discriminatória é o que fecha o raciocínio diagnóstico. A alternativa A não investiga a hipótese principal: radiografia de abdome não avalia útero nem anexos e hemograma isolado apenas sinaliza sangramento. Em B, a proteína C reativa é marcador inespecífico de inflamação e não distingue ectópica de doença inflamatória pélvica nem localiza a gestação. Em C, falta o exame decisivo, o beta HCG, e a ultrassonografia por via abdominal tem sensibilidade bem inferior à transvaginal para gestação inicial e massa anexial. Resposta D

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Um jovem de 18 anos chega à Unidade Básica de Saúde trazido por seu amigo, pedindo ajuda para retirar um anzol que perfurou seu polegar acidentalmente há aproximadamente 30 minutos, ao tentar colocar uma isca de minhoca. Nega comorbidades. Ao exame: anzol simples transfixado em polegar direito, sem outras alterações. De acordo com o “Caderno de Atenção Primária 30: procedimentos”, do Ministério da Saúde, após assepsia, colocação de campo estéril e bloqueio anestésico regional do polegar, o próximo passo para a realização do procedimento de retirada do anzol deve ser

A. avaliar se o anzol causou perda de força muscular e/ou sensibilidade do polegar.

B. cortar com alicate a extremidade do anzol com a farpa e removê-lo pelo orifício de entrada. ✓

C. fazer incisão na pele com lâmina n.º 11 para exposição total do anzol antes de realizar a sua remoção.

D. segurar a farpa com pinça hemostática curva e remover o anzol pelo orifício de saída. ÁREA LIVRE 23
CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de procedimento em atenção primária, cobrando a técnica de retirada de anzol simples transfixado descrita no Caderno de Atenção Primária 30 do Ministério da Saúde. O obstáculo mecânico à retirada é a farpa, que trava o anzol nos tecidos e impede a tração retrógrada sem lacerar. Por isso, feitas a assepsia, a colocação do campo estéril e o bloqueio anestésico digital, o passo seguinte é neutralizar a farpa: corta-se com alicate a extremidade que a contém e retira-se o anzol pelo mesmo trajeto do orifício de entrada, minimizando lesão adicional de partes moles. Ao final, cuidados de ferida, orientação de sinais de infecção e checagem do estado vacinal antitetânico. A alternativa A descreve uma avaliação que é obrigatória, mas antes do bloqueio: examinar força e sensibilidade depois de anestésicar o polegar torna o exame inútil, portanto não pode ser o próximo passo nessa sequência. A alternativa C propõe incisão com lâmina 11 para expor o anzol, o que amplia o dano tecidual e não é a técnica recomendada para anzol simples e superficial. A alternativa D erra ao tentar tracionar segurando a farpa íntegra: sem cortá-la antes, a retirada arrasta a farpa pelos tecidos e alarga a lesão.

Resposta B

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Homem, 26 anos, é avaliado em ambulatório de especialidades após encaminhamento da Atenção Primária à Saúde por 4 episódios de icterícia leve nos últimos 2 anos. Os episódios são autolimitados e exacerbam-se sob estresse físico, jejum prolongado ou privação de sono. O paciente nega perda ponderal, dor abdominal, colúria, acolia fecal, comorbidades, etilismo ou uso de medicamentos. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com discreta icterícia de escleras, sem visceromegalias. Restante do exame físico normal.

Durante investigação ambulatorial, foram solicitados exames laboratoriais, cujos resultados foram semelhantes aos exames realizados durante os episódios anteriores de icterícia: Exame Resultado Valores de referência Bilirrubina total 3,2 mg/dL 0,3 a 1,2 mg/dL Bilirrubina indireta 2,8 mg/dL até 0,8 mg/dL Bilirrubina direta 0,3 mg/dL até 0,3 mg/dL AST (TGO) 22 U/L até 35 U/L ALT (TGP) 25 U/L até 35 U/L Fosfatase alcalina 82 U/L 30 a 120 U/L GGT 28 U/L 1 a 94 U/L Hemoglobina 14,5 g/dL 13,5 a 17,5 g/dL Reticulócitos 1,1% 0,5 a 2,0% LDH 178 U/L 100 a 190 U/L Haptoglobina 110 mg/dL 30 a 200 mg/dL Com base no quadro clínico e laboratorial e uso adequado de recursos em saúde, o médico deve

A. solicitar teste genético para mutação do gene UGT1A1 para confirmar o diagnóstico.

B. realizar teste terapêutico com fenobarbital, visando redução sustentada da bilirrubinemia.

C. reconhecer distúrbio benigno da conjugação hepática da bilirrubina e orientar o paciente. ✓

D. solicitar ultrassonografia abdominal para avaliação estrutural do fígado e das vias biliares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com episódios recorrentes, autolimitados e desencadeados por jejum, estresse físico e privação de sono, cursando com hiperbilirrubinemia de predomínio indireto (bilirrubina total 3,2 mg/dL com indireta de 2,8 mg/dL), transaminases, fosfatase alcalina e GGT normais: o quadro é a síndrome de Gilbert, defeito parcial e benigno da conjugação hepática da bilirrubina por redução da atividade da UDP-glicuronosiltransferase. Os exames já afastam as duas alternativas diagnósticas que importam: hemólise está excluída por hemoglobina normal, reticulócitos de 1,1%, LDH normal e haptoglobina preservada; doença hepatobiliar está excluída pelas provas hepáticas e canaliculares normais e pela ausência de colúria e acolia. Diagnóstico feito à beira do leito e com exames básicos, a conduta correta é reconhecer a condição, tranquilizar o paciente e orientá-lo sobre os gatilhos, sem tratamento e sem exames adicionais. A alternativa A propõe teste genético para UGT1A1, que não é necessário no quadro típico e fica reservado a casos duvidosos ou de pesquisa, ferindo o critério de uso adequado de recursos que o enunciado explicita. A alternativa B é inadequada porque o fenobarbital, embora reduza a bilirrubina por indução enzimática, expõe a efeitos adversos para tratar uma condição benigna e assintomática. A alternativa D pede ultrassonografia sem qualquer sinal de colestase ou lesão hepatocelular, exame com rendimento nulo aqui. Resposta C

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Um lactente de 8 meses, previamente hígido e alimentado com leite materno e dieta sólida, é levado à Unidade Básica de Saúde com história de diarreia aquosa há 24 horas. Apresentou cerca de 6 evacuações líquidas no dia, sem febre ou vômitos. Ao exame físico, a criança está ativa, hidratada e afebril. Além do soro de hidratação oral, qual é a conduta adequada a ser adotada nesse caso?

- A. Prescrever antibiótico via oral, orientar dieta obstipante e leite materno em livre demanda, e afastar da creche.
- B. Prescrever probiótico, orientar dieta restritiva sem lactose e manter na creche.
- C. Internar para hidratação venosa e investigação diagnóstica, e comunicar a creche.

D. Aumentar oferta de água e leite materno em livre demanda, observar sinais de desidratação, e afastar da creche. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 8 meses com diarreia aquosa aguda de 24 horas, sem febre, sem vômitos, sem sangue nas fezes e, o dado que governa a conduta, sem sinais de desidratação ao exame: criança ativa e hidratada. Isso caracteriza o plano A do Ministério da Saúde, cujo eixo é a prevenção da desidratação no domicílio: aumentar a oferta de líquidos, manter o aleitamento materno em livre demanda e não suspender a alimentação habitual, ensinar aos cuidadores os sinais de alarme que exigem retorno imediato (sede intensa, olhos fundos, letargia, redução da diurese, vômitos repetidos, sangue nas fezes) e afastar da creche enquanto durar a diarreia, medida de controle de transmissão de um quadro presumidamente viral. Vale lembrar que o protocolo também prevê zinco por 10 a 14 dias, embora nenhuma alternativa o cite. A alternativa A erra três vezes: antibiótico não tem indicação em diarreia aquosa sem disenteria ou toxemia, dieta obstipante não é recomendada e a suspensão de alimentos prolonga a recuperação da mucosa. Em B, probiótico não é conduta padronizada, a dieta sem lactose e restritiva é desnecessária na diarreia aguda e manter a criança na creche perpetua a transmissão. Em C, internar e hidratar por via venosa corresponde ao plano C, reservado à desidratação grave ou ao choque, situação oposta à descrita. Resposta D

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Um paciente de 45 anos encontra-se no 3º dia de pós-operatório de enterectomia extensa e jejunostomia por isquemia mesentérica em Unidade de Terapia Intensiva. Está em uso de ventilação mecânica e de drogas vasoativas. Qual a via alimentar mais adequada nesse caso?

- A. Jejunostomia.

B. Tubo nasogástrico.

C. Acesso venoso central. ✓

D. Sonda nasoentérica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente crítico no terceiro dia de pós-operatório de enterectomia extensa por isquemia mesentérica, com jejunostomia, em ventilação mecânica e em uso de drogas vasoativas: a questão cobra quando a via enteral deixa de ser possível. Duas razões independentes contraindicam alimentar pelo tubo digestivo aqui. Primeiro, a ressecção extensa com jejunostomia proximal deixa superfície absorptiva insuficiente, configurando síndrome do intestino curto, de modo que o que for infundido será perdido pelo estoma sem aproveitamento nutricional. Segundo, o paciente está em instabilidade hemodinâmica com vasopressor, cenário em que a nutrição enteral aumenta a demanda de oxigênio esplâncnico e o risco de isquemia intestinal não oclusiva, risco ainda maior em quem acabou de sofrer justamente um evento isquêmico mesentérico. Assim, a via adequada é a nutrição parenteral por acesso venoso central, que permite infundir solução hiperosmolar com aporte calórico e proteico plenos. A alternativa A é inviável porque a jejunostomia é o ponto final de um intestino remanescente curto e recém-operado, sem capacidade de absorção. As alternativas B e D esbarram no mesmo obstáculo: tanto o tubo nasogástrico quanto a sonda nasoentérica dependem de um trato absorptivo funcional e de perfusão esplâncnica preservada, ambos ausentes; a sonda nasogástrica ainda soma risco de distensão e broncoaspiração no paciente em ventilação mecânica. Resposta C

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Mulher, 38 anos, procura a Unidade Básica de Saúde relatando corrimento vaginal abundante, amarelo-esverdeado, acompanhado de prurido, ardor e desconforto durante a relação sexual. Refere também aumento do odor após a menstruação. Ao exame especular, observa-se colo hiperemiado com aspecto puntiforme. O pH vaginal é 5,5 e o teste de aminas é negativo. Diante do quadro clínico e desses achados, qual deve ser a conduta terapêutica no caso acima?

A. Metronidazol 400 mg via oral duas vezes ao dia por 7 dias. ✓

B. Clindamicina creme intravaginal por 7 dias.

C. Fluconazol 150 mg via oral em dose única.

D. Miconazol creme intravaginal por 7 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento vaginal abundante, amarelo-esverdeado, com prurido, ardor e dispareunia, colo com aspecto puntiforme (colo em framboesa ou morango) e pH vaginal de 5,5: o conjunto define tricomoníase, infecção sexualmente transmissível causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. O teste de aminas negativo é o detalhe que afasta a vaginose bacteriana, principal diferencial pelo pH elevado, já que na vaginose o whiff test costuma ser positivo e o corrimento é acinzentado e homogêneo, sem sinais inflamatórios. Por ser doença sistêmica de mucosa, incluindo uretra e glândulas parauretrais, a tricomoníase exige tratamento oral, e o esquema recomendado é metronidazol 400 mg por via oral duas vezes ao dia por 7 dias (alternativa aceita: 2 g em dose única), com tratamento das parcerias sexuais, abstinência durante o tratamento e rastreio das demais infecções sexualmente transmissíveis. A alternativa B falha por dois motivos: clindamicina tópica é esquema de vaginose bacteriana e o tratamento tópico não erradica os reservatórios uretrais do protozoário. As alternativas C e D tratam candidíase vulvovaginal, cujo quadro é oposto ao descrito: corrimento branco grumoso, aderido às paredes, sem odor, com pH menor que 4,5. Resposta A

QUESTÃO 95 — Gabarito A

Uma Unidade de Saúde da Família em área de elevada incidência de dengue recebe João, 33 anos, sem comorbidades, apresentando febre há 2 dias, dor retro- orbitária, mialgia intensa e inapetência. Ao exame inicial: PA 118 x 76 mmHg; FC 92 bpm; tempo de enchimento capilar < 2 segundos; boa hidratação; ausência de dor abdominal e de sinais de sangramento. Hematócrito 42%; plaquetas 155.000/mm³. Foi liberado com analgésicos e hidratação oral. O paciente retorna após 2 dias relatando piora do estado geral, com vômitos persistentes, sensação de desmaio e dor abdominal contínua no quadrante superior direito, e diurese diminuída. Ao exame físico: PA 104 x 70 mmHg; FC 108 bpm; tempo de enchimento capilar 3 segundos; extremidades discretamente frias; dor à palpação do hipocôndrio direito; sinais de desidratação. Novo hemograma: hematócrito 46%; plaquetas 82.000/mm³. Considerando a propedêutica da dengue e a estratificação de risco por grupos, qual deve ser a conduta imediata?

- A. Iniciar hidratação venosa, com acesso venoso calibroso, monitorar hemodinâmica e encaminhar para internação hospitalar. ✓**
- B. Orientar hidratação oral rigorosa e prescrever analgesia potente e retorno em 24 horas para novo hemograma.
- C. Solicitar novos testes para confirmação de dengue e hidratação venosa na unidade, com observação por 6 horas e possível retorno ao domicílio.
- D. Solicitar ultrassom abdominal para investigar a dor no hipocôndrio direito e iniciar hidratação oral. ÁREA LIVRE 24 CADERNO 01

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com dengue que retorna no quinto dia de doença, exatamente na fase crítica, e agora exibe sinais de alarme: vômitos persistentes, dor abdominal contínua e intensa, hipotimia, redução da diurese e hemoconcentração progressiva (hematócrito de 42% para 46%) com queda plaquetária de 155.000 para 82.000. Há ainda sinais de má perfusão incipiente, com tempo de enchimento capilar de 3 segundos, extremidades frias e taquicardia. Pelo protocolo do Ministério da Saúde, presença de sinal de alarme classifica o paciente no grupo C, cuja conduta é imediata e não negociável: acesso venoso calibroso, reposição volêmica com cristalóide em regime de ataque (10 a 20 mL/kg na primeira hora), reavaliação clínica e de hematócrito e internação hospitalar até a estabilização. A alternativa B corresponde à conduta do grupo B, insuficiente e perigosa aqui, pois a via oral está comprometida pelos vômitos e a analgesia não corrige o extravasamento plasmático. A alternativa C erra ao condicionar a conduta à confirmação laboratorial, que não muda o manejo agudo, e ao prever alta após 6 horas, incompatível com sinal de alarme. A alternativa D confunde o raciocínio: a dor no hipocôndrio direito é, ela própria, um sinal de alarme (hepatomegalia dolorosa e extravasamento), e solicitar imagem antes de repor volume atrasa o tratamento que salva o paciente. Resposta A

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Mulher, 68 anos, procurou a Unidade de Pronto Atendimento com quadro de dor súbita, calor e edema importante em joelho direito, iniciado há 24 horas, que a impede de deambular. Faz acompanhamento regular por diabetes mellitus tipo 2 e osteoartrite de joelhos, em uso de metformina e gliclazida. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, lúcida e orientada; PA 135 x 85 mmHg; FC 98 bpm; FR 18 irpm e temperatura axilar 37,9 oC. O joelho direito apresenta-se com volumoso derrame articular, eritema e dor à mobilização passiva e ativa. Exames laboratoriais: Exame Resultado Valor de referência Hemoglobina 12,2 g/dL 11,5 a 13,5 g/dL Leucócitos 13.400/mm³ 5.000 a 15.000/mm³ Creatinina 1,1 mg/dL 0,5 a 0,9 mg/dL Proteína C Reativa 8,5 mg/L < 5mg/L Nessa situação, qual conduta deve ser adotada?

- A. Iniciar antibioticoterapia empírica após a coleta de hemoculturas.
- B. Pesquisar cristais, Gram, cultura e contagem celular no líquido sinovial. ✓**
- C. Solicitar ressonância magnética de joelho.
- D. Prescrever anti-inflamatório não esteroidal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda de joelho, com dor de início súbito, calor, eritema, derrame volumoso, impotência funcional, febre baixa e leucocitose em paciente diabética: até prova em contrário, artrite séptica, a urgência reumatológica que precisa ser afastada antes de qualquer outra hipótese, porque a destruição da cartilagem começa em horas. O diabetes é fator de risco reconhecido, e a osteoartrite prévia não explica um quadro agudo e inflamatório desses. O exame que define o diagnóstico é a artrocentese com análise do líquido sinovial: contagem total e diferencial de células (acima de 50.000 leucócitos por mm³ com predomínio de neutrófilos sugere infecção), bacterioscopia pelo Gram, cultura e pesquisa de cristais, que ao mesmo tempo avalia o principal diferencial, a artrite microcristalina por gota ou pseudogota. A alternativa A inverte a ordem: hemoculturas são úteis, mas iniciar antibiótico antes da punção reduz a chance de isolamento do agente no líquido sinovial, e a punção deve preceder a droga em paciente estável como esta. A alternativa C atrasa o diagnóstico, já que a ressonância mostra derrame e sinovite mas não distingue artrite séptica de cristal. A alternativa D é a mais arriscada: o anti-inflamatório mascara febre e dor de uma possível infecção articular e ainda ameaça a função renal já limítrofe (creatinina 1,1 mg/dL para valor de referência até 0,9). Resposta B

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Um lactente de 8 meses é levado à Unidade de Pronto Atendimento com história de tosse seca, chiado, coriza hialina e febre baixa há 3 dias. A mãe nega episódios prévios semelhantes. Ao exame físico, apresenta retração intercostal e subdiafragmática. À ausculta pulmonar, são identificados sibilos expiratórios difusos. Qual é o agente etiológico mais provável para esse caso?

- A. *Streptococcus pneumoniae*.
- B. Vírus sincicial respiratório. ✓**
- C. *Mycoplasma pneumoniae*.
- D. *Haemophilus influenzae*.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de bronquiolite viral aguda: primeiro episódio de sibilância em lactente menor de 12 meses, precedido por dois a três dias de pródromo de via aérea superior (coriza hialina, tosse seca, febre baixa) e evoluindo com esforço respiratório e sibilos expiratórios difusos. A ausência de episódios prévios semelhantes é o dado que separa bronquiolite de asma do lactente/sibilância recorrente, e a idade de 8 meses está exatamente na faixa de maior incidência. Nessa síndrome, o vírus sincicial respiratório é o agente etiológico em cerca de 60% a 80% dos casos, sendo o responsável clássico pela necrose do epitélio ciliado bronquilar, edema e rolas de muco que geram o aprisionamento aéreo, a hiperinsuflação e as retrações intercostal e subdiafragmática descritas. *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* causam pneumonia bacteriana, cujo padrão é febre alta com toxemia, taquipneia e achados focais (estertores, redução do murmúrio, broncofonia), e não sibilância difusa de instalação progressiva após coriza. *Mycoplasma pneumoniae* é agente de pneumonia atípica em escolares e adolescentes, praticamente não descrito como causa de bronquiolite em lactente de 8 meses. Resposta B

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Durante um plantão, um médico foi chamado para avaliar um paciente masculino, 62 anos, no 3º dia pós-operatório de retossigmoidectomia abdominal convencional por câncer colorretal. A queixa era de dor em panturrilha direita, com edema assimétrico, aumento da temperatura local e empastamento à palpação. Os pulsos distais estavam palpáveis e havia estabilidade hemodinâmica, sem dispneia ou dor torácica. Os exames disponíveis mostram função renal preservada e contagem de plaquetas dentro da normalidade. Diante do quadro apresentado, a conduta para o momento é

- A. indicar trombólise sistêmica imediata.

B. solicitar dosagem seriada de D-dímero.

C. prescrever enoxaparina subcutânea 1 vez ao dia.

D. solicitar Doppler venoso e aguardar resultado. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de suspeita de trombose venosa profunda de membro inferior no 3º dia de pós-operatório de cirurgia abdominal oncológica de grande porte — a soma de dor em panturrilha, edema assimétrico, calor local e empastamento com fatores de risco maiores (câncer, cirurgia recente, imobilidade) coloca o paciente em alta probabilidade pré-teste pelo escore de Wells. Como o paciente está hemodinamicamente estável, sem dispneia ou dor torácica (isto é, sem sinais de embolia pulmonar com repercussão), há tempo hábil para confirmar o diagnóstico antes de expor um pós-operatório recente ao risco hemorrágico: a conduta correta é solicitar o ultrassom com Doppler venoso de membro inferior, exame de escolha, não invasivo e de alta acurácia para trombose proximal, e definir o tratamento pelo resultado. A trombólise sistêmica não tem espaço aqui: é reservada a situações de ameaça ao membro (flegmasia cerúlea dolens) ou embolia pulmonar de alto risco, e a cirurgia abdominal de grande porte há 3 dias é contraindicação relevante ao fibrinolítico. A dosagem seriada de D-dímero não ajuda: o marcador presta-se a excluir trombose em pacientes de baixa probabilidade, e no pós-operatório ele está sistematicamente elevado pela resposta inflamatória e pela cicatrização, perdendo qualquer valor discriminatório. A enoxaparina subcutânea 1 vez ao dia, do modo como está escrita, corresponde a esquema profilático, insuficiente como tratamento de trombose estabelecida (que exige dose plena) e desnecessário antes da confirmação. Vale registrar que o ponto é discutível: diretrizes de tromboembolismo admitem anticoagulação empírica em dose plena quando a probabilidade pré-teste é alta e o exame de imagem vai demorar mais do que algumas horas — mas, com o Doppler disponível e o risco de sangramento pós-operatório, a banca privilegiou confirmar antes de tratar. Resposta D

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Uma adolescente de 15 anos, no 2º trimestre de gestação, sem intercorrências ou doenças associadas, comparece à consulta de pré-natal acompanhada pela mãe. Durante o atendimento, a mãe exige ter acesso ao prontuário da filha e solicita ao médico que realize o agendamento de uma cesariana eletiva, alegando que “a filha não tem estrutura física ou emocional para um parto normal”. A adolescente, por sua vez, expressa o desejo de tentar o parto vaginal. Diante desse conflito de autonomia e considerando o Guia Prático de Atendimento ao Adolescente e o Código de Ética Médica, qual deve ser a conduta do profissional da saúde?

A. Indicar cesariana, visto que, por ser menor de 16 anos, a adolescente é considerada legalmente incapaz de tomar essa decisão.

B. Realizar o atendimento individualizado à adolescente, e informá-la que sua autonomia será respeitada na decisão de via de parto. ✓

C. Solicitar o parecer de médico especialista e de psicólogo, postergando a consulta pré-natal até que a mãe e a paciente entrem em consenso.

D. Agendar a cesariana conforme solicitado pela responsável legal, priorizando a manutenção do vínculo familiar e evitando litígios éticos na Unidade Básica de Saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra autonomia progressiva do adolescente e sigilo profissional, temas do Guia Prático de Atendimento ao Adolescente e do Código de Ética Médica. Adolescentes têm direito a atendimento individualizado, em espaço privado, e a decidir sobre sua própria saúde sempre que demonstrem capacidade de discernimento sobre o problema e a conduta propostos — a presença do responsável é desejável para o vínculo, mas não transfere a ele a decisão nem o acesso automático ao prontuário, que é protegido pelo sigilo. Além disso, a via de parto é decisão compartilhada entre gestante e equipe, e não há qualquer indicação obstétrica de cesariana nesse caso (gestação de 2º trimestre, sem intercorrências ou doenças associadas); a preferência da adolescente pelo parto vaginal deve ser acolhida e trabalhada ao longo do pré-natal. A alternativa que trata a menor de 16 anos como legalmente incapaz confunde capacidade civil para atos negociais com capacidade sanitária de consentir: no cuidado em saúde vale o discernimento, e a própria gestante é a titular da decisão. Postergar a consulta de pré-natal até que mãe e filha entrem em consenso, condicionando o atendimento a pareceres, configura negligência assistencial e quebra da longitudinalidade do cuidado, pois o pré-natal não pode ser interrompido por conflito familiar. Agendar a cesariana a pedido da responsável, sem indicação clínica e contra a vontade da paciente, é duplamente errado: viola a autonomia da adolescente e expõe mãe e feto aos riscos de uma cirurgia desnecessária, além de contrariar as normas do Conselho Federal de Medicina sobre cesárea a pedido. Resposta B

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Um menino de 5 anos comparece ao acolhimento da Unidade Básica de Saúde com a babá, a pedido da escola, por suspeita de conjuntivite. Relata que a criança estava bem até voltar de férias escolares há 1 semana; está preocupada, pois sabe que os pais são contra a vacinação obrigatória. Há 4 dias com febre, resfriado, tosse seca, olhos vermelhos, vômitos e inapetência, medicado com paracetamol pela família por conta própria, sem melhora. No dia da consulta, o paciente acordou com lesões no rosto, atribuídas a uma reação ao uso do paracetamol. Ao exame: hidratado, prostrado, temperatura axilar 39 °C, hiperemia conjuntival bilateral leve, exantema papular em face, presença de máculas branco-azuladas de 1 a 3 mm com halo eritematoso em mucosa da boca. Sem outras alterações. De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e com base no quadro clínico e epidemiológico mais provável, o tratamento desse paciente deve incluir

- A. colírio de tobramicina.
- B. antibiótico via oral.
- C. oseltamivir via oral.

D. vitamina A via oral. ÁREA LIVRE CADERNO 01 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

O conjunto febre alta, tosse, coriza e conjuntivite (o clássico pródromo catarral com os três "C"), seguido de exantema maculopapular de início na face em criança não vacinada e com manchas de Koplik — as máculas branco-azuladas de 1 a 3 mm com halo eritematoso na mucosa jugal, patognomônicas — fecha sarampo, hipótese reforçada pelo dado epidemiológico de viagem recente e recusa vacinal dos pais. Não existe antiviral específico; o Ministério da Saúde recomenda suporte e administração de vitamina A por via oral a todas as crianças com sarampo, em duas doses (no dia do diagnóstico e no dia seguinte), com posologia ajustada à idade — 200.000 UI para maiores de 12 meses —, medida que comprovadamente reduz a gravidade das complicações e a letalidade, sobretudo as oculares. É também caso de notificação imediata e de isolamento respiratório por aerossóis. O colírio de tobramicina não se justifica porque a conjuntivite do sarampo é viral e autolimitada, integrando o próprio pródromo da doença. O antibiótico por via oral só entra se houver complicação bacteriana documentada — otite média aguda ou pneumonia —, não devendo ser usado profilaticamente. O oseltamivir trata influenza, que pode cursar com febre e sintomas respiratórios, mas não produz manchas de Koplik nem exantema com essa progressão craniocaudal. Resposta D