



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2026/1

Prova comentada

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

objetiva — caderno 2

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — 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 ultrasensível 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

O caso é de tromboembolismo pulmonar agudo de alto risco: angiotomografia com falha de enchimento em tronco da artéria pulmonar direita, em paciente com câncer de mama (estado protrombótico), dor pleurítica e hipoxemia. O dado que define a classificação é hemodinâmico — hipotensão com necessidade de noradrenalina, sonolência e tempo de enchimento capilar de 4 segundos, ou seja, choque obstrutivo por falência de ventrículo direito. Pelas diretrizes de TEP, o embolismo de alto risco sem contraindicação absoluta a sangramento tem indicação de reperfusão imediata, e a trombólise sistêmica com alteplase, administrada em veia periférica, é a primeira linha. A troponina discretamente elevada e a piora da creatinina apenas confirmam a repercussão sistêmica e não alteram a conduta. A dupla antiagregação com ácido acetilsalicílico e clopidogrel trata síndrome coronariana aguda; aqui a troponina traduz sobrecarga do ventrículo direito, e o eletrocardiograma mostra apenas taquicardia sinusal. A enoxaparina subcutânea é anticoagulação plena apropriada ao TEP de risco baixo ou intermediário, mas tem absorção errática no paciente chocado e não desobstrui a artéria. A heparina não fracionada em bomba é a anticoagulação preferida no instável e no disfuncionante renal, porém é adjuvante à trombólise — isoladamente não restaura a perfusão pulmonar e não é a conduta imediata diante do choque já instalado. Resposta D

QUESTÃO 2 — 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

A vinheta descreve puberdade precoce em uma menina de 7 anos, com desenvolvimento mamário (Tanner M2) e pubarca (Tanner P2) surgidos simultaneamente há dois meses. A chave está no fato de os dois eixos terem entrado em atividade juntos, de forma progressiva e na sequência fisiológica normal, apenas antecipada: isso caracteriza puberdade precoce central, dependente de GnRH, em que a reativação prematura do gerador de pulsos hipotalâmico leva à liberação de LH e FSH e à consequente esteroidogênese gonadal. É a forma mais comum em meninas e, na maioria das vezes, idiopática. O aumento isolado de andrógenos suprarrenais explica a adrenarca prematura, que cursa com pelos pubianos, odor axilar e acne, mas não produz tecido mamário, pois não há estrogênio gonadal. A conversão periférica de andrógenos em estrogênios pela aromatase é o mecanismo de ginecomastia e de quadros ligados à obesidade ou a tumores produtores de andrógenos, e seria uma causa periférica, independente de GnRH, que classicamente não segue a progressão ordenada aqui descrita. A hipersensibilidade transitória a níveis basais de esteroides sexuais corresponde à telarca prematura isolada, quadro benigno e não progressivo restrito à mama, incompatível com a pubarca associada. Resposta C

QUESTÃO 3 — 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

A questão cobra escolha de técnica e de fármaco anestésico para sutura de ferimento simples em pronto atendimento de atenção primária. Trata-se de ferida corto-contusa de 4 cm no antebraço, limpa, sem lesão vascular, tendínea ou neurológica: o procedimento é curto, superficial e localizado, de modo que a anestesia adequada é a infiltração das bordas da ferida. A lidocaína a 2% tem latência curta (2 a 5 minutos) e duração suficiente para o reparo, e a associação ao vasoconstritor prolonga o efeito, reduz o pico plasmático (aumentando a dose máxima segura) e melhora a hemostasia do campo — o antebraço não é território de circulação terminal, portanto não se aplica a antiga restrição ao uso de adrenalina. O bloqueio de plexo braquial anestesia todo o membro superior, exige técnica avançada e recursos de monitorização e reanimação, sendo desproporcional a uma sutura simples. A infiltração com bupivacaína a 2% está errada já na concentração: a apresentação disponível é 0,5%, e a bupivacaína é o anestésico local de maior cardiotoxicidade, com latência longa, inadequado para infiltração de rotina. O bloqueio de nervo na fossa antecubital com ropivacaína a 1% também é excessivo para a extensão da lesão e adiciona risco de lesão neural sem qualquer ganho sobre a infiltração local. Resposta A

QUESTÃO 4 — 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 é de rotura uterina em trabalho de parto, complicação clássica de gestante com cesariana anterior. O diagnóstico é clínico e os achados são quase patognomônicos: dor abdominal súbita e contínua, mal-estar intenso, sangramento vaginal, choque hipovolêmico (PA 82 x 42 mmHg, taquicardia, palidez e sudorese fria), útero mal definido com partes fetais facilmente palpáveis, elevação da apresentação e bradicardia fetal sustentada de 80 bpm. Há, portanto, comprometimento materno e fetal simultâneos, e o único tratamento é a laparotomia imediata — cesariana de emergência, com a via abdominal servindo tanto para o nascimento quanto para o reparo ou a histerectomia, além da reanimação volêmica e hemocomponentes em paralelo. Aguardar a progressão do parto ignora que o feto já não está mais insinuado e que a mãe está em choque ativo, com risco de morte em minutos. Solicitar ultrassonografia obstétrica antes de definir a via de parto atrasa uma conduta cujo diagnóstico já está estabelecido pela clínica e que não depende de imagem. A aplicação de fórceps é inviável e perigosa: exige apresentação insinuada e dilatação completa, e aqui há 8 cm com plano -2 e apresentação em ascensão, além de o parto vaginal não resolver a hemorragia intraperitoneal. Resposta D

QUESTÃO 5 — 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. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa os critérios de elegibilidade contraceptiva da OMS diante de duas condições de alto risco cardiovascular e trombótico: lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo antifosfolípide positivo e hipertensão arterial não controlada (PA 170 x 100 mmHg), somadas a obesidade grau I. Qualquer método hormonal combinado — pílula, anel vaginal, adesivo ou injetável mensal — é categoria 4, ou seja, contraindicação absoluta, tanto pela síndrome antifosfolípídica (risco de trombose arterial e venosa) quanto pelos níveis pressóricos. Restam os métodos não estrogênicos, e entre eles o dispositivo intrauterino de cobre é categoria 1: não tem hormônio, não interfere na pressão arterial nem na coagulação, é de longa duração e alta eficácia, adequado a nulípara. O anel vaginal e o injetável combinado contêm estrogênio e caem exatamente na contraindicação absoluta descrita. O implante de progestógeno, embora seja opção razoável em várias situações de risco cardiovascular, é enquadrado em categoria 3 na presença de anticorpo antifosfolípide positivo, isto é, os riscos em geral superam os benefícios quando existe alternativa melhor disponível — e aqui existe. Vale lembrar que o controle da hipertensão precisa ser conduzido em paralelo, e que o preservativo permanece indicado para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Resposta D

QUESTÃO 6 — 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. antibioticoterapia. 2 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve crise tireotóxica (tempestade tireoidiana) em paciente com hipertireoidismo não tratado: semanas de perda de peso, sudorese, palpitações e dor cervical, com abaulamento na região cervical anterior, agora evoluindo com febre de 38,4 °C, taquicardia de 156 bpm, agitação, confusão mental e tremor fino — a tríade de disfunção termorregulatória, cardiovascular e do sistema nervoso central que o escore de Burch-Wartofsky quantifica. A prioridade terapêutica imediata é bloquear a resposta adrenérgica periférica com betabloqueador, classicamente propranolol, que controla a frequência cardíaca, reduz o consumo miocárdico de oxigênio, atenua tremor e agitação e ainda inibe parcialmente a conversão periférica de T4 em T3; as demais medidas (tionamida, iodo pelo menos uma hora depois, corticoide e suporte) vêm na sequência. O benzodiazepínico apenas seda e pode mascarar a deterioração neurológica, além de não tratar a causa, ainda que o utilismo relatado levante abstinência como diagnóstico diferencial. A adenosina serve para taquicardias supraventriculares por reentrada, e aqui o ritmo é sinusal, regular, secundário ao excesso hormonal. A antibioticoterapia trata a infecção que eventualmente precipite a crise, mas não há foco identificado e a febre é explicada pela própria tempestade. Resposta A

QUESTÃO 7 — 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

A questão cobra o protocolo de profilaxia antirrábica humana do Ministério da Saúde na situação mais favorável possível: cão conhecido, sadio no momento da agressão, vacinado e passível de observação. Nesse cenário a conduta é observar o animal por 10 dias e, enquanto ele permanecer sadio, não administrar vacina nem soro antirrábico, limitando-se aos cuidados locais do ferimento (lavagem exaustiva com água e sabão) e à avaliação da situação vacinal antitetânica. Os imunobiológicos passam a ser indicados apenas se o animal adoecer, morrer, desaparecer ou apresentar comportamento sugestivo de raiva no período. O atendimento antirrábico humano é agravo de notificação compulsória e deve ser registrado na ficha própria de vigilância epidemiológica, com o prazo de notificação adotado pela alternativa oficial. Administrar dose única de vacina não corresponde a nenhum esquema existente — o esquema pós-exposição é de quatro doses, nos dias 0, 3, 7 e 14. O soro antirrábico isolado nunca é conduta correta: ele é sempre associado à vacina e reservado a exposições graves com animal raivoso, suspeito, morto ou não passível de observação. Da mesma forma, soro somado ao esquema completo de quatro doses é a conduta para acidente grave com animal indisponível para observação, o que não é o caso aqui. Resposta A

QUESTÃO 8 — 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 coloidal.
- C. lateralizar a prancha para esquerda. ✓**
- D. solicitar tomografia de abdome e pelve.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta é de trauma na gestante de 30 semanas com choque instalado (PA 80 x 40 mmHg, FC 130 bpm, taquipneia) já em atendimento pelo ATLS, com via aérea protegida, oxigênio e dois acessos calibrosos infundindo cristalóide. A partir da segunda metade da gestação, o útero gravídico comprime a veia cava inferior e a aorta em decúbito dorsal, reduzindo o retorno venoso em até 30% e agravando a hipotensão. Por isso, o próximo passo é lateralizar a prancha para a esquerda em cerca de 15 a 30 graus (ou deslocar manualmente o útero para a esquerda), mantendo a imobilização em bloco — é uma medida imediata, sem custo, que corrige um componente potencialmente reversível do choque antes de qualquer exame. Vale a máxima de que a melhor conduta para o feto é reanimar a mãe. A ultrassonografia obstétrica avalia vitalidade fetal e descolamento, mas pertence à avaliação secundária e não trata a hipotensão. A infusão rápida de coloide não tem benefício sobre cristalóide no trauma e pode piorar coagulopatia; a reposição, se persistir a instabilidade, é com hemocomponentes segundo protocolo de transfusão maciça. A tomografia de abdome e pelve exige paciente estável — transportar uma gestante em choque para o tomógrafo é conduta perigosa. Resposta C

QUESTÃO 9 — 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

A questão trata do manejo da gestante vivendo com HIV em uso regular de terapia antirretroviral e com carga viral indetectável no terceiro trimestre, e reúne três pontos das diretrizes do Ministério da Saúde. Primeiro, a manutenção da terapia com supressão viral é o principal determinante da redução da transmissão vertical, que cai para menos de 1%. Segundo, a via de parto passa a seguir a indicação obstétrica quando a carga viral colhida a partir da 34ª semana é indetectável ou inferior a 1.000 cópias/mL; a cesariana eletiva com 38 semanas fica reservada a carga viral desconhecida ou acima desse limiar. Terceiro, e mais cobrado, a amamentação é contraindicada no Brasil em qualquer cenário, independentemente da carga viral, com garantia de fórmula infantil pelo SUS, inibição da lactação e orientação de não realizar aleitamento cruzado. A alternativa que afirma risco elevado apesar da indetectabilidade e impõe cesariana eletiva contraria as duas primeiras premissas. A que prioriza parto vaginal erra ao substituir o critério obstétrico por uma via preferencial e, sobretudo, ao autorizar amamentação com acompanhamento. A que condiciona a amamentação ao desejo da paciente também viola a contraindicação absoluta vigente no país. Resposta A

QUESTÃO 10 — 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 oncótica 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o novo protocolo de rastreamento do câncer do colo do útero do Ministério da Saúde, que substituiu a citologia pelo teste molecular de DNA-HPV de alto risco oncogênico como exame primário para mulheres de 25 a 64 anos. Para esta paciente de 39 anos, assintomática e com dois exames anteriores normais, a conduta é a coleta de material para pesquisa de DNA-HPV; sendo o resultado negativo, o retorno programado é em 5 anos, intervalo justificado pelo elevado valor preditivo negativo do teste, muito superior ao da citologia, que passa a ser usada como triagem reflexa nas amostras positivas. Manter citologia convencional a cada 3 anos reproduz o protocolo anterior, já superado, e reserva o teste molecular a um papel secundário que ele não tem mais. Solicitar citologia e DNA-HPV em conjunto descreve o co-teste, estratégia não adotada pelo programa brasileiro por elevar custo e gerar condutas discordantes sem ganho de detecção. A autocoleta está prevista como estratégia para ampliar cobertura em mulheres de difícil acesso ao rastreamento, mas o erro decisivo da alternativa é dispensar a paciente de novos exames: um teste negativo não encerra o rastreamento, apenas define o intervalo até o próximo, que segue até os 64 anos. Resposta A

QUESTÃO 11 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome retroviral aguda: homem jovem com exposição sexual de risco recente, febre diária, fadiga intensa, odinofagia, faringite não exsudativa e linfonodomegalia cervical há 10 dias — apresentação semelhante a mononucleose. O teste rápido negativo não afasta o diagnóstico porque o paciente está na janela imunológica: os testes rápidos são imunoensaios que dependem da produção de anticorpos, detectáveis em geral a partir de 20 a 30 dias da infecção. Nessa fase, o que já existe em abundância é o RNA viral circulante, com carga viral muito alta, detectável cerca de 10 dias após a exposição; por isso o seguimento propedêutico é solicitar carga viral do HIV por PCR, que antecipa o diagnóstico e permite iniciar terapia antirretroviral precocemente, com benefício individual e de redução da transmissão. Repetir o teste rápido em 7 dias mantém o paciente sem diagnóstico e ainda pode cair novamente dentro da janela. A sorologia por ELISA, mesmo de quarta geração com detecção de antígeno p24, tem sensibilidade inferior à do teste de ácido nucleico nos primeiros dias e pode permanecer negativa. Dispensar novos exames é inaceitável diante de clínica compatível e exposição de risco documentada. Resposta B

QUESTÃO 12 — 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. ÁREA LIVRE 3
CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve transtorno do espectro autista em um menino de 3 anos e 3 meses, com os dois domínios exigidos pelo DSM-5 bem representados: déficit persistente de comunicação e interação social (pouco contato visual, dificuldade de interagir com pares, preferência por brincar sozinho, linguagem restrita a três palavras isoladas quando já se esperariam frases de duas a três palavras) e padrão restrito e repetitivo de comportamento (alinhar brinquedos repetidamente, irritabilidade diante de quebras de rotina). Exame físico, neurológico e ausência de dismorfias normais não afastam o diagnóstico. A conduta é encaminhar para avaliação multidisciplinar em serviço especializado e iniciar intervenção precoce imediatamente, sem esperar a confirmação formal, porque o ganho funcional em linguagem, cognição e adaptação social depende diretamente da precocidade do estímulo. Explicar como variação normal e reavaliar em 6 meses é a chamada espera vigilante, inadequada diante de sinais francos, e desperdiça a janela de neuroplasticidade. Aguardar 4 meses para aplicar o M-CHAT-R/F soma dois erros: o instrumento é de rastreamento para 16 a 30 meses e o paciente já ultrapassou a faixa, além de a suspeita clínica já estar estabelecida. Iniciar apenas fonoaudiologia trata um sintoma e ignora as dimensões social e comportamental que exigem abordagem multiprofissional. Resposta A

QUESTÃO 13 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de choque hemorrágico (taquicardia, hipotensão, pele fria, enchimento capilar lentificado, confusão) por fratura instável de pelve, numa unidade sem tomografia, sem banco de sangue e sem cirurgião, ou seja, sem capacidade resolutiva para a lesão. O princípio do atendimento inicial ao trauma é estabilizar o que pode ser estabilizado e transferir cedo: a imobilização pélvica (cinta pélvica ou lençol na altura dos trocânteres) reduz o volume da pelve e tampona o sangramento venoso do plexo pré-sacral, sendo a medida hemostática disponível ali; em paralelo aciona-se a Central de Regulação, faz-se contato médico com o serviço receptor antes da saída, solicita-se suporte avançado, porque paciente instável não percorre 34 km em unidade básica, e emite-se o documento de transferência, que segue com o paciente. Em A, infundir grande volume de cristalóide agrava a coagulopatia e o ressangramento, já que a reposição atual é restritiva, com hipotensão permissiva e uso precoce de hemocomponentes, e não existe exigência de termo de consentimento para transferir paciente em risco de morte. Em C, transferir sem estabilizar, delegar a comunicação à equipe de transporte e produzir a documentação ao final da remoção inverte toda a sequência preconizada. Em D, o erro está em condicionar a transferência à autorização da família e em usar suporte básico para transportar um paciente em choque. Resposta B

QUESTÃO 14 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra critérios de elegibilidade contraceptiva em duas condições que se somam: puerpério de 15 dias com amamentação exclusiva e malformação uterina. O implante subdérmico de etonogestrel é progestágeno isolado, não interfere na lactação nem impõe risco trombótico relevante, é um método de longa duração com eficácia superior a 99% e independente da adesão, o que pesa muito numa adolescente, e sobretudo não depende da anatomia da cavidade uterina. O útero didelfo é a chave da questão: distorção da cavidade uterina é categoria 4 dos critérios médicos de elegibilidade da OMS para dispositivo intrauterino, porque impede o posicionamento adequado e eleva o risco de expulsão e de perfuração, o que elimina a alternativa A mesmo sendo o DIU de cobre um método de longa duração disponível no SUS. As alternativas C e D contêm estrogênio: em lactante com menos de seis semanas de pós-parto são categoria 4, pela redução do volume de leite e pelo risco tromboembólico próprio do puerpério, e o injetável mensal é igualmente combinado, com o mesmo impedimento. Resposta B

QUESTÃO 15 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com diabetes tipo 2 de longa data, hipertensão, tabagismo pesado, dislipidemia aterogênica e albuminúria de 55 mg/24h, isto é, doença renal do diabetes já instalada e risco cardiovascular alto. O conjunto correto ataca os três alvos com drogas de desfecho comprovado: a dapagliflozina reduz a progressão da doença renal e a hospitalização por insuficiência cardíaca, além de contribuir para a hemoglobina glicada de 7,9%, sendo indicação formal diante de albuminúria; a losartana deve ser titulada até a dose máxima tolerada, 100 mg/dia, porque o bloqueio do sistema renina-angiotensina é o que reduz a albuminúria, e a pressão permanece em 142x85 mmHg; e a atorvastatina 40 mg é estatina de alta intensidade, exigida em diabético com lesão de órgão-alvo e meta de LDL bem mais baixa. Em A, a glicazida não oferece proteção cardiorrenal, hidroclorotiazida 50 mg/dia é dose acima da recomendada e piora o perfil metabólico, e atorvastatina 10 mg é de baixa intensidade. Em B, não há indicação de insulinizar com glicada de 7,9% havendo classe oral com benefício de órgão, e fibrato não é a droga inicial com triglicerídeos de 235 mg/dL, faixa em que a estatina vem primeiro. Em D, a glibenclamida é sulfonilureia de ação longa, com risco de hipoglicemia em idoso e função renal limítrofe, e sinvastatina 20 mg tem intensidade insuficiente para o risco desse paciente. Resposta C

QUESTÃO 16 — 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. ÁREA LIVRE 4 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrótico admitido com ascite e encefalopatia hepática: a primeira pergunta obrigatória é se existe peritonite bacteriana espontânea, e a única forma de responder é a paracentese diagnóstica, indicada em todo paciente com ascite que interna, ainda mais quando descompensa sem causa aparente, já que a infecção é gatilho frequente de encefalopatia. O diagnóstico depende da contagem de polimorfonucleares no líquido ascítico, com corte de 250/mm³, e da cultura em frascos de hemocultura à beira do leito. INR alargado e plaquetopenia na cirrose não predizem sangramento, porque há rebalanceamento da hemostasia com queda simultânea de fatores pró e anticoagulantes, e o risco hemorrágico do procedimento é inferior a 1%, de modo que nada precisa ser corrigido antes. Por isso C está errada: plasma fresco e plaquetas profiláticos não reduzem esse risco, expõem a sobrecarga volêmica e a reações transfusionais e apenas atrasam a punção. B trata peritonite às cegas, sem a análise que define o diagnóstico, e antecipa diurético num momento em que ele não é a prioridade. D erra porque tomografia não diagnostica peritonite bacteriana espontânea e adia a conduta que muda o desfecho. Resposta A

QUESTÃO 17 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com respiração oral crônica, ronco, apneias presenciadas, sono fragmentado, desatenção diurna e fácies adenoideana, com vedamento labial incompleto, palato em ogiva e olheiras: o quadro é de obstrução da rinofaringe por hipertrofia adenoideana, já que as tonsilas palatinas têm apenas leve aumento e a otoscopia é normal bilateralmente. A confirmação da causa anatômica se faz por visualização direta do cavum, e a nasofibrosopia flexível é o exame que expõe o tecido adenoideano, permite estimar o percentual de obstrução da coana e ainda avalia cornetos, septo e a dinâmica respiratória, o que nenhum método indireto entrega. A radiografia de cavum é apenas triagem, fornece estimativa bidimensional e sofre com fase respiratória e posicionamento, não sendo confirmatória. O teste de hipersensibilidade imediata investigaria rinite alérgica, hipótese enfraquecida pela ausência de prurido nasal, espirros e antecedentes atópicos. A polissonografia quantifica a gravidade do distúrbio respiratório do sono, mas não identifica o que obstrui: é exame de repercussão, não de etiologia. Registre-se que o ponto é discutível, pois a polissonografia é o padrão de referência para confirmar apneia obstrutiva do sono propriamente dita, e a banca privilegiou a confirmação da causa anatômica. Resposta C

QUESTÃO 18 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma com desaceleração súbita em alta velocidade é o mecanismo clássico da lesão de aorta torácica no istmo, ponto de transição entre a porção móvel do arco e a porção fixada pelo ligamento arterioso. A radiografia sustenta a hipótese: alargamento do mediastino, apagamento do botão aórtico e desvio da traqueia para a direita traduzem hematoma mediastinal contido, e o paciente chega relativamente estável justamente porque a adventícia e a pleura mediastinal seguram por algum tempo o sangramento; a confirmação se faz por angiotomografia de tórax. O tamponamento cardíaco cursaria com a tríade de Beck, e aqui não há turgência jugular nem hipofonese de bulhas. O pneumotórax hipertensivo daria hipotensão grave, jugulares ingurgitadas, abolição do murmúrio e hipertimpanismo unilaterais, com desvio traqueal contralateral ao lado acometido, o que é incompatível com percussão timpânica bilateral e expansibilidade simétrica. O hemotórax maciço produziria maciez à percussão, choque e hipoxemia importante, o oposto do achado percussório e da saturação de 96% em ar ambiente. Resposta C

QUESTÃO 19 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Laceração perineal de segundo grau, acometendo pele, mucosa vaginal e musculatura perineal, com esfíncter anal e mucosa retal íntegros, em puérpera estável e com útero contraído: o sangramento vem do trajeto da laceração, e não de atonia. O reparo por planos, com anestesia local, é o tratamento adequado e é procedimento de baixa complexidade, realizável na própria sala de parto. O eixo da questão, porém, é a assistência humanizada: barreira linguística e ansiedade não autorizam pular a explicação, ao contrário, exigem linguagem acessível, checagem de compreensão e, sempre que possível, apoio de intérprete, com consentimento obtido antes do procedimento, porque comunicação e autonomia integram a técnica e não são acessório. A alternativa A erra porque laceração com acometimento muscular e sangramento não se resolve de forma expectante; conduta conservadora só se aceita em lesões de primeiro grau, com bordas coaptadas e sem sangramento. B inverte a ordem sem justificativa: a paciente está hemodinamicamente estável e há tempo para informar antes de intervir. D é desproporcional, pois centro cirúrgico e anestesia geral se reservam a lacerações de terceiro e quarto graus ou a reparos complexos, e sedar a paciente para contornar a dificuldade de comunicação é o oposto de humanizar. Resposta C

QUESTÃO 20 — 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 nexos causais 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. ÁREA LIVRE 5 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso sobrepõe vigilância em saúde do trabalhador e vigilância em saúde ambiental: uma fonte poluidora fixa no território adoece tanto os trabalhadores expostos quanto a população vizinha, problema que ultrapassa a governabilidade isolada da equipe de Saúde da Família. A intervenção adequada é acionar os setores da Vigilância em Saúde, ambiental, sanitária e do trabalhador, e sustentar o papel da equipe naquilo que lhe cabe: identificar e notificar os casos, produzir o diagnóstico do território e apoiar as ações pactuadas intersetorialmente, inclusive com Cerest, meio ambiente e demais órgãos. A alternativa A inverte a lógica, porque agravo relacionado ao trabalho se notifica no Sinan a partir da suspeita, não depois de comprovar nexos causal, e notificar, por si só, não é a proposta de prevenção que a questão pede. B reduz o problema ao atendimento individual, transfere ao morador, por meio de máscara, a responsabilidade sobre um risco ambiental coletivo e explicita a recusa à articulação intersetorial, que é exatamente o instrumento indicado. D confunde atribuições: exames admissionais e periódicos integram o PCMSO, de responsabilidade do empregador, não removem a exposição e nada oferecem aos moradores que não trabalham na fábrica. Resposta C

QUESTÃO 21 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta pede o desenho capaz de estabelecer associação entre exposição ocupacional e desfecho acompanhando o tempo, e a expressão ao longo dos anos é a pista. A coorte parte de grupos definidos pela exposição, no caso o tipo de atividade laboral no polo têxtil, todos livres do desfecho no início, e os segue para medir a incidência de dor lombar, o que permite calcular risco relativo e, principalmente, garantir a temporalidade entre exposição e doença, critério central de causalidade. O estudo ecológico trabalha com dados agregados por grupo populacional, não individuais, e está sujeito à falácia ecológica, sem permitir inferência sobre o trabalhador. O transversal fotografa exposição e desfecho no mesmo instante: mede prevalência e é útil para dimensionar o problema, mas não distingue o que veio antes, limitação agravada na dor lombar, condição que pode fazer o trabalhador mudar de função e gerar causalidade reversa. O ensaio clínico exigiria que o pesquisador alocasse a exposição de risco, o que é inviável e eticamente inaceitável quando a exposição é nociva. Resposta C

QUESTÃO 22 — 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 recaptação 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 recaptação 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com episódio depressivo maior de três meses e tentativa de suicídio planejada, portanto ainda sob risco elevado, pedindo sigilo aos pais. O sigilo é regra e vale também para o adolescente, mas cede diante de justa causa: risco iminente de morte para o próprio paciente é a exceção prevista no Código de Ética Médica, que autoriza a revelação aos representantes legais quando o menor não tem condições de discernir o próprio melhor interesse, dever de proteção reforçado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A conduta, então, é informar os pais sobre a tentativa e sobre a real gravidade do risco, de preferência comunicando ao paciente que isso será feito e por quê, e em seguida definir o seguimento, avaliando se existe rede familiar capaz de vigilância domiciliar contínua, retirada de meios letais e acompanhamento próximo, ou se a gravidade impõe hospitalização. As alternativas A e D mantêm o sigilo diante de risco de morte, o que é falha ética e assistencial, e D ainda erra ao propor internação compulsória, modalidade determinada por ordem judicial na Lei 10.216, quando o cabível seria a voluntária ou, na recusa, a involuntária a pedido do responsável. B quebra o sigilo pela metade e mente sobre a natureza do evento, o que é insustentável e impede justamente o objetivo da comunicação, que é permitir à família proteger o adolescente. Resposta C

QUESTÃO 23 — 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

Duas aferições em consultas distintas, com técnica adequada, de 150x92 e 154x96 mmHg, fecham o diagnóstico de hipertensão arterial estágio 1 em consultório, sem necessidade de exame adicional para confirmação. Pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério da Saúde de 2025, referência explicitada no enunciado, o plano terapêutico individual combina obrigatoriamente as medidas não farmacológicas, ou seja, redução do sódio, controle de peso, atividade física regular, moderação do álcool e cessação do tabagismo, com o anti-hipertensivo apropriado ao estágio da doença, já na abordagem inicial e não em etapas sucessivas. A alternativa A erra porque MAPA se reserva à dúvida diagnóstica, à suspeita de hipertensão do avental branco ou mascarada, e aqui as medidas de consultório são repetidas e concordantes. C, pelo mesmo motivo, usa a monitorização residencial para reconfirmar o que já está confirmado e posterga a conduta. D oferece apenas mudanças de estilo de vida e adia o medicamento, contrariando a recomendação do protocolo. Vale a ressalva de que o ponto é discutível, pois outras diretrizes admitem período de três a seis meses de medidas não farmacológicas isoladas no estágio 1 de baixo risco, mas a questão fixa o PCDT de 2025 como parâmetro. Resposta B

QUESTÃO 24 — 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 6 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido que não eliminou mecônio nas primeiras 24 a 48 horas e evolui com vômitos biliosos em jato, distensão abdominal progressiva, abdome tenso com defesa e saída explosiva de fezes fétidas ao toque retal, com ampola vazia: o conjunto é doença de Hirschsprung, o megacólon congênito, por aganglionose dos plexos mientérico e submucoso do segmento distal. A complicação grave que explica a taquicardia de 188 bpm, a gemência, a cianose, a saturação de 89% e o enchimento capilar de 4 a 5 segundos é a enterocolite associada à doença de Hirschsprung, principal causa de morte nesses pacientes, decorrente de estase, supercrescimento bacteriano e translocação. O sinal do jato ao toque retal é o achado semiológico clássico da doença. O íleo meconial obstrui o íleo terminal por mecônio espesso no contexto de fibrose cística, cursa com massas palpáveis e microcólon ao enema e não produz descompressão explosiva ao toque. A má rotação com volvo de intestino médio dá vômito bilioso agudo e catastrófico, geralmente em criança que eliminou mecônio normalmente, com abdome pouco distendido no início e sangramento por isquemia. A síndrome do tampão meconial resolve após a eliminação do tampão, com boa evolução, e pode inclusive ser a apresentação inicial de Hirschsprung, mas não explica o quadro séptico e a enterocolite descritos. Resposta C

QUESTÃO 25 — 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

Epistaxe anterior em hipertenso, com ponto de sangramento identificado no septo anterior (área de Little, plexo de Kiesselbach), paciente hemodinamicamente estável e com via aérea pervia: é o cenário clássico de manejo conservador escalonado. A primeira linha é a compressão digital firme das asas nasais contra o septo por 10 a 15 minutos ininterruptos, com o paciente sentado e o tronco inclinado para a frente, associada a vasoconstritor tópico (oximetazolina, fenilefrina ou adrenalina diluída em algodão), que reduz o fluxo local e resolve a maioria dos casos. Só se o sangramento persistir é que se escalone para cauterização química ou elétrica do ponto e, depois, para tamponamento anterior. A hiperextensão cervical é exatamente o oposto do recomendado, porque favorece a deglutição do sangue, vômitos e broncoaspiração, e o corticoide tópico não tem qualquer efeito hemostático no quadro agudo. O tamponamento posterior com sonda de Foley é reservado à epistaxe posterior, quando não se identifica o foco anterior e as medidas anteriores falharam. A ligadura cirúrgica da artéria esfenopalatina é recurso de exceção, indicado apenas na epistaxe refratária a tamponamento adequado. Vale como medida coadjuvante o controle da pressão arterial e a revisão da adesão ao anti-hipertensivo. Resposta C

QUESTÃO 26 — 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 vazão sacral e promover a adução do ombro anterior.
- D. Realizar episiotomia medio-lateral ampla. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

A retração da cabeça fetal contra o períneo logo após o desprendimento, sem progressão dos ombros, é o sinal da tartaruga, patognomônico de distócia de ombro: o ombro anterior fica impactado atrás da sínfise púbica. Trata-se de emergência obstétrica imprevisível, e a sequência de manejo começa sempre pelas manobras externas, mais simples e de menor morbidade. A conduta inicial é a manobra de McRoberts, que consiste em hiperflexionar as coxas sobre o abdome materno, retificando a lordose lombossacra e horizontalizando a sínfise púbica; isoladamente ou combinada à pressão suprapúbica (manobra de Rubin I), resolve a maioria dos casos. Tração forte e continuada no polo cefálico e pressão no fundo uterino (manobra de Kristeller) são formalmente proscritas: aumentam a impactação do ombro e respondem pela lesão do plexo braquial, fratura de clavícula e úmero e risco de rotura uterina. A adução do ombro por via interna, pelo vazio sacral, é manobra de segunda linha, executada apenas se as externas falharem. A episiotomia amplia o canal de partes moles, mas a distócia de ombro é obstrução óssea, e não perineal, de modo que ela não resolve o quadro, servindo no máximo para dar espaço às manobras internas. Resposta A

QUESTÃO 27 — 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 7 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com disúria, polaciúria, febre alta, calafrios, vômitos e Giordano positivo tem pielonefrite aguda, e o exame de urina com nitrito positivo e piúria confirma a infecção. O que define a conduta, porém, é a gravidade: PA 89 x 52 mmHg, FC 104 bpm e FR 22 irpm caracterizam sepse de foco urinário (dois pontos de qSOFA, com hipotensão e taquipneia), o que impõe antibiótico parenteral de amplo espectro na primeira hora, ressuscitação volêmica com cristalóide, antipirético e transferência imediata para o hospital de referência, ainda mais tratando-se de UBS rural a 100 km da sede. É exatamente o que descreve a alternativa correta: não se retarda o antibiótico esperando a transferência. A nitrofurantoína é erro grave, pois não atinge concentração terapêutica no parênquima renal nem no sangue, servindo apenas para cistite não complicada, e ainda posterga o tratamento sistêmico. Manter a paciente na UBS recebendo ceftriaxona por cinco dias com hidratação oral ignora que há instabilidade hemodinâmica e vômitos, situação que exige suporte hospitalar e acesso venoso. Sulfametoxazol com trimetoprima por via oral também é inadequado: além da alta resistência de *E. coli* a esse esquema, a paciente vomita e não pode ser acompanhada ambulatorialmente em vigência de sepse. Resposta A

QUESTÃO 28 — 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 de vigilância usado para doenças de comportamento sazonal como a dengue. Ele é construído com a série histórica dos últimos anos, em geral os últimos dez, excluídos os anos epidêmicos, calculando-se para cada semana ou mês a mediana e os limites superior e inferior esperados, o chamado canal endêmico; sobre esse canal se plota a incidência do ano em análise. A interpretação é objetiva: enquanto a curva do ano corrente se mantém dentro da faixa esperada, a situação é de endemidade, isto é, a doença circula no nível historicamente habitual daquele território; epidemia só se declara quando a incidência ultrapassa o limite superior do canal. Foi essa a conclusão do gabarito para o território adscrito em 2025. Dizer que houve epidemia ou surto em um intervalo específico de semanas exigiria que a curva cruzasse o limite superior, o que não se sustenta na leitura oficial do diagrama. E a informação de que 13 dos 32 distritos sanitários do município tiveram surto não pode ser transportada para a população adscrita: é justamente para evitar essa extrapolação, uma falácia ecológica, que cada equipe constrói o diagrama do seu próprio território. Resposta B

QUESTÃO 29 — 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

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a monitorização de segurança do uso crônico de antidepressivo tricíclico. A amitriptilina em dose alta e por mais de dez anos preocupa sobretudo pela cardiotoxicidade, decorrente do bloqueio de canais de sódio e potássio: alargamento do QRS, prolongamento do intervalo QT e distúrbios de condução, com risco de arritmia ventricular. Por isso o eletrocardiograma é o exame central do seguimento, especialmente acima dos 50 anos, e ganha ainda mais peso quando associado à dosagem de potássio, já que a hipocalcemia potencializa o prolongamento do QT. Somam-se a creatinina, que estima a função de excreção e orienta ajuste de dose no idoso, e as transaminases, porque o fármaco tem metabolismo hepático e pode causar elevação enzimática e hepatotoxicidade. Lipidograma, TSH e ultrassonografia de abdome não fazem parte do monitoramento de tricíclicos, sendo mais típicos do seguimento de lítio ou de antipsicóticos de segunda geração. A opção que dispensa o eletrocardiograma abre mão justamente do exame que detecta o efeito adverso mais temido. E o arranjo que acrescenta radiografia de tórax e perfil lipídico, além de pedir exames sem indicação, deixa de fora creatinina e transaminases. Resposta A

QUESTÃO 30 — 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. Suspendar 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

Adolescente com exantema maculopapular pruriginoso, difuso e simétrico, poupando palmas e plantas, iniciado uma semana após a introdução de ibuprofeno, sem febre, sem acometimento de mucosas, sem adenomegalia e com hemograma e transaminases normais: é o exantema maculopapular por fármaco, reação de hipersensibilidade tardia mediada por células T, que costuma surgir entre 4 e 14 dias do início da droga. Não há critérios de DRESS, que exigiria eosinofilia, linfócitos atípicos, adenomegalia, febre e disfunção orgânica, nem de síndrome de Stevens-Johnson, que cursa com lesões em alvo atípicas, erosões de mucosa e descolamento cutâneo. O tratamento, portanto, é a suspensão imediata do fármaco suspeito, medida terapêutica principal, associada a anti-histamínico oral para o prurido, com orientação de retorno se surgirem sinais de gravidade. Corticoide sistêmico fica reservado a quadros extensos, refratários ou com sinais de gravidade, e reavaliar em cinco dias sem retirar o ibuprofeno perpetuaria a exposição. Testes cutâneos de contato investigam dermatite de contato alérgica e não reação sistêmica a medicamento, além de não terem lugar na fase aguda. Aciclovir e permanganato de potássio pressupõem quadro vesicobolhoso ou varicela, ausentes aqui. Resposta B

QUESTÃO 31 — 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. 8

CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Quatro crianças da mesma escola com febre, fadiga, náuseas e icterícia, com IgM anti-HAV reagente, após transbordamento de esgoto na via: é surto de hepatite A, doença de transmissão fecal-oral e de notificação compulsória. Diante de agregação de casos no tempo e no espaço com nexos epidemiológico definido, o dever da equipe é notificar imediatamente o surto à vigilância epidemiológica e desencadear a investigação, com busca ativa de sintomáticos na escola e nos domicílios, além de medidas de saneamento, higiene das mãos, avaliação da água e dos alimentos e verificação da situação vacinal. Isolamento hospitalar não se aplica: a hepatite A na infância é habitualmente autolimitada e de manejo domiciliar, e a maior transmissibilidade ocorre nas duas semanas que antecedem a icterícia, de modo que internar os casos já ictericos não interrompe cadeia alguma. Imunoglobulina humana não é indicada de forma indiscriminada a contatos; no Brasil a profilaxia pós-exposição preferencial é a vacina, ficando a imunoglobulina restrita a grupos específicos, como menores de um ano, imunossuprimidos, hepatopatas crônicos e quem tenha contraindicação à vacina. Suspender a escola por 45 dias é desproporcional, pois o afastamento recomendado do caso é de cerca de uma a duas semanas após o início da icterícia. Resposta B

QUESTÃO 32 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica progressiva, vômitos, febre e taquicardia no décimo dia de pós-operatório de gastrectomia vertical, com leucocitose de 14.800 e PCR de 36, apontam para a complicação mais temida da cirurgia: a fístula da linha de grampeamento, tipicamente próxima ao ângulo de His, que costuma se manifestar entre o quinto e o décimo quinto dia e evolui com coleção ou abscesso subfrênico. Como a paciente está estável, sem irritação peritoneal, o passo seguinte é documentar a complicação com tomografia computadorizada do abdome com contraste oral e venoso, exame que identifica extravasamento, coleções, pneumoperitônio tardio e ainda avalia trombose e outras causas, orientando de imediato a possibilidade de drenagem percutânea. A endoscopia digestiva alta não é o exame inicial nessa suspeita, pois insufla a câmara gástrica sob pressão e não enxerga o compartimento extraluminal, tendo papel sobretudo terapêutico depois de a fístula estar caracterizada. Dar alta após hidratação e antibiótico é inaceitável em paciente febril, taquicárdica e com resposta inflamatória franca, com risco de evolução para sepse. Laparotomia de urgência se justificaria diante de peritonite difusa ou instabilidade hemodinâmica, o que não é o caso, e submeteria a paciente a reintervenção evitável. Resposta B

QUESTÃO 33 — 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 pede o fator de risco para hemorragia pós-parto presente nesta gestante, segundo a estratificação recomendada pelo Ministério da Saúde. O dado decisivo está nas medidas antropométricas: com 93 kg e 1,60 m, o IMC é de aproximadamente 36,3 kg/m², ou seja, obesidade com IMC acima de 35, item expressamente listado entre os fatores de risco para hemorragia pós-parto. A justificativa fisiopatológica é a maior dificuldade de avaliação e de contração uterina, a sobredistensão relativa, a maior prevalência de trabalho de parto disfuncional e o risco aumentado de atonia, causa de cerca de 70% das hemorragias pós-parto. A idade de 37 anos não classifica risco na estratificação, que utiliza como corte a idade materna a partir de 40 anos. Dois partos vaginais prévios sem intercorrências não caracterizam grande multiparidade, condição considerada apenas com número maior de partos anteriores, e a boa evolução obstétrica prévia é, ao contrário, elemento tranquilizador. A bolsa rota isolada, sem trabalho de parto prolongado, febre ou corioamnionite, também não configura fator de risco; o que pesa é a infecção intra-amniótica, ausente aqui, assim como não há sinais de macrossomia ou polidrâmnio, já que a altura uterina de 33 cm é compatível com 37 semanas. Resposta D

QUESTÃO 34 — 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

Gestante com teste rápido reagente para sífilis: nesse grupo, o Ministério da Saúde determina que o tratamento seja iniciado imediatamente com penicilina benzatina, sem aguardar o resultado do teste não treponêmico, porque cada dia de atraso aumenta o risco de sífilis congênita e o tratamento adequado precisa ser completado até 30 dias antes do parto. O VDRL é solicitado no mesmo momento, mas com finalidade de titulação e seguimento, não como condição para tratar. O segundo eixo da resposta é o manejo das parcerias sexuais: elas devem ser testadas e tratadas, e a convocação é responsabilidade do serviço de saúde, que oferece apoio à comunicação de parcerias, resguardando o sigilo e sem transferir esse encargo à gestante, medida que reduz constrangimento, violência doméstica e reinfecção. Entregar a prescrição para que a própria paciente comunique e medique os parceiros descumpra essa lógica e ainda prescreve a quem não foi avaliado clinicamente. Solicitar VDRL para só então tratar posterga o tratamento em gestante, exatamente o que a diretriz proíbe. Pedir FTA-Abs da gestante e das parcerias como pré-requisito diagnóstico agrava o atraso e desconhece que o teste treponêmico permanece reagente por toda a vida, não servindo para decidir o momento de tratar. Resposta B

QUESTÃO 35 — 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 testa a distinção entre indicadores epidemiológicos que costumam ser confundidos. Letalidade é a proporção de óbitos entre os doentes de determinada condição, isto é, óbitos divididos pelo número de casos daquela doença, multiplicado por 100; o denominador são os casos, e não a população. Mortalidade, por outro lado, usa a população total como denominador, e incidência mede casos novos por população em risco. Aplicando a fórmula da letalidade a cada tipo: estômago, 5 óbitos em 10 casos, 50%; colorretal, 7 em 21, 33,3%; próstata, 6 em 30, 20%; mama, 4 em 40, 10%. O câncer de estômago apresenta, portanto, a maior letalidade, coerente com o diagnóstico habitualmente tardio e o pior prognóstico dessa neoplasia. O colorretal é a pegadinha da questão: tem o maior número absoluto de óbitos entre os casos novos, 7, mas número absoluto não é indicador, e sua letalidade é inferior à do estômago. Mama e próstata, apesar de mais frequentes e de responderem por parcela relevante dos óbitos do município, têm letalidade baixa, o que reflete melhor sobrevida e maior detecção precoce. Resposta B

QUESTÃO 36 — 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 9 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 4 anos com perda urinária apenas noturna, uma a duas vezes por semana, sono profundo, controle diurno já adquirido, exame físico e neurológico normais, urina tipo I e urocultura sem alterações, glicemia normal e ultrassonografia de rins e vias urinárias normal. O ponto da questão é etário: pelos critérios da International Children Continence Society e do DSM-5, o diagnóstico de enurese só pode ser firmado a partir dos 5 anos de idade, quando se espera que a maturação do controle noturno esteja completa. Antes disso, escapes noturnos ocasionais são variação normal do desenvolvimento, sobretudo em criança com sono profundo, e a conduta é orientação aos pais, medidas comportamentais simples e acompanhamento, sem rotular nem medicar. Micção disfuncional ou bexiga neurogênica exigiria sintomas diurnos, manobras de contenção, jato entrecortado, infecções urinárias de repetição ou alterações no exame neurológico e na ultrassonografia, tudo ausente. Enurese noturna secundária pressupõe, além da idade mínima, um período prévio de pelo menos seis meses de noites secas, o que a criança nunca teve. Bexiga hiperativa cursa com urgência, polaciúria e incontinência diurna, sintomas expressamente negados no enunciado. Resposta A

QUESTÃO 37 — 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 esteroidal 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 o de uma arbovirose em fase subaguda: febre alta de curta duração seguida, após a defervescência, de poliartrite simétrica e persistente de punhos e tornozelos, com PCR discretamente elevada e sem exantema, sangramento ou plaquetopenia. Esse padrão bifásico, com artralgia/artrite incapacitante que se prolonga por semanas, é a assinatura clínica da chikungunya. A escolha do exame depende do tempo de doença: o paciente está no 18º dia de evolução, ou seja, muito além da janela de viremia. A sorologia IgM para chikungunya torna-se positiva a partir do quinto ao sétimo dia de sintomas e permanece detectável por semanas a meses, sendo o método de confirmação recomendado nessa fase tardia. O antígeno NS1 é específico da dengue e só tem sensibilidade útil até cerca do quinto dia de febre, além de não explicar a artrite persistente. O RT-PCR para Zika detecta RNA viral apenas durante a viremia, aproximadamente nos primeiros cinco a sete dias em sangue, e o quadro não tem conjuntivite, exantema pruriginoso ou febre baixa característicos. A febre amarela cursa com síndrome febril ictero-hemorrágica, com elevação de transaminases e disfunção hepatorrenal, ausentes aqui, e não se confirma por ELISA de antígeno na prática assistencial. Resposta C

QUESTÃO 38 — 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

A vinheta descreve uma criança com febre alta prolongada, exantema maculopapular, hiperemia conjuntival não purulenta, sintomas gastrointestinais proeminentes e, sobretudo, choque com disfunção miocárdica: enchimento capilar de 4 segundos, pulsos finos, hipotensão abaixo do percentil 5 e ritmo de galope, quatro semanas após infecção documentada por SARS-CoV-2. Esse conjunto preenche a definição de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica: idade menor de 21 anos, febre por três ou mais dias, acometimento de dois ou mais sistemas (mucocutâneo, cardiovascular e gastrointestinal), marcadores inflamatórios elevados, evidência de infecção ou exposição recente ao coronavírus e exclusão de outra causa. O comprometimento cardiovascular precoce com choque e o predomínio de sintomas abdominais em escolar maior são justamente os traços que separam a SIM-P da doença de Kawasaki clássica, que acomete tipicamente lactentes e pré-escolares abaixo de 5 anos, evolui sem choque na maioria dos casos e exige critérios mucocutâneos completos, não descritos aqui. Pneumonia bacteriana secundária não explica exantema, conjuntivite e disfunção miocárdica, e a ausculta pulmonar não sustenta foco. Apendicite aguda é afastada pela descompressão brusca negativa e, principalmente, porque não produz exantema, conjuntivite e ritmo de galope. Resposta D

QUESTÃO 39 — 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 10
CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de trauma abdominal fechado com choque hemorrágico: taquicardia, hipotensão, pele fria e enchimento capilar lentificado, com FAST positivo mostrando líquido livre em janela subdiafragmática esquerda, compatível com lesão esplênica em paciente com escoriação no quadrante superior esquerdo. O ponto decisivo é a resposta à reanimação volêmica: a pressão sobe apenas de 75x45 para 80x50 mmHg e a frequência cardíaca permanece em 131 bpm, caracterizando respondedor transitório ou não respondedor. Pelo ATLS, instabilidade hemodinâmica somada a FAST positivo é indicação de controle cirúrgico imediato do sangramento, e o ácido tranexâmico deve ser administrado dentro das três primeiras horas do trauma, o que se aplica a este paciente com 50 minutos de evolução. A tomografia com contraste exige paciente hemodinamicamente estável, pois transportar um doente em choque para o tomógrafo custa tempo e vida. Insistir em cristaloides e repetir o FAST em 30 minutos apenas agrava a tríade letal de hipotermia, acidose e coagulopatia, sem tratar a fonte do sangramento. O lavado peritoneal diagnóstico é redundante quando o FAST já é positivo, servindo hoje apenas em cenários de indisponibilidade de ultrassom ou FAST indeterminado.

Resposta D

QUESTÃO 40 — 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

A questão cobra a leitura do partograma de uma primigesta de baixo risco, a termo, em trabalho de parto espontâneo, e a conduta diante da percepção materna de que a evolução está lenta. As diretrizes do Ministério da Saúde para a assistência ao parto normal reconhecem que a fase ativa tem grande variabilidade individual e que velocidades de dilatação inferiores à antiga regra de 1 cm por hora são compatíveis com evolução fisiológica, desde que haja progressão da dilatação e da descida, contratilidade adequada e vitalidade fetal preservada, sem sinais de parada real de progressão nem alterações da linha de ação. Nesse cenário, a conduta correta é acolher a ansiedade do casal, informar sobre o curso esperado do trabalho de parto, oferecer suporte contínuo e métodos não farmacológicos de alívio da dor, e manter observação com reavaliações periódicas. A amniotomia de rotina não é recomendada porque não encurta de forma clinicamente relevante o trabalho de parto e aumenta intervenções subsequentes. A ocitocina de rotina, sem diagnóstico de distocia, expõe a gestante a taquissístolia e sofrimento fetal sem benefício comprovado. A cesárea, sem indicação obstétrica formal e sem parada de progressão caracterizada, seria intervenção desnecessária e de maior morbidade. Resposta D

QUESTÃO 41 — 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

O caso é de iatrogenia medicamentosa em idosa: sonolência diurna, tontura e instabilidade postural em mulher de 78 anos, com doença renal crônica estágio 3a, sem qualquer sinal de descompensação das doenças de base, usando simultaneamente amitriptilina e zolpidem. Os Critérios de Beers classificam ambos como medicamentos potencialmente inapropriados nessa faixa etária: a amitriptilina é antidepressivo tricíclico de alta carga anticolinérgica e sedativa, associada a hipotensão ortostática, confusão e quedas, e o zolpidem, mesmo sendo hipnótico de meia-vida curta, aumenta comprovadamente risco de quedas, fraturas e alterações cognitivas, sem ganho relevante de qualidade do sono. A conduta correta é a desprescrição gradual dos dois, com retirada escalonada para evitar insônia rebote e sintomas de retirada, associada a higiene do sono e terapia cognitivo-comportamental para insônia. Reduzir a amitriptilina e apenas trocar por outro hipnótico sedativo mantém exatamente a classe farmacológica que está causando o problema. Manter a prescrição atual ignora que os sintomas são efeito adverso, e não descompensação clínica. Suspender losartana e hidroclorotiazida de forma indiscriminada retira o tratamento anti-hipertensivo e o benefício nefroprotetor do bloqueador do receptor de angiotensina na doença renal crônica, sem atacar a causa mais provável dos sintomas. Resposta D

QUESTÃO 42 — 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. ÁREA LIVRE 11 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata das regras do Tratamento Fora do Domicílio no SUS, disciplinado pela Portaria SAS/MS nº 55/1999, aplicadas a uma paciente que precisa de terapia oncológica indisponível no seu município e será deslocada em seis ciclos com permanência de cinco dias. A norma prevê expressamente a possibilidade de custeio de acompanhante, incluindo transporte, diária e ajuda de custo, quando houver indicação do médico assistente registrada no laudo de TFD; a indicação clínica é o documento que autoriza o benefício, sem exigência de perícia médica ou de laudo de incapacidade de locomoção. Portanto, a negativa da gestora carece de amparo legal, já que existe justificativa médica formalizada pela debilidade esperada com quimioterapia e radioterapia e pelo primeiro deslocamento. A alternativa que condiciona o acompanhante a menoridade, idade avançada ou incapacidade pericial cria requisito que a norma não estabelece. Condicionar a ajuda de custo do acompanhante à comprovação de necessidade econômica também não encontra respaldo, pois o benefício segue a mesma lógica concedida ao paciente. E o questionamento do próprio TFD não procede: o encaminhamento se justifica pela indisponibilidade do procedimento no município de residência, e a regra de distância mínima intermunicipal é de 50 km, patamar amplamente superado pelos 130 km do caso. Resposta C

QUESTÃO 43 — 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

A vinheta mostra depressão refratária ao tratamento adequado por 12 semanas, mas com um conjunto de pistas somáticas que apontam para causa orgânica: fadiga intensa, ganho de peso, ressecamento da pele, constipação intestinal, irregularidade menstrual e frequência cardíaca em 64 bpm em mulher de 42 anos. Esse é o quadro clássico de hipotireoidismo primário, que mimetiza transtorno depressivo maior e responde mal a antidepressivo enquanto a disfunção tireoidiana não é corrigida. A investigação inicial correta é a dosagem de hormônio estimulante da tireoide, o exame mais sensível para disfunção primária, complementada pela tiroxina livre para caracterizar hipotireoidismo franco ou subclínico. Fator antinuclear, antiproteína P ribossomal e anti-Smith investigam lúpus eritematoso sistêmico e manifestações neuropsiquiátricas lúpicas, hipótese que exigiria artrite, lesões cutâneas fotossensíveis, serosite ou alterações hematológicas e renais, ausentes na vinheta. Cortisol salivar noturno e ACTH plasmático rastreiam síndrome de Cushing, que cursaria com obesidade central, estrias violáceas, fragilidade capilar, hipertensão e hiperglicemia, incompatíveis com PA 110x80 mmHg e glicemia capilar de 98 mg/dL. A pesquisa de anticorpo antitreponêmico buscaria sífilis tardia ou neurosífilis, cenário sem qualquer sustentação epidemiológica ou clínica aqui. Resposta B

QUESTÃO 44 — 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 os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias para migrânea com aura: sintomas visuais positivos totalmente reversíveis com cerca de 30 minutos de duração precedendo a dor, que é unilateral, pulsátil, de intensidade moderada a forte, com 8 a 24 horas de duração e acompanhada de fotofobia, fonofobia, náuseas e vômitos. Com dois a três episódios mensais, até 10 dias de dor por mês, prejuízo funcional e uso crescente de analgésicos, há indicação formal de profilaxia contínua, também para prevenir cefaleia por uso excessivo de medicação. A amitriptilina 25 mg ao dia é escolha de primeira linha nesse perfil, com eficácia estabelecida na migrânea e vantagem adicional de tratar a insônia frequente relatada pela paciente. O propranolol, embora seja profilático de primeira linha na migrânea, é betabloqueador não seletivo e está contraindicado pela história de asma com crises eventuais de broncoespasmo. O ibuprofeno é anti-inflamatório de uso sintomático; tomado diariamente, aumentaria o risco de cefaleia por uso excessivo de analgésicos, exatamente o que a paciente teme. O sumatriptano é tratamento abortivo da crise, indicado no início da dor, e jamais deve ser usado de forma contínua e diária como profilaxia. Resposta D

QUESTÃO 45 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O relato descreve episódios de início abrupto durante o sono, com choro, grito e sudorese profusa, duração de poucos minutos, ausência de resposta aos chamados, retorno imediato ao sono profundo e amnésia completa do evento na manhã seguinte, em criança de 8 anos hígida e com bom desempenho escolar e social. Esse conjunto define terror noturno, parassonia de despertar do sono não REM, típica do estágio de sono de ondas lentas e, portanto, concentrada no primeiro terço da noite, marcada por intensa descarga autonômica com taquicardia, sudorese e midríase, além de não responsividade e amnésia do episódio. É condição benigna e autolimitada na infância, cujo manejo é orientação aos pais, higiene do sono e medidas de segurança, sem necessidade de fármacos. O sonambulismo é parassonia do mesmo grupo, mas caracteriza-se por deambulação e comportamentos motores complexos com os olhos abertos, o que a mãe não descreve. A insônia de manutenção implica despertares com dificuldade de retomar o sono e consciência do episódio, incompatível com o retorno imediato ao sono profundo e com a amnésia. O transtorno de pesadelos ocorre no sono REM, no último terço da noite, e a criança desperta plenamente orientada e com lembrança vívida do conteúdo onírico. Resposta C

QUESTÃO 46 — 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 paciente apresenta quadro de início agudo e curso flutuante, com desatenção, agitação psicomotora alternada com apatia e discurso desconexo, seis horas após admissão por fratura de colo de fêmur, com tomografia de crânio normal: é delírium de subtipo misto na idosa. A questão pede o fator precipitante, ou seja, o gatilho agudo e potencialmente reversível, e a vineta o entrega explicitamente ao registrar dor significativa no quadril, exacerbada à mobilização, persistente a despeito de dipirona endovenosa. Dor não controlada é um dos precipitantes mais frequentes e mais negligenciados de delírium no idoso hospitalizado, e sua analgesia adequada, preferencialmente com estratégia multimodal e evitando psicotrópicos delirigênicos, é parte central do tratamento. As comorbidades prévias, a idade de 88 anos e o próprio quadro cirúrgico são fatores predisponentes, que aumentam a vulnerabilidade basal, mas não constituem o gatilho agudo perguntado. A hipoxemia não se sustenta com saturação de 94% em ar ambiente e ausculta cardiopulmonar normal. A hipoglicemia está descartada pela glicemia capilar de 120 mg/dL, e os demais sinais vitais, incluindo temperatura de 36,5 °C, afastam infecção como precipitante evidente. Resposta C

QUESTÃO 47 — 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 12 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o limiar diagnóstico da bacteriúria assintomática na gestação, rastreada de rotina no pré-natal justamente por sua associação com pielonefrite, prematuridade e baixo peso ao nascer. O diagnóstico exige urocultura com crescimento de um único germe em contagem igual ou superior a 100.000 UFC/mL em gestante sem sintomas urinários. Aqui a contagem é de 30.000 UFC/mL, portanto abaixo do ponto de corte, e o EAS é essencialmente normal: nitrito negativo, leucócitos 4 por campo dentro da referência, hemácias normais e apenas traços de proteína, sem qualquer evidência de piúria. Somando-se a ausência total de disúria, urgência, dor suprapúbica ou lombar e febre, não se caracteriza infecção urinária. Assim, embora a urocultura seja um resultado alterado por não ser estéril, a conduta é seguir o acompanhamento pré-natal habitual, sem antibiótico. Iniciar tratamento imediato como bacteriúria assintomática seria antibioticoterapia sem critério diagnóstico preenchido, com exposição fetal desnecessária e pressão seletiva de resistência. Rotular como cistite aguda subclínica é criar diagnóstico sem sintomas e sem piúria. Considerar contaminação e repetir a coleta também não se justifica, pois a amostra mostra raras células epiteliais e crescimento monomicrobiano, e não o padrão polimicrobiano típico de contaminação. Resposta D

QUESTÃO 48 — 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

A vinheta descreve lesão pruriginosa no pé de uma mulher de 32 anos, iniciada no espaço entre o terceiro e o quarto pododáctilos e com extensão progressiva até o dorso do pé ao longo de três semanas. O dado semiológico que decide a questão é justamente a migração da lesão a partir do ponto de penetração, característica da larva migrans cutânea, o popular bicho geográfico, causada pela penetração transcutânea de larvas de ancilostomídeos de cães e gatos, sobretudo Ancylostoma braziliense, adquiridas em contato com areia ou solo contaminado por fezes. O prurido intenso e o trajeto que avança alguns milímetros a centímetros por dia compõem o quadro, cujo tratamento é anti-helmíntico com albendazol ou ivermectina. A Tunga penetrans causa tungíase, com lesão nodular esbranquiçada fixa e ponto central escuro, tipicamente periungueal e sem deslocamento pela pele. O Sarcoptes scabiei produz escabiose, com prurido de predomínio noturno, lesões disseminadas em punhos, interdígitos das mãos, axilas e região genital, e história de contactantes acometidos, elementos ausentes aqui. O Trichophyton rubrum causa tinea pedis, que cursa com descamação, maceração e fissura interdigital de evolução crônica, sem lesão linear que migra progressivamente. Resposta B

QUESTÃO 49 — 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

Trata-se de óbito por causa externa (queda de altura com traumatismo cranioencefálico grave) em trabalhador durante a jornada, e a questão cobra a separação entre três documentos distintos. Morte violenta, mesmo quando assistida na unidade, exige encaminhamento do corpo ao Instituto Médico Legal: a necropsia médico-legal e a emissão da declaração de óbito cabem ao perito, e não ao médico assistente. Em paralelo, acidente de trabalho grave ou fatal é agravo de notificação compulsória imediata pelo serviço de saúde ao Sinan, com finalidade de vigilância epidemiológica. E a comunicação de acidente de trabalho (CAT) é obrigação do empregador junto à Previdência Social, com registro imediato quando há óbito, cabendo ao médico orientar a empresa. A alternativa A erra duas vezes: o assistente não emite a declaração de óbito em morte por causa externa e a declaração não substitui a notificação epidemiológica. A alternativa B atribui ao IML funções que não são dele: o instituto emite a declaração de óbito, mas não notifica ao Sinan nem registra a CAT. A alternativa C mantém o erro de preenchimento da declaração pelo assistente e confunde documentos de finalidades diferentes, já que a notificação ao Sinan é vigilância em saúde e a CAT é instrumento previdenciário, sendo uma independente da outra. Resposta D

QUESTÃO 50 — 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 13 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de intoxicação por lítio precipitada por interação medicamentosa. A introdução recente de hidroclorotiazida reduz a depuração renal do lítio: a natriurese distal induzida pelo tiazídico aumenta a reabsorção proximal de sódio e, junto com ele, de lítio, que compete pelo mesmo transporte. A desidratação constatada ao exame agrava ainda mais esse mecanismo. A neurotoxicidade está clara na tríade tremor grosseiro de extremidades, ataxia de marcha e alteração do conteúdo do discurso, instalada em dias. A medida terapêutica imediata é suspender o carbonato de lítio (e o diurético), hidratar com solução salina isotônica e dosar a litemia, reservando hemodiálise para níveis muito elevados, insuficiência renal ou neurotoxicidade grave. A alternativa A não se aplica: carvão ativado não adsorve lítio, que é um cátion, e o quadro é subagudo, muito além da janela de descontaminação. A alternativa B não explica nada do caso, já que a glicemia capilar é normal e não há acidose láctica nem sintomas atribuíveis à metformina. A alternativa C confunde o tremor de ação e a ataxia da intoxicação por lítio com parkinsonismo; levodopa não tem papel aqui e ainda pode desestabilizar o transtorno afetivo bipolar. Resposta D

QUESTÃO 51 — 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 °C. 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, febril, com derrame volumoso em paciente idosa e diabética é artrite séptica até prova em contrário, e o exame que define a conduta é a artrocentese. O líquido sinovial deve ser enviado para contagem total e diferencial de células, bacterioscopia pelo Gram, cultura e pesquisa de cristais sob luz polarizada, único conjunto capaz de separar as duas hipóteses que competem no caso: infecção articular e artropatia por cristais em joelho já com osteoartrite. Leucograma, proteína C reativa e febrícula são inespecíficos e não distinguem uma coisa da outra. A alternativa A inverte a ordem: hemoculturas devem mesmo ser colhidas, mas o antibiótico empírico só entra depois da punção, sob pena de negatar a cultura sinovial e perder a etiologia. A alternativa C solicita imagem que não diferencia artrite séptica de gota ou pseudogota e apenas atrasa a punção, com risco de destruição condral em poucos dias. A alternativa D é a mais perigosa: tratar como surto inflamatório com anti-inflamatório mascara febre e dor de uma possível artrite séptica, além de ser desaconselhável em idosa diabética com creatinina acima do valor de referência. Resposta B

QUESTÃO 52 — 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

Primeiro episódio de sibilância em lactente menor de dois anos, precedido de pródromo de vias aéreas superiores com coriza hialina, tosse seca e febre baixa, evoluindo com esforço respiratório (retração intercostal e subdiafragmática) e sibilos expiratórios difusos, define bronquiolite viral aguda. O agente responsável pela maioria absoluta dos casos é o vírus sincicial respiratório, de circulação sazonal no outono e inverno; a informação de que não houve episódios prévios semelhantes é o dado que reforça o primeiro episódio obstrutivo de causa viral e afasta sibilância recorrente do lactente. O diagnóstico é clínico e o manejo é de suporte, com oxigênio e hidratação conforme necessidade. *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* causam pneumonia bacteriana, cujo padrão é febre alta, toxemia e achados focais como crepitações e hipoventilação localizada, não sibilância difusa após pródromo catarral. *Mycoplasma pneumoniae* é agente de pneumonia atípica em escolares e adolescentes, faixa etária distinta da do caso, com tosse arrastada e sintomas sistêmicos. Resposta B

QUESTÃO 53 — 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 quadro é de trombose venosa profunda de membro inferior no pós-operatório de cirurgia oncológica abdominal, cenário de altíssima probabilidade pré-teste: dor, edema assimétrico, calor local e empastamento de panturrilha em paciente com câncer colorretal recém-operado, porém sem sinais de embolia pulmonar e hemodinamicamente estável. Justamente por estar estável, sem dispneia ou dor torácica, e com exame disponível, a conduta do momento é confirmar o diagnóstico com ultrassonografia com Doppler venoso antes de submeter um terceiro dia de pós-operatório abdominal a anticoagulação plena, cujo risco hemorrágico não é desprezível. A alternativa A não tem indicação: trombólise sistêmica se reserva à ameaça de perda do membro, como na flegmasia cerulea dolens, e é formalmente contraindicada no pós-operatório recente. A alternativa B é o erro clássico do D-dímero, exame útil apenas por seu valor preditivo negativo em baixa probabilidade pré-teste e invariavelmente elevado no pós-operatório, na inflamação e no câncer; além disso, dosagem seriada não é estratégia diagnóstica reconhecida. A alternativa C prescreve heparina de baixo peso molecular em esquema de uma aplicação diária sem definir dose, regime que corresponde à profilaxia que o paciente já deveria receber e que não trata trombose estabelecida, ainda por cima sem confirmação diagnóstica. Vale registrar que o ponto é discutível: se a realização do Doppler for demorada, diretrizes autorizam anticoagulação empírica em alta probabilidade clínica, o que não muda a alternativa oficial num paciente estável com exame prontamente disponível. Resposta D

QUESTÃO 54 — 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

O caso opõe a vontade da responsável legal à autonomia da adolescente, e a resposta está no princípio de que o adolescente com capacidade de discernimento é sujeito de direitos na assistência à saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o Guia Prático de Atendimento ao Adolescente e o Código de Ética Médica sustentam o atendimento em espaço privativo, o direito à privacidade e ao sigilo e o respeito à decisão do próprio adolescente sobre o cuidado que recebe, inclusive quanto à via de parto, que é decisão da gestante, compartilhada com a equipe e ancorada em indicação obstétrica. O prontuário pertence à paciente e não pode ser franqueado à mãe sem o consentimento dela, salvo risco à vida. A alternativa A confunde capacidade civil plena com capacidade de consentir em saúde e ainda indica cesariana sem qualquer indicação obstétrica. A alternativa C transfere a decisão para pareceres de terceiros e, pior, condiciona o seguimento do pré-natal a um consenso familiar, o que configura descontinuidade injustificada do cuidado de uma gestante adolescente. A alternativa D subordina a paciente à vontade de terceiro e resulta em cirurgia sem indicação médica, eticamente insustentável. Resposta B

QUESTÃO 55 — 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 14 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As máculas branco-azuladas de 1 a 3 mm com halo eritematoso na mucosa oral são as manchas de Koplik, achado patognomônico de sarampo, e todo o restante confirma: criança de família contrária à vacinação, febre alta, tosse seca, coriza e hiperemia conjuntival (o trio catarral clássico) por três a quatro dias, seguidos de exantema que se inicia na face. O manejo é de suporte, com hidratação, antitérmico e vigilância de complicações, e a única medida farmacológica específica recomendada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde é a vitamina A por via oral, em duas doses em dias consecutivos, com posologia definida pela faixa etária, por reduzir gravidade, complicações oculares e letalidade. O caso é ainda de notificação imediata, com bloqueio vacinal dos contatos. A alternativa A trata como bacteriana uma conjuntivite que é viral, própria do sarampo, e regride com a doença. A alternativa B não se justifica: antibiótico só entra diante de complicação bacteriana documentada, como otite média aguda ou pneumonia, nunca de forma profilática. A alternativa C parte de diagnóstico equivocado de influenza, que não produz manchas de Koplik nem exantema com essa progressão craniocaudal. Resposta D

QUESTÃO 56 — 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

O caso é a apresentação de livro da síndrome de Gilbert: episódios recorrentes, leves e autolimitados de icterícia em adulto jovem, desencadeados por jejum prolongado, estresse físico ou privação de sono. O laboratório fecha o raciocínio com hiperbilirrubinemia indireta isolada (bilirrubina total 3,2 mg/dL, com fração indireta de 2,8 e direta normal), transaminases, fosfatase alcalina e GGT normais, o que afasta lesão hepatocelular e colestase, e sem qualquer evidência de hemólise, já que hemoglobina, reticulócitos, LDH e haptoglobina estão todos dentro da referência. O substrato é a redução parcial e benigna da atividade da enzima UDP-glicuronosiltransferase, ou seja, um distúrbio da conjugação hepática da bilirrubina, sem repercussão clínica e sem necessidade de tratamento. Como o comando fala em uso adequado de recursos, a conduta é reconhecer o diagnóstico clínico-laboratorial e orientar o paciente sobre o caráter benigno e sobre os gatilhos. A alternativa A propõe teste genético para UGT1A1, dispensável quando o quadro é típico e reprodutível em exames repetidos. A alternativa B indica fenobarbital, que de fato reduz a bilirrubina por indução enzimática, mas se reserva a situações selecionadas e não cabe em distúrbio benigno e assintomático. A alternativa D solicita ultrassonografia sem justificativa, pois não há colestase, colúria, acolia, dor ou alteração de canaliculares, e a imagem não avalia conjugação de bilirrubina. Resposta C

QUESTÃO 57 — 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 com diarreia aquosa aguda de 24 horas, sem febre e sem vômitos, ativo e hidratado ao exame, é caso de plano A do Ministério da Saúde, isto é, tratamento domiciliar voltado à prevenção da desidratação. A conduta é aumentar a oferta de líquidos, manter o aleitamento materno em livre demanda e a alimentação habitual, oferecer solução de reidratação oral após cada evacuação e ensinar aos cuidadores os sinais de alarme que exigem retorno imediato, como sede intensa, olhos fundos, letargia ou irritabilidade, redução da diurese e recusa alimentar. Por se tratar de doença diarreica aguda presumivelmente infecciosa, de transmissão fecal-oral, o afastamento temporário da creche é medida de controle enquanto durarem os sintomas. A alternativa A prescreve antibiótico sem indicação alguma, já que não há febre, disenteria ou toxemia, e recomenda dieta obstipante, prática abandonada, pois a orientação atual é manter a dieta habitual. A alternativa B coloca probiótico como conduta central, o que não é padrão nas diretrizes, retira lactose sem necessidade e ainda mantém a criança na creche, favorecendo a transmissão. A alternativa C corresponde ao plano C, indicado apenas na desidratação grave ou com choque, incompatível com uma criança ativa e hidratada. Resposta D

QUESTÃO 58 — 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

O paciente tem superfície absorptiva muito reduzida após enterectomia extensa por isquemia mesentérica, está no terceiro dia de pós-operatório, sob ventilação mecânica e em uso de drogas vasoativas. São duas razões independentes para não contar com o tubo digestivo: o intestino remanescente insuficiente, que configura síndrome do intestino curto em fase aguda, e a instabilidade hemodinâmica com necessidade de vasopressor, situação em que a oferta enteral em volume aumenta a demanda de oxigênio esplâncnico e se associa a isquemia intestinal não oclusiva, sobretudo em alça recém-operada. Nesse cenário, a via adequada é a nutrição parenteral total por acesso venoso central, que permite aporte calórico-proteico completo e controle hidroeletrólítico até a estabilização hemodinâmica e a adaptação intestinal, quando então se tenta o retorno progressivo à via enteral. A alternativa A propõe usar a jejunostomia, que aqui é derivação de alça recém-operada e com intestino curto, sem capacidade absorptiva adequada e com risco isquêmico sob vasopressor. As alternativas B e D compartilham o mesmo erro: sonda nasogástrica ou nasoentérica apenas mudam o ponto de infusão, mas continuam dependendo de um intestino insuficiente e hipoperfundido, sem resolver nem a absorção nem o risco de isquemia. Resposta C

QUESTÃO 59 — 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

O conjunto corrimento abundante amarelo-esverdeado, prurido, ardor, dispareunia, odor que piora após a menstruação, colo hiperemiado com aspecto puntiforme (colo em framboesa), pH vaginal de 5,5 e teste de aminas negativo caracteriza tricomoníase, causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*. Trata-se de infecção sexualmente transmissível, e o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde é sistêmico, com nitroimidazólico: metronidazol 400 mg por via oral, duas vezes ao dia, por sete dias (ou 2 g em dose única), acompanhado de tratamento das parcerias sexuais, abstinência durante o tratamento e oferta de testagem para outras IST, incluindo HIV e sífilis. A alternativa B trata vaginose bacteriana, cujo padrão seria corrimento branco-acinzentado homogêneo com teste de aminas positivo; além disso, clindamicina tópica não erradica o *Trichomonas*, que também coloniza uretra e glândulas parauretrais, o que justifica a via oral. As alternativas C e D tratam candidíase vulvovaginal, quadro de corrimento branco grumoso aderido às paredes vaginais, com pH tipicamente abaixo de 4,5 e sem odor, incompatível com o descrito. Resposta A

QUESTÃO 60 — 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 15 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

O retorno do paciente com vômitos persistentes, dor abdominal contínua em hipocôndrio direito, sensação de desmaio, diurese diminuída, hematócrito em ascensão (de 42 para 46 por cento) e queda plaquetária mostra que ele saiu do grupo B e entrou na fase crítica da dengue, com sinais de alarme, ou seja, grupo C. Mais que isso, o exame já sinaliza choque incipiente: taquicardia com pressão de pulso estreitada (104 x 70 mmHg), tempo de enchimento capilar de 3 segundos e extremidades frias. A conduta imediata pelo protocolo do Ministério da Saúde é obter acesso venoso calibroso, iniciar expansão com solução salina isotônica (10 mL/kg na primeira hora, com reavaliação clínica, de diurese e de hematócrito para decidir repetição) e internar em leito hospitalar com monitorização hemodinâmica, mantendo o paciente por pelo menos 48 horas após a estabilização. A alternativa B mantém conduta de grupos A e B, insuficiente e perigosa diante de extravasamento plasmático em curso, e analgesia potente não corrige volemia. A alternativa C perde tempo com confirmação laboratorial que não altera a conduta imediata e ainda prevê possível alta domiciliar, inaceitável em paciente com sinais de alarme. A alternativa D transforma em investigação de imagem uma dor que é, ela própria, sinal de alarme da dengue, e mantém hidratação oral quando já há indicação formal de reposição venosa. Resposta A

QUESTÃO 61 — 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. Suspender o uso do betabloqueador.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o manejo da insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (FEVE 53%) em idosa com doença renal crônica e sintomas sugestivos de intolerância ao próprio esquema. Tontura ao levantar e fadiga em uma paciente de 82 anos em uso simultâneo de losartana, metoprolol e espironolactona apontam para hipotensão postural e/ou bradicardia relacionadas à dose, e não para progressão da cardiopatia. A conduta correta é individualizar a posologia, com aferição de pressão em decúbito e em ortostase, revisão de função renal e potássio e ajuste fino das doses, preservando as classes que têm indicação firme: betabloqueador pela doença coronariana, antagonista mineralocorticoide, estatina e antiagregante. Efeito adverso dose-dependente se corrige ajustando a dose, não abandonando o fármaco. A digoxina não traz benefício na fração de ejeção preservada, serve essencialmente ao controle de frequência na fibrilação atrial, que não foi descrita, e tem janela terapêutica estreita com clearance de 42 mL/min, o que a torna francamente arriscada aqui. A troca por sacubitril-valsartana tem benefício estabelecido na fração de ejeção reduzida, não neste perfil, e ainda substituiria a losartana por uma droga de maior potencial hipotensor justamente em quem já tem tontura postural. Suspender o betabloqueador em coronariopata crônico expõe a rebote adrenérgico, com risco de angina, arritmia e isquemia miocárdica; havendo bradicardia ou hipotensão, reduz-se a dose de forma gradual. Resposta A

QUESTÃO 62 — 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

O caso descreve pneumonia adquirida na comunidade com critérios claros de gravidade em criança de 2 anos. Frequência respiratória de 50 irpm (o corte da OMS para a faixa de 1 a 5 anos é 40 irpm), tiragem intercostal, batimento de asa nasal e saturação de 88% em ar ambiente configuram pneumonia grave com hipoxemia, o que impõe oxigenoterapia, internação e antibiótico por via parenteral, jamais tratamento domiciliar. Febre alta com consolidação lobar isolada aponta o *Streptococcus pneumoniae* como agente mais provável, e a ceftriaxona intravenosa é a escolha adequada nesse cenário, cobrindo o pneumococo, inclusive cepas com sensibilidade intermediária à penicilina, e o *Haemophilus influenzae*. Amoxicilina oral com alta ambulatorial ignora a hipoxemia e o desconforto respiratório, sendo reservada à pneumonia não grave sem sinais de esforço. Azitromicina cobre germes atípicos, quadro de apresentação arrastada e infiltrado intersticial, pouco compatível com consolidação lobar e febre de 39,8 graus nessa idade, e deixaria o pneumococo descoberto. Amoxicilina com clavulanato por via oral mantém rota inadequada diante de saturação de 88% e esforço respiratório, além de não acrescentar cobertura útil ao caso. Vale registrar que o nível de internação é ponto discutível, pois parte dos serviços trataria essa criança em enfermaria com oxigênio e monitorização, mas a saturação de 88% com sinais de falência iminente sustenta a opção oficial pela terapia intensiva. Resposta C

QUESTÃO 63 — 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

A questão testa o exame físico clássico de diferenciação entre hérnia inguinal direta e indireta pela manobra de oclusão do anel inguinal profundo. A hérnia indireta emerge pelo anel inguinal profundo, situado no ponto médio entre a espinha ilíaca anterosuperior e a sínfise púbica, lateralmente aos vasos epigástricos inferiores, e percorre o trajeto do canal inguinal até se exteriorizar pelo anel superficial. Por isso, quando o examinador comprime firmemente o anel profundo e o abaulamento deixa de aparecer à Valsalva, o trajeto obstruído é justamente o do saco herniário indireto. O contexto reforça o diagnóstico: homem jovem de 18 anos, com massa redutível relacionada a esforço, o que traduz persistência do conduto peritoneovaginal, mecanismo típico da hérnia indireta nessa faixa etária. Na hérnia direta, a protrusão ocorre pela parede posterior fraca do triângulo de Hesselbach, medial aos vasos epigástricos, de modo que a oclusão do anel profundo não impediria o abaulamento. A hérnia femoral se exterioriza abaixo do ligamento inguinal, medial à veia femoral, é mais frequente em mulheres e não se projeta pelo anel inguinal externo. A hérnia mista, ou em pantalona, tem componentes direto e indireto simultâneos, e o componente direto continuaria aparecendo mesmo com o anel profundo ocluído. Resposta B

QUESTÃO 64 — 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 descompressão 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

O quadro é de abdome agudo em mulher em idade fértil com atraso menstrual, e a hipótese principal é gravidez ectópica. Os dados são convergentes: ciclos regulares de 28 dias com data da última menstruação há 35 dias, ou seja, atraso; usuária de dispositivo intrauterino, método que reduz a gravidez global mas aumenta a proporção de gestações que são ectópicas quando ocorrem; sangramento genital de pequena monta; útero amolecido, sinal de embebição gravídica; dor à descompressão brusca e dor em fundo de saco posterior, o clássico grito de Douglas, que sugere irritação peritoneal por sangue na pelve. A confirmação exige documentar a gravidez e localizá-la: beta-hCG quantitativo somado à ultrassonografia transvaginal, que define se há saco gestacional tópico e identifica massa anexial e líquido livre. Hemograma e radiografia de abdome não estabelecem o diagnóstico, servindo apenas para avaliar repercussão hemodinâmica ou perfuração de víscera oca, que não é a suspeita. Beta-hCG com proteína C reativa acerta metade do raciocínio, mas a proteína C reativa é inespecífica e não localiza a gestação. Hemograma com ultrassonografia abdominal deixa de fora o teste de gravidez e usa a via suprapúbica, de menor resolução para avaliar anexos e a cavidade uterina em gestação inicial. Resposta D

QUESTÃO 65 — 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 16
CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a técnica de remoção de anzol transfixado descrita no Caderno de Atenção Primária 30 do Ministério da Saúde. O ponto central é que o anzol tem farpa retrógrada: qualquer tentativa de tracioná-lo pelo trajeto de entrada com a farpa íntegra rasga tecidos e agrava a lesão. Depois da assepsia, do campo estéril e do bloqueio anestésico digital, o passo seguinte é avançar a ponta do anzol até exteriorizá-la, seccionar com alicate a extremidade que contém a farpa e então retirar o corpo do anzol pelo mesmo orifício de entrada, agora sem o obstáculo que impedia a retirada retrógrada. Avaliar perda de força e sensibilidade é obrigatório, mas é etapa do exame antes do bloqueio anestésico, e depois da anestesia essa avaliação fica prejudicada, o que a torna inadequada como próximo passo. Fazer incisão com lâmina número 11 para expor todo o anzol amplia desnecessariamente a ferida e o risco de infecção em um procedimento que se resolve com técnica fechada. Segurar a farpa com pinça hemostática e retirar pelo orifício de saída mantém a farpa íntegra atravessando o tecido, exatamente o que a técnica busca evitar. Complementa-se sempre com limpeza, curativo e checagem da situação vacinal antitetânica. Resposta B

QUESTÃO 66 — 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

O caso opõe o pedido da cuidadora ao dever ético do médico diante de uma paciente com doença de Alzheimer. O Código de Ética Médica veda expedir documento sem a prática do ato profissional que o justifique, ou seja, é proibido atestar incapacidade civil sem antes examinar e avaliar formalmente a capacidade de decisão; também veda deixar de esclarecer o paciente sobre sua condição, respeitada sua compreensão. Some-se que a declaração de incapacidade e a curatela são atos judiciais, e que o gatilho da solicitação é a renovação de empréstimo consignado, cenário que exige atenção redobrada para possível violência financeira contra a pessoa idosa. A conduta correta é avaliar clinicamente a paciente, incluindo cognição e capacidade de decisão, conversar com ela em linguagem compatível com seu nível cognitivo, registrar tudo em prontuário e orientar a família sobre os caminhos legais, como a avaliação judicial da curatela e a prova de vida domiciliar prevista pelo próprio banco e pelo INSS. Negar qualquer documento e devolver o problema ao banco abandona uma demanda de saúde que o médico assistente pode e deve subsidiar com relatório fundamentado. Emitir relatório apenas com o diagnóstico para que a família o use como se fosse prova de incapacidade é conivência com o desvio de finalidade do documento. Atestar a incapacidade e ocultar a finalidade da paciente soma dois ilícitos éticos: atestar sem exame e sonegar informação a quem tem direito de saber. Resposta D

QUESTÃO 67 — 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. Folliculite recorrente. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de infecção estafilocócica profunda do folículo piloso de repetição. Nódulo endurecido, extremamente doloroso, em área de atrito, que amolece e evolui com ponto de flutuação e drenagem de secreção purulenta, deixando cicatriz residual, é a descrição do furúnculo, que corresponde à necrose do folículo piloso e do tecido adjacente por *Staphylococcus aureus*. A repetição, cinco episódios em seis meses em coxas e nádegas, define furunculose de repetição, situação em que se investiga colonização nasal ou perineal por *S. aureus*, contatos domiciliares, obesidade, diabetes e imunodeficiência, e cujo tratamento no episódio agudo é a drenagem da coleção, com antibiótico sistêmico quando há febre, celulite ao redor e sintomas gerais, como neste adolescente. Celulite de repetição cursa com eritema difuso, edema e calor sem coleção delimitada nem ponto de flutuação, e não forma nódulo drenável. Impetigo é infecção superficial, com vesicopústulas e crostas melicéricas, tipicamente indolor e sem abscesso ou cicatriz. Folliculite é a inflamação superficial do folículo, com pústulas pequenas centradas no pelo, pouco dolorosas, que se resolvem sem drenagem nem cicatriz. Resposta C

QUESTÃO 68 — 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 pré-operatório preconizado pelo projeto ACERTO e pelas recomendações da ERAS. Em paciente ASA II, sem risco aumentado de aspiração, submetido a colecistectomia videolaparoscópica eletiva, a recomendação é jejum de sólidos de 6 a 8 horas e liberação de líquidos claros contendo carboidrato, habitualmente maltodextrina, até 2 horas antes da indução anestésica. Essa abreviação reduz a resistência à insulina, a resposta metabólica ao trauma, a sede, a fome, a ansiedade e o tempo de internação, sem aumentar resíduo gástrico ou risco de broncoaspiração. O detalhe do horário na questão é proposital: cirurgia marcada para as 16 horas com jejum desde a meia-noite geraria mais de 16 horas de privação, exatamente o que os protocolos combatem. Manter jejum absoluto desde a meia-noite é a prática antiga, hoje formalmente desaconselhada nesse perfil. Liberar sólidos leves até 3 horas antes desrespeita o intervalo mínimo de 6 horas para alimentos sólidos. Oferecer líquidos com carboidrato e proteína até 4 horas antes mistura duas impropriedades: o intervalo consagrado para a bebida com carboidrato é de 2 horas, e a adição de proteína, ainda que estudada em protocolos específicos, altera o esvaziamento gástrico e não integra a recomendação padrão. Resposta B

QUESTÃO 69 — 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 reúne clínica, imagem e histopatologia apontando para lesão endometrial focal benigna. Mulher de 47 anos com sangramento uterino anormal de longa data, beta-hCG negativo, e ultrassonografia transvaginal mostrando imagem ovalada com pedículo vascularizado em fundo uterino, de 0,6 cm, com endométrio de 9 mm: o pedículo vascular único, o chamado sinal do vaso nutrício, é o achado que praticamente define o pólipo endometrial. A histeroscopia com ressecção é ao mesmo tempo diagnóstica e terapêutica, e o histopatológico fecha o raciocínio ao descrever projeção digitiforme de tecido glandular com pedículo vascular, ou seja, proliferação focal de glândulas e estroma endometrial recoberta por epitélio, sem atipia. O leiomioma é tumor de músculo liso, com feixes fusiformes entrelaçados à histologia e aspecto hipoecoico com sombra acústica à ultrassonografia, não tecido glandular pediculado. A hiperplasia endometrial é alteração difusa, com espessamento do endométrio e aumento da relação glândula-estroma, sem lesão focal com pedículo. O carcinoma de endométrio mostraria glândulas atípicas com arquitetura complexa e invasão do estroma, geralmente com endométrio bem mais espesso e heterogêneo, o que não corresponde à descrição apresentada. Resposta B

QUESTÃO 70 — 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 17 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do efeito da temperatura sobre a competência vetorial, isto é, a capacidade intrínseca do *Aedes aegypti* de se infectar, permitir a replicação viral e transmitir o vírus. O mecanismo central é o encurtamento do período de incubação extrínseco: em temperaturas mais altas, o vírus da dengue ou do chikungunya replica mais rapidamente no intestino médio do mosquito e alcança as glândulas salivares em menos dias. Como a fêmea tem vida útil limitada, reduzir esse intervalo de cerca de duas semanas para poucos dias aumenta muito a proporção de mosquitos que sobrevivem o suficiente para se tornarem infectantes, o que explica a transmissão autóctone em regiões antes consideradas frias demais no Sul do país. A alternativa que fala em mutação genética induzida no vírus com transmissão por outras espécies não tem respaldo, pois o aquecimento não induz mutação dirigida nem cria competência em espécies não vetoras. A aceleração do ciclo de vida do mosquito de fato ocorre e amplia a densidade vetorial, mas isso é capacidade vetorial e não competência, e a alternativa apenas afirma que a replicação viral fica preservada, sem explicar o ganho de transmissão. A modificação da sazonalidade das chuvas com redução da densidade do vetor contraria o próprio fenômeno descrito, que é aumento de casos. Resposta A

QUESTÃO 71 — 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 e ordenadora da rede na transição pós-alta, momento de maior risco de reinternação em insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, ainda mais com diabetes e doença renal crônica estágio 3a associados. O hospital já comunicou a alta e definiu ajustes terapêuticos: cabe à equipe da APS assumir o seguimento, revisar e reconciliar o plano terapêutico recebido, agendar contato precoce nos primeiros dias, monitorar peso, sintomas, adesão, função renal e potássio após a titulação de fármacos, e acionar os demais pontos da rede conforme a evolução e a complexidade, o que inclui matriciamento ou encaminhamento à cardiologia quando houver necessidade. Solicitar consulta especializada prioritária como primeira medida inverte a lógica do sistema e deixa a APS como mera executora de condutas alheias, além de submeter o paciente à espera da regulação em janela crítica. Planejar o seguimento a partir do ambulatório de especialidades e só devolver o caso à APS após estabilização rompe a longitudinalidade e fragmenta o cuidado. A visita domiciliar imediata é ação legítima e desejável, mas a alternativa a usa apenas para empurrar o paciente ao especialista e adiar o acompanhamento na unidade, o que descaracteriza a coordenação do cuidado. Resposta A

QUESTÃO 72 — 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

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação é de agitação psicomotora com risco iminente de heteroagressão em paciente com quadro psicótico, delírio persecutório e ameaça concreta a terceiros. O manejo segue uma escada de intervenções: abordagem verbal e desescalada, manejo ambiental com redução de estímulos e restrição de espaço, e, quando essas medidas falham e há risco à integridade do paciente, da equipe e dos demais usuários, contenção mecânica seguida imediatamente de contenção química. No enunciado, a abordagem verbal e a restrição de espaço já foram tentadas e fracassaram, com o paciente tentando agredir quem se aproxima. Portanto, a sequência correta é conter mecanicamente, com equipe treinada e número suficiente de pessoas, e então administrar haloperidol intramuscular, antipsicótico de escolha na agitação com sintomas psicóticos, mantendo monitorização, registro em prontuário e reavaliação para retirada da contenção o mais precocemente possível, conforme a Resolução CFM 2.057/2013. Aplicar haloperidol antes da contenção expõe a equipe à agressão durante o procedimento, e retomar a abordagem verbal como passo seguinte ignora que ela já falhou. Diazepam intramuscular tem absorção errática e imprevisível por essa via e não trata o componente psicótico, além de a observação em consultório ser inadequada e insegura. Contenção mecânica isolada, sem medicação, prolonga desnecessariamente a imobilização e não trata a causa da agitação. Após a estabilização, cabe articular a referência à urgência psiquiátrica ou ao CAPS do território. Resposta C

QUESTÃO 73 — 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. Suspende anlodipino e enalapril, prescrever furosemida endovenosa e indicar diálise.
- B. Suspende 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. ÁREA LIVRE 18 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de injúria renal aguda pré-renal sobreposta a doença renal crônica estágio 3a. Hipotensão (90 x 60 mmHg), taquicardia, enchimento capilar de 4 segundos e relação ureia/creatinina muito alargada (124 para 1,9) desenham hipovolemia, provavelmente pela furosemida em dose alta somada ao bloqueio da autorregulação glomerular pelo enalapril. A conduta correta é suspender as três drogas (o IECA porque reduz a pressão intraglomerular e agrava a hipercalcemia, o diurético porque perpetua a depleção de volume, o anlodipino porque sustenta a hipotensão), expandir com cristalóide endovenoso e reavaliar; restaurada a perfusão renal, creatinina, ureia, potássio e bicarbonato tendem a corrigir espontaneamente. Não existe critério de diálise de urgência aqui: potássio de 5,7 mEq/L com eletrocardiograma normal, pH 7,35, bicarbonato 20 mEq/L, sem uremia franca, sem hipervolemia e sem intoxicação. A alternativa A prescreve mais diurético a um paciente depletado e indica diálise sem indicação. A B mantém justamente as duas drogas responsáveis pela lesão, e gluconato de cálcio só se justifica com alteração eletrocardiográfica ou hipercalcemia grave. A C substitui hidratação por restrição hídrica, o oposto do que o paciente precisa, e repete a indicação indevida de diálise. Resposta D

QUESTÃO 74 — 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

A vinheta mostra trombocitopenia grave e isolada em criança previamente hígida, que é a assinatura da púrpura trombocitopênica imune. O que sustenta o diagnóstico é o conjunto: plaquetas de 18.000/mm³ com hemoglobina, hematócrito e leucograma normais, diferencial sem alterações, coagulograma normal, ausência de visceromegalias e de linfonodomegalias, e criança em bom estado geral. Petéquias pequenas, dispersas e não palpáveis são a expressão cutânea típica da plaquetopenia, e o antecedente de quadro febril breve dias antes reforça o gatilho imune pós-viral. A dengue classificada como grupo C exigiria febre em curso com sinais de alarme, como dor abdominal intensa, vômitos persistentes ou hemoconcentração, e a criança está estável, afebril e bem perfundida. Leucemia linfóide aguda cursaria com acometimento de mais de uma linhagem, blastos ou alteração no diferencial, e habitualmente com hepatoesplenomegalia, adenomegalias e palidez, tudo ausente. Púrpura de Henoch-Schönlein tem púrpura palpável, com predomínio em nádegas e membros inferiores, e cursa com contagem de plaquetas normal ou elevada, o que exclui a hipótese diante de 18.000/mm³. A dor em membros inferiores e a artralgia impressionam, mas não superam o padrão hematológico. Resposta A

QUESTÃO 75 — 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 que a equipe encontra é lesão por pressão estágio 1: eritema em pele íntegra que não desaparece com o alívio da pressão, aqui persistindo por mais de 15 minutos, em região sacral de paciente acamado, desnutrido e com ingestão irregular. Nesse estágio a lesão ainda é reversível, e a medida de maior impacto para impedir a progressão é o alívio mecânico da pressão sobre a proeminência óssea, ou seja, o reposicionamento programado com rodízio de decúbito em intervalos não superiores a 2 horas, associado a superfície de redistribuição de pressão e aporte nutricional. Dispositivos em argola ou roda d'água estão formalmente contraindicados porque concentram pressão em anel na periferia e produzem isquemia justamente no tecido que se pretende proteger. Manter decúbito dorsal permanente perpetua a carga sobre o sacro e, com a cabeceira elevada, ainda soma cisalhamento pelo deslizamento do corpo, piorando o risco. Massagem circular sobre a área eritematosa também é contraindicada: o tecido já está isquemiado e o atrito pode romper capilares e aprofundar o dano; ácidos graxos essenciais podem ser aplicados na pele, mas sem fricção sobre a proeminência. Resposta C

QUESTÃO 76 — 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

O laudo traz células glandulares atípicas de significado indeterminado, o achado citológico de maior valor preditivo para lesão de alto grau e para adenocarcinoma, tanto do colo quanto do endométrio. Por isso a conduta preconizada pelas diretrizes brasileiras de rastreamento não é repetir citologia nem observar: toda AGC exige encaminhamento imediato à colposcopia com avaliação do canal endocervical, e, em mulheres a partir dos 35 anos ou com sangramento uterino anormal, acrescenta-se a avaliação do endométrio por ultrassonografia transvaginal, que é exatamente o caso desta paciente de 42 anos. Solicitar apenas pesquisa de HPV de alto risco e repetir citologia em 6 meses é conduta de atípias escamosas de significado indeterminado de baixo risco, e aqui atrasaria o diagnóstico de uma possível neoplasia glandular. Cauterização cervical é inaceitável porque destrói o tecido antes de qualquer diagnóstico histológico, inviabilizando a investigação. Realizar biópsia cervical antes da colposcopia também não se sustenta, pois a biópsia deve ser dirigida pelo exame colposcópico, e a origem da atipia glandular pode ser endocervical ou endometrial, fora do alcance de uma biópsia cervical às cegas. Resposta C

QUESTÃO 77 — 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 19
- CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o manejo da atrofia genital induzida por testosterona no rastreamento do câncer de colo em homem trans que mantém útero e colo. A androgenização prolongada produz atrofia do epitélio vaginal e cervical, o que aumenta a dor à coleta e eleva a taxa de amostras insatisfatórias ou com resultado indeterminado. A medida recomendada é o preparo com estrogênio tópico vaginal por 1 a 2 semanas antes do exame, que restaura a trofia do epitélio, reduz o desconforto do especular e melhora a qualidade da amostra, sem prejuízo relevante da masculinização quando usado por curto período e por via local. Dispensar o exame especular não se sustenta: quem tem colo uterino tem risco de câncer de colo e deve ser rastreado, e a atrofia é problema a ser contornado, não motivo para excluir o paciente do rastreamento, ainda mais em município sem teste de DNA-HPV disponível como alternativa. Dilatação progressiva com vela de Hegar é recurso para estenose ou vaginismo e não corrige atrofia epitelial nem melhora a celularidade da amostra. Vacinar contra HPV é medida preventiva primária relevante, mas não substitui o rastreamento, pois não cobre todos os tipos oncogênicos nem atua sobre infecção já adquirida. Resposta A

QUESTÃO 78 — 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 descreve transmissão de dengue sustentada por determinantes ambientais e sociais: ausência de abastecimento individual de água, o que obriga o armazenamento domiciliar em recipientes improvisados, descarte inadequado de resíduos por população de catadores e circulação de informação incorreta sobre prevenção. Como os criadouros são a raiz do problema, a intervenção de maior impacto e maior sustentabilidade é o manejo ambiental dos criadouros conduzido com participação comunitária e articulação intersetorial, envolvendo saneamento, limpeza urbana e habitação, porque só assim se elimina o depósito de água parada, se corrige o armazenamento e se enfrenta a desinformação por educação em saúde no território. Encaminhar casos suspeitos a serviço de referência é assistência ao doente e não interfere na cadeia de transmissão. Inseticida químico ambiental, do tipo aplicação espacial, atinge apenas o mosquito adulto, tem efeito fugaz, seleciona resistência e nunca produz redução sustentada do vetor sem controle de criadouros. Vigilância epidemiológica restrita aos domicílios dos casos notificados é reativa e tardia, alcança fração pequena dos focos e ignora as áreas comuns e os pontos coletivos de água. Resposta A

QUESTÃO 79 — 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 paciente é tabagista com dependência importante, sugerida pelo consumo de 20 cigarros ao dia por 20 anos e por cinco tentativas frustradas de cessação, e está na fase de ação, com motivação disparada pelo óbito do pai. Ela não tem transtorno depressivo, ansioso ou psicótico, não usa álcool nem outras substâncias, e o tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde combina abordagem cognitivo-comportamental em grupo com farmacoterapia de primeira linha, que no protocolo brasileiro é a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona, isoladas ou associadas. Como o enunciado pede o medicamento, a bupropiona é a resposta: inibe a recaptação de dopamina e noradrenalina, reduz fissura e sintomas de abstinência, e deve ser iniciada cerca de uma a duas semanas antes da data marcada para parar, respeitando as contraindicações, como epilepsia e distúrbios alimentares. Fluoxetina não tem eficácia demonstrada na cessação do tabagismo e só faria sentido para depressão concomitante, que a paciente não apresenta. Dissulfiram é medicação para dependência de álcool, sem qualquer papel no tabagismo. Diazepam não trata abstinência de nicotina e ainda acrescenta risco de dependência de benzodiazepínico. Resposta C

QUESTÃO 80 — 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 20 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial anginosa típica com irradiação, náuseas e sudorese em homem hipertenso e tabagista, com inversão simétrica e profunda de onda T de V1 a V4 e sem supradesnivelamento, caracteriza síndrome coronariana aguda sem supra de ST, de território anterior. O passo imediato, uma vez feito o eletrocardiograma em menos de 10 minutos, é a antiagregação plaquetária dupla: ácido acetilsalicílico em dose de ataque mastigado, somado a um inibidor de P2Y12 como o clopidogrel 300 mg, sempre após checar contraindicações como sangramento ativo e alergia, além de estratificação de risco e anticoagulação. Morfina por via intramuscular está prosrita nesse contexto, pois a absorção é errática, o hematoma é risco diante de antitrombóticos e a via eleva marcadores musculares; betabloqueador oral não é conduta imediata e deve ser evitado enquanto houver risco de instabilidade hemodinâmica. Aguardar marcadores de necrose para só então antiagregar é erro grave: troponina normal na primeira coleta não afasta o quadro, e o retardo aumenta o risco de oclusão. Oxigênio só está indicado com saturação abaixo de 90 por cento, e ela está em 93 por cento; o nitrato alivia sintoma, mas não substitui a antiagregação. Resposta B

QUESTÃO 81 — 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 cristaloide 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 cristaloide 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 abre diabetes melito tipo 1 em cetoacidose diabética: poliúria, polidipsia, perda ponderal com apetite aumentado, respiração de Kussmaul, dor abdominal, vômitos, desidratação e rebaixamento leve (Glasgow 13), com glicemia de 392 mg/dL, pH 7,12 e bicarbonato de 9 mEq/L. A sequência terapêutica é fixa: primeiro expansão com cristalóide isotônico de 10 a 20 mL/kg na primeira hora para restaurar volume e perfusão, e só depois, tipicamente após uma a duas horas de hidratação, insulina regular em infusão contínua intravenosa de 0,05 a 0,1 U/kg/h, sempre com reposição de potássio, porque o potássio corporal total está depletado e cai abruptamente quando a insulina o desloca para o intracelular, mesmo com dosagem sérica normal como os 4,8 mEq/L aqui. Bolus de insulina é contraindicado em pediatria por queda osmótica abrupta e risco de edema cerebral, e bicarbonato só se cogita com pH abaixo de 6,9 e instabilidade, o que não é o caso. Iniciar insulina junto ou antes da reposição volêmica inverte a ordem e agrava a hipovolemia e a hipocalemia. Coloide não é a solução de escolha, e omitir a reposição de potássio expõe a criança a arritmia grave. Resposta B

QUESTÃO 82 — 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 3º dia de pós-operatório de colectomia direita aberta com distensão, ausência de eliminação de flatos e fezes, vômitos biliosos e desidratação, mas sem irritação peritoneal, e a tomografia com contraste mostra apenas dilatação difusa de alças, sem ar livre, sem líquido livre e sem ponto de transição. Esse conjunto define íleo paralítico prolongado, complicação frequente de laparotomia com manipulação intestinal, favorecida por dor, opioides e distúrbios hidroeletrólíticos, cujo tratamento é de suporte: jejum, sonda nasogástrica se vômitos, correção de volume e de eletrólitos, analgesia poupadora de opioide e deambulação. Isquemia mesentérica cursaria com dor desproporcional ao exame, acidose e hiperlactatemia, e a tomografia mostraria falha de realce parietal, pneumatose ou alteração vascular. Obstrução mecânica exige zona de transição com alças colabadas a jusante, exatamente o achado que a tomografia não mostra. Deiscência de anastomose se manifestaria com febre, taquicardia sustentada, peritonite e, na imagem, pneumoperitônio, coleção ou líquido livre, todos explicitamente ausentes no exame descrito. Resposta D

QUESTÃO 83 — 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 21 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A mamografia descreve calcificações pleomórficas finas com distribuição segmentar, morfologia e distribuição de alta suspeição, classificadas como BI-RADS categoria 4C, faixa em que a probabilidade de malignidade é elevada, próxima do limite superior da categoria 4. Nessa situação a única conduta aceitável é a investigação histológica, o que na Atenção Primária significa encaminhar prontamente a paciente ao serviço especializado em mastologia para biópsia percutânea, habitualmente mamotomia guiada por estereotaxia, já que microcalcificações não são alvo de punção guiada por ultrassonografia. Ressonância magnética não define benignidade nem malignidade de microcalcificações e jamais substitui a biópsia; pedi-la aqui só atrasaria o diagnóstico. Manter o rastreamento de rotina ignora um achado suspeito e é conduta de BI-RADS 1 ou 2. Repetir a mamografia em 6 meses é o seguimento de curto intervalo próprio da categoria 3, provavelmente benigno, com risco de malignidade abaixo de 2 por cento, o que não se aplica a um 4C. Ausência de sintomas, de alterações ao exame físico e de história familiar não reduz a suspeição imposta pela imagem. Resposta D

QUESTÃO 84 — 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 questão cobra a taxonomia da telessaúde. O que a médica da Atenção Primária realizou foi uma interação síncrona, por plataforma institucional, exclusivamente entre profissionais de saúde, para discussão técnico-assistencial e apoio à decisão clínica, sem participação da paciente ou dos responsáveis: isso é teleconsultoria, e sua característica definidora é que a responsabilidade assistencial permanece integralmente com o profissional solicitante, que segue conduzindo o caso, ainda mais aqui, em que o psiquiatra está em outro estado e sem vínculo formal com a rede assistencial da adolescente. Telediagnóstico é a emissão de laudo ou interpretação de exames e gráficos à distância por profissional habilitado, o que não ocorreu. Teleconsulta pressupõe atendimento a distância entre profissional e paciente, de modo que a participação da adolescente seria obrigatória, não facultativa. Teleinterconsulta descreveria troca entre profissionais, mas o item erra ao afirmar que o especialista passa a compartilhar a responsabilidade clínica: sem vínculo assistencial estabelecido com a paciente, a responsabilidade não se transfere nem se divide. Resposta C

QUESTÃO 85 — 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

A questão cobra a convivência entre o direito ao nome social e a exigência legal de identificação civil em documento médico. O Decreto 8.727/2016 e a normativa do CFM garantem que o nome social seja usado no tratamento e conste do prontuário e dos documentos, mas o atestado é documento com efeito trabalhista e previdenciário: precisa permitir a identificação inequívoca da pessoa perante terceiros. Enquanto Júlia não retificou o registro civil, a solução que respeita simultaneamente a identidade de gênero e a validade jurídica do documento é emitir o atestado com o nome de registro acompanhado do nome social em campo próprio, sem apagar nenhum dos dois. A alternativa A erra porque substituir simplesmente o nome social pelo nome de registro suprime um direito assegurado por lei e devolve à paciente o constrangimento que a norma pretende evitar. A alternativa B erra duas vezes: manter apenas o nome social não resolve a recusa do empregador e a inclusão do CID em atestado só é lícita com autorização expressa da paciente, sendo quebra de sigilo quando feita para 'dar legitimidade' ao documento. A alternativa C é a mais grave, pois informar à empresa que se trata de pessoa trans expõe dado sensível de identidade sem consentimento, violando sigilo profissional e criando risco concreto de discriminação no ambiente de trabalho. Resposta D

QUESTÃO 86 — 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 minixame 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 caso reúne os marcadores clássicos de demência de origem cerebrovascular em um paciente com hipertensão de longa data malcontrolada e tabagismo prévio, ou seja, fator de risco vascular acumulado. Pelos critérios do NINDS-AIREN, a chave está no perfil temporal e no exame neurológico: início súbito ancorado em um evento vascular (pico hipertensivo), evolução em degraus com platôs entre as perdas, e não declínio linear. O padrão cognitivo também aponta para isso, com disfunção executiva e de atenção desproporcionais, enquanto linguagem e orientação temporal se mantêm razoavelmente preservadas. Somam-se os sinais focais e subcorticais: hiperreflexia patelar bilateral, marcha de base alargada e insegura e quedas, típicos de doença de pequenos vasos. A demência frontotemporal erra porque tem início mais precoce, curso insidioso e se manifesta por desinibição, apatia e alteração de conduta ou afasia progressiva, não por degraus após crise hipertensiva. A demência de corpúsculos de Lewy exige flutuação cognitiva marcante, alucinações visuais bem formadas e parkinsonismo espontâneo, ausentes aqui. A doença de Alzheimer tem começo insidioso e progressão lenta e contínua, com amnésia episódica dominando o quadro e sem sinais piramidais ou alteração precoce da marcha. Resposta A

QUESTÃO 87 — 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. ÁREA LIVRE 22 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de primeira crise convulsiva em paciente com HIV e imunossupressão avançada (CD4 de 40 células/uL), cenário em que a suspeita obrigatória é de lesão expansiva ou infecção oportunista do sistema nervoso central, com neurotoxoplasmose, criptococose e linfoma primário no topo da lista, ainda mais com massa pulmonar atribuída a fungo, que sugere disseminação criptocócica. A prioridade é a neuroimagem: a tomografia de crânio define se há lesão com efeito de massa, desvio de linha média ou hidrocefalia, o que orienta o tratamento empírico e, sobretudo, indica se a punção lombar pode ser feita com segurança. A punção lombar erra como primeira medida justamente por isso, pois puncionar antes de excluir hipertensão intracraniana por lesão expansiva expõe o paciente ao risco de herniação, embora o exame do liquor venha a ser necessário na sequência. A tomografia de tórax não é prioridade porque a massa pulmonar já é conhecida e sua caracterização não muda a conduta imediata diante de uma crise convulsiva. A biópsia pulmonar é procedimento invasivo, eletivo e de investigação etiológica posterior, não medida de emergência para quem acabou de convulsionar. Resposta B

QUESTÃO 88 — 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 oC, 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de meningite bacteriana aguda com meningococcemia: lactante de 4 meses com febre alta, vômitos, irritabilidade, prostração, fontanela anterior abaulada e, sobretudo, exantema purpúrico e petéquias em membros inferiores, marca da doença meningocócica. Vale notar que a vacinação parou aos 2 meses, sem a dose de meningocócica C prevista aos 3 meses. O padrão líquórico esperado da meningite bacteriana é pleocitose com predomínio de neutrófilos, proteína elevada pela ruptura da barreira e consumo de glicose pelas bactérias e leucócitos, resultando em hipoglicorraquia com relação liquor/plasma reduzida. Na bacterioscopia pelo Gram, a *Neisseria meningitidis* aparece como diplococo Gram negativo. A alternativa B descreve cocos Gram positivos aos pares, compatível com pneumococo, mas o padrão líquórico oferecido (celularidade e glicose normais) não corresponde a meningite bacteriana. A alternativa C é incoerente porque bacilo álcool-ácido resistente indica tuberculose, de curso subagudo, sem púrpura, e com proteína tipicamente muito aumentada, jamais diminuída. A alternativa D descreve liquor inteiramente normal, o que não sustenta o diagnóstico clínico evidente do caso. Resposta A

QUESTÃO 89 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de grande queimado em fase inicial, com 22% de superfície corporal queimada em queimadura de segundo grau, ou seja, acima do limiar de 20% que indica ressuscitação volêmica formal em adulto. O ATLS mantém o cristalóide aquecido, preferencialmente Ringer lactato, como solução de escolha, com o volume das primeiras 24 horas estimado pela fórmula de 2 mL por quilo por porcentagem de superfície queimada, metade infundida nas primeiras 8 horas contadas a partir do momento da lesão. O ponto central da alternativa correta é que a fórmula é apenas um ponto de partida: a infusão deve ser titulada pela resposta, e o parâmetro mais confiável é o débito urinário, com alvo de 0,5 mL/kg/h no adulto. A solução coloidal não é a escolha da ressuscitação inicial e, além disso, calcular todo o volume de forma fixa contraria a titulação. A solução glicosada não expande o intravascular, provoca hiponatremia e hiperglicemia e no adulto não tem lugar na ressuscitação do queimado. A solução hipertônica não é padrão pelo risco de hipernatremia e lesão renal, e monitorar apenas sinais vitais é insuficiente diante da perfusão avaliada pela diurese. Vale registrar que a ausência de estridor e a voz preservada não afastam a necessidade de vigilância de via aérea pela queimadura de face. Resposta B

QUESTÃO 90 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de doença inflamatória pélvica em forma grave: dor pélvica intensa, febre alta, corrimento purulento, dor à mobilização do colo uterino, sinais de irritação peritoneal, toxemia e abscesso tubo-ovariano à ultrassonografia, tudo isso após falha do antibiótico oral iniciado há 48 horas. Os critérios de internação em DIP incluem exatamente esse conjunto: presença de abscesso tubo-ovariano, doença grave com náuseas e vômitos ou febre alta, impossibilidade de uso da via oral e ausência de resposta ao tratamento ambulatorial. A conduta é hospitalizar e iniciar antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro cobrindo gonococo, clamídia e anaeróbios, com reavaliação clínica seriada; abscessos pequenos, como o de 3 cm descrito, costumam responder ao tratamento clínico, reservando-se drenagem ou cirurgia para falha terapêutica, abscessos volumosos ou suspeita de rotura. A alternativa B é insegura porque mantém a via oral que já falhou em paciente toxemiada e com abscesso. A alternativa C é internamente contraditória, pois internar e manter o mesmo esquema oral ineficaz, ainda por cima aguardando cultura, atrasa o tratamento sem cobrir anaeróbios. A alternativa D erra ao introduzir antifúngico, sem qualquer papel na etiologia polimicrobiana bacteriana da DIP. Resposta A

QUESTÃO 91 — 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. ÁREA LIVRE 23 CADERNO 02

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a identificação dos itens do IVCF-20 efetivamente pontuados por esta idosa, e o raciocínio é reconhecer o que o instrumento pergunta em cada uma das oito dimensões. O uso regular de seis medicamentos caracteriza polifarmácia, item da dimensão comorbidades múltiplas (cinco ou mais fármacos de uso contínuo). O relato da filha sobre esquecimento nos últimos meses pontua na dimensão cognição. A incapacidade de realizar a limpeza da casa configura perda em atividade instrumental de vida diária, na dimensão autocuidado, ainda mais relevante porque a atividade básica (banho) está preservada, indicando declínio no gradiente instrumental. A alternativa B erra porque, na faixa dos 73 anos, a idade não pontua (a pontuação começa aos 75 anos) e hipertensão descontrolada não é item do instrumento. A alternativa C erra porque a internação só pontua quando ocorrida nos últimos seis meses, e aqui foi há um ano, e o item de comorbidade exige cinco ou mais doenças crônicas. A alternativa D erra porque o IVCF-20 avalia perda de peso não intencional e não o IMC, e o item de quedas exige duas ou mais no último ano, enquanto a paciente relata apenas um episódio. Resposta A

QUESTÃO 92 — 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, mudança de comportamento, confusão e comportamento de risco (sair à procura do marido falecido há cinco anos), somados a marcadores de vulnerabilidade social identificados no território: casa desorganizada, falta de alimentos e medicamentos vencidos. Esse é o cenário em que o trabalho interdisciplinar se distingue do simples somatório de tarefas: a avaliação precisa acontecer no contexto de vida, com médico e ACS juntos, porque os achados domiciliares (alimentação, guarda de medicação, segurança, rede de apoio) são parte do próprio diagnóstico e não apenas informação acessória. Além disso, há suspeita de delirium ou síndrome demencial com risco de fuga, o que impõe avaliação prioritária, e a paciente já demonstrou que não comparece às consultas agendadas. A alternativa A insiste na consulta na unidade, justamente o que vem falhando, e reduz a ACS a fornecedora de informação prévia. A alternativa C é a mais insegura, pois adia a avaliação médica em trinta dias e transfere à ACS uma responsabilidade clínica que não lhe cabe. A alternativa D mantém o modelo hierárquico e fragmentado, com o médico decidindo sozinho e a ACS executando o monitoramento, sem construção conjunta do plano de cuidados. Resposta B

QUESTÃO 93 — 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. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de sofrimento emocional no puerpério imediato, com dez dias de pós-parto, tristeza flutuante ao longo do dia, ambivalência em relação ao bebê e à maternidade, culpa, vergonha e irritabilidade associada à privação de sono, sem ideação suicida, sem sintomas psicóticos e sem incapacidade funcional franca. Esse conjunto, em tempo inferior a duas semanas, é compatível com blues puerperal, condição frequente e autolimitada, cuja conduta é acolhimento, validação da ambivalência (que é normal e não sinal de má mãe), apoio psicossocial e fortalecimento da rede familiar, com vigilância ativa para eventual evolução a depressão pós-parto. A prescrição de fluoxetina é precipitada porque ainda não estão preenchidos os critérios temporais e de gravidade para depressão maior, e medicar agora dispensa a intervenção que de fato ajuda. O encaminhamento ao CAPS é desproporcional, pois esse serviço se destina a transtorno mental grave e persistente, psicose puerperal ou risco de suicídio, nada disso presente. O clonazepam é a pior opção: não trata o quadro, sedará a mãe que já cuida de uma recém-nascida e passa ao leite materno, com risco de sonolência e depressão respiratória no lactente. Resposta A

QUESTÃO 94 — 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 ponto da questão é reconhecer a causa do descontrole glicêmico antes de mexer na prescrição, e o achado que entrega o diagnóstico está no exame físico: nódulos endurecidos ao redor da cicatriz umbilical, ou seja, lipo-hipertrofia por rodízio inadequado dos locais de aplicação. Injetar insulina nessas áreas produz absorção errática e reduzida, o que explica a hemoglobina glicada de 8,2% e as glicemias elevadas apesar de uma dose já muito alta (90 UI/dia, cerca de 1,3 UI/kg) e sem qualquer hipoglicemia. Corrigir a técnica, incluindo rodízio, reaproveitamento de agulhas e armazenamento, pode inclusive exigir redução posterior da dose. E, no trabalho em equipe da Atenção Primária, a educação em insulino-terapia é competência consolidada da enfermagem, o que torna o encaminhamento à consulta de enfermagem a resposta condizente com o papel da médica. Aumentar a dose e mandar ao endocrinologista agrava a lipo-hipertrofia, arrisca hipoglicemia e transfere sem necessidade um problema resolvível na própria unidade. Trocar NPH por regular confunde insulina basal com prandial e atribui à motivação um problema que é técnico. Associar sulfonilureia a um paciente já plenamente insulínizado eleva o risco de hipoglicemia e ganho de peso, e a afirmação de que a atividade física seria o único pilar não abordado ignora o achado do exame. Resposta B

QUESTÃO 95 — 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. ÁREA LIVRE 24 CADERNO 02 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é a apresentação típica da doença de Legg-Calvé-Perthes, ou seja, osteonecrose idiopática da cabeça femoral na infância: menino em torno dos 4 aos 8 anos, dor insidiosa de quadril arrastando-se por meses, claudicação progressiva, ausência de trauma e de sinais sistêmicos, com limitação seletiva da abdução e da rotação interna ao exame. A radiografia fecha o raciocínio ao mostrar achatamento e irregularidade do núcleo epifisário da cabeça femoral, achado de fase de fragmentação da necrose avascular. A epifisiólise proximal do fêmur ocorre tipicamente no adolescente entre 10 e 16 anos, frequentemente obeso e no estirão puberal, com escorregamento posteromedial da epífise evidenciado pela linha de Klein, incompatível com a idade e a imagem descritas. A artrite idiopática juvenil oligoarticular acomete preferencialmente joelhos e tornozelos, cursa com artrite persistente por mais de seis semanas e não produz colapso do núcleo epifisário. A sinovite transitória do quadril é aguda e autolimitada em dias a poucas semanas, geralmente após infecção viral, e a radiografia é normal, o que não explica três meses de evolução com alteração estrutural. Resposta D

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Mulher, 45 anos, é atendida em Unidade de Pronto Atendimento após ingestão accidental 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

Trata-se de ingestão de substância cáustica alcalina, cuja lesão é por necrose de liquefação, com penetração profunda e progressiva na parede do esôfago. Dor retroesternal, disfagia e sialorreia indicam acometimento esofágico significativo, mas a ausência de estridor, rouquidão ou dispneia afasta comprometimento imediato de via aérea. Após a estabilização, a conduta é jejum, suporte clínico e endoscopia digestiva alta precoce, realizada entre 6 e 24 horas da ingestão: cedo demais o exame subestima a extensão da lesão, e após 48 horas o tecido em fase de amolecimento aumenta muito o risco de perfuração. A endoscopia gradua a lesão pela classificação de Zargar, o que define dieta, prognóstico e risco de estenose. Passar sonda nasogástrica às cegas para lavagem é contraindicado, pois pode perfurar a parede lesada e provocar vômito com nova exposição do esôfago ao cáustico. A neutralização com ácido é formalmente proibida porque a reação é exotérmica e agrava a queimadura. Corticoide sistêmico e antibiótico profilático não têm benefício demonstrado de rotina, ficando o antibiótico reservado a sinais de infecção ou perfuração. Resposta D

QUESTÃO 97 — 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 uma IST ulcerativa com adenite inguinal supurativa, e a pista definitiva está no padrão do bubão: linfonodo que supura e fistuliza por orifícios múltiplos, o clássico aspecto em "bico de regador" do linfogranuloma venéreo. A cronologia também é típica: lesão inicial fugaz (pápula que vira pequena ferida, pouco dolorosa e frequentemente despercebida) e, dias depois, a linfadenopatia inguinal dolorosa que domina o quadro. O agente é a *Chlamydia trachomatis*, especificamente os sorotipos invasivos L1, L2 e L3, que têm tropismo linfático e explicam por que a doença se manifesta mais na cadeia ganglionar do que na porta de entrada; o tratamento preconizado é doxiciclina por 21 dias. *Haemophilus ducreyi* causa cancro mole, cujas úlceras são múltiplas, de fundo sujo e muito dolorosas, e cujo bubão, quando fistuliza, drena por orifício único. *Klebsiella granulomatis* produz a donovanose, úlcera granulomatosa crônica, vermelho-viva e sangrante, sem adenite verdadeira (o que se vê é pseudobubão por granulomas subcutâneos). *Treponema pallidum* dá o cancro duro, único, de bordas endurecidas e indolor, acompanhado de adenopatia igualmente indolor, endurecida e que não supura nem fistuliza. Resposta A

QUESTÃO 98 — 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. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 49 anos com irregularidade menstrual há um ano somada a fogachos diários, sudorese noturna, irritabilidade e insônia tem síndrome climatérica na transição menopausal, e o ponto cobrado é que sintomas vasomotores moderados a intensos, em paciente sem contraindicação, têm na terapia hormonal o tratamento de maior eficácia. Ela está dentro da chamada janela de oportunidade (menos de 60 anos e menos de 10 anos do início da menopausa), nega tabagismo, comorbidades, câncer de mama pessoal ou familiar e tromboembolismo, e traz mamografia recente normal — ou seja, nenhuma das contraindicações clássicas. A conduta correta é individualizar: escolher dose e via (a via transdérmica, por exemplo, é preferida quando há risco tromboembólico, hepatopatia ou hipertrigliceridemia), usar a menor dose eficaz e reavaliar periodicamente sintomas, adesão e perfil de risco. O progestágeno isolado não é a primeira linha para fogachos e a terapia hormonal não tem indicação de prevenção cardiovascular primária — esse desfecho não se confirmou nos ensaios. Aguardar dosagem de FSH é desnecessário: em mulher acima de 45 anos com sintomas típicos o diagnóstico é clínico, e o FSH oscila muito na perimenopausa, podendo confundir mais que ajudar. A fitoterapia tem eficácia modesta e inconsistente sobre os fogachos e não tem qualquer efeito comprovado na prevenção de fraturas, de modo que a equivalência ao estrogênio afirmada na alternativa é falsa. Resposta D

QUESTÃO 99 — 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.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o único parâmetro que decide a profilaxia pós-exposição ao HIV em acidente perfurocortante: o tempo. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas, e o prazo máximo aceito pelo protocolo do Ministério da Saúde é de 72 horas após a exposição. A técnica de enfermagem procurou atendimento no quarto dia, ou seja, cerca de 96 horas depois, já fora da janela em que o esquema antirretroviral tem benefício demonstrado — não há indicação de PEP para essa exposição. O que resta, e é conduta obrigatória, é a notificação do acidente de trabalho (CAT e notificação em vigilância em saúde do trabalhador), a testagem inicial da profissional e o acompanhamento sorológico seriado para HIV, além da avaliação de hepatites B e C, com orientação sobre sinais de infecção aguda e medidas de prevenção da transmissão secundária no período. Iniciar PEP com base apenas em teste negativo na profissional ignora o prazo esgotado e ainda dispensa erroneamente a avaliação da fonte. Condicionar a PEP ao resultado positivo do usuário-fonte também não muda o problema central: mesmo com fonte reagente, passadas 72 horas a profilaxia não está indicada. E prescrever antirretroviral sem testagem, justamente por causa do tempo decorrido, inverte a lógica do protocolo — o tempo decorrido é o motivo para não indicar, e a testagem da profissional é indispensável para documentar o status sorológico no momento do acidente. Resposta C

QUESTÃO 100 — 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. ÁREA LIVRE CADERNO 02 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 quadro é uma intoxicação exógena com toxíndrome opioide, e o enunciado entrega os três pilares: rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 8), miose bilateral puntiforme e depressão respiratória (FR 8 irpm com saturação de 86% em ar ambiente), reforçados pelo achado circunstancial das cartelas de morfina vazias e pela bradicardia com pele fria e pegajosa. O antídoto específico é a naloxona, antagonista competitivo dos receptores opioides, titulada em doses fracionadas por via intravenosa até recuperar drive respiratório adequado, sempre associada ao suporte de via aérea e oxigenação, lembrando que sua meia-vida é curta e o paciente pode voltar a depressão respiratória, exigindo repique ou infusão contínua e monitorização prolongada. A atropina trata bradicardia sintomática por excesso colinérgico, mas aqui a bradicardia é consequência da intoxicação opioide e não corrigiria a hipoventilação, que é o que ameaça a vida. A dopamina é vasopressor/inotrópico e não há choque a tratar — a pressão de 100 x 60 mmHg é adequada. O flumazenil antagoniza benzodiazepínicos, que não produzem miose puntiforme desse grau nem a depressão respiratória tão marcada em uso isolado, e seu uso empírico ainda traz risco de convulsão em dependentes. Resposta D