



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2022/2

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Um paciente de 64 anos foi levado por familiares à unidade de emergência logo após ter apresentado episódio de síncope. Segundo o paciente, ele já tinha apresentado 2 outros episódios nos últimos 3 meses, sempre precedidos por sensação de “tonteados”, e, eventualmente, tem sentido a impressão de fraqueza, “escurecimento da visão” e sensação de queda iminente. Não há dados relevantes de história patológica pregressa do paciente, que não faz uso de nenhum fármaco regularmente. No exame físico, o paciente apresentava-se bradicárdico (42 batimentos por minuto), normotenso, com ritmo cardíaco regular em 3 tempos (B4), sem sopros. Seu pulso venoso jugular revelou a presença de intermitentes ondas “a em canhão”. Foi realizado um eletrocardiograma, que revelou padrão similar ao ilustrado na figura abaixo. O emergencista que atende esse paciente deverá explicar-lhe que será necessária a realização de

A cardioversão elétrica.

B ablação de via anômala.

C implante de marca-passo definitivo. ✓

D isolamento elétrico das vias pulmonares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síncope recorrente com bradicardia de 42 bpm, B4 e ondas 'a em canhão' intermitentes no pulso venoso jugular: isso é dissociação atrioventricular, ou seja, bloqueio AV total. A onda em canhão surge quando o atrio se contrai contra a tricúspide fechada. Síncope por BAV avançado sem causa reversível tem indicação de marca-passo definitivo. Cardioversão (A) é para taquiarritmia; ablação de via anômala (B) para pre-excitação; isolamento de veias pulmonares (D) para fibrilação atrial. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Homem de 75 anos de idade, tabagista 1 maço/dia desde os 20 anos de idade, apresenta queixa de polaciúria, disúria e hematúria macroscópica. Relata diversos episódios de infecção do trato urinário no passado e hiperplasia prostática benigna tratada por ressecção transuretral, com melhora significativa dos sintomas obstrutivos urinários. No toque retal, percebe-se próstata de tamanho aumentado, com superfície regular. Exame de urina tipo I (EAS) evidencia hematúria maciça, com mais de 80% de hemácias isomórficas. Nesse caso, a melhor conduta diagnóstica e o diagnóstico mais provável são, respectivamente

A uretrocistoscopia; carcinoma invasor de bexiga. ✓

B urografia excretora; carcinoma de células renais.

C ressonância magnética de abdome; cálculo coraliforme.

D ultrassom transretal com biópsia de próstata; adenocarcinoma de próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem idoso, tabagista pesado, com hematuria macroscópica e hemácias ISOMÓRFICAS (origem não glomerular, portanto das vias urinárias): é câncer urotelial de bexiga até prova em contrário. O exame que confirma é a uretrocistoscopia, que vê a lesão e permite biópsia/ressecção. Urografia (B) e método ultrapassado; RM por cálculo coraliforme (C) não explica o quadro e a próstata é regular ao toque; biópsia prostática (D) investiga adenocarcinoma, que causa sintomas obstrutivos, não hematuria maciça. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Lactente de 6 meses está sendo atendido na unidade básica de saúde para consulta de puericultura. A criança, nascida com 39 semanas, encontra-se em aleitamento materno exclusivo e com desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Sua genitora solicita orientações para iniciar a alimentação complementar. Acerca da introdução alimentar nesse caso, assinale a opção correta.

A A carne deve ser triturada e peneirada, para garantir oferta adequada de ferro, zinco e vitamina B12.

B As frutas, in natura, raspadas, amassadas ou picadas devem ser introduzidas como fontes de fibras.



C Os sucos devem ser introduzidos na rotina alimentar, uma vez ao dia, sendo importante fonte de vitaminas e fibras.

D A gema do ovo, por ser uma importante fonte proteica, deve ser oferecida de imediato, ao passo que a clara, devido ao seu poder alergênico, deve ser oferecida somente após 12 meses de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Alimentação complementar aos 6 meses: as frutas devem ser oferecidas in natura (raspadas, amassadas ou picadas), nunca em forma de suco. Carne deve ser bem cozida e desfiada/picada, jamais peneirada (peneirar retira justamente as fibras e parte do ferro), o que derruba A. Sucos (C) são desaconselhados antes de 1 ano pelo Guia Alimentar e pela SBP (açúcar livre, saciedade, cárie). Postergar clara de ovo (D) não previne alergia: o ovo inteiro entra desde os 6 meses. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Adolescente de 14 anos de idade, primípara, em puerpério imediato de parto vaginal, apresenta sangramento vaginal abundante, sem morbidades associadas à gestação. No exame, ela apresentou: regular estado geral, frequência respiratória de 23 incursões por minuto; tempo de enchimento capilar de 6 segundos; frequência cardíaca de 128 batimentos por minuto; pressão arterial de 80 x 30 mmHg; abdome globoso, normotenso; útero contraído abaixo da cicatriz umbilical, sem lesões no canal de parto. Diante do quadro apresentado, assinale a opção que estabelece a conduta apropriada a ser adotada em conjunto com a reanimação.

A Administração de 800 mcg de misoprostol via retal.

B Indicação de laparotomia de urgência para histerectomia.

C Conduta expectante, mantendo-se a monitorização clínica.

D Exame da placenta e, caso estejam presentes escavações, indicação de curetagem uterina. 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pos-parto com choque (enchimento capilar de 6 s, FC 128, PA 80x30) e útero CONTRAÍDO e canal de parto íntegro: excluídos tônus e trauma, sobra tecido - restos placentários. Então examinar a placenta e, se houver falha/escavação (cotilédono faltando), esvaziar o útero. Misoprostol (A) trata atonia, que não é o caso. Histerectomia (B) é medida de exceção, após falha das anteriores. Conduta expectante (C) em paciente chocada é inaceitável. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Uma mulher de 34 anos com diagnóstico de depressão procurou a unidade de saúde da família (UBS) onde você trabalha. Com base no prontuário da paciente, você observou que ela faz acompanhamento na unidade há 10 meses com outro médico da unidade. A paciente consulta sozinha, mas chegou à unidade acompanhada da irmã, com quem ela mora e que está bastante preocupada. A paciente tem sintomas de humor deprimido, fadigabilidade e choro fácil; está em uso de 40 mg/dia de fluoxetina nos últimos 6 meses, tendo apresentado discreta melhora. Segundo a paciente, há 1 mês, aproximadamente, começou a ouvir vozes e ver alguns vultos, e tem pensado em se matar, mas sem plano. Nesse caso, qual é a conduta adequada?

A Continuar o atendimento na UBS e trocar o tratamento.

B Encaminhar a paciente para internação em hospital psiquiátrico.

C Solicitar internação em hospital geral e otimizar o tratamento farmacológico.

D Referenciar a paciente à equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Depressão com sintomas psicóticos (alucinações auditivas e visuais) e ideação suicida, refratária a 6 meses de fluoxetina em dose plena: o caso ultrapassa a capacidade resolutive da APS, mas não há risco iminente que justifique internação. O caminho e o cuidado compartilhado no CAPS, com equipe multiprofissional e territorializado. Manter só na UBS (A) subestima a gravidade; hospital psiquiátrico (B) e hospital geral (C) são reservados a risco iminente ou impossibilidade de manejo ambulatorial. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Uma paciente de 62 anos de idade foi encaminhada ao ambulatório de nefrologia de um hospital universitário para ajuste no tratamento anti-hipertensivo, em razão de suposta nefropatia hipertensiva estágio 3. A paciente tem hipertensão arterial sistêmica (HAS) há longa data e faz tratamento com hidroclorotiazida 25 mg/dia e anlodipino 10 mg duas vezes ao dia. Recentemente, seus exames de sangue revelaram pequena retenção de escórias nitrogenadas, sendo o cálculo estimado da taxa de filtração glomerular de 54 ml/min/1,73 m². Exame urinário revelou a presença de microalbuminúria (120 mg/g de creatinina em amostra isolada de urina; valor de referência: até 30 mg/g de creatinina na urina). No exame físico, os níveis tensionais se encontravam em 150 x 90 mmHg no membro superior (MS) direito e em 148 x 92 mmHg no MS esquerdo. Considerando-se o risco cardiovascular da paciente, os níveis tensionais observados na consulta e a presença de dano renal crônico em estágio 3 (da classificação KDIGO — do inglês Kidney Disease: Improving Global Outcomes), em relação ao esquema terapêutico em curso, a conduta correta seria

A adicionar inibidor da enzima conversora ou bloqueador do receptor de angiotensina II. ✓

B trocar a hidroclorotiazida por diurético de alça e aumentar a dose do bloqueador de canal de cálcio.

C iniciar espironolactona e carvedilol.

D mantê-lo sem alterações e trabalhar a adesão ao tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal crônica estágio 3 com albuminúria (120 mg/g) e PA acima da meta apesar de tiazídico e bloqueador de canal de cálcio em dose máxima: falta justamente a classe com nefroproteção comprovada. IECA ou BRA reduzem a pressão intraglomerular e a proteinúria, retardando a progressão. Diurético de alça (B) só se TFG mais baixa ou hipervolemia; espironolactona/carvedilol (C) não são a 4ª linha lógica aqui; manter o esquema (D) ignora o dano renal em curso. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Homem de 55 anos de idade apresenta quadro de dor em fossa ilíaca esquerda. No exame físico, apresentava bom estado geral, frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto, pressão arterial de 130 x 80 mmHg, frequência respiratória de 20 incursões respiratórias por minuto e temperatura axilar de 37,9 °C. O paciente realizou tomografia de abdome e pelve, que mostrou ausência de líquido livre e gás na cavidade peritoneal, discreta distensão de alças de delgado e cólons direito e transversos, espessamento de cólon descendente e abscesso pericólico de 6 cm próximo à goteira parietocólica esquerda. Nesse caso, qual é a melhor conduta imediata?

A Internação e antibioticoterapia venosa exclusiva.

B Antibioticoterapia venosa e drenagem do abscesso. ✓

C Alta hospitalar e antibioticoterapia oral ambulatorial.

D Laparotomia exploradora e procedimento de Hartmann.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda com abscesso pericólico de 6 cm, sem pneumoperitônio ou peritonite: e Hinchey II. Abscesso acima de 4-5 cm não resolve só com antibiótico - precisa de drenagem (habitualmente percutânea guiada por imagem) associada a antibioticoterapia venosa. ATB exclusivo (A) e conduta de Hinchey I / abscessos pequenos; alta com ATB oral (C) e para diverticulite não complicada; Hartmann (D) fica para peritonite difusa ou falha do tratamento conservador. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, em consulta de rotina com pediatra, refere ser um dos menores alunos da sua sala. O crescimento do paciente nos últimos 6 meses foi de 2,5 cm.

A projeção de sua estatura vai ao encontro do canal familiar (pai mede 161 cm e mãe mede 150 cm). No gráfico estatura x idade, situa-se entre o escore-z -2 e -3. Exame físico sem alterações, sem características de doenças gênicas ou cromossômicas, estadiamento puberal de Tanner G2 P1. Conforme radiografia de mão e punho esquerdos, a idade óssea do paciente é de 11 anos. Nesse caso, o paciente apresenta A puberdade atrasada.

B baixa estatura familiar. ✓

C reduzida velocidade de crescimento.

D idade óssea compatível com distúrbio constitucional de estatura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com alvo genético baixo (pai 161 cm, mãe 150 cm), estatura entre os escores-z -2 e -3 acompanhando o canal familiar, idade óssea IGUAL a cronológica e puberdade já iniciada (Tanner G2): esse conjunto define baixa estatura familiar. A puberdade não está atrasada (A) porque G2 aos 11 anos é normal. A velocidade de 2,5 cm em 6 meses (5 cm/ano) é adequada para a fase pré-estiramento (C). No atraso constitucional (D), a marca e idade óssea ATRASADA em relação a cronológica. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Mulher de 23 anos de idade procurou o ambulatório de ginecologia, com queixa de aumento da intensidade e duração do fluxo menstrual há 8 meses. Nulípara, tem como antecedentes três abortos espontâneos, nos quais não precisou realizar curetagem uterina. No exame físico, não apresentou qualquer alteração.

Apresentou os seguintes exames complementares recentes: ■ Colpocitologia oncológica: alterações celulares benignas reativas ou reparativas. ■ Ultrassonografia: volume uterino de 88 cm³. Eco endometrial heterogêneo de 36 mm (normalidade considerada até 15 mm) com lesão hiperecótica de contornos regulares na cavidade uterina. Anexos sem alterações ultrassonográficas. Considerando a história clínica e os exames físico e complementar da paciente, assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica e a conduta adequada, respectivamente.

A Patologia cervical; colposcopia.

B Gestação ectópica; laparotomia exploratória.

C Miomatose uterina; laparoscopia diagnóstica.

D Pólipo endometrial; histeroscopia diagnóstica. 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino anormal em jovem com abortos de repetição e ultrassom mostrando eco endometrial de 36 mm com lesão hiperecótica de contornos regulares dentro da cavidade: o padrão é de polipo endometrial. A histeroscopia é diagnóstica e terapêutica no mesmo tempo. Colposcopia (A) não se aplica com citologia apenas reativa; ectópica (B) está descartada sem atraso menstrual/beta-hCG; mioma (C) daria imagem hipoeecótica miometrial e não se investiga por laparoscopia. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Uma mulher de 43 anos compareceu a uma unidade de saúde da família, com queixas de estresse e ansiedade. Informa que iniciou, há 10 semanas, o tratamento com sertralina 50 mg/dia e que, nesse período, apresentou uma melhora discreta dos sintomas. Entretanto, nas últimas 4 semanas, tem tido ataques recorrentes de ansiedade intensa quando precisa sair de casa, o que tem limitado seu desempenho, inclusive para atividades do dia a dia, como ir ao supermercado e buscar os filhos no colégio. Conforme relato dela, no dia desta consulta, teve muita dificuldade para sair de casa. Nesse caso, qual é a conduta adequada?

A Prescrever um benzodiazepínico e encaminhar a paciente para a emergência de um hospital psiquiátrico.

B Manter a sertralina na dose atual e monitorar a evolução da paciente.

C Encaminhar a paciente para um serviço com psicoterapia estruturada e reavaliar a medicação em uso.



D Substituir a sertralina por fluoxetina 20 mg, clonazepam 0,5 mg e clorpromazina 25 mg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ataques recorrentes de ansiedade intensa desencadeados por sair de casa, com esquiva e prejuízo funcional, após resposta apenas parcial a 10 semanas de sertralina 50 mg: e transtorno de pânico com agorafobia parcialmente tratado. A conduta combina psicoterapia estruturada (TCC e a de melhor evidência) com reavaliação/otimização da dose. Benzodiazepínico + emergência psiquiátrica (A) é desproporcional; manter tudo igual (B) perpetua a resposta insuficiente; a polifarmácia de D, com antipsicótico, não tem indicação. Resposta C.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Uma paciente de 22 anos de idade compareceu à unidade de emergência, com queixa de aparecimento, havia 3 dias, de lesões na cavidade oral e pele. Informou ainda, que as lesões surgiram inicialmente nos ombros, tendo aspecto semelhante a queimadura solar. Posteriormente, estenderam-se para a região proximal dos membros superiores e para os joelhos. Relatou também febre, mal-estar e mialgias. Em sua história patológica pregressa, há menção a epilepsia e asma. A paciente faz uso de hidantoína — introduzida recentemente, em substituição a fenobarbital — e salmeterol/budesonida inalatório. A paciente tem uma irmã com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico e uma tia em tratamento para pênfigo foliáceo. Conforme o exame físico, as lesões ocupam menos de 10% da superfície corpórea, sendo as lesões cutâneas caracterizadas predominantemente pela presença de áreas de eritema, com presença de perifeira de pápulas edematosas (com centro de tonalidade violácea) e formação de bolhas com desprendimento cutâneo limitado, havendo algumas típicas lesões em alvo. Nos lábios, há crostas hemáticas aderidas a centros de desprendimento mucoso. O médico que atende a paciente, considerando riscos e benefícios para ela, deve explicar-lhe que a abordagem diagnóstica correta para o seu caso, no momento, é

A solicitar biópsia cutânea com pesquisa por imunofluorescência, dado o histórico familiar de pênfigo foliáceo.

B encaminhar a paciente para pesquisa de FAN em células Hep-2, em função do padrão típico de lúpus cutâneo subagudo.

C entrar em contato com o laboratório e solicitar a pesquisa de exotoxina estafilocócica (síndrome da pele escaldada estafilocócica).

D considerar os dados da anamnese e do exame físico suficientes para o provável diagnóstico de farmacodermia pelo anticonvulsivante. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões em alvo, bolhas com desprendimento em menos de 10% da superfície corpórea e erosões com crostas hemáticas nos lábios, iniciadas dias após a troca de fenobarbital por hidantoina: e síndrome de Stevens-Johnson por anticonvulsivante aromático. O diagnóstico é clínico e a conduta imediata é suspender o fármaco. Biópsia (A) pode apoiar, mas não é o passo que define; FAN (B) não explica bolhas e acometimento mucoso agudo; a pele escaldada estafilocócica (C) poupa mucosas e acomete lactentes. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Lactente de 6 meses, sexo masculino, foi levado à unidade básica de saúde, com história de tosse, espirros, obstrução nasal, coriza e febre havia três dias, com evolução de chiado no peito e dispnéia. Antecedentes pessoais: dois episódios de rinofaringite desde o nascimento, autolimitados e com boa evolução. A mãe é asmática. No exame físico, o paciente apresentou: frequência respiratória de 56 incursões respiratórias por minuto; tiragem de fórcula e subcostal; tempo expiratório prolongado e sibilos difusos em moderada quantidade; saturimetria de 88% em ar ambiente. Sem alterações no restante do exame físico. Radiografia de tórax evidenciou hiperinsuflação pulmonar. Considerando a situação descrita, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o diagnóstico e a conduta adequados.

A Resfriado comum; broncodilatador, manejo ambulatorial e hidratação.

B Pneumonia bacteriana; antibioticoterapia, oxigenoterapia e internação.

C Bronquiolite viral aguda; medidas sintomáticas de suporte e monitorização. ✓

D Asma de início precoce; administração de beta-agonista de curta duração e corticoide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primeiro episódio de sibilância em lactente de 6 meses, precedido por pródromo de via aérea superior, com taquipnéia, tiragem, expiração prolongada e hiperinsuflação na radiografia: e o quadro clássico de bronquiolite viral aguda (VSR). O tratamento e de suporte - oxigênio para manter a saturação, hidratação, higiene nasal e monitorização. Resfriado comum (A) não cursa com desconforto e hipoxemia; não há consolidação nem alteração de hemograma para pneumonia (B); asma (D) exige episódios recorrentes. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Você atende em uma unidade de saúde da família e está em reunião com a equipe multiprofissional, organizando o planejamento de uma atividade de educação popular em saúde que envolverá um café da manhã com os usuários e um bate-papo sobre vacinação contra a covid-19. Conforme as habilidades de comunicação (abordagem centrada na pessoa), bem como os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde (orientação familiar e comunitária; competência cultural), qual é a melhor opção de atividade a ser desenvolvida pela equipe para enfrentar eventual resistência à vacinação contra a covid-19?

A Palestra para explicar os benefícios da vacinação, com o objetivo de convencer os mais resistentes por meio de argumentos baseados em evidências científicas, além de apresentar dados estatísticos que demonstrem a redução da mortalidade na população vacinada.

B Roda de conversa para priorizar as percepções positivas dos(as) participantes acerca da vacina contra a covid-19 e, a partir daí, construir os argumentos para convencer os mais resistentes, finalizando-se com a apresentação de dados científicos que demonstrem a redução da mortalidade na população vacinada.

C Palestra para apresentar os números de pessoas com covid-19 e a proporção entre vacinados e não vacinados que necessitaram de internação aos usuários mais resistentes à vacinação, tentando-se, dessa forma, pressioná-los a se vacinar.

D Roda de conversa para levantar as percepções positivas e negativas dos(as) participantes acerca da vacina contra a covid-19 e, a partir dessas informações, construir os argumentos para convencer os mais resistentes, finalizando-se com a apresentação de dados científicos que demonstrem a redução da mortalidade na população vacinada. Espaço livre 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Educação popular em saúde e abordagem centrada na pessoa não trabalham com convencimento vertical: partem da escuta. A atividade adequada é a roda de conversa que acolhe percepções POSITIVAS E NEGATIVAS sobre a vacina, porque é exatamente do medo e da dúvida que nascem os argumentos a serem trabalhados; a evidência científica entra depois, dialogada. Palestras (A e C) são unidirecionais e C ainda pressiona o usuário; ouvir só o que é positivo (B) silencia a resistência que se quer enfrentar. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Homem de 45 anos, sem comorbidades, procurou o pronto-socorro por apresentar dor em região anal havia 5 dias, acompanhada por prostração e calafrios. No exame físico, encontrava-se em regular estado geral, consciente, contactuante, corado, hidratado, subfebril (temperatura axilar de 37,5 °C), com frequência cardíaca de 105 batimentos por minuto, frequência respiratória de 20 incursões respiratórias por minuto, pressão arterial de 120 x 80 mmHg. Inspeção da região perianal evidenciou abaulamento à direita, sem ponto de flutuação, aumento de temperatura e vermelhidão. Toque retal com dor à palpação em quadrante posterior direito. Com base no quadro apresentado, qual é a conduta mais adequada?

A Antibioticoterapia venosa.

B Drenagem cirúrgica imediata. ✓

C Termoterapia local e observação.

D Tomografia computadorizada da pelve.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor anal há 5 dias com prostração, calafrios, taquicardia e abaulamento perianal quente e hiperemiado: é abscesso anorretal. Cavidade com pus se drena - e a ausência de flutuação palpável NÃO afasta o diagnóstico nem adia a cirurgia. Antibiótico isolado (A) não esteriliza abscesso e só retarda a drenagem (reservado a celulite extensa, imunossupressão ou valvopatia, sempre como adjuvante). Calor local e observação (C) arrisca evolução para gangrena de Fournier; a tomografia (D) só ajuda em suspeita de coleção profunda/supraelevadora. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Neonato feminino, de cor branca, com idade gestacional de 35 semanas e 5 dias, pequeno para a idade gestacional (PIG), nascido de parto operatório indicado por diabetes gestacional em descompensação e asma materna, bolsa íntegra, líquido amniótico claro, APGAR 8/9, desenvolveu quadro respiratório de intensidade moderada. Hoje, 3º dia de vida, permanece em ventilação não invasiva, diminuindo-se a concentração de oxigênio de modo progressivo. Hemograma e proteína C reativa normais. Imagem radiológica mostra retificação de costelas, hiperinsuflação pulmonar moderada com presença de algumas linhas opacificadas em campos pulmonares. Hemocultura negativa. Com base no relato do caso e no provável diagnóstico para esse neonato, além de prematuridade, diabetes gestacional, parto operatório, outro fator de risco que predispõe a referida evolução é

A cor branca.

B tamanho PIG.

C sexo feminino.

D asma materna. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro tardio, cesariana, filho de mãe diabética, com desconforto respiratório moderado, hiperinsuflação e estrias/linhas densas na radiografia, com marcadores infecciosos negativos: e taquipneia transitória do recém-nascido (pulmão úmido), por retardo na absorção do líquido pulmonar. Entre as opções, a asma materna e fator de risco reconhecido, porque se associa a menor depuração do líquido alveolar. Cor branca (A), PIG (B) e sexo feminino (C) não são fatores de risco - aliás, o risco é maior no sexo masculino. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Paciente de 36 anos, G1P0, idade gestacional de 24 semanas, gravidez não planejada, mas bem aceita, compareceu ao pré-natal de alto risco, para consulta. Tem história de gastropластиа para tratamento de obesidade há 10 meses, técnica de bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) — na época, pesava 104 kg e media 1,62 m (IMC = 39). Agora, está com 88 kg (IMC = 33). Segundo ela, às vezes, após o almoço, sente mal-estar e tontura. Considerando as informações anteriores, assinale a opção correta.

A O intervalo mais curto entre a cirurgia e a concepção está associado a maior risco de prematuridade e de parto de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. ✓

B O teste oral de tolerância à glicose deverá ser realizado entre a 24ª e a 28ª semana de gestação, pelo risco aumentado de diabetes mellitus gestacional.

C A reposição de ferro deverá ser feita por via intravenosa, pelo risco aumentado de anemia ferropriva e megaloblástica.

D Para as gestantes com suspeita de dumping, deve-se estimular a ingestão de carboidratos de rápida absorção, pelo risco aumentado de desencadear a síndrome. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação concebida 10 meses após bypass em Y de Roux: o intervalo curto (recomenda-se aguardar 12 a 24 meses, fase de perda ponderal rápida) associa-se a prematuridade e recém-nascidos PIG, além de deficiências nutricionais. O TOTG (B) é evitado após bypass justamente por precipitar dumping - rastreia-se com glicemias capilares seriadas. Ferro (C) é repostado por via oral de rotina, e ferropriva não é megaloblástica. No dumping (D) orienta-se justamente REDUZIR carboidratos de absorção rápida. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Trabalhador da construção civil, de 58 anos de idade, em tratamento regular para hipertensão há 12 anos, procurou a unidade básica de saúde (UBS), com queixa de fortes dores musculares. O paciente acredita que as dores musculares tenham relação com o uso de uma nova medicação prescrita na UBS há duas semanas, quando, em uma consulta de rotina, foram constatadas alterações em seus exames laboratoriais. Nesse caso, qual condição clínica, ao ser evidenciada pelos exames laboratoriais, pode justificar a prescrição da medicação?

A Obesidade.

B Dislipidemia. ✓

C Hipotireoidismo.

D Diabetes mellitus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mialgia difusa iniciada duas semanas após a introdução de um fármaco novo, motivada por alteração em exames de rotina de um hipertenso: o quadro grita miopatia por estatina, prescrita para dislipidemia. Metformina (diabetes), levotiroxina (hipotireoidismo) e as medidas para obesidade não produzem esse padrão de dor muscular precoce - o hipotireoidismo até causa mialgia, mas por falta de hormônio, e a reposição melhora, não piora. Sempre dosar CPK nessa suspeita. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, de 75 anos, tabagista, com quadro de disfagia progressiva e emagrecimento de 12 kg em 3 meses, atualmente ingerindo apenas alimentos líquidos e pastosos, realizou endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão expansiva circunferencial em esôfago médio (localizada a 28 cm dos dentes incisivos), de 5 cm de extensão, estenosante, mas que permitiu passagem do aparelho para o estômago. A biópsia mostrou carcinoma escamoso de esôfago moderadamente diferenciado. Tomografia de estadiamento mostrou múltiplas metástases pulmonares. Em relação à disfagia e ao suporte nutricional desse paciente, qual é a melhor opção terapêutica?

A Jejunostomia cirúrgica.

B Nutrição por sonda nasointestinal.

C Gastrostomia por via endoscópica.

D Passagem de prótese endoscópica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma escamoso de esôfago com metástases pulmonares múltiplas: doença incurável, em que o objetivo passa a ser paliativo da disfagia com o menor custo funcional. A prótese (stent) endoscópica autoexpansível restaura a deglutição por via oral de imediato, num tumor que ainda permite passagem do aparelho. Jejunostomia (A) e gastrostomia (C) são procedimentos invasivos que abolem a alimentação pela boca; sonda nasointestinal (B) é desconfortável e provisória. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Uma adolescente de 13 anos foi levada pela mãe à unidade básica de saúde, por apresentar desvio na coluna. Segundo informações maternas, a adolescente tem o hábito de usar uma mochila pesada só de um lado do ombro e, com o passar do tempo, tem ficado “mais torta”. A mãe informou que, quando jovem, também era assim, mas, em sua opinião, o caso da filha é pior. Negou outras queixas. No exame físico, observou-se assimetria dos ombros, escápula bastante proeminente à direita. O teste de Adams mostrou assimetria da caixa torácica. No caso em questão, a hipótese diagnóstica é de

A escoliose familiar, sendo dispensada a investigação com exames complementares.

B lordose familiar, indica-se uma investigação com exame radiológico da coluna.

C escoliose, sendo necessária a determinação do ângulo de Cobb para indicar o tratamento clínico ou cirúrgico. ✓

D lordose associada à espinha bífida, uma vez que o teste de Adams foi positivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Assimetria de ombros com escápula proeminente e teste de Adams positivo (gibosidade à flexão anterior do tronco) define escoliose estrutural - não postural, e mochila não causa escoliose. O passo seguinte é a radiografia de coluna total com medida do ângulo de Cobb, que estratifica: observação, colete ou cirurgia. Dispensar exames (A) deixa a curva progredir no estágio puberal; as opções B e D confundem com lordose, que é curvatura do plano sagital e não produz gibosidade. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Uma mulher de 30 anos de idade, G1P1, compareceu à unidade básica de saúde, para realização do exame citopatológico, sem queixas. Na ocasião, o exame ginecológico foi normal. A coleta da citologia oncótica, que mostrou o seguinte resultado: células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC), possivelmente não neoplásicas. O exame anterior, realizado havia 3 anos, não apresentava anormalidades. Nesse caso, a conduta adequada é

A realizar colposcopia. ✓

B manter colpocitologia anual.

C fazer exérese da zona de transformação.

D repetir colpocitologia em exame em 6 meses. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia com células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC) e achado de alto risco: pode esconder adenocarcinoma in situ do canal endocervical ou doença endometrial. Por isso a conduta e encaminhamento imediato para colposcopia com avaliação do canal endocervical (e do endométrio quando há fator de risco). Repetir citologia (B e D) e conduta de ASC-US em mulher de baixo risco e atrasa o diagnóstico; EZT (C) e tratamento, nunca passo diagnóstico inicial. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Durante o pré-natal de uma primigesta com 18 semanas, o médico da unidade básica de saúde teve acesso ao resultado do VDRL, com titulação de 1:4. A paciente não recordava ter sido diagnosticada com sífilis nem ter feito tratamento contra essa doença. Com base nesse resultado de exame VDRL durante o pré-natal e nos dados da entrevista clínica, assinale a opção correta.

A Considerando o título baixo de VDRL, o médico pode esperar para fazer exames seriados mensais de VDRL antes de instituir tratamento.

B Caso a paciente tenha alergia à penicilina, deve-se seguir com a gestação sem tratamento até o momento do parto, quando se deve instituir tratamento com eritromicina.

C Após o tratamento com penicilina, a paciente deve repetir o VDRL no último trimestre, realizando novo tratamento caso o resultado seja positivo, independentemente da titulação.

D O tratamento de escolha deve ser feito com penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, semanalmente, durante 3 semanas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com VDRL reagente, sem história de tratamento previo: e sífilis latente de duração ignorada e trata-se como latente tardia - penicilina G benzatina 2,4 milhões UI IM por semana, 3 doses. Título baixo não autoriza esperar (A): na gestação, o custo do atraso e a sífilis congênita. Alergia a penicilina (B) resolve-se com dessensibilização, pois só a penicilina trata o feto - eritromicina não atravessa placenta de forma adequada. VDRL positivo pós-tratamento (C) e esperado; o que indica retratamento e a ausência de queda de títulos. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Uma mulher de 24 anos de idade foi atendida no ambulatório de especialidades, com história de fezes amolecidas e dores abdominais em cólicas havia 1 ano, com períodos de melhora e piora. Nos últimos 3 meses, havia perdido 5 kg (seu peso atual é de 65 kg), de forma não intencional, e notou aumento das dores abdominais, tenesmo, urgência e episódios de diarreia com sangue, que às vezes parecia ter pus. Ex-tabagista, negou uso de bebidas alcoólicas, bem como viagens ou uso de antibiótico recentes. Fez uso de antidiarreicos, mas não obteve melhora. No exame físico, apresentava-se emagrecida, hipocorada +/4+, com dor à palpação em hipogástrio e hipocôndrio esquerdo, ruídos hidroaéreos normais, sem sinais de irritação peritoneal, toque retal sem alterações. Colonoscopia indicou achados compatíveis com inflamação difusa, que acometiam do reto ao cólon esquerdo, e o seguinte anatomopatológico de biópsias de diversos segmentos: abscessos, ramificação, encurtamento e atrofia das criptas; metaplasia das células de Paneth, aumento da celularidade da lâmina própria, plasmocitose basal, agregados linfoides basais e eosinófilos da lâmina própria. Com relação a esse caso, quais devem ser, respectivamente, o diagnóstico e o tratamento inicial?

A Doença de Crohn; infliximab.

B Colite microscópica; mesalazina.

C Retocolite ulcerativa; prednisona. ✓

D Colite pseudomembranosa; metronidazol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia com sangue e pus, tenesmo, urgência e perda ponderal em ex-tabagista, com colonoscopia mostrando inflamação DIFUSA E CONTINUA do reto ao colon esquerdo e histologia com abscessos de cripta, distorção/atrofia criptica, metaplasia de Paneth e plasmocitose basal: e retocolite ulcerativa em atividade moderada a grave, cuja indução de remissão se faz com corticoide sistêmico. Crohn (A) e transmural e descontínuo; colite microscópica (B) tem mucosa normal a colonoscopia; não houve antibiótico recente para C. difícil (D). Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Homem de 55 anos refere vômitos biliosos, dor abdominal tipo cólica e parada de eliminação de gases e fezes há cerca de 3 horas. Fez cirurgia por úlcera péptica perfurada há 5 anos. Seu exame físico evidencia: cicatriz de incisão mediana xifopúbica, abdome pouco distendido e doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Não foi possível palpar massas e/ou visceromegalias. A imagem a seguir corresponde à radiografia de abdome desse paciente. Nesse caso, além de reposição hidroeletrólítica, qual é a conduta mais adequada?

A Videolaparoscopia diagnóstica.

B Laparotomia exploradora de emergência.

C Sondagem nasogástrica e observação clínica. ✓

D Descompressão colônica por retossigmoidoscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos biliosos, cólica e parada de eliminação de gases e fezes em paciente com laparotomia previa: e obstrução de delgado por brida, a causa mais comum nesse cenário. Sem sinais de irritação peritoneal, febre, taquicardia ou pneumoperitônio (ou seja, sem sinais de estrangulamento), a conduta inicial e conservadora: descompressão com sonda nasogástrica, hidratação e reavaliações seriadas, que resolvem a maioria dos casos. Cirurgia (A e B) fica para falha em 24-48 h ou sofrimento de alça; retossigmoidoscopia (D) e para vôlvo de sigmoide. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Lactente de 23 meses, sexo masculino, encaminhado para ambulatório de referência, tem história de massa abdominal importante percebida durante o banho, de aumento progressivo, há cerca de 2 meses. Seu exame físico evidencia: massa grande e fixa, principalmente em flanco esquerdo, ultrapassando inclusive a linha média; pressão arterial de 159 x 91 mmHg; nistagmo; ataxia cerebelar; proptose ocular; equimose periorbitária bilateral ("olhos de guaxinim").

A dosagem de ácido vanilmandélico mostra-se dez vezes o valor de referência de normalidade. Nessa situação, o diagnóstico é A linfoma.

B neuroblastoma. ✓

C tumor de Wilms.

D feocromocitoma. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal em flanco que CRUZA A LINHA MEDIA, hipertensão, opsoclonia/ataxia (síndrome paraneoplásica), proptose e equimose periorbitária bilateral ('olhos de guaxinim', metastase orbitária) com ácido vanilmandélico dez vezes o normal: e neuroblastoma. O tumor de Wilms (C) tipicamente NAO ultrapassa a linha média e não eleva catecolaminas urinárias. O feocromocitoma (D) é raro nessa idade e não da metastase orbitária; linfoma (A) não cursa com VMA elevado. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Uma mulher de 20 anos de idade, nuligesta, foi encaminhada para o pronto atendimento de um hospital universitário, com quadro de dor pélvica intermitente fazia uma semana. Havia 1 dia, a dor tornou-se mais intensa e constante. No exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, afebril, com pressão arterial de 110 x 70 mmHg, apresentando dor acentuada à palpação em fossa ilíaca direita. Os resultados do hemograma e do exame de urina foram normais e do teste de gravidez foi negativo. A ultrassonografia transvaginal mostrou uma imagem anecoica de 10 cm de diâmetro em ovário direito, com septação interna e sem fluxo ao doppler. O quadro clínico apresentado é característico de

A cisto torcido de ovário. ✓

B abscesso tubo-ovariano.

C endometrioma de ovário.

D cisto hemorrágico ovariano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica intermitente que virou constante e intensa, com cisto ovariano de 10 cm e AUSÊNCIA de fluxo ao Doppler: e torção anexial - o cisto volumoso e o principal fator de risco é a perda do fluxo confirma o comprometimento vascular. Abscesso tubo-ovariano (B) cursaria com febre e leucocitose; endometrioma (C) tem conteúdo em vidro fosco e dor cíclica crônica; cisto hemorrágico (D) mostra reticulado interno e mantém fluxo. É emergência cirúrgica, com destorção e preservação ovariana. Resposta A.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 24 anos, trabalha como técnica de enfermagem há um ano e refere surgimento de vesículas, eritema e fissuras nas mãos há seis meses, acompanhado de episódios de prurido. Relata que houve melhora do quadro no seu período de férias.

A partir da história clínica dessa paciente, assinale a opção correta. A Devido à localização das lesões em área descoberta do corpo da paciente é possível concluir que o diagnóstico correto é fotodermatite.

B A paciente apresenta ceratoses actínicas, pela cronificação do quadro, que pode ter relação direta com detergentes e exposição solar.

C O diagnóstico correto é dermatite de contato, irritante ou alérgica, que pode ser causada pelo látex. ✓

D Diagnósticos de quadro alérgico são afastados pelo fato de o quadro melhorar no período de férias da paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vesículas, eritema e fissuras nas mãos de técnica de enfermagem, com melhora nas férias: o padrão 'melhora quando se afasta do trabalho' e a assinatura da dermatite de contato ocupacional, irritante (higienização repetida, detergentes, álcool) ou alérgica (látex das luvas). Fotodermatite (A) pouparia áreas cobertas e não explica a melhora nas férias em quem se expõe mais ao sol de folga. Ceratose actínica (B) e lesão pre-maligna em área fotoexposta de idosos. E o afastamento melhorar (D) REFORÇA, e não afasta, a origem alérgica/irritativa. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Paciente de 54 anos, sexo feminino, foi internada para investigação diagnóstica, por apresentar quadro de mal-estar e alucinações. Durante a internação, apresentou quadro de tontura e lipotímia. A paciente é hipertensa e faz uso de losartana 50 mg, duas vezes ao dia, nimodipino 30 mg, 3 vezes ao dia, devido a isquemia cerebral, e propatilnitrato 10 mg, 3 vezes ao dia, devido a angina estável. As anotações de enfermagem mostram que a paciente apresenta vários episódios de hipotensão ao longo do dia. Que medidas deverão ser tomadas para prevenção da queda?

A Ajustar medicamentos, para evitar hipotensão. ✓

B Realizar contenção química e física, pois a paciente é jovem.

C Solicitar a presença de um acompanhante para minimizar o risco de acidentes.

D Substituir os medicamentos de uso contínuo e administrar contenção química.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente cai porque está hipotensa, e está hipotensa porque acumula três anti-hipertensivos/vasodilatadores (losartana, nimodipino e propatilnitrato) em doses fracionadas ao longo do dia. Prevenção de queda começa por revisar e ajustar a farmacoterapia, causa reversível e documentada nas anotações de enfermagem. Contenção química e física (B e D) aumenta delírio, imobilidade e o próprio risco de queda, além de exigir indicação restrita. Acompanhante (C) ajuda, mas não corrige a causa. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Mulher de 60 anos, assintomática, realizou colonoscopia para rastreamento de câncer colorretal. No exame foram encontrados: 2 pólipos em cólon transverso, cada um medindo 0,5 x 0,5 cm; 1 pólipo em cólon descendente, de 2,0 x 1,5 cm; 2 pólipos em cólon ascendente, de 0,5 x 0,5 cm; e 2 pólipos de 1 x 1 cm no reto. Todos eram pediculados e foram removidos completamente durante o exame. O exame histopatológico revelou que se tratava de pólipos adenomatosos tubulares, exceto o pólipo de cólon transverso, diagnosticado como adenoma tubuloviloso. Nesse caso, qual é a melhor conduta para essa paciente?

A Repetir a colonoscopia em 3 anos. ✓

B Refazer a colonoscopia em 7 a 10 anos.

C Transverssectomia e colonoscopia em 5 anos.

D Colectomia total e rastreamento de familiares de primeiro grau.

COMENTÁRIO OSCELABS

São 7 adenomas removidos, um deles de 2 cm e com componente viloso: e colonoscopia de alto risco. Nesse cenário (3 ou mais adenomas, adenoma maior que 1 cm, componente viloso ou displasia de alto grau), a vigilância é antecipada para 3 anos. O intervalo de 7 a 10 anos (B) e para exame normal ou 1-2 adenomas tubulares pequenos. Ressecções cirúrgicas (C e D) não se justificam quando todos os polípos foram removidos completamente por via endoscópica e são benignos. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Recém-nascido do sexo masculino, com 5 dias de vida, foi levado a unidade básica de saúde pela mãe, devido a lesão de pele que iniciou no 2º dia de vida. No exame, ele encontrava-se normotérmico, ativo, reativo, corado, hidratado, anictérico. Estava com frequência cardíaca de 130 batimentos por minuto, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros. Apresentava frequência respiratória de 30 incursões respiratórias por minuto, eupneico, murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Abdome globoso, normotenso e sem visceromegalias. Genitália masculina típica, testículos tópicos.

A pele apresentava vesículas, pápulas e pústulas com 1 a 3 mm de diâmetro, rodeadas por halo eritematoso de 1 a 2 cm, acometendo tórax e abdome, poupadas as palmas das mãos e as plantas dos pés.

Considerando-se essa situação, o diagnóstico da dermatose apresentada é A miliária rubra.

B eritema tóxico. ✓

C pustulose cefálica neonatal.

D melanose pustulosa t neonatal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vesículas, papulas e pústulas de 1 a 3 mm com halo eritematoso amplo, surgindo no 2º dia de vida em tronco e abdome e POUPANDO palmas e plantas, em recém-nascido em ótimo estado geral: é eritema tóxico neonatal, benigno e autolimitado, sem necessidade de tratamento. A miliária rubra (A) decorre de obstrução das glândulas sudoríparas por calor e predomina em dobras e fronte. A pustulose cefálica (C) acomete face e surge após a 2ª semana. A melanose pustulosa (D) já nasce com pústulas, deixa maculas hipercromicas e ACOMETE palmas e plantas. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Uma mulher de 70 anos de idade compareceu ao ambulatório de ginecologia, queixando-se de prurido vulvar crônico e queimação local. No exame ginecológico, apresentava apagamento de pequenos lábios, uma área hipocrômica na face interna dos grandes lábios e região perineal, além de uma pequena lesão ulcerada em grande lábio direito, próximo ao clitóris. Assinale a opção que indica a hipótese diagnóstica desse caso e a conduta adequada, respectivamente.

A Cancroide; prescrever doxiciclina.

B Doença de Behçet; tratar com corticoide.

C Câncer de vulva; realizar biópsia da lesão. ✓

D Neoplasia intravaginal (NIV) usual ou lesão intraepitelial de alto grau; exérese ampla da lesão. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com prurito vulvar crônico, apagamento dos pequenos lábios e área hipocrômica (quadro de líquen escleroso) que agora apresenta LESÃO ULCERADA: úlcera que não cicatriza em vulva de idosa e câncer até prova em contrário, e o líquen escleroso é reconhecido fator de risco para carcinoma escamoso. A conduta obrigatória é biópsia da lesão. Cancroide (A) e úlcera dolorosa aguda em jovens sexualmente ativos; Behçet (B) das úlceras orais e genitais recorrentes; tratar como NIV (D) sem histologia arrisca subtratar um invasor. Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Homem de 69 anos apresenta quadro de bradicinesia, iniciado há 6 meses, com lentidão dos movimentos e dificuldade para amarrar sapatos, abotoar roupas, digitar. Ao caminhar, apresenta passos mais curtos e sensação de instabilidade. Concomitantemente, apresenta tremores nas mãos, de repouso, associada a rigidez, além de alteração olfativa, constipação intestinal de 3 dias e alteração do padrão do sono. Nega alterações de memória e cognição. No exame físico, o paciente apresentava bom estado geral, altura 1,80 m, peso de 85 kg, menor expressividade facial, marcha com inclinação anterior lenta e arrastada, pulmões com murmúrio vesicular preservado, coração rítmico em 2 tempos a 80 batimentos por minuto, pressão arterial de 120 x 80 mmHg, abdome plano e sem visceromegalias. No exame neurológico, mostrou: diminuição dos movimentos dos braços, tremores assimétricos das mãos na manobra dos braços estendidos, movimentos alternados com assimetria e lentidão, e hipertonias em roda dentada. Ressonância magnética realizada há 2 semanas constatou: redução da espessura da pars compacta e maior grau de hipointensidade de sinal no putâmen, com atrofia cerebral compatível para a sua idade.

A principal hipótese diagnóstica nesse caso é A demência vascular.

B tremores essenciais.

C doença de Parkinson. ✓

D doença de Alzheimer.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradicinesia com tremor de repouso ASSIMÉTRICO, rigidez em roda dentada, marcha em passos curtos, hipomímia e sintomas não motores premotores (hiposmia, constipação, distúrbio do sono), com imagem mostrando redução da pars compacta: é doença de Parkinson. Demência vascular (A) e Alzheimer (D) exigem declínio cognitivo, expressamente negado. Tremor essencial (B) e postural/de ação, simétrico, melhora com álcool e não cursa com rigidez, bradicinesia ou hiposmia. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Recém-nascido prematuro, sexo masculino, com 15 dias de idade gestacional corrigida, foi levado pela mãe ao ambulatório de cirurgia pediátrica, para avaliação de aumento da bolsa escrotal direita, o que piora com o choro. No exame, a criança estava tranquila, ativa e reativa, corada, hidratada, anictérica, com frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto, ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, perfusão capilar < 2 s, frequência respiratória de 30 incursões respiratórias por minuto, eupneico, com murmúrio vesicular fisiológico. Abdome globoso, normotenso, peristáltico, sem visceromegalias. Bolsa escrotal direita aumentada de tamanho, conteúdo redutível, testículo palpável sem alterações, transiluminação negativa, espessamento do cordão espermático. Bolsa escrotal esquerda sem alterações, testículo palpável.

A programação cirúrgica para essa patologia é A solicitar hemograma e marcar cirurgia eletiva logo após o diagnóstico. ✓

B solicitar ultrassonografia inguinal, para confirmar o diagnóstico, e programar cirurgia eletiva.

C aguardar o paciente completar um ano de idade, uma vez que 90% desses quadros têm resolução espontânea.

D aguardar o paciente completar dois anos de idade, pois nessa idade a cirurgia terá menor risco. 2022
EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumento da bolsa escrotal REDUTIVEL, que piora ao choro, com transiluminacao NEGATIVA e espessamento do cordao espermatico (sinal da luva de seda): e hernia inguinal indireta, nao hidrocele. O diagnostico e clinico e, no prematuro, o risco de encarceramento e alto - por isso a correcao e programada logo apos o diagnostico, ainda no periodo neonatal. Ultrassom (B) e desnecessario com exame tipico. Esperar 1 ou 2 anos (C e D) e conduta de hidrocele comunicante, que transilumina e regride sozinha - hernia nao regride. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Secundigesta de 25 anos de idade foi encaminhada para o pré- natal de alto risco, por história de pré-eclâmpsia grave com 32 semanas de gestação, o que havia motivado uma cesariana de urgência na primeira gestação. Durante a anamnese, ela revelou história de trombose venosa profunda em membro inferior esquerdo aos 19 anos de idade, quando descobriu ter deficiência de antitrombina (homozigótica). Haja vista a história apresentada, qual deverá ser a estratégia farmacológica para essa gestação?

A Enoxaparina 40 mg/dia.

B Ácido acetilsalicílico 100 mg/dia.

C Ácido acetilsalicílico 100 mg/dia + enoxaparina 40 mg/dia.

D Ácido acetilsalicílico 100 mg/dia + enoxaparina 1 mg/kg de 12/12h. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficiencia de antitrombina homozigotica (a trombofilia hereditaria de maior risco) COM trombose venosa previa: e indicacao de anticoagulacao plena na gestacao e no puerperio, e nao de dose profilatica. Alem disso, o antecedente de pre-eclampsia grave de inicio precoce indica AAS em baixa dose ate cerca de 36 semanas. Enoxaparina 40 mg/dia (A e C) subdosa uma paciente de altissimo risco; AAS isolado (B) nao previne recorrencia de tromboembolismo. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Um homem de 40 anos, funcionário de um pet shop, morador da cidade de São Paulo, procurou atendimento na unidade de saúde da família, devido a uma ferida no antebraço. Relatou que a lesão surgira havia 2 meses, inicialmente como um pequeno “caroço”, que cresceu e ulcerou. Disse, ainda, que, nas últimas três semanas, surgiram novos “caroços” no antebraço. No exame físico, apresentava-se em bom estado geral, afebril, eutrófico, com úlcera de aproximadamente 3 cm de diâmetro no antebraço direito. Também no antebraço direito, apresentava 4 nódulos eritematosos distribuídos de forma linear entre a úlcera e a fossa cubital. Apresentava, ainda, linfonodo axilar direito aumentado, de consistência fibroelástica, levemente doloroso à palpação. Nesse caso, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

A Esporotricose. ✓

B Cromoblastomicose.

C Leishmaniose tegumentar.

D Blastomicose sul-americana. Espaço livre

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera crônica no antebraço com nódulos eritematosos dispostos EM TRAJETO LINEAR até a fossa cubital (disseminação linfangítica, padrão esporotricóide) em quem trabalha com animais: é esporotricose, transmitida pelo arranhão/mordida de gato infectado por *Sporothrix* - hiperendêmica em centros urbanos brasileiros. Cromoblastomicose (B) forma placas verrucosas de crescimento lento, sem cadeia linear. Leishmaniose (C) da úlcera de bordas elevadas em moldura, geralmente sem essa cadeia. Paracoccidioidomicose (D) acomete mucosa oral e pulmão. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Homem de 55 anos está, há 2 meses, com quadro de linfadenopatia cervical e axilar de aumento progressivo, associada a febre recorrente, com temperatura axilar superior a 38 °C, sudorese noturna e perda de peso de 6 kg desde o início das manifestações. Nega doenças preexistentes e uso de medicamentos, mas informa tabagismo há 35 anos, com carga tabágica de 50 anos/maço. No exame, apresentava linfadenomegalia cervical anterior e posterior bilateralmente, axilares bilaterais, com gânglios de 2,5 a 4 cm de diâmetro, consistência endurecida e fixos. Sua temperatura axilar no momento é de 38,5 °C. Radiografia de tórax mostra massa mediastinal de cerca de 8 cm de diâmetro. Já foram solicitados hemograma, proteína C reativa, tomografia computadorizada de tórax com contraste. Em relação ao caso clínico apresentado, qual é o diagnóstico provável e qual exame complementar deve ser solicitado ainda?

A Citomegalovírus; sorologias.

B Linfoma; biopsia de gânglio cervical. ✓

C Mononucleose infecciosa; sorologias.

D Metástase de carcinoma cervical, provavelmente tireoide; biopsia de gânglio cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfadenomegalia cervical e axilar endurecida e fixa, com mais de 2 cm, evoluindo por 2 meses com sintomas B (febre acima de 38 graus, sudorese noturna e perda de peso) e massa mediastinal de 8 cm: é linfoma até prova em contrário. O diagnóstico exige BIÓPSIA EXCISIONAL do linfonodo, que preserve a arquitetura - punção aspirativa não basta. CMV (A) e mononucleose (C) dão adenomegalia móvel e fibroelástica em quadro autolimitado, sem massa mediastinal volumosa. Metástase de tireoide (D) não explica sintomas B nem esse padrão difuso. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, do sexo masculino, foi atendido na emergência, com queixa de prurido nos olhos e lacrimejamento havia dois dias. No exame físico, apresentava hiperemia conjuntival, com as pálpebras edemaciadas e bordas ulceradas e crostosas, conforme a imagem apresentada a seguir. Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, qual é o agente etiológico mais comum?

A Adenovírus.

B Herpes simples.

C Staphylococcus aureus. ✓

D Chlamydia trachomatis. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperemia conjuntival com palpebras edemaciadas e bordas ULCERADAS E CROSTOSAS aponta para blefaroconjuntivite ulcerativa, cujo agente mais comum é o *Staphylococcus aureus*, que coloniza a margem palpebral. O adenovírus (A) causa conjuntivite folicular com secreção aquosa e adenopatia pre-auricular, sem ulceração da borda. Herpes simples (B) produz vesículas agrupadas e ceratite dendrítica. Clamídia (D) da conjuntivite folicular crônica ou tracoma, também sem crostas ulceradas na borda. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Criança de 4 anos de idade, sexo feminino, foi levada ao pronto-socorro (PS) devido a quadro de crise convulsiva tônico-clônica generalizada, iniciada havia aproximadamente 10 minutos, associada a febre. Ao chegar ao PS, a criança encontrava-se no colo do pai, acordada, com temperatura axilar de 37 °C. Na história clínica, a mãe relatou que a crise tinha sido rápida e que ocorreu logo após ela ter administrado à criança medicação para febre, que se encontrava em 38,5 °C. Negou doença neurológica e outros sinais e sintomas. A criança tinha apresentado crise semelhante com 18 meses de idade. As crises eram sempre com febre. A criança ficou em observação por 12 horas, sem novas crises, sem alterações metabólicas.

A partir do prontuário da família, o plantonista observou que a família estava em vulnerabilidade social e que, havia 2 anos, um filho do casal, de 1 mês de idade, tivera morte súbita. Considerando o acompanhamento dessa família, assinale a opção que explicita um projeto terapêutico adequado ao caso. A O acompanhamento da criança deve ser feito por especialista, o que é mais indicado para descartar trauma e violência infantil.

B A criança deve realizar exames complementares, como tomografia cerebral, na própria emergência, devido ao passado de morte súbita do irmão.

C É necessário tranquilizar os pais e garantir um acompanhamento longitudinal da criança, com observação de novas crises. ✓

D A criança deve ser mantida internada para investigação, porque não é comum crise tônico-clônica generalizada com febre.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise tônico-clônica generalizada, breve, com febre, em criança de 4 anos previamente hígida, com episódio semelhante aos 18 meses e exame normal após observação: e crise febril simples recorrente - condição benigna, que não exige neuroimagem, internação ou anticonvulsivante profilático. O que a família (vulnerável e enlutada por morte súbita de outro filho) precisa é informação, acolhimento e vínculo longitudinal na APS. Encaminhar ao especialista (A), tomografar (B) ou internar (D) medicaliza um quadro benigno e rompe a continuidade do cuidado. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Uma mulher de 49 anos procurou uma unidade básica de saúde, com queixa de “caroço na mama esquerda” e saída de secreção esverdeada bilateralmente. No exame, notou-se um nódulo medindo 1,5 cm, indolor, na mama esquerda. As mamas não apresentavam alterações cutâneas ou adenopatia axilar.

A paciente foi submetida a cirurgia com ressecção do tumor, cujo laudo histopatológico indicou carcinoma intraductal infiltrante, com 2 linfonodos sentinela acometidos e receptores hormonais (progesterona e estrogênio) positivos. Assinale a opção que corresponde ao fator que demonstra o pior prognóstico para o quadro dessa paciente. A Tipo histológico do tumor.

B Tamanho do tumor primário.

C Receptores hormonais positivos.

D Linfonodos sentinela comprometidos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os fatores prognósticos do câncer de mama, o comprometimento linfonodal axilar é o mais importante isoladamente: a sobrevida cai proporcionalmente ao número de linfonodos acometidos, e a positividade do linfonodo sentinela indica disseminação além da mama. Receptores hormonais positivos (C) são fator de BOM prognóstico e permitem hormonioterapia. O tamanho de 1,5 cm (B) é favorável (T1). O tipo histológico ductal infiltrante (A) é o mais comum e de comportamento intermediário. Resposta D.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

As figuras 1 e 2, a seguir, foram extraídas de um boletim epidemiológico do Ministério da Saúde publicado em 20 de abril de 2020, no início da pandemia de covid-19 no Brasil. Figura 1: Hospitalizações por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por covid-19 segundo raça/etnia*. Brasil, 2020. Figura 2: Óbitos por síndrome respiratória aguda grave (SRAG) por covid-19 segundo raça/etnia*. Brasil, 2020. Fonte: Ministério da Saúde. Boletins Epidemiológicos covid-19. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos/boletim-epidemiologico-covid-19-no-13.pdf/view>. Acesso em 06 de maio de 2022. Conforme os dados dos gráficos apresentados, assinale a opção correta acerca da raça/etnia de pessoas com SRAG por covid-19, naquele momento da pandemia.

A Houve mais óbitos de indígenas do que de pessoas de raça/etnia amarela.

B As pessoas brancas tiveram melhor sobrevida do que as pessoas das outras raças/etnias juntas. ✓

C Entre as pessoas de raça/etnia preta, houve um número maior de internações do que entre as pessoas pardas.

D As pessoas de raça/etnia amarela e indígena, juntas, foram mais submetidas a internações do que as pessoas de raça/etnia preta. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura exigida é comparar hospitalizações e óbitos por raça/etnia: no início da pandemia, apesar de as pessoas brancas concentrarem o maior número absoluto de internações (maior acesso à assistência e a notificação), a LETALIDADE entre pretos, pardos, indígenas e amarelos foi proporcionalmente maior - ou seja, a sobrevida das pessoas brancas foi melhor do que a das demais raças/etnias somadas. As outras opções invertem as proporções observadas nos gráficos, superestimando internações e óbitos dos grupos numericamente menores. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Paciente masculino, de 72 anos, em tratamento de câncer de próstata, procurou atendimento em ambulatório de oncologia, referindo dor em membro inferior esquerdo havia um dia, mais intensa à dorsiflexão do pé, edema de panturrilha esquerda progressivo para todo o membro, com pulso palpável e aumento de sensibilidade à palpação de todo o membro. Nesse caso, considerando-se a chance de confirmar a hipótese diagnóstica mais provável, qual é a melhor opção de exame complementar?

A Flebografia.

B Arteriografia.

C Ultrassonografia com doppler. ✓

D Ultrassonografia de partes moles.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em panturrilha com piora a dorsiflexão (sinal de Homans), edema progressivo e ascendente, com pulso palpável, em paciente oncológico (estado de hipercoagulabilidade): e trombose venosa profunda. O exame de escolha é o ultrassom com Doppler (duplex scan), por ser não invasivo, disponível e de alta acurácia, demonstrando a incompressibilidade da veia. Flebografia (A) é invasiva e hoje restrita a casos duvidosos. Arteriografia (B) investiga o território errado - o pulso está presente. USG de partes moles (D) não avalia o fluxo venoso. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Paciente de 40 anos de idade, sexo masculino, com história de disfagia e tosse não produtiva, predominantemente noturna, procurou atendimento em unidade básica de saúde. Referiu dor torácica, pirose retroesternal e dispepsia. Negou etilismo ou tabagismo. Havia iniciado tratamento empírico com omeprazol 20 mg, 2 vezes ao dia, por 8 semanas, mas obteve pouca melhora. Nesse caso, qual é a medida propedêutica subsequente adequada?

A Esofagomanometria.

B pHmetria esofágica de 24 horas.

C Endoscopia digestiva alta com biópsia. ✓

D Esofagogastroduodenografia contrastada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia e sinal de ALARME e, somada a falha de 8 semanas de inibidor de bomba de prótons em dose dobrada, obriga a endoscopia digestiva alta COM BIÓPSIAS - que descarta neoplasia, esofagite péptica/estenose e, em jovem com disfagia refratária, faz o diagnóstico de esofagite eosinofílica (que só a biópsia revela, mesmo com mucosa de aspecto normal). Manometria (A) e pHmetria (B) são exames funcionais posteriores, indicados depois de excluída doença estrutural. O contrastado (D) tem baixa sensibilidade e não permite biópsia. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Lactente do sexo masculino, de 1 ano, foi levado à unidade básica de saúde pela mãe, para consulta de puericultura, sem queixas atuais. Nesse tipo de acompanhamento, é primordial a orientação para prevenção de acidentes, evitando-se, assim, agravos externos que coloquem em risco a saúde infantil. As orientações devem incluir os acidentes predominantes nessa faixa etária, que acontecem por

A atropelamento e queimadura solar.

B queda do carrinho e atropelamento.

C asfixias, quedas e aspiração de corpo estranho. ✓

D aspirações e queimadura por água de banheira.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 12 meses a criança já engatinha, anda com apoio, leva tudo à boca e ainda não tem noção de risco: por isso predominam asfixia/sufocação, quedas (da própria altura, de móveis e escadas) e aspiração de corpo estranho. Atropelamento (A e B) é típico do escolar, que já circula sozinho na rua. Queda do carrinho e queimadura solar são eventos do lactente menor ou pontuais. Queimadura por água da banheira (D) existe, mas o item ignora quedas e sufocação, que são as principais causas nessa faixa. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Mulher de 35 anos fez contato com seu ginecologista habitual, via aplicativo de mensagens, solicitando orientações sobre como usar a “pílula do dia seguinte”. Ela referiu estar em outro estado, sem condições de realizar uma consulta médica, e relatou ter tido um coito desprotegido havia 10 horas. Considerando-se o Código de Ética Médica brasileiro, qual deverá ser a conduta mais apropriada do ginecologista nessa situação?

A Ele deverá orientar a paciente e prescrever o medicamento indicado, considerando a urgência e a impossibilidade comprovada de realizar a consulta. ✓

B Ele não deverá orientar nem prescrever qualquer medicamento para essa paciente sem examiná-la pessoalmente.

C Ele poderá orientar a paciente via aplicativo de mensagens, ainda que não possa prescrever o medicamento indicado sem examiná-la pessoalmente.

D Ele só poderá orientar a paciente mediante uma teleconsulta, ainda que não possa prescrever o medicamento indicado sem examiná-la pessoalmente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Código de Ética Médica veda prescrever sem exame direto do paciente, EXCETO em casos de urgência ou emergência e de impossibilidade comprovada de realizar o atendimento presencial - exatamente a situação descrita (coito desprotegido há 10 horas, com janela terapêutica curta, e paciente em outro estado). Nesses casos, o médico orienta e prescreve, registrando a justificativa no prontuário. Negar assistência (B) desampara a paciente; orientar sem prescrever (C e D) inviabiliza a contracepção de emergência, cuja eficácia cai a cada hora. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Paciente do sexo masculino, de 76 anos, pardo, tabagista 40 anos/maço, foi internado em um hospital de atenção secundária, por apresentar tosse com escarro purulento e raios de sangue, temperatura axilar de 38 °C, dor torácica e rouquidão. O paciente relatou que esta era a sua segunda internação por essas manifestações nos últimos três meses, tendo o episódio anterior melhorado com uso de amoxicilina-clavulanato, mas evoluído com hiporexia, astenia e perda de peso no mesmo período. As manifestações atuais se iniciaram havia dois dias. No exame do tórax, o paciente apresentava à ausculta murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito e, à percussão, macicez em base de hemitórax direito e hipersonoridade logo acima da área de macicez. No caso desse paciente, as hipóteses diagnósticas a serem cogitadas são

A silicose, tuberculose e pneumotórax.

B pneumonia pós-obstrutiva, derrame pleural e neoplasia pulmonar. ✓

C tromboembolismo pulmonar e neoplasia de cabeça e pescoço.

D granulomatose eosinofílica com poliangiíte e infecção de vias aéreas superiores.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso, tabagista de 50 anos-maço, com perda de peso, hiporexia, rouquidão (sugere invasão do nervo laringeo recorrente), hemoptoicos e pneumonia de repetição NO MESMO LOCAL: essa tríade aponta neoplasia pulmonar obstruindo brônquio, com pneumonia pós-obstrutiva. O achado de macicez em base com hipersonoridade acima (sinal de Skoda) traduz derrame pleural com pulmão comprimido. Silicose e pneumotorax (A) não explicam a evolução consumptiva; TEP (C) não dá escarro purulento recidivante; vasculite (D) e hipótese remota. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Paciente de 40 anos de idade, sexo masculino, compareceu ao pronto-socorro com história de tosse produtiva e expectoração mucopurulenta, de coloração “esverdeada”, dor ventilatória- dependente em hemitórax direito, taquidispneia e febre alta, constante, havia 1 semana. Realizou exame radiográfico de tórax, em incidências posteroanterior e Laurell, com imagem radiopaca de consolidação em lobo pulmonar médio e derrame pleural à direita. Nessa situação, qual é a conduta subsequente adequada para esse paciente?

A Tomografia de tórax.

B Toracocentese à direita. ✓

C Ultrassonografia de tórax.

D Exame de escarro com pesquisa de BAAR.

COMENTÁRIO OSCELABS

Consolidação com derrame pleural em pneumonia adquirida na comunidade obriga a caracterizar o líquido: toda efusão parapneumônica punçável deve ser submetida a toracocentese diagnóstica, porque o resultado (pH, glicose, LDH, Gram e cultura) e o que separa derrame simples - tratado só com antibiótico - de empiema/derrame complicado, que exige drenagem torácica. Tomografia (A) e ultrassom (C) apenas caracterizam a coleção e ajudam a guiar a punção, sem definir conduta. BAAR (D) não contempla o quadro agudo purulento de 1 semana. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Lactente hígido de 12 meses foi levado pela mãe a consulta de rotina. No exame físico, não foi identificada a cicatriz da vacina BCG. Foi conferido o cartão vacinal e constatado que a vacina tinha sido administrada com 20 dias de vida. Nesse caso, a conduta mais apropriada é

A solicitar prova tuberculínica para eventual revacinação.

B administrar nova aplicação da BCG no dia da consulta.

C iniciar investigação laboratorial de imunodeficiência.

D orientar a mãe e não realizar a revacinação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde 2019 o Ministério da Saúde não recomenda revacinação de BCG na ausência de cicatriz vacinal em criança com registro comprovado da dose - a formação da cicatriz não é marcador de proteção, e até 10% dos vacinados nunca a desenvolvem. A conduta é orientar a mãe e manter o calendário. Prova tuberculínica (A) não avalia resposta vacinal. Revacinar (B) contraria a norma vigente. Investigar imunodeficiência (C) só se houver infecções graves de repetição, o que não ocorre em lactente hígido. Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Secundigesta de 25 anos de idade procurou a clínica da família para iniciar seu pré-natal na 16ª semana de gestação. Referiu ter tido um parto pré-termo anterior, na 21ª semana de gestação. Trouxe consigo uma ultrassonografia transvaginal, que mostrou colo do útero de 43 mm de comprimento. Qual é a conduta mais efetiva a ser proposta nesse momento, a fim de reduzir a ocorrência de uma nova perda gestacional nessa paciente?

A Indicação de cerclagem eletiva via transvaginal.

B Uso de progesterona natural micronizada 200 mg à noite. ✓

C Suplementação diária de ácido fólico associado a ômega 3.

D Rastreamento de estreptococo do grupo B em cultura vaginal e retal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Historia de parto pre-termo espontaneo previo com colo ainda LONGO (43 mm) na avaliacao de 16 semanas: a medida profilatica com melhor evidencia e a progesterona vaginal (200 mg a noite) ate cerca de 36 semanas. A cerclagem (A) nao e eletiva nesse cenario - reserva-se a insuficiencia istmocervical tipica ou a encurtamento do colo abaixo de 25 mm com antecedente, o que ainda nao ocorreu. Acido folico e omega 3 (C) nao previnem prematuridade. Rastreio de estreptococo do grupo B (D) e feito entre 35 e 37 semanas e visa sepse neonatal, nao prematuridade. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Em uma unidade do polo indígena onde, até o momento, não havia notificação de casos autóctones de arboviroses, um agente de combate a endemias (ACE) conduziu, para atendimento médico, um homem de 38 anos, hipertenso, com história de febre (38 °C), dores no corpo, cefaleia e ageusia havia 5 dias. Esse homem estava com pressão arterial de 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca de 72 batimentos por minuto e frequência respiratória de 18 incursões respiratórias por minuto. A prova do laço resultou positiva. Nesse caso, a hipótese diagnóstica e a conduta a ser realizada são, respectivamente

A covid-19; solicitar o teste rápido ou rt-PCR e iniciar antibioticoterapia com azitromicina e corticoide.

B chikungunya; prescrever analgésico e anti-inflamatório, avaliar o uso de corticoide e notificar imediatamente o caso.

C zika; iniciar sintomáticos e orientar o ACE a buscar todas as gestantes, para que possam ser feitas as medidas de prevenção à microcefalia.

D dengue; iniciar hidratação, solicitar hemograma, alertar o ACE de que reforce as medidas individuais e coletivas de controle de mosquito e de que notifique o caso. 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, mialgia e cefaleia ha 5 dias com PROVA DO LAÇO POSITIVA (fragilidade capilar) definem dengue como principal hipotese, mesmo em area sem casos autoctones previos - e justamente essa a importancia da notificacao imediata e do bloqueio vetorial. A conduta e hidratacao, hemograma para estratificar e notificacao. Chikungunya (B) tem artralgia intensa incapacitante e anti-inflamatorio esta proscrito enquanto houver suspeita de dengue. Zika (C) cursa com exantema pruriginoso e febre baixa. Nao ha indicacao de azitromicina ou corticoide (A). Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Um homem de 65 anos compareceu a unidade de pronto atendimento, por apresentar dispneia, tosse e febre de 38,6 °C com início há 48 horas. Sua frequência respiratória está em 26 incursões respiratórias por minuto e sua saturação de O₂ é de 88% em ar ambiente. No exame do tórax, o paciente apresentou expansão torácica, sons respiratórios e frêmito toracovocal diminuídos à esquerda, além de macicez à percussão na porção inferior de hemitórax esquerdo. Espera-se encontrar o seguinte resultado na radiografia de tórax desse paciente:

A opacificação em hemitórax esquerdo. ✓

B hipertransparência em hemitórax esquerdo.

C apresentação de linha pleural visível à esquerda.

D presença de linhas horizontais na periferia pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Redução da expansibilidade, do murmúrio vesicular E do fremito toracovocal, com macicez a percussão, forma a síndrome de derrame pleural - o líquido afasta o pulmão da parede e bloqueia a transmissão do som e da vibração. Na radiografia isso corresponde a opacificação homogênea do hemitorax, com apagamento do seio costofrenico. Hipertransparência e linha pleural visível (B e C) descrevem pneumotorax, no qual o fremito também cai, mas a percussão é TIMPÂNICA. Linhas horizontais periféricas (D) são linhas B de Kerley, da congestão. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Homem de 35 anos, pedreiro, foi levado ao pronto-socorro municipal por socorristas, os quais informaram que o paciente havia sofrido queimadura enquanto realizava um trabalho de manutenção na própria casa. O socorro fora acionado pela família, que tinha ouvido o ruído da queda do homem no chão da laje. Aparentemente, ele encostou em um fio elétrico, tendo lesão de entrada no ombro direito e de saída no pé esquerdo. Os socorristas o encontraram desacordado, mas ele recuperou a consciência no trajeto ao hospital. Não se lembrava do ocorrido, mas respondia sobre sua identificação e condições de saúde antes do evento. Referia muita dor na região lateral direita do tórax e na hemiface direita. Considerando o caso apresentado, assinale a opção correta.

- A A perda de consciência apresentada pelo paciente é evidência de arritmia cardíaca causada pelo choque.
- B A queimadura elétrica causa lesões de entrada e saída que não correspondem ao trajeto da corrente.
- C As lesões cutâneas apresentadas pelo paciente no momento do trauma definem o grau de profundidade da queimadura.

D A extensão das lesões cutâneas apresentadas pelo paciente no momento do trauma não tem relação com a gravidade do caso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na queimadura elétrica a lesão visível é a ponta do iceberg: a corrente percorre o trajeto de menor resistência e destrói músculo, nervo e vaso em profundidade, com risco de rabdomiolise, insuficiência renal e síndrome compartimental - por isso a extensão cutânea NÃO se correlaciona com a gravidade. As portas de entrada e saída efetivamente marcam o trajeto da corrente (B é falsa) e a profundidade real só pode ser estimada após alguns dias (C é falsa). A perda de consciência (A) é inespecífica e não prova arritmia, embora obrigue monitorização. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Recém-nascido com 36 h de vida é avaliado por médico assistente em maternidade pública municipal. No momento, mostra-se ativo, rosado e mamando ativamente o seio materno. Gestação e parto ocorreram sem intercorrências. Exame clínico cardiovascular normal no momento. O médico pediu autorização da família para a realização do teste de oximetria (coraçãozinho), explicando sua importância para a detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas. O exame evidenciou valores de saturação de 99% em membro superior direito e 95% em membro inferior direito. Considerando-se os achados do teste descrito, a conduta adequada a ser seguida pelo médico assistente, além de fornecer as orientações gerais à mãe, é

A dar alta hospitalar.

B repetir o exame em 1 h. ✓

C requerer ecocardiograma.

D solicitar eletrocardiograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

No teste do coracãozinho, considera-se NORMAL saturação maior ou igual a 95% no membro superior direito e em um membro inferior COM diferença menor que 3% entre eles. Aqui a diferença é de 4 pontos (99% e 95%), portanto o teste está alterado, e o protocolo manda repetir em 1 hora antes de escalar a investigação. Alta (A) é proibida com teste alterado. Ecocardiograma (C) só se a segunda medida permanecer anormal. Eletrocardiograma (D) não faz parte do algoritmo de triagem de cardiopatia congênita crítica. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Recém-nascido de 36 semanas de idade gestacional encontra-se em alojamento conjunto de maternidade municipal, em companhia de sua mãe. Médico assistente verificou que o bebê é filho de mãe diabética, possui dois irmãos saudáveis e o parto foi cesariano. O peso ao nascimento foi 2,5 kg. O tipo sanguíneo da mãe é A negativo, e o da criança,

A positivo. No exame, o recém-nascido mostrou-se ativo, mamando, e corado. Icterícia presente até a zona 2. Exames cardiovascular, respiratório e segmentar normais para a idade. O médico solicitou dosagem de bilirrubina total e o valor encontrado, às 18 horas de vida do recém-nascido, foi de 12 mg/dL. Nesse caso, visando-se evitar a principal complicação advinda da condição descrita, a conduta recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria é A fototerapia. ✓

B observação clínica.

C hidratação venosa.

D exsanguineotransfusão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mãe A negativo e recém-nascido A positivo configura incompatibilidade Rh. Bilirrubina total de 12 mg/dL com apenas 18 horas de vida em prematuro tardio e icterícia precoce e de curva ascendente - muito acima do limiar da Sociedade Brasileira de Pediatria para essa idade pós-natal - e exige fototerapia intensiva imediata, para prevenir encefalopatia bilirrubínica (kernicterus). Observação (B) desperdiça a janela terapêutica. Hidratação venosa (C) é adjuvante, nunca tratamento. Exsanguineotransfusão (D) fica para níveis muito mais altos ou falha da fototerapia. Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Puérpera de 40 anos de idade, no 1º dia após cesariana, apresentou insuficiência respiratória aguda grave com queda na saturação secundária à covid-19. Foi entubada na unidade de terapia intensiva, por covid-19, e evoluiu para óbito 72 h após a intubação. Como se classifica essa morte materna?

A Direta.

B Indireta. ✓

C Suspeita.

D Não obstétrica. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Morte materna DIRETA decorre de complicações obstétricas da gravidez, parto ou puerpério (hemorragia, eclampsia, infecção puerperal, embolia amniótica). Morte INDIRETA resulta de doença preexistente ou intercorrente, não obstétrica, agravada pelos efeitos fisiológicos da gestação - exatamente a covid-19 grave na puérpera, cuja gravidade é potencializada pelas alterações cardiorrespiratórias e imunológicas da gravidez. Não é morte 'suspeita' (C) nem 'não obstétrica' (D), categoria reservada a causas externas, como acidentes. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Primigesta de 24 anos, vendedora, compareceu a unidade de saúde da família (USF) com os resultados de exames solicitados na primeira consulta de pré-natal, realizada havia quatro semanas, ao final do primeiro trimestre de gestação. Estava com idade gestacional de 16 semanas. Negou queixas e referiu estar em uso regular do ácido fólico e do sulfato ferroso prescritos. Disse estar preocupada com o resultado do exame de toxoplasmose. O médico verificou que a gestante apresentava IgG reagente e IgM não reagente para toxoplasmose. Assinale a opção que indica, respectivamente, o que o exame sugere e a conduta a ser tomada.

A Possivelmente um falso-positivo para toxoplasmose; repetir os exames e encaminhar a paciente para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

B Compatibilidade com toxoplasmose aguda; iniciar o tratamento específico e encaminhar a paciente para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

C Toxoplasmose progressa; tranquilizar a paciente de que não há motivos de preocupação e orientá-la a continuar o acompanhamento habitual no pré-natal na USF. ✓

D Suscetibilidade à toxoplasmose; orientar a paciente sobre medidas de prevenção e indicar que ela continue o acompanhamento no pré-natal na USF.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG reagente com IgM não reagente traduz infecção ANTIGA por toxoplasma, com imunidade já estabelecida: não há risco de transmissão vertical (salvo imunossupressão grave), não há o que tratar e não há necessidade de repetir sorologias ao longo do pré-natal. A conduta é tranquilizar e manter o acompanhamento habitual na unidade. Infecção aguda (B) exigiria IgM reagente com baixa avididade de IgG. Suscetibilidade (D) seria IgG e IgM NÃO reagentes - aí sim com orientação preventiva e sorologias trimestrais. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Mulher de 69 anos foi atendida com queixa de dor abdominal em cólica havia 3 dias, acompanhada de distensão, náuseas, hiporexia e parada de eliminação de flatos e fezes. Relatou que, havia cinco meses, apresentava emagrecimento e episódios de dores abdominais, associados a obstipação intestinal. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica e está em uso de losartana 50 mg/dia. No exame físico, apresentava-se consciente, contactante, descorada ++/4, desidratada +/4, abdome distendido, globoso, hipertimpânico em andar superior, levemente doloroso, com massa palpável em hipogástrio, descompressão brusca negativa. Realizou exames laboratoriais e radiografia de abdome, cuja imagem é apresentada a seguir. Considerando as informações desse caso e a imagem anterior, assinale a opção que indica corretamente o diagnóstico e o achado de imagem, respectivamente.

A Obstrução intestinal; distensão de alças de intestino delgado e cólon.

B Abdome agudo obstrutivo; pneumoperitônio e ausência de ar na ampola retal.

C Obstrução intestinal baixa; distensão colônica e válvula ileocecal competente. ✓

D Constipação intestinal; ar na ampola retal e distensão de cólon e intestino delgado. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com meses de emagrecimento e obstipação progressiva que evolui para parada de eliminação de gases e fezes, com massa palpável em hipogástrio: é obstrução intestinal BAIXA por neoplasia colorretal. Na radiografia, a distensão fica restrita ao colo, sem aeração significativa do delgado, porque a válvula ileocecal competente impede o refluxo - situação de alça fechada, com risco de perfuração cecal. Não há pneumoperitônio descrito (B) e nem descompressão brusca positiva; constipação simples (D) não causa parada total há 3 dias com massa. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Lactente de 40 dias de vida apresenta quadro de vômitos há cerca de 15 dias. Segundo relato da mãe, os vômitos são em jato, não biliosos e ocorrem sempre após as mamadas. O lactente tem ganhado pouco peso desde o nascimento e mostra-se irritado. Gestação sem intercorrências, exceto por tabagismo materno. No exame físico, o lactente encontra-se desidratado 1+/4+ e emagrecido. Aparelho respiratório e ausculta cardíaca sem anormalidades. Abdome evidencia distensão do andar superior, peristalse aumentada e oliva palpável. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o caso descrito, assinale a opção que contém o exame de primeira escolha para confirmação diagnóstica, a ser realizado no abdome.

A Ultrassonografia. ✓

B Ressonância magnética.

C Radiografia panorâmica.

D Tomografia computadorizada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos em jato NAO biliosos após as mamadas, iniciados por volta da 3ª semana, com baixo ganho ponderal, desidratação, peristalse visível no andar superior do abdome e oliva palpável: e estenose hipertrofica de piloro. O exame de escolha para confirmar é a ULTRASSONOGRAFIA abdominal, que mede a espessura e o comprimento do músculo pilórico sem radiação nem sedação. Ressonância (B) e tomografia (D) são inadequadas para lactente nessa suspeita; a radiografia simples (C) é inespecífica - o contrastado ficou como alternativa histórica. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família deseja criar um grupo de mensagens eletrônicas para a discussão de casos clínicos que envolvam diagnósticos e tratamentos dos pacientes atendidos nessa unidade de saúde, sem revelar dados pessoais deles. Com base no Código de Ética Médica, assinale a opção correta.

A A criação de grupos de mensagens eletrônicas, mesmo que inclua apenas médicos, não é ética, pelo risco de quebra do sigilo.

B Os casos clínicos poderão fazer referência a situação clínica que permita identificação do paciente, desde que autorizado por ele.

C A responsabilidade ética sobre o sigilo dessas informações é do administrador do grupo, que deverá ser o responsável técnico da unidade.

D O grupo só poderá incluir profissionais médicos, com a ressalva que as informações passadas têm caráter confidencial e não podem extrapolar os limites do grupo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O Código de Ética Médica não proíbe grupos eletrônicos para discussão de casos: permite, desde que restritos a médicos e com a advertência expressa de que o conteúdo é confidencial e não pode ultrapassar os limites do grupo. Vedar por completo (A) contraria a norma. Permitir dados identificáveis mediante autorização (B) é insuficiente, pois em grupo eletrônico não há controle sobre a circulação da informação. E a responsabilidade ética pelo sigilo é de CADA participante, não apenas do administrador (C). Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Paciente de 72 anos, com diagnóstico recente (e já em início de tratamento) de adenocarcinoma ductal infiltrante de mama, retornou ao ambulatório de clínica médica, com queixa de “inchaço”. Ela informou que tem acordado com edema palpebral bilateral e edema em membros inferiores, predominantemente vespertino. Negou dispneia. Referiu urina espumosa. Em sua história patológica pregressa, há relato de hipertensão arterial sistêmica, estando ela em tratamento com anlodipino e atenolol. No exame, a paciente mostrava-se levemente hipocorada, apresentando edema peripalpebral bilateral e edema de membros inferiores (3+/4+); sua pressão arterial se encontrava em 140 x 88 mmHg. Exames complementares solicitados revelaram dislipidemia (hipercolesterolemia às custas de LDL-colesterol), hipoalbuminemia (2,4 g/dL) e proteína na urina de 24 horas no valor de 4,2 g (valor de referência < 0,15 g).

A hipótese diagnóstica mais provável para a queixa atual da paciente é A disfunção hepática precipitada por metástases do câncer de mama e hipertensão portal.

B angioedema induzido pelo esquema quimioterápico.

C cardiotoxicidade secundária ao esquema quimioterápico com insuficiência cardíaca descompensada perfil B.

D nefropatia membranosa paraneoplásica com síndrome nefrótica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema periorbitário matinal, urina espumosa, proteinúria de 4,2 g/24 h, hipoalbuminemia de 2,4 g/dL e hipercolesterolemia fecham síndrome nefrótica. Em adulto com neoplasia sólida (mama, pulmão, colon), a causa paraneoplásica clássica é a nefropatia membranosa, por depósito subepitelial de imunocomplexos. Doença hepática (A) não cursa com proteinúria maciça. Angioedema (B) é agudo, sem proteinúria. Insuficiência cardíaca por cardiotoxicidade (C) daria dispneia e congestão - expressamente negadas - e não explica a hipoalbuminemia. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Em atendimento em unidade de saúde da família, você atende pela primeira vez uma mulher, com 32 anos, parda, mãe de dois filhos. Ela se encontra assintomática e realizou exames laboratoriais de hemograma, colesterol total e frações, glicemia e perfil hormonal tireoidiano, que resultaram normais. Mostrou, ainda, um ultrassom cervical recente, que evidencia um nódulo sólido, no 1/3 superior do lobo direito da tireoide, com 1 cm, espongiiforme, sem calcificações, mais largo que alto e de limites precisos. Seu exame físico confirmou os achados ultrassonográficos. Nesse caso, a conduta mais apropriada é

A supressão hormonal.

B tratamento cirúrgico.

C controle clínico/imagiológico. ✓

D punção aspirativa por agulha fina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo tireoidiano de 1 cm, sólido mas ESPONGIFORME, sem microcalcificações, mais largo que alto e de limites precisos, em paciente eutireoideia: reúne apenas características de benignidade (TI-RADS baixo risco). A conduta é apenas acompanhamento clínico e ultrassonográfico. A punção por agulha fina (D) só se justifica com critérios suspeitos ou tamanho maior. Supressão hormonal (A) está abandonada por ineficácia e risco cardiovascular/ósseo. Cirurgia (B) em nódulo com padrão benigno expõe a paciente a hipoparatiroidismo e lesão de recorrente sem benefício. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Primigesta de 17 anos de idade, na 32ª semana de gestação, com quadro de pré-eclâmpsia leve, foi encaminhada do ambulatório de pré-natal de alto risco diretamente para a maternidade. Qual situação clínica determinou acertadamente essa conduta?

- A Proteinúria de 5 g.
- B Creatinina sérica de 0,9 mg/dL.
- C Desidrogenase láctica de 490 UI.

D Nível tensional de 150 x 110 mmHg, mantido por 4 horas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pressão diastólica igual ou maior que 110 mmHg, confirmada e mantida, e critério de GRAVIDADE na pré-eclâmpsia e por si só indica internação para monitorização materno-fetal e anti-hipertensivo. Proteinúria de 5 g (A) deixou de ser critério de gravidade nos consensos atuais - a quantidade não muda a conduta nem o prognóstico. Creatinina de 0,9 mg/dL (B) é normal na gestação. LDH de 490 UI (C) está apenas discretamente elevada e, isolada, sem plaquetopenia, esquizocitos ou elevação de transaminases, não caracteriza síndrome HELLP. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Uma equipe de saúde (ES) de um distrito sanitário especial indígena (DSEI) realizou uma análise situacional de saúde da população adstrita e identificou um problema de alcoolismo na população masculina. A equipe planeja, junto com os líderes locais, uma intervenção comunitária para enfrentar esse problema de saúde, respeitando o contexto intercultural local. Conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, qual das seguintes propostas deve ser adotada pela ES para desenvolver a intervenção?

- A A ES e os líderes podem convidar a população masculina para uma roda de conversa sobre o tema do alcoolismo na aldeia, com o objetivo de pactuar com os participantes os próximos passos. ✓**
- B A ES pode convidar a população para ir ao polo base a fim de assistir a uma palestra expositiva sobre os riscos e as complicações do etilismo crônico, avaliando a possibilidade de prescrever midazolam para as pessoas com dificuldade de cessar o uso de bebida alcoólica.
- C A ES pode realizar uma reunião de planejamento para designar o papel de cada membro da equipe e convidar a população para ir ao polo base a fim de assistir a uma palestra sobre os riscos e as complicações do etilismo crônico.
- D A ES e os líderes podem convidar a população masculina para uma roda de conversa sobre o tema do alcoolismo na aldeia, com o objetivo de prescrever benzodiazepínicos para as pessoas com dificuldade de cessar o uso de bebida alcoólica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas se assenta na atenção diferenciada e no respeito à organização social e ao saber tradicional: a intervenção deve ser construída COM a comunidade e suas lideranças, em roda de conversa na própria aldeia, pactuando os próximos passos. Palestras no polo base (B e C) deslocam a população, impoem o saber biomédico e ignoram o contexto intercultural. Prescrever benzodiazepínico (B e D) para cessação de álcool sem avaliação individual e iatrogenico, pelo risco de dependência cruzada. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Paciente de 64 anos, sexo masculino, diabético tipo 2 há 22 anos, com adesão insatisfatória ao plano de cuidados, foi internado em hospital de cuidados terciários, com quadro clínico compatível com uremia (sonolência, anorexia, náuseas, vômitos e soluços). Exames laboratoriais confirmaram importante retenção azotada, acidose metabólica, hipercalemia moderada, hipocalcemia e hiperfosfatemia. Em função do estado urêmico, sua doença renal crônica foi abordada com a realização de hemodiálise (HD) convencional, tendo sido providenciada a punção de veia jugular interna direita, por onde foi posicionado um cateter venoso central de duplo lúmen. Logo nos primeiros minutos após iniciada a HD, o paciente passou a apresentar quadro de hipotensão arterial, flush facial e sibilância.

A explicação mais adequada para o quadro apresentado no início da sessão de HD é A embolia pulmonar gasosa precipitada pela punção venosa profunda.

B síndrome de desequilíbrio dialítico provocado por desvios osmóticos graves.

C rápida mobilização de fluidos por ultrafiltração na ausência de resposta autonômica adequada.

D reação anafilática/anafilactoide ao óxido de etileno utilizado para esterilização do sistema de HD. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotensão, flush facial e sibilância nos PRIMEIROS MINUTOS de hemodialise formam a reação de hipersensibilidade tipo A ao dialisador - classicamente ao óxido de etileno usado na esterilização ou a membranas de celulose. A conduta é interromper a sessão sem devolver o sangue. Embolia gasosa (A) cursaria com dispnéia súbita, dor torácica e alteração neurológica. A síndrome do desequilíbrio (B) surge no fim ou após a sessão, com cefaleia, náuseas e convulsão. Hipotensão por ultrafiltração (C) ocorre na segunda metade da sessão e não da flush nem broncoespasmo. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Paciente de 31 anos, sexo masculino, solteiro, queixa-se de aumento do volume do testículo direito, indolor, associado a sensação de “caroço” endurecido, há seis meses. Conforme ultrassom de região escrotal trazido pelo paciente, identifica-se lesão de aproximadamente 2 cm, com bordas irregulares e de aspecto heterogêneo, com calcificações numerosas. Nesse caso, qual é a principal hipótese diagnóstica?

A Torção do cordão espermático.

B Hérnia inguinal escrotal.

C Tumor de testículo. ✓

D Orquiepididimite. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Aumento indolor e progressivo do testículo com nódulo endurecido em homem de 31 anos - faixa etária de pico -, com ultrassom mostrando lesão sólida heterogênea, de bordas irregulares e microcalcificações: e tumor de testículo até prova em contrário. O passo seguinte é dosar marcadores (alfa-fetoproteína, beta-hCG e DHL) e realizar orquiectomia radical inguinal - jamais biópsia transescrotal. Torção (A) e dor aguda e intensa; hérnia (B) e redutível e translúcida; orquiepididimite (D) e dolorosa, febril e com melhora ao elevar a bolsa (Prehn). Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Gestante de 39 anos de idade, com histórico de três cesarianas prévias, irá realizar uma cesariana eletiva por iteratividade, com 39 semanas de gestação. Ao ser internada na maternidade para realizar o procedimento, ela apresentou cultura positiva para *Streptococcus beta-hemolítico* oriundo de swab vaginal e retal colhido com 36 semanas de gestação. Durante a anamnese, a paciente relatou ser alérgica a penicilina benzatina. Diante das informações apresentadas, qual é a melhor conduta a ser adotada?

A Evitar profilaxia antibiótica.

B Usar vancomicina 1 g intravascular.

C Empregar ampicilina 2 g intravascular.

D Utilizar clindamicina 900 mg intravascular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cultura positiva para estreptococo do grupo B com alergia relatada a penicilina: a alternativa consagrada para profilaxia intraparto e a clindamicina 900 mg intravenosa de 8 em 8 horas (idealmente com teste de sensibilidade do isolado). Ampicilina (C) esta contraindicada pela alergia - e do mesmo grupo betalactamico. Vancomicina (B) fica reservada a resistencia a clindamicina ou a alergia grave (anafilaxia) com germe resistente. Deixar sem profilaxia (A) expoe o recém-nascido a sepse precoce por GBS. Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Homem de 63 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus há longa data, além de cardiopatia hipertensiva e fibrilação atrial paroxística, foi levado por familiares a uma unidade de emergência, com quadro neurológico de instalação abrupta havia cerca de 2 horas. Segundo informaram seus familiares, o paciente tinha começado a “falar embolado” e mostrava dificuldade para movimentar o membro superior direito, tendo evoluído para progressivo rebaixamento do nível de consciência, o que motivou a família a levá-lo para a unidade. Não houve interrupção da administração de fármacos de uso crônico (valsartana, amlodipina e amiodarona). No exame físico, o paciente estava em coma superficial, exibindo evidente hemiparesia de predomínio braquiofacial direito. Sua pressão arterial (ambos membros superiores) era de 160 x 100 mmHg, sendo o ritmo cardíaco irregular, em 2 tempos, com bulhas normofonéticas e sem sopros. A glicemia capilar era de 320 mg/dL, enquanto o eletrocardiograma revelou apenas ritmo de fibrilação atrial com resposta ventricular inferior a 110 batimentos por minuto. Uma tomografia computadorizada de crânio, laudada em 45 minutos após sua chegada à unidade, mostrou-se sem anormalidades aparentes. Visando-se ao melhor prognóstico do paciente, com menores limitações neurológicas funcionais futuras, a estratégia terapêutica que deve ser instituída imediatamente é

A reverter a fibrilação atrial paroxística com cardioversão química.

B administrar terapia trombolítica intravenosa com rtPA. ✓

C infundir insulina intravenosa em bólus.

D controlar a hipertensão arterial com nitroprussiato de sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficit neurológico focal de início abrupto há cerca de 2 horas, com fibrilacao atrial (fonte cardioembolica) e tomografia sem sangramento nem sinais precoces extensos: o paciente esta dentro da janela de 4,5 horas para trombolise intravenosa com alteplase, a unica medida que muda o prognostico funcional. Cardioverter a FA (A) na fase aguda arrisca embolizar de novo. Insulina em bolus (C) nao e prioridade - a hiperglicemia se corrige de forma controlada. E baixar a PA agressivamente (D) reduz a perfusao da penumbra; so se trata acima de 185x110 mmHg, e para viabilizar a trombolise. Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Paciente de 83 anos, sexo masculino, diabético, cardiopata grave e dislipidêmico, sofreu infarto agudo do miocárdio há 5 anos, tendo sido tratado com colocação de 2 stents. Nesse período, não realizou os ajustes nos hábitos de vida ou na dieta. Sua família pergunta da possibilidade de realizar rastreamento para câncer de próstata no paciente. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde, a conduta mais adequada no caso é

A solicitar ultrassonografia transretal de próstata.

B realizar toque retal e exame de PSA.

C requerer apenas exame de PSA.

D não indicar o rastreamento. 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O Ministério da Saúde e o INCA NÃO recomendam o rastreamento populacional de câncer de próstata com PSA ou toque retal, porque o balanço entre sobrediagnóstico/sobretratamento e a redução de mortalidade é desfavorável. No caso, soma-se um argumento ainda mais forte: aos 83 anos, com cardiopatia grave e múltiplas comorbidades, a expectativa de vida é inferior a 10 anos - horizonte necessário para que o rastreamento traga qualquer benefício. Logo, PSA (C), toque com PSA (B) e ultrassom transretal (A) só exporiam o paciente a danos. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, em seguimento na unidade básica de saúde desde os 3 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus desde os 6 anos de idade, foi encaminhado para o endocrinologista, pois teve duas internações nos últimos três meses por cetoacidose diabética. Durante a consulta, o paciente referiu que não faria uso das medicações, pois os remédios o “deixam gordo” e ele estava “cansado de tomar picada”, desprezando a dose após a manipulação dela. Preocupado, o médico informou ao adolescente que seria obrigado a comunicar o fato à mãe, enfrentando, com isso, grande descontentamento do paciente. No que diz respeito ao Código de Ética Médica, o médico

A cometeu uma infração, por não respeitar o sigilo médico.

B não cometeu uma infração, por ser uma situação de risco. ✓

C não cometeu uma infração, por a mãe já saber das internações.

D cometeu uma infração, por não respeitar a autonomia do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sigilo médico não é absoluto: o próprio Código de Ética Médica admite a revelação por justa causa, dever legal ou autorização. Adolescente diabético que abandona a insulina e já teve duas cetoacidoses em três meses corre risco concreto de morte - situação em que a quebra do sigilo aos responsáveis é não só lícita como obrigatória, idealmente comunicada antes ao paciente, como fez o médico. A autonomia do adolescente (D) é progressiva e cede diante de risco à própria vida. A justificativa correta é o risco, e não o fato de a mãe já saber das internações (C). Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Mulher de 30 anos foi a consulta em ambulatório de clínica médica devido a artrite nas mãos, nos joelhos e nos tornozelos. Relatou que o quadro iniciou havia 4 meses, de forma súbita, com febre (até 38,5 °C), exantema difuso levemente pruriginoso, eritema conjuntival e poliartralgia. Relatou que todos os sintomas duraram cerca de 3 a 5 dias, havendo persistência apenas da dor articular. Desde então, tem feito uso de analgésico comum e/ou anti-inflamatório não hormonal, devido às dores articulares persistentes. O exame físico mostrou-se completamente normal, exceto por artrite na segunda e na terceira metacarpofalangeana à esquerda, na terceira e na quarta interfalangeana proximal da mão direita, nos joelhos e nos tornozelos. Assinale a opção que apresenta, respectivamente, a correta hipótese diagnóstica para o caso e a opção terapêutica adequada.

A Citomegalovirose; paracetamol.

B Febre do Mayaro; metotrexato.

C Chikungunya; metotrexato. ✓

D Dengue; paracetamol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro agudo autolimitado de febre, exantema, hiperemia conjuntival e poliartralgia que evoluiu para ARTRITE PERSISTENTE por mais de 3 meses, poliarticular e simétrica de pequenas e grandes articulações: e a fase crônica da chikungunya, cujo tratamento, quando refratário a analgésico e anti-inflamatório, é o metotrexato. Dengue (D) e citomegalovirose (A) não deixam artrite crônica erosiva. A febre do Mayaro (B) é restrita a áreas amazônicas e raramente crônica dessa forma; além disso, a epidemiologia não a favorece. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Mulher de 25 anos apresentou edema, rubor e dor na pálpebra superior direita, com resolução espontânea do quadro em 48 horas. No momento, apresenta nodulação de 0,3 cm, indolor, localizada na face interna do terço médio da pálpebra superior direita. Nega febre ou qualquer outro sintoma. Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

A Calázio. ✓

B Hordéolo.

C Canaliculite.

D Dacriocistite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Episódio inflamatório palpebral que cedeu sozinho e deixou como seqüela um nódulo pequeno, INDOLOR e firme na face interna (tarsal) da pálpebra: e calázio, granuloma lipogranulomatoso crônico por obstrução da glândula de Meibomius. O hordeolo (B) é a fase aguda, dolorosa e supurativa. A canaliculite (C) provoca secreção e dor no canto medial, junto ao ponto lacrimal. A dacriocistite (D) cursa com abaulamento doloroso e hiperemia no saco lacrimal, abaixo do canto medial, com refluxo de secreção a compressão. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Pré-escolar de três anos de idade, sexo masculino, previamente hígido, foi levado à emergência, apresentando agitação psicomotora, midríase, boca seca e rubor facial. A mãe dele informou que tinha percebido os sintomas havia uma hora, ao chegar do trabalho. O menor fica em casa com a irmã, de 10 anos, durante o período da tarde, até a mãe retornar do trabalho. Conforme o quadro clínico apresentado, trata-se de intoxicação por

A dipirona.

B salbutamol.

C clorpromazina.

D dexclorfeniramina. 2022 EDIÇÃO 2022/2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Agitacao psicomotora, midriase, boca seca e rubor facial em pre-escolar deixado sem supervisao direta compoem a síndrome ANTICOLINERGICA - 'vermelho como beterraba, seco como osso, quente como brasa, cego como morcego e louco como chapeleiro'. Entre as opcoes, so a dexclorfeniramina, anti-histaminico de primeira geracao, tem essa acao. Salbutamol (B) causaria taquicardia e tremor, mas com sudorese e sem midriase fixa. Clorpromazina (C) daria sedacao, hipotensao e distonia. Dipirona (A) nao produz esse quadro. Resposta D.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Tercigesta, com ambas as gravidezes anteriores acometidas por pré-eclâmpsia, apresenta restrição de crescimento fetal intrauterino por insuficiência placentária. Encontra-se na 35ª semana de gestação, com dopplervelocimetria da artéria umbilical com diástole zero, mas com duto venoso normal. Qual é a conduta obstétrica indicada para essa paciente?

A Cesariana eletiva. ✓

B Neuroproteção fetal.

C Perfil biofísico fetal a cada 3 dias.

D Dopplervelocimetria fetal a cada semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Restricao de crescimento fetal por insuficiencia placentaria com diastole ZERO na arteria umbilical e marcador de deterioracao avancada. Com 35 semanas - ou seja, ja fora do periodo de prematuridade extrema -, o beneficio de prolongar a gestacao nao supera o risco de acidose e obito fetal: indica-se a resolucao, e a via e abdominal, pois o feto com essa reserva nao tolera o trabalho de parto. Neuroproteção com sulfato de magnesio (B) aplica-se abaixo de 32 semanas. Vigilancia seriada (C e D) e conduta de diastole presente. Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Homem de 75 anos foi levado ao serviço de urgência devido a confusão mental. Os familiares relataram que o homem é diabético (em uso de metformina 500 mg 2 vezes ao dia) e tabagista (1 maço a cada 2 dias). Informaram que ele está no quarto dia de pós-operatório de colecistectomia por via laparoscópica e recebera alta no segundo dia de pós-operatório, evoluindo bem. Contudo, ontem, tinha apresentado episódio de confusão mental, trocando os nomes dos filhos e esquecendo se havia jantado ou não. Hoje, pela manhã, apresentou quadro semelhante de confusão mental, relatando já ter tomado o café da manhã, mesmo sem tê-lo feito. No exame, apresenta-se consciente, com pontuação de 14 na Escala de Coma de Glasgow. Sua temperatura é de 38,6 °C, pulso de 120 batimentos por minuto, 26 incursões respiratórias por minuto, saturação de O₂ de 93% com cateter nasal de oxigênio. Na ausculta pulmonar, apresentou crepitações em base direita. Sua pressão arterial é de 96 x 60 mmHg. Sem alterações na ausculta cardíaca. Abdome normotenso, indolor, sem visceromegalias, com ferida cirúrgica em bom estado, sem secreção purulenta. No caso apresentado, a conduta a ser adotada é

A manter o paciente em regime ambulatorial e prescrever antibiótico via oral.

B internar o paciente para realização de exames laboratoriais, e iniciar antimicrobianos via intravenosa. ✓

C solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste e prescrever antitérmico e sintomáticos.

D solicitar tomografia computadorizada do encéfalo e prescrever haloperidol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso no 4o dia de pos-operatorio com delirium (confusao flutuante), febre de 38,6 graus, taquicardia de 120, taquipneia, hipotensao de 96x60 mmHg e crepitacoes em base direita: e pneumonia com criterios de gravidade e sinais de sepse, e o delirium e a manifestacao da infeccao no idoso. Conduta: internar, colher exames e iniciar antimicrobiano intravenoso precoce. Tratar em casa por via oral (A) ignora a instabilidade. A ferida esta limpa e o abdome indolor, nao apontando causa abdominal (C). Haloperidol (D) mascara o sintoma sem tratar a causa. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Mulher de 47 anos procurou atendimento por quadro de dor e abaulamento irreduzível em região inguinal direita havia 2 dias, associado a vômitos, distensão abdominal e parada de eliminação de gases. No exame físico, o abdome encontrava-se distendido, com cicatriz cirúrgica subcostal à direita, abaulamento abaixo do ligamento inguinal à direita, irreduzível, sem sinais flogísticos, ruídos hidroaéreos diminuídos, hipertimpânico, dor à palpação superficial e profunda generalizada, descompressão brusca negativa, toque retal com presença de fezes em ampola. No caso apresentado, o diagnóstico mais provável é abdome agudo obstrutivo por hérnia

A femoral encarcerada. ✓

B incisional encarcerada.

C inguinal direta encarcerada.

D inguinal indireta encarcerada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento irreduzível ABAIXO do ligamento inguinal, em mulher de meia-idade, associado a quadro obstrutivo: o marco anatômico e o que decide. A hernia femoral projeta-se abaixo do ligamento inguinal e medial aos vasos femorais, tem colo estreito e anel rígido - por isso e a que mais encarcera e estrangula, além de ser mais comum em mulheres. As hernias inguinais direta e indireta (C e D) exteriorizam-se ACIMA do ligamento. A incisional (B) surge sobre cicatriz prévia, que aqui é subcostal, longe da região inguinal. Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Pré-escolar de 3 anos e 4 meses de idade deu entrada no pronto-socorro apresentando rigidez e espasmos musculares e hipertermia. Não apresentava dificuldade respiratória. Ausculta cardíaca sem anormalidades. Sem história prévia de doença cardíaca. O paciente estava recebendo oxigenoterapia quando um primo dele, de quatro anos, deu entrada no mesmo hospital, com quadro semelhante. Ambos haviam passado as últimas 12 horas na casa da avó materna, que há anos faz tratamento de esquizofrenia e hipertensão arterial. As evidências clínicas dessa história induzem a necessidade de o médico investigar

A cardiopatia congênita cianótica.

B intoxicação exógena por captopril.

C intoxicação exógena de haloperidol. ✓

D ingestão exógena por benzodiazepínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas crianças com rigidez, espasmos musculares e hipertermia após passarem horas na casa da avó que trata esquizofrenia: e distonia aguda por ingestão acidental de antipsicótico - o haloperidol, por bloqueio dopaminérgico nigroestriatal. O tratamento é biperideno ou difenidramina. Captopril (B) causaria hipotensão, não espasmos. Benzodiazepínico (D) produz o oposto: sedação e hipotonia. Cardiopatia congênita cianótica (A) não surge subitamente em duas crianças ao mesmo tempo, e a ausculta cardíaca está normal. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Paciente de 30 anos, com 25 semanas de gestação, portadora de diabetes mellitus tipo 1, compareceu a consulta no pré-natal de alto risco, com queixa de corrimento vaginal com prurido e ardência. Relatou também dispareunia de introito vaginal e disúria. No exame, confirmou-se a presença de eritema e fissuras vulvares, corrimento grumoso, com placas aderidas à parede vaginal, de cor branca, edema vulvar e escoriações. Desde o início da gestação, a paciente já tinha tratado 4 vezes os mesmos sintomas. Qual é o tratamento a ser proposto para a paciente?

- A Indução com fluconazol 150 mg, via oral, 1 vez ao dia, dias 1, 4 e 7. Manutenção com fluconazol 150 mg, via oral, 1 vez por semana, por 6 meses.
- B Indução com itraconazol 100 mg, 2 comprimidos, via oral, 2 vezes ao dia, por 1 dia. Manutenção com miconazol óvulo vaginal, 1 vez por semana, durante 3 meses.

C Indução com miconazol creme vaginal tópico diário por 10 a 14 dias. Manutenção com miconazol creme vaginal tópico, 2 vezes por semana, durante 6 meses. ✓

- D Indução com miconazol creme vaginal tópico diário por 7 dias. Manutenção com miconazol óvulo vaginal, 1 vez por semana, durante 3 meses. 2022 EDIÇÃO 2022/2

COMENTÁRIO OSCELABS

Quinto episódio de candidíase vulvovaginal na mesma gestação configura forma RECORRENTE, que exige esquema de indução prolongado seguido de manutenção por 6 meses. Na gravidez, porém, só se usa a via TOPICA: fluconazol (A) e itraconazol (B) são sistêmicos e teratogênicos/contraindicados. Por isso a resposta é miconazol creme vaginal diário por 10 a 14 dias e depois duas vezes por semana durante 6 meses. O esquema D é o de episódio isolado (7 dias) com manutenção curta, insuficiente para forma recorrente. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito A

Mulher de 45 anos compareceu a consulta médica em unidade de saúde da família (USF), solicitando prescrição de clonazepam (por sugestão de uma vizinha), pois não consegue dormir. É casada e refere que seu marido é uma pessoa complicada, pois não deixa ela trabalhar, reclama de tudo o que ela faz, grita com ela e a critica muito. Ela nega que ele já a tenha agredido fisicamente, mas se sente humilhada e tem medo dele. O plano de cuidado dessa paciente deve incluir

A notificação de agravo e acompanhamento na USF. ✓

- B encaminhamento para psiquiatra e notificação de agravo.
- C denúncia do caso pelo número 180 e acompanhamento da USF.
- D denúncia do caso pelo número 180 e encaminhamento para psiquiatra.

COMENTÁRIO OSCELABS

Marido que impede de trabalhar, humilha, grita e controla, gerando medo: é violência psicológica e patrimonial, agravo de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (ficha de violência interpessoal/autoprovocada), independentemente de haver agressão física ou de a mulher querer denunciar. A insônia é sintoma do contexto, não doença isolada - daí o plano de cuidado ser notificar e acompanhar longitudinalmente na própria unidade, com vínculo. Encaminhar ao psiquiatra (B e D) medicaliza a violência. A denúncia pelo 180 (C e D) é direito da mulher, não dever do médico, que deve informar sem impor. Resposta A.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Mulher de 32 anos, professora de educação básica, procurou assistência médica, com queixas de dores generalizadas pelo corpo e dificuldade para dormir. Não faz uso de nenhum medicamento para doenças crônicas. Encontra-se de licença médica há 6 meses e ainda não obteve grande melhora. Refere que acorda exausta. Nega febre. Diz já ter sido muito ativa, trabalhado em 4 escolas ao mesmo tempo, entretanto tem medo de retornar ao trabalho e voltar a ter dores mais fortes. O exame físico mostrou-se normal, à exceção da dor à pressão em diversos grupamentos musculares em todo o corpo, sem sinal de bloqueio articular ou de inflamação articular. Foram realizados alguns exames laboratoriais, que resultaram normais, incluídos TSH, VHS e proteína C reativa ultrasensível. Provavelmente, trata-se de

A polimiosite.

B fibromialgia. ✓

C fadiga crônica.

D polimialgia reumática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor generalizada crônica, sono não reparador ('acorda exausta'), fadiga, sofrimento laboral e dor à pressão em múltiplos grupamentos musculares, com exame articular e exames laboratoriais (TSH, VHS e PCR) NORMAIS: e fibromialgia, diagnóstico clínico de dor nociplástica. Polimiosite (A) cursa com fraqueza proximal objetiva e CPK elevada, não dor à palpação. Polimialgia reumática (D) acomete acima dos 50 anos, com rigidez de cinturas e VHS bem elevado. A síndrome da fadiga crônica (C) tem a fadiga - e não a dor difusa - como sintoma dominante. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Paciente de 30 anos, sexo feminino, foi submetida a punção de veia jugular interna direita para início de nutrição parenteral hospitalar, em primeira tentativa, sem intercorrências. Foi acoplado o equipo com frasco de SF 0,9% 500 ml. O teste do retorno sanguíneo foi positivo. Percebeu-se, então, fluxo ascendente da coluna de sangue dentro do equipo. Nessa situação, qual deve ser a conduta subsequente?

A Solicitação de ultrassonografia diagnóstica.

B Retirada da punção profunda e compressão. ✓

C Instalação de infusão lenta de SG 5% 500 ml.

D Solicitação de radiografia de tórax de controle.

COMENTÁRIO OSCELABS

Coluna de sangue que SOBEE espontaneamente pelo equipo, contra a gravidade, denuncia pressão arterial no cateter: a punção atingiu a carótida, e não a jugular interna (na veia o retorno é escuro, sem pulsatilidade, e a coluna não ascende). A conduta é retirar o cateter e comprimir o local por 10 a 15 minutos, monitorando hematoma cervical e via aérea. Infundir qualquer solução (C) ou pedir exames com o cateter no lugar (A e D) mantém o acesso arterial e pode causar embolia, trombose e hematoma expansivo. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Pré-escolar de três anos de idade foi admitido na emergência, com quadro de edema e oligúria havia cinco dias. Exame físico: pressão arterial de 80 x 60 mmHg; edema palpebral e de membros inferiores. Exame de urina: densidade urinária = 1.015; hemácias = 3/campo; proteinúria = 3+/4+; piócitos = 4/campo.

Considerando-se a principal hipótese diagnóstica, o tratamento medicamentoso indicado é

A diurético.

B corticoide. ✓

C antibiótico.

D anti-inflamatório não hormonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-escolar com edema palpebral e de membros inferiores, oligúria e proteinúria de 3+ com hematuria mínima (3 hemácias/campo) e pressão arterial normal: e síndrome NEFROTICA, não nefrítica. Nessa faixa etária, a causa predominante é a doença de lesões mínimas, corticossensível em mais de 90% dos casos - por isso o tratamento é empírico com prednisona, sem necessidade de biópsia inicial. Diurético (A) é adjuvante, só no edema sintomático e com cautela pelo risco de hipovolemia. Não há infecção a tratar (C) nem papel para AINE (D). Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Mulher com 20 semanas de gestação foi diagnosticada com sífilis, sendo ela e o parceiro adequadamente tratados com penicilina benzatina. Depois de terminado o tratamento inicial, o controle mensal de cura dessa paciente, na Atenção Primária à Saúde, exige seguimento com

A VDRL. ✓

B TPHA.

C FTA-ABS.

D penicilina procaina.

COMENTÁRIO OSCELABS

O seguimento pós-tratamento de sífilis se faz com teste NAO TREPONEMICO quantitativo, o VDRL, porque ele titula e a queda de pelo menos duas diluições documenta a resposta - na gestante, o controle é mensal. TPHA (B) e FTA-ABS (C) são treponêmicos e permanecem reagentes por toda a vida (cicatriz sorológica), não servindo para monitorar cura nem reinfecção. Penicilina procaina (D) não é exame, é sim tratamento - e o esquema de escolha na gestação é a penicilina G benzatina. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Criança de 5 anos foi levada por familiar para consulta na unidade básica de saúde, com quadro de febre não aferida havia 3 dias, odinofagia e recusa alimentar. No exame físico, observou-se presença de lesões vesiculares na mucosa bucal e na língua, além de erupções papulovesiculares localizadas em regiões palmares e plantares bilateralmente. Considerando-se como principal hipótese diagnóstica a síndrome mão-pé-boca, qual é a conduta correta?

A Orientar isolamento e afastar a criança da creche por sete dias ou até o desaparecimento das lesões cutâneas. ✓

B Notificar imediatamente o caso ao serviço de vigilância epidemiológica e agendar visita à creche para busca ativa de casos.

C Recomendar isolamento domiciliar por sete dias e instituir tratamento ambulatorial com o antiviral plenaril.

D Encaminhar a criança para internação hospitalar, para hidratação, se necessária, tratamento sintomático e aplicação de imunoglobulina endovenosa. 2022 EDIÇÃO 2022/2 QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO SOBRE A PROVA As perguntas abaixo visam obter sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente à sua opinião, nos espaços próprios do Cartão-Resposta. Agradecemos a sua colaboração. PERGUNTA 1 Qual o grau de dificuldade da prova? A Muito fácil. B Fácil. C Médio. D Difícil.

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

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome mão-pe-boca é causada por enterovírus (Coxsackie A16, enterovírus 71), tem curso benigno e tratamento apenas sintomático, com atenção à hidratação pela odinofagia. Por ser altamente transmissível (via fecal-oral e por secreções/conteúdo das vesículas), a conduta é afastar a criança da creche por cerca de 7 dias ou até as lesões desaparecerem. Não é doença de notificação compulsória individual (B). Não existe antiviral específico (C). E internação com imunoglobulina (D) só se cogitaria em complicação neurológica grave. Resposta A.