



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2024/1

Prova comentada

91 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 A

Uma mulher com 25 anos, solteira, sem comorbidades prévias, é atendida em uma unidade de pronto-socorro devido a queixas de algúria, polaciúria, dor hipogástrica e urgência miccional há 2 dias. Ela nega corrimento vaginal e relata que a menstruação está regular e que não tem relações sexuais há mais de 1 mês. A paciente nega: febre, uso de antimicrobianos nos últimos 3 meses e outros sintomas sistêmicos. Nesse caso, quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a melhor conduta terapêutica?

A ITU baixa; iniciar nitrofurantoína. ✓

B ITU alta não complicada; iniciar norfloxacino.

C ITU por *Staphylococcus aureus*; iniciar antibiótico de amplo espectro.

D Nefrolitíase complicada com ITU; iniciar antibiótico após resultado de urocultura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Disúria, polaciúria, urgência e dor hipogástrica há 2 dias, sem febre, sem dor lombar e sem corrimento: cistite aguda não complicada em mulher jovem. A primeira linha é nitrofurantoína (ou fosfomicina), que poupa quinolonas e mantém baixa resistência para *E. coli*. Norfloxacino para ITU alta (B) não cabe — não há febre nem dor lombar; *S. aureus* (C) é agente raro, quase sempre hematogênico; nefrolitíase (D) exigiria cólica, e não se espera urocultura para tratar cistite simples. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Um paciente com 28 anos, vítima de atropelamento, é levado ao departamento de emergência pelo Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU). Ao exame abdominal, apresenta escoriações e hematoma em baixo ventre, instabilidade à palpação da pelve e hematoma perineal. Após avaliação primária, qual das seguintes alternativas corresponde ao melhor método diagnóstico de possível lesão do trato urinário, no caso apresentado?

A Uretrocistografia retrógrada. ✓

B Cistostomia suprapúbica aberta.

C Tomografia pélvica sem contraste.

D Ultrassonografia de abdome e pelve.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma pélvico com fratura instável, hematoma perineal e escoriações em baixo ventre levanta suspeita de lesão de uretra posterior — e a regra é não sondar antes de estudar a uretra. A uretrocistografia retrógrada é o exame de escolha, define local e extensão da lesão. Cistostomia (B) é tratamento, não diagnóstico, e só após confirmação; TC sem contraste (C) não avalia o trato urinário; ultrassonografia (D) tem baixa acurácia para uretra. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Um lactente com 3 meses comparece a uma consulta na unidade de saúde da família por mover os olhos de um lado para outro de forma anormal e repetitiva. A mãe do paciente informa que o teste do olhinho, realizado anteriormente, foi inconclusivo e que o bebê recebeu alta sem orientações. A gestação e o parto foram sem intercorrências. Ao exame físico, o lactente apresenta-se eutrófico, com o movimento dos globos oculares oscilatórios, sem a presença de outras alterações neurológicas ou motoras. Com base nessas informações, quais são, respectivamente, o diagnóstico e a conduta médica adequada para esse caso?

A Catarata congênita; refazer o teste do olhinho no paciente.

B Estrabismo; tranquilizar a mãe do paciente e agendar retorno precoce.

C Nistagmo; encaminhar o paciente ao oftalmologista e ao neuropediatra. ✓

D Xeroftalmia; solicitar dosagem de vitamina A do paciente com urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Movimentos oculares oscilatórios e repetitivos aos 3 meses definem nistagmo, que nessa idade nunca é fisiológico: pode traduzir baixa visão (catarata, glaucoma, doença retiniana) ou doença neurológica. A conduta é encaminhar a oftalmologista e neuropediatra, sem retardar por novo teste do olhinho (A), que já foi inconclusivo. Estrabismo (B) é desvio do eixo, não oscilação; xeroftalmia (D) cursa com ressecamento e cegueira noturna, sem nistagmo. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Uma gestante com 24 anos, G2 P1 A0, chega à maternidade com sangramento vermelho vivo por via vaginal. Conta que descobriu sua segunda gravidez há 2 semanas. No momento, refere dor pélvica intensa e persiste com sangramento vaginal vivo. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, normocorada, pressão arterial de 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 82 bpm e saturação de oxigênio de 98%. No exame físico, o médico plantonista constata colo pérvio no toque bimanual, útero compatível com 10 semanas de gravidez e sangramento vivo com saída de material sugestivo de restos ovulares. Considerando-se essa história clínica e os achados do exame físico, quais são a hipótese diagnóstica e a melhor conduta para a paciente?

- A Ameaça de abortamento; solicitar ultrassonografia transvaginal e, se feto com boa vitalidade, recomendar repouso e iniciar pré-natal.
- B Ameaça de abortamento; prescrever analgésico, recomendar repouso no domicílio e orientar retorno se houver piora do sangramento.
- C Abortamento em evolução; explicar com linguagem acessível o quadro, internar e realizar ultrassonografia pélvica para confirmar útero vazio.

D Abortamento em evolução; explicar com linguagem acessível o quadro, orientando que pode optar por aspiração manual intrauterina (AMIU) / curetagem ou conduta expectante. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vivo com colo pérvio e eliminação de restos ovulares em gestação de 10 semanas define abortamento em curso/incompleto — na ameaça o colo está fechado, o que já elimina A e B. Com a paciente estável, o correto é informar em linguagem acessível e ofertar as opções: AMIU/curetagem ou conduta expectante, respeitando a escolha dela. A alternativa C impõe internação e ultrassonografia como conduta única, retirando a decisão da paciente. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Ao assumir a coordenação de uma equipe de saúde da família, um médico de família e comunidade percebe que sua equipe não utiliza critérios para estabelecimento de fluxo de agendamento de visitas domiciliares. Diante dessa situação, ele decide promover uma roda de conversa a fim de sensibilizar sua equipe acerca da necessidade de organizar critérios para a definição das visitas domiciliares como uma abordagem ao indivíduo em seu aspecto familiar e comunitário. Nesse caso, qual é o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) que melhor se enquadra na estratégia adotada para melhoria do trabalho da equipe?

A Equidade. ✓

- B Autonomia.
- C Integralidade.
- D Universalidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criar critérios para priorizar quem recebe visita domiciliar é tratar desigualmente os desiguais — quem tem maior necessidade recebe mais cuidado. Isso é equidade. Universalidade (D) é o acesso de todos ao SUS; integralidade (C) é olhar o sujeito por inteiro, articulando promoção, prevenção e reabilitação; autonomia (B) é princípio bioético da relação médico-paciente, e não princípio doutrinário do SUS. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Uma mulher com 64 anos, sabidamente hipertensa e diabética tipo 2, em acompanhamento regular, comparece à consulta médica para atualização vacinal, pois deseja se proteger contra doenças comuns na comunidade. Ao ser indagada sobre seus antecedentes patológicos, ela informa que já teve sarampo, caxumba, rubéola e varicela antes dos 5 anos de idade e que teve hepatite A aos 10 anos. Considerando a história clínica descrita, qual vacina está indicada para essa paciente?

- A Caxumba.
- B Hepatite A.
- C Tríplice viral.

D Varicela-zóster. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 64 anos já teve sarampo, caxumba, rubéola, varicela e hepatite A, e a tríplice viral não é indicada acima dos 59 anos — vacinar contra doença já tida (A, B, C) não agrega proteção. Resta a vacina contra herpes-zóster (varicela-zóster), recomendada a partir dos 50 anos: o vírus permanece latente nos gânglios após a varicela e reativa com a imunossenescência, risco maior ainda em diabéticos. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Um paciente com 68 anos, submetido a hemicolectomia esquerda por neoplasia com anastomose terminoterminal, sem intercorrências, refere, no quinto dia de pós-operatório, dor leve abdominal. Ao exame físico, apresenta-se hidratado, com temperatura axilar de 38,1 °C, frequência cardíaca de 96 bpm, pressão arterial de 100 X 70 mmHg, frequência respiratória de 20 irpm. Abdome distendido 1+/4+, ruídos hidroaéreos presentes, timpanismo generalizado à percussão e levemente doloroso à palpação profunda generalizada. Aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações. Ferida operatória limpa, sem sinais flogísticos. Nesse caso, qual é a origem mais provável do quadro de febre apresentado pelo paciente?

- A Atelectasia.
- B Infecção urinária.

C Abscesso subfrênico. ✓

- D Infecção do sítio cirúrgico profundo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre no 5º pós-operatório de anastomose colônica, com distensão e dor à palpação profunda, aponta coleção/abscesso intracavitário — a janela clássica do 5º ao 7º dia, quando se pensa em falha da anastomose e coleção secundária. Atelectasia (A) causa febre nas primeiras 48 horas; infecção urinária (B) exigiria sintomas urinários; infecção de sítio cirúrgico profundo (D) envolve os planos da incisão, e a ferida está limpa e sem sinais flogísticos. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Uma paciente com 55 anos, em acompanhamento de rotina, encontra-se no ambulatório de Ginecologia Geral, assintomática e, ao exame físico, apresenta-se normal. Realizada a mamografia de rotina, verifica-se laudo com categoria BIRADS 4, devido à presença de microcalcificações agrupadas. Considerando-se o caso descrito, qual é a conduta adequada?

A Realização de quadrantectomia.

B Biopsia para investigação histológica. ✓

C Repetição de mamografia em 6 meses.

D Complementação com ultrassonografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

BIRADS 4 significa achado suspeito, com risco de malignidade entre 2% e 95% — a conduta obrigatória é investigação histológica (core biopsy ou mamotomia, esta ideal para microcalcificações agrupadas). Repetir a mamografia em 6 meses (C) é conduta do BIRADS 3; a ultrassonografia (D) não caracteriza microcalcificações; e quadrantectomia (A) é tratamento, que jamais precede o diagnóstico histológico. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Um homem com 55 anos é levado pelo filho a uma unidade básica de saúde com quadro agudo de dor torácica, dispneia e alteração do nível de consciência. O paciente já estava, anteriormente, em acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Ao aferir sua pressão arterial, a medida encontrada foi de 190 x 120 mmHg. Diante desse quadro, o médico deve

A medicar o paciente com o objetivo de reduzir a pressão arterial no período de 24 a 48 horas e dar seguimento ambulatorial.

B administrar anti-hipertensivo oral, encaminhar o paciente para a sala de observação e aguardar a redução dos níveis pressóricos.

C avaliar a adesão ao tratamento de HAS e, se necessário, introduzir um novo tratamento medicamentoso ou adequar o tratamento atual.

D monitorar pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio, administrar 300 mg de ácido acetilsalicílico e encaminhar o paciente para o serviço de urgência imediatamente. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica, dispneia e rebaixamento de consciência com PA de 190x120 mmHg configuram emergência hipertensiva com provável síndrome coronariana aguda — há lesão aguda de órgão-alvo. Na UBS cabe monitorizar, ofertar AAS 300 mg mastigado e transferir imediatamente para a urgência. Reduzir a pressão em 24-48 horas (A) ou aguardar resposta a anti-hipertensivo oral (B) são condutas de urgência hipertensiva; rever adesão (C) é abordagem ambulatorial. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Uma paciente com 24 anos procura atendimento médico com relato de sudorese excessiva, palpitações, irritação ocular, nervosismo, fadiga e perda de peso apesar do aumento do apetite, com achado de edema ocular e aumento difuso da tireoide ao exame físico. O médico levanta a suspeita de Doença de Graves. Durante a propedêutica laboratorial, são resultados compatíveis com a hipótese diagnóstica apresentada

A níveis séricos reduzidos de anticorpos contra o receptor de TSH (TRAb) e de anticorpos antitireoperoxidase (anti-TPO).

B aumento do tamanho e da ecogenicidade do parênquima da tireoide e presença de nódulos císticos difusos à ultrassonografia.

C elevação dos níveis séricos do hormônio tireoestimulante (TSH) e supressão dos níveis da fração livre de tiroxina (T4 livre) e da tri-iodotironina (T3).

D teste de iodo radioativo mostrando elevada captação pela tireoide e cintilografia mostrando distribuição difusa de radiomarcador no parênquima da glândula. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na doença de Graves o estímulo é o TRAb sobre o receptor de TSH: toda a glândula capta iodo avidamente, e a cintilografia mostra hipercaptação difusa e homogênea. A alternativa A inverte o esperado (TRAb e anti-TPO costumam estar elevados); C descreve hipotireoidismo (TSH alto com T4 livre baixo), o oposto da tireotoxicose; e à ultrassonografia o padrão é glândula difusamente aumentada, hipoeocogênica e hipervascularizada, sem nódulos císticos. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Um homem com 22 anos procura atendimento médico na unidade básica de saúde com queixa de sensação de peso em região escrotal há 3 meses. Não se lembra de ter sofrido traumatismo na área afetada e não apresenta queixas urinárias. Nega comorbidades, etilismo e tabagismo. Apresenta-se em bom estado geral, afebril. Ao exame físico, verificam-se: tórax e abdome sem alterações; presença de lesão de consistência endurecida no testículo esquerdo sem aumento à manobra de Valsalva; transiluminação negativa; toque retal sem alterações; ausência de linfadenopatia inguinal e supraclavicular. Diante desse quadro, quais são, respectivamente, o diagnóstico e a conduta adequada?

A Tumor de testículo; orquiectomia. ✓

B Hidrocele; eversão túnica vaginalis.

C Hérnia inguinescrotal; herniorrafia inguinal.

D Orquiepididimite; exploração de bolsa escrotal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa testicular endurecida, indolor, que não aumenta à Valsalva e com transiluminação negativa é câncer de testículo até prova em contrário — sensação de peso escrotal em homem jovem é a apresentação típica. O tratamento inicial é a orquiectomia radical por via inguinal (biópsia transescrotal é proibida, por disseminar). Hidrocele (B) transilumina; hérnia (C) é redutível e some ao decúbito; orquiepididimite (D) é dolorosa e febril. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Um lactente com 3 meses apresenta constipação intestinal desde o seu nascimento, com registro de retardo de eliminação de mecônio de 48h. O paciente foi diagnosticado com aganglionose em todo o sigmoide e aguarda a cirurgia. No dia anterior, apresentou um episódio de diarreia sanguinolenta em grande quantidade, com quadro de febre, distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Chegou ao serviço de emergência em mau estado geral, pálido, hipotenso, sudoreico, taquicárdico, com distensão abdominal importante e temperatura axilar de 38 °C. Nesse momento, foram realizadas reposição volêmica, descompressão com uma sonda nasogástrica e retal e foram ministrados antibióticos de amplo espectro para cobertura de organismos aeróbicos e anaeróbicos. A seguir, reproduz-se o resultado do exame de imagem trazido pela mãe do paciente à emergência. Com base nessas informações, é correto afirmar que, após a estabilização clínica do paciente, o tratamento definitivo é

A abaixamento de cólon endoanal sem colostomia. ✓

B abaixamento de cólon abdominoperineal com colostomia.

C colostomia descompressiva na zona de dilatação do cólon.

D sigmoidectomia abdominoperineal com colostomia definitiva. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Retardo na eliminação de mecônio, constipação desde o nascimento e aganglionose restrita ao sigmoide: doença de Hirschsprung, agora complicada por enterocolite. Estabilizado o paciente, o tratamento definitivo do segmento curto é o abaixamento de cólon endoanal em tempo único, sem colostomia — técnica consagrada por menor morbidade e melhor resultado funcional. Colostomia (B, C, D) fica para instabilidade, segmentos longos ou falha do tratamento clínico. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Os dados da carteirinha de uma gestante com 28 anos, primigesta, sem intercorrências clínicas prévias à gestação e que foi atendida em uma unidade básica de saúde, estão transcritos a seguir: DATA IG PA AU BCF/MF OBSERVAÇÕES 15/09 7 sem. 100/70 - -/- Náuseas leves, dor em cólicas discretas. Tabagista 10 cigarros/dia. Pedidos exames de rotina. 12/10 11 sem. 94/62 6 cm -/- Piora nas náuseas, medicada com metoclopramida. Solicito ultrassonografia morfológica. 12/11 15 sem. 100/64 12 cm +/- Melhora nas náuseas, refere corrimento amarelado. Não conseguiu fazer o USG. 09/12 19 sem. 110/72 17 cm +/- Já percebe MF, sente dor em hipogástrio. 07/01 21 sem. 104/68 20 cm +/- Sem queixas. 11/02 26 sem. 130/98 24 cm +/- Solicitado USG morfológica do segundo trimestre. 15/03 31 sem. 140/82 26 cm +/- Aguarda USG morfológica. Teve sinusiorragia e sangramento ao esforço evacuatório. 12/04 35 sem. 142/88 29 cm +/- Encaminhada para avaliação no setor de gravidez de alto risco. IG: idade gestacional; PA: pressão arterial sistêmica; AU: altura uterina; MF: movimentação fetal; BCF: batimentos cardíacos fetais; USG: ultrassonografia Com base nesses dados, é correto afirmar que:

A o atendimento pré-natal foi adequadamente realizado.

B o diagnóstico de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade pode ser estabelecido.

C o referenciamento da paciente para o pré-natal de alto risco não está indicado.

D a USG obstétrica morfológica do segundo trimestre foi solicitada no momento incorreto. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia morfológica de segundo trimestre tem janela ideal entre 20 e 24 semanas; nesta carteira ela só foi solicitada com 26 semanas, fora do momento correto. O pré-natal também falhou ao não abordar o tabagismo, o que afasta A. Não se pode firmar pré-eclâmpsia (B) sem proteinúria ou disfunção de órgão-alvo documentadas. E, havendo hipertensão após 20 semanas, o encaminhamento ao alto risco está sim indicado (C). Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Uma criança com 5 anos é levada pela avó à unidade básica de saúde (UBS) com queixa de muito prurido em área periungueal do hálux direito e na planta do pé direito, além de discreta dor.

A avó do paciente refere visitas frequentes da criança ao sítio, onde anda descalça. Ao exame físico, detectam-se quatro lesões puntiformes nos locais das queixas, sendo pápulas ceratóticas com elevação central enegrecida, eritematosa, e duas lesões já pustulosas. Com base nessas informações, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o provável diagnóstico e o manejo adequado para esse caso. A Larva migrans; prescrição de tiabendazol tópico.

B Eczema disidrótico; hidratação dos pés e corticoide tópico de média potência.

C Tungíase; remoção cirúrgica do parasita na UBS com material devidamente esterilizado. ✓

D Verruga viral; aplicação de ácido tricloroacético (ATA) 80% ou de nitrogênio líquido na UBS.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança que anda descalça no sítio, com pápulas ceratóticas de centro enegrecido, muito pruriginosas, em região periungueal e plantar: tungíase (bicho-de-pé), pelo Tunga penetrans. O tratamento é a extração do parasita com material estéril e revisão da vacina antitetânica. Larva migrans (A) faz trajeto serpiginoso migratório; verruga viral (D) não coça assim nem tem o ponto negro central; eczema disidrótico (B) forma vesículas em surtos. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Uma mulher com 21 anos apresenta história de cefaleia hemcraniana, pulsátil, precedida por escotomas visuais, de duração de 6 a 10 horas, com fono e fotofobia, com pelo menos um episódio ao mês nos últimos 10 anos. Relata que a privação de sono desencadeia o quadro e que obtém melhora parcial da cefaleia após ingerir analgésico comum. Nega febre ou alteração das características de cefaleia recentemente. Nega outros sintomas associados. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, fácies de dor, está hidratada, corada, com frequência cardíaca de 90 bpm e pressão arterial de 130 x 80 mmHg. Não apresenta alterações no aparelho cardiovascular nem no respiratório. O exame neurológico da paciente encontra-se normal. Diante desse quadro clínico, quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica e a conduta adequada para a paciente?

A Migrânea; indicar uso de triptano. ✓

B Cefaleia tensional; indicar uso de relaxante muscular.

C Cefaleia em salvas; prescrever uso de oxigênio a 100%.

D Cefaleia por malformação vascular; encaminhar à neurologia. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia hemcraniana pulsátil, precedida de aura visual, com 6 a 10 horas de duração, foto e fonofobia e gatilho por privação de sono: migrânea com aura. Como o analgésico comum traz alívio apenas parcial, o passo seguinte é o tratamento específico da crise com triptano. Cefaleia tensional (B) é bilateral, em aperto e sem aura; salvas (C) é curta, unilateral periorbitária, com sinais autonômicos; e 10 anos de história com exame normal afastam causa vascular (D). Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Uma paciente com 32 anos refere mal-estar geral, febrícula e coriza há 10 dias. Refere também hábito frequente de lavar e assoar o nariz com soro fisiológico. Há dois dias, após uma sessão prolongada de natação, relata sentir o ouvido direito obstruído, dor localizada e piora da sensação de febre.

A paciente trata de lúpus eritematoso sistêmico há dois anos. Ao exame físico geral, apresenta dor em joelhos bilateralmente. Realizam-se os exames de: rinoscopia, em que se verifica hiperemia leve de epitélio nasal; e otoscopia, em que se observa leve hiperemia de membrana timpânica bilateral, demonstrando membrana timpânica imóvel bilateralmente à otoscopia pneumática. Nesse caso, o diagnóstico e o tratamento indicados são, respectivamente: A otite média crônica lúpica; antibioticoterapia tópica por 7 dias, corticoterapia sistêmica.

B otite média aguda fúngica; claritromicina e fluconazol por 21 dias, timpanotomia direita.

C otite externa subaguda viral; antibioticoterapia tópica por 15 dias, anti-inflamatórios sistêmicos.

D otite média aguda bacteriana; amoxicilina e clavulanato por 10 dias; descongestionantes e anti-histamínicos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Otalgia, febre e membrana timpânica hiperemiada e imóvel à otoscopia pneumática, após quadro de vias aéreas superiores: otite média aguda bacteriana. Em paciente com lúpus, imunossuprimida, o antibiótico de escolha é amoxicilina com clavulanato. Otite externa (C) dói à tração do pavilhão e não altera a mobilidade timpânica; otite fúngica (B) e a inexistente 'otite lúpica' (A) não sustentam o quadro agudo com membrana imóvel. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Uma paciente com 30 anos, primigesta, comparece ao hospital com gestação de 40 semanas e 4 dias, conforme data da última menstruação (refere ciclos regulares), e de 41 semanas, conforme resultado de ultrassonografia que realizou quando estava com 27 semanas. Ela refere boa movimentação fetal e não apresenta intercorrências clínicas ou obstétricas. Os resultados dos exames de pré-natal são normais. Relata que, apesar de um pouco ansiosa, sente-se tranquila para esperar "a hora do bebê". O médico plantonista realiza um exame de cardiotocografia que evidencia uma frequência cardíaca fetal basal de 150 bpm com variabilidade entre 10 e 20 batimentos, duas acelerações transitórias com aproximadamente 15 segundos de duração e que, em seu ápice, chegam a 165 batimentos. Não há desacelerações. É realizado um exame de ultrassonografia, cujo resultado mostra que o feto está cefálico, com líquido amniótico normal. Diante do quadro clínico descrito, assinale a opção correta.

- A A paciente deve ser internada para indução, pois a frequência cardíaca fetal evidencia sinais de hipóxia fetal.
- B A paciente deve ser submetida a cesariana, pois duas acelerações transitórias evidenciam sinais de hipóxia fetal.
- C A paciente deve ser internada para indução, pois, embora os exames mostrem que há bem-estar fetal, o feto está taquicárdico.

D A paciente deve ser orientada a retornar em 3 dias (41 semanas pela data da última menstruação), pois os exames mostram sinais de bem-estar fetal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cardiotocografia com linha de base de 150 bpm, variabilidade moderada, acelerações presentes e sem desacelerações é categoria I — bem-estar fetal. Com feto cefálico e líquido normal, e 40 semanas e 4 dias pela DUM confiável (que prevalece sobre ultrassonografia feita só com 27 semanas), cabe conduta expectante com retorno em 3 dias. Não há taquicardia — a basal normal vai até 160 — nem sinal de hipóxia que justifique induzir (A, C) ou operar (B). Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Uma criança com 2 anos é levada por sua mãe à unidade básica de saúde a fim de verificar se a criança está com peso e altura adequados para a idade. Ao realizar o exame clínico da criança, o médico observa os seguintes dados. INDICADOR ESCORE-Z Estatura para idade -0,7 Peso para idade 2,6 Índice de Massa Corporal para idade 2,8

- A partir dos dados observados, a conduta médica correta para dar prosseguimento ao cuidado com a criança é
 - A tranquilizar a mãe, pois a criança apresenta peso e estatura adequados para sua idade.
 - B solicitar radiografia de punho e mão, pois a criança apresenta baixa estatura para sua idade.
 - C realizar encaminhamento para endocrinopediatria, pois a criança apresenta sobrepeso e baixa estatura.

D orientar acerca de estilo de vida, pois a criança se encontra com sobrepeso, apesar de estar com estatura adequada. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Escore-Z de estatura para idade de -0,7 é normal (entre -2 e +2), e IMC para idade de +2,8 em menor de 5 anos classifica sobrepeso (obesidade só acima de +3). Ou seja, criança com estatura adequada e excesso de peso: a conduta é orientação alimentar e de estilo de vida, com acompanhamento. Não há baixa estatura, o que elimina B e C, e simplesmente tranquilizar (A) ignora o risco de obesidade persistente na vida adulta. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Um homem com 38 anos relata, em consulta, exantema, prurido, febre e artralgia que se resolveu em 72 horas com o uso de sintomáticos. O paciente conta que, após 10 dias, passou a apresentar parestesia em membros inferiores, que evoluiu para membros superiores em 24 horas. Ele conta que não buscou ajuda médica por julgar tratar-se de câimbras devido à falta de atividade física regular. Narra, ainda, que, após 3 dias, o quadro evoluiu com fraqueza nos membros inferiores, impedindo a deambulação, queixando-se também de cefaleia holocraniana e obstipação intestinal. Ao exame neurológico, apresenta-se vigil, orientado em tempo e espaço, com pupilas isocóricas e fotorreagentes, mobilidade ocular extrínseca preservada e demais pares cranianos sem alteração. Verificam-se, ainda: força muscular grau V/V em membros superiores e grau III/V em membros inferiores; reflexos bicipital, tricipital e estilorrádial grau II/IV; reflexos patelar e aquileu abolidos; hipoestesia tátil e dolorosa nos quatro membros, com padrão de bota e luva; hipopalestesia em membros inferiores, até o tornozelo. O resultado do exame de líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou: EXAME RESULTADO UNIDADES CONVENCIONAIS UNIDADES SI Contagem de células 0 a 2 mm³ 0 a 5 linfócitos/mcL 0 a 5 x 10⁶ linfócitos/L Glicose 74 mg/dL 40 a 80 mg/dL (< 40% do nível plasmático medido simultaneamente se esse nível plasmático está anormal) 2,2 a 4,4 mmol/L (< 40% do nível plasmático medido simultaneamente estão alterados) Proteína total 103 mg/dL 15 a 60 mg/dL 150 a 600 mg/L Diante desse quadro clínico, qual é a principal suspeita diagnóstica?

A Miastenia Gravis.

B Síndrome de Guillain-Barré. ✓

C Acidente Vascular Cerebral.

D Esclerose Lateral Amiotrófica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Arbovirose recente seguida, dias depois, de parestesias e fraqueza ascendente, arreflexia patelar e aquileia, padrão em bota e luva e líquido com proteína de 103 mg/dL sem celularidade (dissociação proteinocitológica): síndrome de Guillain-Barré. Miastenia gravis (A) poupa reflexos e cursa com fadigabilidade ocular flutuante; AVC (C) é súbito e focal; ELA (D) é progressiva, com sinais de 1º e 2º neurônio e sem alteração sensitiva. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Um paciente com 30 anos, portador de diabetes mellitus tipo 1 há 15 anos, retorna para uma consulta com queixa de ulceração em região plantar esquerda, em extremidade distal, posterior, do 4º metatarso esquerdo, com início há cerca de 20 dias. Ao exame físico, verificam-se: pulso de 80 bpm, pressão arterial de 120 x 70 mmHg, temperatura de 36,5 °C; todos os pulsos presentes, cheios e simétricos. Observa-se, ainda, a presença de lesão ulcerada de 3 cm com discreta secreção serosa, sem hiperemia ou calor, com hiperqueratose local e com tecido de granulação central em região plantar esquerda. Nesse caso, além do controle glicêmico, qual é o tratamento adequado?

A Simpectomia lombar.

B Enxerto de pele autólogo.

C Terapia compressiva inelástica.

D Curativo e adaptação de calçado. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Úlcera plantar sobre proeminência do metatarso, com hiperqueratose ao redor, indolor, sem sinais flogísticos e com todos os pulsos cheios: mal perfurante plantar, úlcera neuropática do diabético, sem componente isquêmico nem infeccioso. O tratamento é desbridar a hiperqueratose, curativo e sobretudo alívio de pressão com calçado adaptado. Terapia compressiva (C) é para úlcera venosa; simpatectomia (A) e enxerto (B) não têm papel nesse estágio. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Um lactente com 1 mês e 15 dias é trazido pela mãe ao pronto atendimento, a qual relata que seu filho vem apresentando vômitos intensos, em jato e de conteúdo leitoso. Ela nega haver febre associada ao quadro e alega que a criança sempre teve muito refluxo e que os sintomas se intensificaram há 2 semanas. A mãe tem ministrado sintomáticos nos últimos 10 dias, sem melhora, notando que o bebê tem perdido peso. Ao exame, o paciente encontra-se desidratado e sonolento, com abdome escavado, com redução de tecido subcutâneo e com presença de pequena massa móvel palpável em epigástrio. Seus exames laboratoriais revelam gasometria venosa com pH de 7,58 (valor de referência - VR: 7,35 a 7,45); PCO₂ de 41 mmHg (VR: 35 a 45 mmHg); pO₂ de 48,4 mmHg (VR: 80 a 100 mmHg); HCO₃ de 36 mEq/L (VR: 22 a 28 mEq/L); BE de +13,5 (VR: -3 a +3); sódio de 138 mEq/L (VR: 135 a 145 mEq/L); potássio de 3,0 mEq/L (VR: 3,5 a 5 mEq/L); e cloro de 80 mEq/L (VR: 95 a 105 mEq/L). Acerca do caso apresentado e das condutas a serem adotadas, assinale a opção correta.

A O lactente deve ser estabilizado clinicamente e encaminhado para o procedimento de piloromiotomia.

✓

B O lactente deve ser estabilizado clinicamente e encaminhado para realização de cirurgia de funduplicatura.

C O lactente deve ser estabilizado clinicamente e avaliado quanto à possibilidade de erros inatos do metabolismo.

D O lactente deve ter a alimentação complementada com fórmula de aminoácidos própria para idade e a mãe deve suspender leite e derivados da dieta do filho. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos em jato, não biliosos, com um mês e meio de vida, perda de peso, oliva palpável em epigástrio e alcalose metabólica hipoclorêmica e hipocalêmica: estenose hipertrófica do piloro. Corrige-se a desidratação e os distúrbios eletrolíticos antes de qualquer anestesia e então se faz a piloromiotomia (Fredet-Ramstedt). Funduplicatura (B) é para refluxo grave refratário; erros inatos (C) e alergia à proteína do leite (D) não produzem oliva nem essa gasometria. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Uma paciente secundigesta com 28 anos, idade gestacional de 35 semanas, obesa, não apresenta outras comorbidades prévias. No acompanhamento de pré-natal que realizou na unidade básica de saúde, não houve intercorrências até o momento. Os resultados dos exames de rotina de pré-natal apresentam-se normais, assim como as medidas de pressão arterial anteriores, e a altura uterina é compatível com a idade gestacional. Ela comparece a uma consulta no serviço de pronto atendimento encaminhada pela unidade básica de saúde por aumento da pressão arterial. Nega queixas. Refere estar se alimentando bem e relata que engordou 3 quilos nas últimas duas semanas. A pressão arterial é de 140 x 95 mmHg, confirmada após quinze minutos de repouso. A paciente apresenta edema importante em membros inferiores. A movimentação fetal está presente, os batimentos cardíacos fetais são de 144 bpm, e altura uterina é compatível com idade gestacional. Considerando-se o quadro clínico descrito, quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a conduta adequada?

A Pré-eclâmpsia; internar a paciente para controle pressórico e interromper a gestação se comprovada a maturidade fetal.

B Pré-eclâmpsia; solicitar exames e verificar se há a presença de proteinúria significativa e/ou se é acusada a disfunção de órgão-alvo, para confirmar o diagnóstico. ✓

C Hipertensão arterial crônica; aguardar a evolução no puerpério e, se ocorrer a normalização dos níveis pressóricos em até 12 semanas pós-parto, o diagnóstico estará confirmado.

D Emergência hipertensiva; internar a paciente para prescrição de sulfato de magnésio e anti-hipertensivos de ação rápida e interromper a gestação assim que o quadro clínico for estabilizado

COMENTÁRIO OSCELABS

PA de 140x95 mmHg confirmada após 20 semanas, em gestante previamente normotensa, com ganho ponderal rápido e edema: hipertensão da gestação. Pré-eclâmpsia só se confirma com proteinúria significativa ou disfunção de órgão-alvo — por isso o passo é solicitar os exames. Não há sinais de gravidade que justifiquem sulfato de magnésio ou interrupção (A, D); hipertensão crônica (C) exigiria níveis elevados antes das 20 semanas. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Um menino com 6 anos é levado à unidade básica de saúde devido a um quadro de diarreia intensa. Sabe-se que ele mora em uma casa sem esgotamento sanitário, e que teve contato com um tio que chegou de Moçambique há 15 dias. A criança apresenta um quadro de náuseas, diarreia líquida, leve e aquosa, sem febre. Ao exame, apresenta-se ativa, eutrófica, levemente desidratada, com temperatura de 36,5 °C. Com base nessas informações, assinale a opção que apresenta as medidas adequadas a serem tomadas na atenção primária.

A Reidratação endovenosa, coleta de exames tanto da criança quanto dos comunicantes e investigação de internação do tio, a fim de poder notificar a suspeita.

B Realização de quimioprofilaxia dos comunicantes, encaminhamento da criança ao pronto-socorro e isolamento sanitário em torno da residência dos familiares.

C Reidratação oral, manutenção da dieta, acompanhamento da criança, notificação e desencadeamento de ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária e investigação de comunicantes. ✓

D Administração de antibióticos via oral, prescrição de medicamentos para reduzir trânsito intestinal, indicação de dieta adequada, agendamento de retorno para o dia seguinte e notificação, caso a criança não melhore clinicamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia aquosa sem febre, em criança de área sem esgotamento sanitário e com contato recém-chegado de país com cólera: caso suspeito, de notificação compulsória. Na atenção primária a conduta é reidratação oral, manutenção da alimentação, notificação e acionamento da vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, com investigação de comunicantes. Antibiótico e antidiarreico de rotina (D), quimioprofilaxia (B) e hidratação venosa na desidratação leve (A) não se aplicam. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Um profissional de saúde observou à sua frente, durante uma caminhada, que uma senhora subitamente parou de andar, agachou-se, bastante pálida e sudorética, e desfaleceu. Em posse de sua máscara para ventilação boca-máscara, ele iniciou o primeiro atendimento à paciente. Ela estava inconsciente, não apresentava movimentos torácicos nem pulso carotídeo palpável. Solicita, então, que alguém de passagem chame o Serviço de atendimento médico de urgência (SAMU) e que outra pessoa providencie um desfibrilador externo automático (DEA). Considerando a situação apresentada, a conduta desse profissional deve ser iniciar imediatamente

- A compressões torácicas de forma contínua, realizando concomitantemente uma ventilação a cada 2 ou 3 segundos, caso haja dois socorristas.
- B compressões torácicas, após a abertura das vias aéreas e ventilação, mantendo a relação de duas ventilações seguidas por 30 compressões.
- C compressões torácicas de forma contínua, interrompendo o procedimento a cada 5 minutos para checar o pulso, revezando com outro socorrista, se possível.

D compressões torácicas de pelo menos 5 centímetros de profundidade, com frequência de 100 a 120 por minuto, seguidas de abertura das vias aéreas e ventilação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima inconsciente, sem respiração e sem pulso: parada cardiorrespiratória, e a sequência atual é C-A-B — compressões primeiro. Devem ter pelo menos 5 cm de profundidade, frequência de 100 a 120 por minuto e retorno completo do tórax, seguidas de abertura de vias aéreas e ventilação. A relação correta é 30 compressões para 2 ventilações, não o inverso (B); e interromper para checar pulso a cada 5 minutos (C) ou ventilar a cada 2-3 segundos sem via aérea avançada (A) estão errados. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Um paciente com 45 anos é levado ao pronto-socorro por amigos após briga coletiva ao final de um jogo de futebol por ter sido vítima de ferimento com arma branca na região axilar direita. Ao exame físico, apresenta palidez cutânea, sudorese fria, cianose, agitação; pressão arterial de 60 x 10 mmHg, frequência cardíaca de 140 bpm, pulso filiforme, maciez à percussão e ausência de murmúrio vesicular em hemitórax direito. É, então, realizada reposição volêmica sem débito urinário. Com base nesses dados, qual é a próxima conduta a ser realizada?

A Toracotomia de emergência devido à instabilidade hemodinâmica. ✓

- B Drenagem de tórax em selo d'água, após estabilização hemodinâmica.
- C Punção torácica para confirmação de diagnóstico e posterior toracotomia.
- D Radiografia de tórax para decisão de conduta e estabilização hemodinâmica. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma branca em axila com choque profundo (PA 60x10 mmHg), macicez e ausência de murmúrio à direita: hemotórax maciço que não responde à reposição volêmica. Instabilidade persistente com sangramento intratorácico ativo indica toracotomia de emergência para controle do foco. Estabilizar antes de agir (B) é impossível diante de choque refratário; punção diagnóstica (C) e radiografia (D) só atrasam o controle da hemorragia. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Em sua segunda consulta de pré-natal, uma paciente com 36 anos, na 8ª semana da gestação, refere fadiga, ganho de peso, queda de cabelos e pele ressecada. Relata que já teve 2 abortamentos e que, atualmente, está na terceira gestação. Traz resultado de exames laboratoriais cujo único achado relevante foi o de TSH de 8,20 mUI/L (valor de referência - VR = 0,4 a 4,5 mUI/L). Em relação à condição clínica descrita, assinale a opção correta.

- A A prescrição de metimazol deverá ser iniciada imediatamente, considerando-se a principal hipótese diagnóstica e etiologia dessa situação clínica.
- B Os níveis elevados de estrógenos da gestação estimulam, em nível hepático, aumento na produção de TBG, o que pode determinar a elevação do TSH.
- C A presença de TSH elevado se correlaciona a perdas fetais, independentemente de a gestante apresentar bócio, sendo mais grave se o resultado do exame de anti-TPO estiver elevado. ✓**
- D A prescrição de levotiroxina somente deverá se iniciar após as 12 semanas de gestação, pois, se administrada antes, a molécula atravessa a barreira placentária e pode inibir o desenvolvimento embriológico da tireoide fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH de 8,20 mUI/L no primeiro trimestre, com fadiga, ganho de peso e pele seca, em gestante com dois abortamentos: hipotireoidismo, em geral por tireoidite de Hashimoto. O TSH elevado associa-se a perdas gestacionais independentemente de bócio, e o risco é maior quando o anti-TPO é positivo. Metimazol (A) trata hipertireoidismo; a TBG elevada aumenta o T4 total, não o TSH (B); e a levotiroxina deve começar de imediato, pois o feto depende do T4 materno (D). Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Um gestor municipal de saúde, ao perceber um significativo aumento de tabagismo entre os adolescentes em seu município no último ano, resolveu adotar estratégias para o combate ao uso do tabaco em sua região.

- A partir dessas informações, assinale a opção que apresenta as estratégias prioritárias a serem adotadas para essa população. A Orientação e prescrição de medicamentos aos pacientes tabagistas, para auxiliar aqueles que ainda não manifestaram o desejo de cessação.
- B Capacitação dos profissionais de saúde acerca do tratamento para cessação do tabagismo visando o atendimento de pacientes com desejo de parar de fumar. ✓**
- C Organização de comitês nos bairros para regulação da venda e do uso de tabaco e promoção de ações em eventos para chamar atenção aos fatores de risco do uso de fumo.
- D Encaminhamento dos fumantes para o nível de maior densidade tecnológica, considerando o difícil controle do tabagismo e a necessidade de melhores estratégias para essa ação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante do aumento do tabagismo, a prioridade do gestor é estruturar a oferta de cuidado na própria rede: capacitar as equipes da atenção primária para a abordagem e o tratamento de quem deseja parar de fumar, como prevê o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Prescrever a quem ainda não quer cessar (A) contraria os estágios de mudança; regular a venda (C) é competência fiscalizatória, não assistencial; e encaminhar todos à alta complexidade (D) inverte a lógica da rede. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Um homem com 50 anos, casado, trabalhador de indústria de reciclagem de baterias, é encaminhado, acompanhado de familiares, a um ambulatório de hematologia para investigação de anemia hipocrômica e microcítica e astenia. Ele fez uso de 180 mg/dia de ferro elementar por 6 meses, sem melhora das alterações do hemograma. Relata que, recentemente, começou a apresentar confusão mental. Os familiares negam história de sangramentos evidentes ou restrições alimentares e afirmam que, na unidade básica de saúde, após realização de uma investigação inicial e dos exames de triagem recomendados para sua faixa etária, não havia sido constatada evidência de quaisquer outras doenças. Diante da situação apresentada, qual exame deve ser solicitado para esse paciente?

A Mielograma.

B Haptoglobina.

C Chumbo sérico. ✓

D Teste de Coombs. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhador de reciclagem de baterias com anemia microcítica refratária a seis meses de ferro elementar e, agora, confusão mental: intoxicação por chumbo (saturnismo), que bloqueia a síntese do heme e causa encefalopatia. O exame que confirma é a dosagem de chumbo sérico (plumbemia). Mielograma (A), haptoglobina (B) e Coombs (D) investigam falência medular e hemólise, que não explicam a exposição ocupacional nem a refratariedade ao ferro. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Um homem com 32 anos dá entrada na unidade de pronto-socorro, vítima de queimadura por fogo. A esposa refere que o acidente aconteceu quando ele tentou acender a churrasqueira com álcool, momento em que o fogo atingiu as mãos e os braços. Ao exame físico, o paciente apresenta queimaduras de segundo grau em cerca de 25% da superfície corporal, incluindo as mãos e os membros superiores.

A caderneta vacinal registra a aplicação de 3 doses da vacina antitetânica, com intervalos mensais, realizada há 3 anos. Diante desse quadro, após a realização de analgesia, reposição volêmica e limpeza das feridas, qual é a conduta correta em relação à profilaxia do tétano? A Administrar a dose de reforço de vacina antitetânica.

B Administrar o soro antitetânico, com dose de reforço de vacina antitetânica.

C Não administrar dose de reforço de vacina antitetânica e indicar o uso de soro antitetânico.

D Não administrar dose de reforço de vacina antitetânica e não indicar o uso de soro antitetânico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Esquema completo com três doses e última aplicação há apenas 3 anos: para qualquer ferimento, inclusive queimadura extensa, não há indicação de reforço — este só entraria se a última dose tivesse mais de 5 anos em ferimento de alto risco — nem de soro antitetânico, reservado a não vacinados, esquema incompleto ou imunodeprimidos com ferimento de risco. Vacinar ou soroterapizar sem necessidade (A, B, C) apenas expõe o paciente a reações. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Um recém-nascido a termo, com idade gestacional de 39 semanas, APGAR 8/9, com peso de nascimento de 3.300 g, é levado por sua mãe, com 7 dias de vida, para primeira consulta a uma unidade básica de saúde. Observam-se lesões papulares, com halo eritematoso de tamanhos variáveis com até 2 cm de diâmetro em face e tronco. A mãe relata que essas lesões surgiram por volta do 3º dia de vida. O bebê segue ativo, sugando bem o seio materno e com peso atual superior ao peso de nascimento. Com base nas informações desse quadro clínico, o diagnóstico para as lesões apresentadas é

A miliária rubra.

B eritema tóxico. ✓

C melanose pustulosa.

D candidíase neonatal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões papulares com halo eritematoso surgidas no 3º dia de vida, em recém-nascido a termo, ativo, sugando bem e já acima do peso de nascimento: eritema tóxico neonatal, benigno e autolimitado, que regride em uma a duas semanas sem tratamento. Miliária rubra (A) aparece em áreas de oclusão e calor; melanose pustulosa (C) já está presente ao nascer e deixa mácula hiperocrômica; candidíase (D) faz placas eritematosas com lesões satélites. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Uma gestante com 12 semanas de gestação comparece ao centro de saúde para mostrar os exames realizados e apresenta sorologia para toxoplasmose com IGM positiva e IGG negativa. Nesse momento, a conduta adequada é

A iniciar espiramicina e solicitar teste de avidéz para toxoplasmose e, se a avidéz for alta, considerar infecção recente.

B iniciar espiramicina e solicitar teste de avidéz para toxoplasmose e, se a avidéz for baixa, considerar infecção recente.

C iniciar espiramicina e solicitar nova sorologia (IGG e IGM) em três semanas e, se IGG positivar, considerar infecção recente. ✓

D não iniciar tratamento e solicitar nova sorologia (IGG e IGM) em seis a oito semanas e, se IGG positivar, iniciar espiramicina.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM reagente com IgG negativa sugere infecção muito recente, ainda sem soroconversão da IgG — e o teste de avidéz não pode ser usado, pois só se aplica quando a IgG é positiva, o que já elimina A e B. A conduta é iniciar espiramicina imediatamente, para reduzir a transmissão vertical, e repetir a sorologia em cerca de 3 semanas: se a IgG positivar, confirma-se infecção aguda. Aguardar sem tratar (D) expõe o feto durante toda a janela. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Um homem com 47 anos vai à unidade básica de saúde relatando caso de hematêmese e de melena. Ele nega constipação, mas relata episódios de dor abdominal esporádica, com empachamento. O paciente é natural e procedente do interior da Bahia e exerce a profissão de marceneiro. Durante a consulta, relata que toma banho em rios onde habitam caramujos. Ao exame físico, nota-se que o paciente está em regular estado geral, hipocorado (2+/4+) e icterico (1+/4+). Considerando a suspeita diagnóstica e a provável fase da doença em que o paciente se encontra, devem ser solicitados, inicialmente, quais exames complementares?

A Endoscopia digestiva alta; reação intradérmica; e pesquisa de ovos do parasita nas fezes.

B Ultrassonografia abdominal; endoscopia digestiva alta; e pesquisa de ovos do parasita nas fezes. ✓

C Ressonância magnética abdominal; biópsia retal; e sorologia por reação de imunofluorescência indireta (IFI).

D Radiografia de tórax; sorologia por ensaio imunoenzimático (Elisa); e PCR no sangue para a detecção do DNA do parasita. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem do interior da Bahia com contato com coleções de água habitadas por caramujos, hematêmese e melena, hipocorado e icterico: esquistossomose na forma hepatoesplênica, com hipertensão portal e varizes esofágicas. A investigação inicial é ultrassonografia abdominal (fibrose periportal de Symmers), endoscopia digestiva alta (varizes) e parasitológico de fezes. Ressonância com biópsia retal (C) e Elisa/PCR (D) não são exames de primeira linha nesse cenário. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Um homem com 18 anos, residente em área urbana da região Sudeste, sujeita a inundação, chega ao pronto-socorro, durante período de chuvas, queixando-se de febre, mal-estar, mialgia e desconforto abdominal há 1 semana. Refere também que, há 4 dias, sentiu piora da mialgia e surgimento de colúria. Ao exame físico, apresenta-se: em estado geral regular, hidratado, hipocorado (++)/4+, icterico (+++)/4+ e com sufusão hemorrágica conjuntival moderada, com temperatura axilar de 38 °C, frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial de 110 X 70 mmHg. Verificam-se, ainda, dor à palpação dos músculos dos membros inferiores; abdome flácido, doloroso à palpação no hipocôndrio direito e presença de hepatomegalia. Os resultados dos exames laboratoriais registram: EXAME VALOR VALOR DE REFERÊNCIA (VR) Hemograma hematócrito 28% 39,2% a 49,0% hemoglobina 10 g/dL 13,3 a 16,5 d/dL plaquetas 20.000/mm³ 151.000 a 304.000/mm³ bilirrubina total 13 mg/dL 0,2 a 1,2 mg/dL bilirrubina indireta 10 mg/dL ≤ 0,5 mg/dL creatinina 2,9 mg/dL 0,7 a 1,3 mg/dL ureia 70 mg/dL 10 a 45 mg/dL sódio 137 mEq/L 135 a 145 mEq/L potássio 2,0 mEq/L 3,5 a 5,1 mEq/L TGO 90 UI/L 5 a 40 UI/L TGP 80 UI/L 7 a 56 UI/L CPK 1.800 UI/L 30 a 200 UI/L Urina leucócitos mais de 30 por campo < 5 hemácias mais de 100 por campo < 5 urobilinogênio presente ausente cilindros granulosos presentes ausente Diante do quadro clínico e laboratorial descrito, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

A Dengue.

B Malária.

C Hepatite A.

D Leptospirose. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, mialgia intensa de panturrilhas, sufusão conjuntival, icterícia intensa (bilirrubina total de 13 mg/dL), insuficiência renal com hipocalemia, plaquetopenia e CPK muito elevada, após exposição a enchente: forma grave da leptospirose (síndrome de Weil). Dengue (A) não cursa com icterícia dessa magnitude nem CPK tão alta; malária (B) exigiria área endêmica e hemólise; hepatite A (C) não causa insuficiência renal com hipocalemia nem sufusão conjuntival. Resposta D.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Uma criança com 7 anos, pesando 25 kg, foi atropelada por motociclista ao atravessar a rua. Ao ser atendida por equipe de suporte avançado do serviço de emergência pré-hospitalar, relatou dor abdominal, sendo evidenciadas escoriações no abdome, dorso e membros inferiores, e ela apresentava sinais clínicos de choque. Foi iniciada reanimação volêmica por via periférica ainda durante o transporte para o hospital mais próximo. Com base na história clínica e nos dados do exame físico, a conduta correta para essa criança, a nível hospitalar, deve ser

A dissecção venosa na fossa antecubital para infusão de solução glicofisiológica.

B punção percutânea de veia subclávia e infusão endovenosa de solução glicofisiológica.

C punção percutânea de acessos venosos periféricos e infusão de solução isotônica aquecida. ✓

D punção percutânea de veia jugular para infusão endovenosa de solução isotônica aquecida. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança politraumatizada em choque hipovolêmico: a prioridade é a punção percutânea de acessos venosos periféricos calibrosos e a infusão de cristalóide isotônico aquecido (soro fisiológico ou Ringer lactato), 20 mL/kg. Solução glicofisiológica (A, B) não é expansor volêmico e ainda provoca hiperglicemia. Dissecção venosa e punção de subclávia ou jugular são mais demoradas e arriscadas na criança; se o acesso periférico falhar, a via seguinte é a intraóssea. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Um bebê de 2 meses é levado por sua mãe ao pronto atendimento do hospital de referência da região. Ela apresenta queixa de que seu filho não está movendo as pernas e de que chora muito durante as trocas de fralda. A mãe nega que ele tenha sofrido traumas, violência ou que tenha tido febre. O lactente nasceu com 36 semanas, em parto domiciliar sem intercorrências. A gestação transcorreu sem acompanhamento pré-natal. Também não foi realizado teste do pezinho (triagem neonatal). Ao exame físico, nota-se: lactente choroso, hipocorado, icterico, sem lesões cutâneas. Ao exame ocular, constata-se reflexo vermelho translúcido e simétrico. Os exames dos aparelhos respiratório e cardiovascular apresentam-se sem alterações. Seu abdome está globoso, com fígado palpável a 3,5 cm do rebordo costal direito. Com relação ao desenvolvimento neuropsicomotor, nota-se que o paciente observa o rosto do médico durante o exame, eleva a cabeça em prono, não abre as mãos, não sorri quando estimulado e reage ao som, mas não os emite.

A seguir, pode-se observar o resultado da radiografia dos membros inferiores, realizada após esse atendimento inicial. Considerando-se o caso clínico e a propedêutica disponível, quais são, respectivamente, o provável diagnóstico e a conduta médica mais adequada nessa situação? A Hepatite neonatal; solicitar ultrassonografia de abdome total.

B Sífilis congênita; solicitar sorologia e iniciar penicilina cristalina. ✓

C Síndrome do bebê sacudido; proceder à notificação de violência.

D Hipotireoidismo com atraso de desenvolvimento; pedir exames de TSH e T4.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses que não movimentava as pernas e chorava às trocas, filho de mãe sem pré-natal, com icterícia, hepatomegalia e alterações ósseas na radiografia: pseudoparalisia de Parrot, por osteocondrite metafisária da sífilis congênita. A conduta é sorologia (VDRL) e penicilina cristalina endovenosa. Bebê sacudido (C) cursaria com lesões intracranianas e fraturas de padrão diverso; hepatite neonatal (A) e hipotireoidismo (D) não causam dor óssea. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Uma mulher com 60 anos, cuja menopausa ocorreu há 8 anos, G2P2, procura a unidade de saúde queixando-se de ter apresentado três episódios de sangramento transvaginal de pequena quantidade nos últimos 2 meses. O exame citopatológico do colo uterino realizado há 6 meses apresentou células escamosas e glandulares e foi negativo para neoplasias.

A história patológica pregressa da paciente incluía apenas dislipidemia. O resultado do exame de ecografia transvaginal evidenciou endométrio irregular com 8 mm de espessura. O IMC era de 32 e o exame do abdome e pelve normal. Para condução desse caso, o médico deve A solicitar histeroscopia diagnóstica. ✓

B iniciar terapia hormonal combinada.

C iniciar ácido tranexâmico oral e controle citológico.

D indicar histerectomia total com anexectomia bilateral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento após 8 anos de menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, ainda mais com obesidade (fonte periférica de estrogênio) e endométrio irregular de 8 mm — o corte de normalidade sem terapia hormonal é de 4 a 5 mm. O padrão-ouro é a histeroscopia com biópsia dirigida. Terapia hormonal (B) e ácido tranexâmico (C) mascaram o quadro; histerectomia (D) sem diagnóstico histológico é conduta desproporcional. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Uma gestante com 27 anos, G2PC1A0, com idade gestacional de 12 semanas, vai à consulta de pré-natal na unidade básica de saúde para mostrar os resultados dos exames de 1º trimestre, os quais podem ser vistos a seguir. Anti-HIV: não reagente; HBsAg: não reagente; anti-HCV: não reagente; teste treponêmico para sífilis: reagente com VDRL 1/32; toxoplasmose: IgG positivo e IgM negativo; glicemia de jejum: 76 mg/dL; tipagem sanguínea: A-; Hb = 10,5 mg/dL; Urocultura negativa.

A paciente relatou para o médico que ainda não havia realizado a ultrassonografia de primeiro trimestre e que não possui sorologias prévias. Seu exame físico apresentou-se sem alterações. Diante dessas informações, assinale a opção que apresenta a conduta médica adequada para o caso dessa gestante. A Prescrever penicilina benzatina 2,4 milhões UI a cada 7 dias, por 3 semanas, e solicitar VDRL de controle mensalmente; iniciar sulfato ferroso com 4 comprimidos por dia e repetir hemograma em 60 dias; solicitar coombs indireto mensalmente e, se negativo, realizar imunoglobulina anti-D no pós-parto, se recém-nascido Rh+. ✓

B Prescrever penicilina benzatina 2,4 milhões UI, dose única, e solicitar VDRL de controle trimestralmente; iniciar sulfato ferroso com 4 comprimidos por dia e repetir hemograma no 3º trimestre; solicitar coombs indireto no 2º e 3º trimestres e, se negativo, realizar imunoglobulina anti-D até 72 horas após o parto, se recém-nascido Rh-.

C Prescrever penicilina benzatina 2,4 milhões UI a cada 7 dias, por 3 semanas, e solicitar VDRL de controle trimestralmente; iniciar sulfato ferroso com 1 comprimido por dia profilático; solicitar teste de avidéz para toxoplasmose IgG; solicitar coombs indireto no 3º trimestre para realizar imunoglobulina anti-D com 28 semanas de gestação.

D Prescrever penicilina benzatina 2,4 milhões UI a cada 7 dias, por 2 semanas, e solicitar VDRL de controle mensalmente; iniciar sulfato ferroso com 1 comprimido por dia profilático com 20 semanas de gestação; solicitar teste de tolerância à glicose; solicitar coombs indireto mensalmente e, se positivo, realizar imunoglobulina anti-D com 28 semanas de gestação. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Teste treponêmico reagente com VDRL 1/32, sem tratamento prévio e sem data de infecção: sífilis latente de duração ignorada, tratada como tardia — penicilina benzatina 2,4 milhões UI por semana, três doses — com VDRL mensal na gestação. Hemoglobina de 10,5 g/dL indica anemia, exigindo dose terapêutica de ferro e novo hemograma. Sendo A negativo, o Coombs indireto é mensal e a imunoglobulina anti-D é feita no pós-parto se o recém-nascido for Rh positivo. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Uma mulher com 28 anos é atendida na unidade básica de saúde pela quarta vez nos últimos 6 meses. Há 4 anos, apresenta dores abdominais do tipo cólica, especialmente em flancos, mesogástrio e hipogástrio, com períodos de constipação e episódios de fezes amolecidas, sem muco ou sangue. Ela relata que as dores melhoram com a evacuação e com a eliminação de flatos. Nega perda ou ganho de peso nesse período. Refere também estar ansiosa e que a ansiedade piorou devido à dúvida se tinha ou não alguma doença grave, como câncer. Conta que é faxineira e mãe de 4 filhos e que tem medo de adoecer e não poder sustentá-los. Acrescenta que já fez diversas investigações, inclusive pesquisa de sangue oculto nas fezes, protoparasitológico das fezes, hemograma, anticorpo antitransglutaminase, TSH, ultrassonografia de abdome e teste de tolerância à lactose, todos com resultados negativos, e que já fez vários tratamentos com albendazol (400 mg/dia até por 5 dias) e/ou secnidazol (2 g/dose única). Ao exame físico, apresenta-se normal. Nesse caso, a hipótese diagnóstica para a paciente é de

- A doença celíaca.
- B câncer colorretal.
- C retocolite ulcerativa.

D síndrome do intestino irritável. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Quatro anos de dor abdominal em cólica que melhora com a evacuação e a eliminação de flatos, alternância entre constipação e fezes amolecidas, sem sangue, sem perda de peso e com investigação ampla negativa: preenche os critérios de Roma para síndrome do intestino irritável, com ansiedade como comorbidade frequente. Doença celíaca (A) foi afastada pelo antitransglutaminase; retocolite (C) cursa com muco e sangue; câncer colorretal (B) não evolui 4 anos sem sinais de alarme. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Um paciente com 63 anos, trabalhador rural, tabagista há 43 anos-maço, apresenta lesão peniana há 3 meses. Refere presença crônica de secreção esbranquiçada no sulco balanoprepucial, e ter notado, há 3 meses, aparecimento de "ferida" que não cicatrizou, apesar do uso de pomada de neomicina. Ao exame físico, verificam-se: secreção esbranquiçada de odor fétido no sulco balanoprepucial, em pequena quantidade; lesão ulcerada de 0,8 cm de diâmetro, na glândula, de bordos regulares e levemente elevados com fundo esbranquiçado. Nesse caso, diante da hipótese diagnóstica mais provável, qual é a conduta adequada?

A Solicitar biópsia incisional da lesão. ✓

- B Prescrever ciprofloxacina 500 mg, via oral, 12/12h, por 3 dias.
- C Indicar higiene local e banhos com permanganato de potássio.
- D Prescrever penicilina benzatina 1.200.000 UI IM em cada glúteo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera de glândula com mais de 3 meses, bordos elevados, refratária a pomada, em homem tabagista com secreção crônica no sulco balanoprepucial: o cenário é carcinoma epidermoide de pênis. Nenhuma lesão peniana crônica que não cicatriza pode ser tratada empiricamente — a conduta é biópsia incisional para diagnóstico histológico. Cancro sífilítico é indolor e cicatriza sozinho, o que torna a penicilina (D) inadequada; ciprofloxacino (B) e higiene (C) apenas atrasam o diagnóstico. Resposta A.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Um homem com 70 anos é trazido pela filha a uma consulta com um médico de família e comunidade, queixando-se de tosse produtiva há 6 dias, associada à febre de 38 °C há 3 dias, com melhora após uso de dipirona. Relata dispnéia aos esforços e dor em hemitórax direito quando tosse. Nega calafrios, inapetência ou outros sintomas associados. Tem histórico de hipertensão arterial e está em uso de losartana 50 mg de 12 em 12 horas. Além disso, tem diabetes mellitus e está em uso de metformina 850 mg de 12 em 12 horas. Nega outras comorbidades bem como tabagismo e etilismo, uso recente de antibióticos, alergia a medicamentos e internações prévias. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, hidratado e corado, consciente e orientado, com frequência cardíaca de 83 bpm, pressão arterial de 110 x 80 mmHg, frequência respiratória de 20 irpm e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. À ausculta cardíaca, nota-se ritmo regular em 2 tempos, sem sopros e, à ausculta respiratória, murmúrio vesicular presente bilateralmente, com presença de estertores crepitantes em base direita. Com base nessas informações, qual é a conduta médica a ser adotada nesse caso?

A Iniciar uso de azitromicina 500 mg/dia, via oral, por 7 dias, em regime ambulatorial.

B Internar o paciente para tratamento com ceftriaxona 1 g de 12 em 12 horas, via intravenosa, por 7 a 10 dias.

C Internar o paciente para tratamento com ampicilina + sulbactam 1,5/3,0 g, via intravenosa, de 8 em 8 horas, por 7 a 10 dias.

D Iniciar uso de azitromicina 500 mg/dia e de amoxicilina + ácido clavulânico 875/125 mg de 12 em 12 horas, via oral, por 7 dias, em regime ambulatorial. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia adquirida na comunidade em idoso com diabetes e hipertensão, mas sem critério de gravidade (consciente, FR 20, PA normal, saturação 96%): CURB-65 baixo, portanto tratamento ambulatorial. Havendo comorbidades, o esquema é betalactâmico com inibidor de betalactamase associado a macrolídeo, cobrindo pneumococo e atípicos. Azitromicina isolada (A) não cobre bem o pneumococo, e internar (B, C) não se justifica sem critério de gravidade. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Um homem com 37 anos, em situação de rua de longa data, com condições precárias de higiene pessoal, história de uso abusivo de álcool e de crack, procura atendimento em unidade de pronto atendimento devido a quadro de febre baixa intermitente não aferida, tosse produtiva com escarro esverdeado com rajas de sangue e odor fétido, fraqueza geral e emagrecimento. Ele refere que o quadro tem cerca de 3 semanas de evolução. Realizados os exames, o teste rápido molecular apresenta-se com resultado não detectável para micobactéria e o resultado da radiografia simples do tórax está reproduzida na imagem a seguir. O paciente é, então, encaminhado para internação hospitalar, sendo iniciado esquema antimicrobiano com Ceftriaxona e Metronidazol por via endovenosa. Após 20 dias de tratamento, o paciente mantém episódios de febre baixa intermitente, mas com menor intensidade, e refere persistirem os sintomas inicialmente descritos, exceto pela redução da hemoptise. Realizada nova radiografia simples de tórax, constata-se que a imagem mostra manutenção das alterações iniciais.

A conduta recomendada nesse caso é A trocar o esquema de tratamento para antibiótico com cobertura para bactéria multirresistente.

B iniciar tratamento empírico para tuberculose pulmonar, considerando-se a alta probabilidade clínica e epidemiológica.

C manter o uso de antibiótico e indicar abordagem cirúrgica com remoção da lesão e do segmento pulmonar acometido. ✓

D manter o esquema de antibiótico e acompanhar a evolução clínica, considerando-se uma resposta lenta e favorável. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso pulmonar em paciente com fatores de aspiração: após 20 dias de antibiótico adequado, mantém febre, sintomas e a mesma imagem radiológica — é falha do tratamento clínico, e nessa situação indica-se abordagem cirúrgica com ressecção do segmento acometido. O teste molecular negativo torna injustificado o tratamento empírico para tuberculose (B); simplesmente aguardar (D) ou escalonar para multirresistente (A) não resolvem o problema, que é a cavidade que não drena. Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Uma mulher com 22 anos procurou serviço hospitalar há 6 horas, com dor periumbilical, em cólica, de forte intensidade. Nesse período de tempo, apresentou um episódio de vômito e manteve anorexia e náusea. Ao exame físico, encontra-se em regular estado geral, com temperatura axilar de 38 °C e dor intensa à descompressão manual brusca em fossa ilíaca direita. No resultado do hemograma, são evidenciados: 14.000 leucócitos/mm³ (valor de referência - VR: 4.000 a 10.000 leucócitos/mm³), bastões 3% (VR: 0 a 5%), segmentados 61% (VR: 40 a 60%). Tomografia computadorizada de abdome mostra apêndice aumentado de volume e densificação da gordura periapendicular. Com base nos dados relatados, assinale a opção que apresenta conduta cirúrgica e uso de antibióticos adequados

A videolaparoscopia exploratória; antibioticoprofilaxia com metronidazol.

B apendicectomia aberta; antibioticoterapia com cefazolina e gentamicina.

C laparotomia exploratória; antibioticoterapia por sete dias com ciprofloxacina e metronidazol.

D apendicectomia laparoscópica; antibioticoterapia pré-operatória com cefazolina e metronidazol. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor migratória, anorexia, febre, descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita, leucocitose e tomografia com apêndice espessado e densificação da gordura periapendicular: apendicite aguda não complicada. O tratamento é apendicectomia, preferencialmente videolaparoscópica, com antibioticoprofilaxia pré-operatória (cefazolina e metronidazol), sem manutenção pós-operatória. Antibioticoterapia por 7 dias (C) só se aplica à forma complicada, com perfuração ou abscesso. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Um menino com 12 meses é levado por sua mãe à unidade de pronto atendimento com quadro de febre alta há 6 dias, a qual está associada a irritabilidade e exantema difuso maculopapular eritematoso. Sua mãe nega que haja outros sinais ou sintomas. O exame físico evidenciou edemas endurecidos em mãos e pés, conjuntivite bilateral não exsudativa, adenomegalia cervical, hiperemia de orofaringe e hipertrofia de papilas linguais (ou seja, língua “em framboesa”).

A partir dessas informações, é correto afirmar que o achado associado à principal hipótese diagnóstica desse caso é A orquiepididimite.

B trombocitopenia.

C faringite exsudativa.

D aneurisma das artérias coronárias. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre por mais de 5 dias com exantema polimorfo, conjuntivite bilateral não exsudativa, língua em framboesa, edema endurecido de mãos e pés e adenomegalia cervical: doença de Kawasaki. A complicação temida, que justifica o ecocardiograma e a imunoglobulina precoce, é o aneurisma de artérias coronárias. Faringite exsudativa (C) é critério de exclusão; não há trombocitopenia (B) — na 2ª semana ocorre trombocitose; orquiepididimite (A) sugere poliarterite nodosa. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Uma gestante com 29 anos, primigesta, havia realizado um exame de urocultura durante o pré-natal, cujo resultado apresentou 1.000 UFC/mL de *Streptococcus agalactiae*. Ainda durante o pré-natal, não se realizou o rastreio para colonização pelo estreptococo beta hemolítico do grupo B (EGB) por meio de cultura do conteúdo vaginal e retal. A paciente chega ao pronto-socorro obstétrico em trabalho de parto, com 38 semanas de gestação, bolsa íntegra. Nesse caso, em relação à profilaxia intraparto de sepse neonatal por EGB, deve-se

A realizar teste rápido para EGB na gestante e, se positivo, prescrever a profilaxia antibiótica.

B adotar conduta expectante, pois não há indicação de profilaxia de sepse neonatal por EGB.

C prescrever penicilina G por via endovenosa para a gestante, pois há evidência de colonização pelo EGB. ✓

D prescrever ampicilina por via endovenosa para a gestante, se houver ruptura das membranas ovulares durante o trabalho de parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriúria por *Streptococcus agalactiae* em qualquer contagem durante a gestação já caracteriza colonização maciça pelo estreptococo do grupo B e dispensa a cultura de rastreio: a profilaxia intraparto está indicada. A droga de escolha é a penicilina G cristalina endovenosa, iniciada no trabalho de parto e mantida até o nascimento. Não há teste rápido de rotina (A), a profilaxia independe da ruptura de membranas (D), e a conduta expectante (B) expõe o recém-nascido à sepse precoce. Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Um médico de família e comunidade é chamado para verificar, juntamente com sua equipe de saúde da família, um óbito domiciliar de um homem com 78 anos. O paciente fazia acompanhamento por hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e síndrome metabólica de difícil controle. Um familiar refere que o paciente acordou cedo, sentiu forte dor precordial, irradiando para o braço esquerdo, ficou pálido e sudoreico e caiu no chão. No domicílio, o médico e sua equipe realizam procedimentos para confirmação do óbito buscando a existência de rigidez cadavérica, realizando avaliação da temperatura corporal e identificando a presença ou não de possível achado de causa externa — possibilidade que é excluída. Após examinar o corpo, inicia-se a fase preenchimento da declaração de óbito (DO). Na seção de condições e causas do óbito constante na DO, há alguns itens a serem preenchidos, quais sejam, causa básica do óbito, causa imediata do óbito e causa contributiva. Com base nessa situação, assinale a alternativa que apresenta o preenchimento correto a ser feito na declaração com relação à causa de óbito desse paciente.

A Causa básica: síndrome metabólica. ✓

B Causa contributiva: diabetes mellitus.

C Causa básica: infarto agudo do miocárdio.

D Causa imediata: doença arterial aterosclerótica. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Na declaração de óbito, causa básica é a doença que iniciou a cadeia de eventos que levou à morte, e causa imediata é o evento terminal. Aqui a cadeia começa na síndrome metabólica de difícil controle (hipertensão, diabetes e dislipidemia), que produziu a doença aterosclerótica e culminou no infarto. Por isso o IAM não é causa básica (C) e a aterosclerose não é causa imediata (D); e o diabetes integra a cadeia causal, não é apenas condição contributiva (B). Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Um paciente com 68 anos, aposentado da fábrica de tintas, comparece à consulta de rotina com histórico de disúria, acompanhada de hematúria há 3 meses, além de antecedente pessoal de tabagismo desde os 20 anos de idade e 2 episódios de cistite tratados no último semestre. Ao exame físico, verificam-se: bom estado geral, abdome flácido, indolor; ausência de linfadenomegalias inguinais; e, ao toque retal: próstata sem nódulos, grau II, indolor. Diante desse caso, a hipótese diagnóstica mais provável e o(s) exame(s) diagnóstico(s) a ser(em) solicitado(s) são, respectivamente,

A nefrolitíase; ressonância magnética com contraste.

B tumor de bexiga; cistoscopia ambulatorial com biópsia. ✓

C adenocarcinoma prostático; ultrassonografia transretal.

D cistite hemorrágica; ultrassonografia e urografia excretora. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematúria com disúria em homem de 68 anos, tabagista de longa data e com exposição ocupacional a tintas (aminas aromáticas), além de 'cistites' de repetição: hematúria de risco é câncer de bexiga até prova em contrário. O diagnóstico se faz com cistoscopia e biópsia da lesão. Próstata sem nódulos e sem sintomas obstrutivos afasta o adenocarcinoma prostático (C); nefrolitíase (A) daria cólica; cistite hemorrágica (D) não explica 3 meses de sintomas nesse perfil. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Um paciente com Trissomia do 21 (T21) é atendido na unidade básica de saúde para realizar puericultura no 7.o mês de vida. Sua genitora apresenta alguns exames que são registrados no prontuário: ecocardiograma realizado ao nascimento sem qualquer alteração; e hemograma e dosagem dos hormônios tireoidianos solicitados na consulta do 6.o mês, que apresentam valores dentro das referências para a idade. Ao exame físico, observa-se, além das características fenotípicas do paciente, apenas hipotonia global e instabilidade do quadril. Nesse caso, de acordo com o que as diretrizes de acompanhamento ao paciente com T21 recomendam, qual é a conduta médica adequada?

A Repetir o ecocardiograma e realizar consulta com um cardiologista pediátrico.

B Fazer ultrassonografia do quadril e orientar acompanhamento com ortopedista pediátrico. ✓

C Realizar ultrassonografia da tireoide e fazer acompanhamento com endocrinologista pediátrico.

D Coletar hemograma mensalmente e realizar acompanhamento com um hematologista pediátrico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na trissomia do 21, a hipotonia global e a frouxidão ligamentar predis põem à displasia e à instabilidade do quadril; havendo instabilidade ao exame, indica-se ultrassonografia do quadril e acompanhamento com ortopedista pediátrico. O ecocardiograma neonatal normal não precisa ser repetido de rotina (A); e tireoide e hemograma, normais há um mês, seguem o calendário periódico de rastreio, sem necessidade de ultrassonografia tireoidiana (C) ou coleta mensal (D). Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Uma paciente com 70 anos, menopausa ocorrida aos 52 anos, queixa-se de sangramento vaginal de pequena quantidade e intermitente, com 3 meses de evolução. Não tem história prévia de doença neoplásica pré-invasiva e teve dois citopatológicos negativos consecutivos dos 59 até os 64 anos. O exame especular realizado na última consulta não demonstrou lesões aparentes. Está acompanhada pela filha, que afirma estar muito ansiosa, porque leu casos parecidos relatados na internet e acha que a mãe pode estar com "câncer de útero". A paciente é tabagista (1 maço/dia), há 40 anos, e apresenta história mórbida pregressa de hipertensão arterial sistêmica, em tratamento, e de intolerância glicêmica, em tratamento, via oral. Conta que pratica pilates 3 vezes por semana e que tem independência financeira e social, apresentando-se calma durante a consulta. Ao exame físico, encontra-se lúcida, orientada, contactuante e atenta. Seu IMC é de 30 kg/m². Os exames laboratoriais não apresentam particularidades. Informa que gostaria de decidir sobre sua saúde por conta própria. Considerando esse caso, o médico generalista da atenção primária deve

A comunicar o quadro clínico à filha da paciente, que deverá se encarregar de explicá-lo à mãe, porque é idosa, e orientar que não serão necessários exames adicionais.

B respeitar o direito à autonomia, privacidade e sigilo médico da paciente idosa, já que ela demonstra ser capaz de autogerir-se, e solicitar ultrassonografia transvaginal. ✓

C explicar que é obrigatória a presença de um responsável pela paciente, por ser idosa, para a continuidade do tratamento, e solicitar CA 125 e ultrassonografia transvaginal.

D explicar que a família deve ser comunicada do ocorrido com a paciente e que, devido à idade, o tratamento é expectante, orientando que não serão necessários exames adicionais. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa lúcida, orientada e capaz de se autogerir tem plena autonomia: as informações e as decisões são dela, e o sigilo se mantém mesmo diante da filha ansiosa. Sangramento pós-menopausa exige investigação, iniciada pela ultrassonografia transvaginal para medir o eco endometrial. Exigir acompanhante (C) ou repassar o diagnóstico à família (A, D) fere o Estatuto do Idoso e o Código de Ética Médica, e conduta expectante 'pela idade' é etarismo. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Um médico de família e comunidade, que atua em uma equipe de saúde da família fluvial focada em populações ribeirinhas, é convidado para atender uma população indígena de um distrito sanitário especial indígena (DSEI). Com relação a essas populações e ao território em que habitam, assinale a opção correta.

- A A delimitação dos DSEIs considera a distribuição demográfica tradicional, que pode não coincidir com os limites de estados; já o território das equipes de saúde da família ribeirinhas respeita esses limites. ✓**
- B As demarcações de áreas indígenas garantem a proteção contra conflitos e situações de vulnerabilidade, apesar de a distribuição de terras representar um problema a ser enfrentado pelas populações ribeirinhas.
- C A desnutrição infantil tem uma alta incidência nas populações indígenas, o que não ocorre frequentemente na população ribeirinha, dada a diversidade de alimentos disponíveis às margens dos percursos fluviais.
- D O principal recurso de atenção à saúde da população indígena ainda é o sistema tradicional de saúde; já na população ribeirinha, as práticas tradicionais e os cuidadores locais foram abandonados e substituídos por medicina alopática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os distritos sanitários especiais indígenas são delimitados por critérios etnoculturais e pela distribuição territorial dos povos, podendo cruzar limites de municípios e estados; já as equipes de saúde da família ribeirinhas seguem a divisão político-administrativa. Demarcar terras não elimina conflitos e vulnerabilidades (B); desnutrição infantil também é frequente entre ribeirinhos (C); e as práticas tradicionais seguem vivas nas duas populações (D). Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Durante uma visita domiciliar, o médico de família nota que a filha de 16 anos do casal visitado aparentava ser muito menor do que o vestido que usava. O casal concorda com a observação e afirma que a filha come pouco. A adolescente relata que não apresenta qualquer problema de saúde e que apenas procura se cuidar fazendo musculação e corrida diariamente, além de seguir as dietas que estuda nas redes sociais. A mãe refere que, seguindo a dieta atual, a filha havia perdido 7 kg em 1 mês. A adolescente nega vomitar após as refeições ou quaisquer problemas, exceto o fato de não menstruar há 4 meses, negando também ser sexualmente ativa. Ao exame físico, verificam-se altura de 1,7 metros e peso de 45 kg. Observa-se ainda que o exame físico da adolescente não apresenta alterações, exceto aspecto emagrecido e palidez cutaneomucosa. Para esse caso clínico, o diagnóstico e o tratamento a serem considerados inicialmente são, respectivamente,

- A bulimia nervosa; bupropiona.
- B hipertireoidismo; propiltiuracil.
- C anorexia nervosa; psicoterapia. ✓**
- D transtorno de purgação; metoclopramida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com perda de 7 kg em 1 mês, IMC de 15,6 kg/m², amenorreia secundária há 4 meses, exercício excessivo, dietas restritivas e negação do problema: anorexia nervosa, tipo restritivo. O tratamento de base é psicoterapia, dentro de abordagem multiprofissional com reabilitação nutricional. Bulimia (A) e transtorno de purgação (D) exigem comportamentos compensatórios, negados aqui; hipertireoidismo (B) cursaria com taquicardia, tremor e apetite aumentado. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Um paciente com 61 anos, com queixa de dor em região proximal de coxa esquerda há 3 dias, relata limitação à deambulação devido à dor. Apresenta antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, ambos controlados; tendo realizado cirurgia para correção de fratura exposta de porção proximal do fêmur esquerdo há 8 anos, sem saber especificar o diagnóstico e nem o que foi feito. Ao exame, apresenta-se em regular estado geral, hidratado, eupneico, acianótico, com temperatura de 38,2 °C, frequência cardíaca de 92 bpm, pressão arterial de 144 x 86 mmHg, com edema, hiperemia e dor à percussão de porção proximal de coxa esquerda. Considerando-se o caso descrito, quais são, respectivamente, o exame de imagem e a hipótese diagnóstica nesse momento?

A Ressonância magnética de pelve e membro inferior; osteomielite. ✓

B Radiografia simples de articulação coxofemoral; artrite séptica.

C Ultrassonografia com punção articular; tuberculose de quadril.

D Cintilografia óssea da articulação coxofemoral; osteoartrose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor, edema, hiperemia e febre em coxa proximal, oito anos após cirurgia por fratura exposta de fêmur: o cenário é osteomielite crônica reagudizada, favorecida pelo material de síntese e pelo diabetes. A ressonância magnética é o exame de escolha, por mostrar edema medular ósseo e coleções semanas antes de qualquer alteração na radiografia simples (B). Artrite séptica doeria à mobilização articular; tuberculose de quadril (C) e osteoartrose (D) não fazem quadro agudo febril. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Uma menina de 4 anos é levada ao pronto-socorro de um hospital público pelo SAMU, com relato de quadro de náusea, vômitos e dor abdominal de evolução rápida nas últimas 6 horas. Sua mãe conta que a filha teve perda de peso significativa na última semana. Ao exame físico, a paciente apresenta-se sonolenta, desidratada, com hálito cetônico, taquicárdica e taquipneica, com glicemia capilar de 300 mg/dL (valor de referência - VR: 60 a 99 mg/dL), gasometria com pH 7,19 (VR: 7,35 a 7,45) e HCO₃ 15 mEq/L (VR: 22 a 28 mEq/L). Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que a criança possui níveis reduzidos de

A insulina e potássio total. ✓

B cortisol e potássio total.

C insulina e sódio.

D glucagon e sódio. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética: hiperglicemia, acidose e hálito cetônico decorrem da deficiência de insulina, que libera a lipólise e a cetogênese. O potássio corporal total está reduzido pela diurese osmótica e pelo hiperaldosteronismo secundário, ainda que o potássio sérico esteja normal ou alto — por isso ele despenca assim que se inicia a insulina e precisa ser repostado. Cortisol e glucagon estão elevados (contrarreguladores) e o sódio sérico cai apenas por diluição. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Uma paciente com 54 anos, G2 P1 C1, com ligadura tubárea bilateral, comparece à consulta ambulatorial com queixa de fogachos, sudorese noturna, insônia, queda da libido, secura vaginal, fadiga e falta de concentração. Sem outras queixas em seu histórico, verifica-se registro de: menarca aos 13 anos; menopausa aos 50 anos; e de tabagismo (consumo de 10 cigarros/dia) desde os 20 anos, além de história patológica pregressa de hipertensão arterial crônica, em uso de losartana 50mg/dia, com bom controle; e história patológica familiar de osteoporose e diabetes mellitus (mãe), hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio aos 60 anos de idade (pai).

A paciente apresenta resultados de exames realizados há 6 meses: mamografia digital bilateral: BIRADS 1; Ultrassonografia transvaginal: útero de 40 cm³, endométrio homogêneo e de 3 mm de espessura, ovários atróficos; exames laboratoriais: sem alterações. Ao exame físico, observa-se: índice de massa corpórea: 26,4 kg/m²; pressão arterial: 110 x 70 mmHg; hipotrofia em vagina e colo. Considerando-se o caso clínico descrito, qual é a conduta adequada? A Contraindicar terapia hormonal sistêmica e indicar estriol via vaginal.

B Sugerir terapia hormonal sistêmica com estradiol oral e noretindrona.

C Contraindicar terapia hormonal sistêmica, orientando mudanças no estilo de vida.

D Sugerir terapia hormonal sistêmica com estradiol transdérmico e progesterona micronizada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas vasomotores intensos aos 54 anos, com menopausa há 4 anos: a paciente está na janela de oportunidade (menos de 10 anos de menopausa e menos de 60 anos), sem contraindicação absoluta. Como é tabagista e hipertensa, o estrogênio deve ser transdérmico, que evita a primeira passagem hepática e o risco trombótico, associado a progesterona micronizada por ela ter útero. Estradiol oral (B) é pior nesse perfil, e negar a terapia (A, C) priva a paciente de tratamento indicado. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Um novo exame que detecta o DNA do *Mycobacterium leprae* em pacientes com suspeita de hanseníase está sendo testado. Ele demonstra capacidade de detectar 80% de pacientes com a doença e fornece resultado falso-positivo em 20% das pessoas sem a doença. Um médico de família e comunidade está utilizando esse exame em uma comunidade vulnerável na qual a prevalência de hanseníase é de 10%. Nesse caso, qual é a probabilidade de um resultado positivo ser de um indivíduo realmente doente?

A 31%. ✓

B 97%.

C 69%.

D 80%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Teorema de Bayes com prevalência de 10%: em 1.000 pessoas, 100 têm a doença e o teste detecta 80 (verdadeiros positivos); das 900 sadias, 20% dão falso-positivo, ou seja, 180. O valor preditivo positivo é 80 dividido por 260, cerca de 31%. Os 80% (D) são a sensibilidade, não o VPP. A pérola: em prevalência baixa, mesmo um teste sensível gera muito mais falsos positivos do que doentes verdadeiros. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Um homem com 40 anos, apresentando queixa de perda constante de interesse e de prazer nas atividades das quais costumava gostar, relata: “não tenho vontade sequer de sair de casa”. Afirma que isso vem se mantendo nos últimos 2 meses, de forma constante e diária, mas que piorou no último mês. Conta que seus amigos e familiares também perceberam e vêm cobrando dele uma mudança de atitude. Além disso, diz que tem se sentido mais ansioso e inquieto e que apresentou 2 “crises” súbitas, há um mês, de duração de alguns minutos, em que sentiu medo intenso, taquicardia, sufocação, tontura, sudorese e sensação de que algo ruim iria acontecer e de que iria morrer. Não relaciona as crises a fatores desencadeantes ou a situações pelas quais esteja passando. Relata que, quando teve as crises, foi a um pronto-socorro, onde foram descartadas causas orgânicas para o quadro. Refere também que apresentou perda de peso considerável no último mês, mas não sabe de quanto, tendo percebido apenas por suas roupas. Diz ainda que está sem fome e que tem tido muito sono todos os dias e se sente sempre cansado, está sem concentração e tem dificuldade de pensar. Nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas, negando também doenças conhecidas. Ao exame físico, o paciente apresenta-se sem alterações, assim como não mostram alterações os exames recentes de hemograma, TSH, T4 livre que ele traz. Ao exame psíquico, apresenta-se colaborativo, atenção preservada, com memória e orientação sem alterações; humor deprimido e ansioso; pensamento de forma, curso e conteúdo sem alterações, assim como juízo e crítica. Não se verificam alterações senso perceptivas, observando-se discreta agitação psicomotora. Considerando-se a situação descrita, qual é diagnóstico para o caso desse paciente?

- A Transtorno de pânico com agorafobia.
- B Transtorno bipolar em fase depressiva.
- C Transtorno de ansiedade generalizada.

D Transtorno depressivo com ataques de pânico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois meses de anedonia diária, com hipersonia, fadiga, perda de peso, dificuldade de concentração e humor deprimido: episódio depressivo. Os dois episódios súbitos de medo intenso com taquicardia, sufocação e sensação de morte iminente são ataques de pânico, mas sem esquiva agorafóbica nem preocupação persistente com novas crises não configuram transtorno de pânico (A). Não há mania ou hipomania prévias (B), e a ansiedade generalizada (C) exige preocupação excessiva por 6 meses. Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Um paciente com 63 anos, tabagista, com consumo de um maço de cigarros ao dia há 30 anos, com histórico de bronquite crônica, comparece à consulta com uma tomografia computadorizada de tórax (TC) solicitada devido a trauma torácico prévio. Ao exame físico, está em bom estado geral, assintomático. A TC revela um nódulo pulmonar solitário, regular de 1,5 cm e calcificado. Qual é a conduta adequada para esse paciente?

- A Ressecção nodular cirúrgica em cunha.
- B Broncoscopia endoscópica com biópsia.

C Acompanhamento em nível ambulatorial. ✓

D Biópsia cirúrgica ou aspiração por agulha fina. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo pulmonar solitário de 1,5 cm, contornos regulares e completamente calcificado: a calcificação difusa é o marcador mais confiável de benignidade, em geral granuloma cicatricial. A conduta é acompanhamento ambulatorial com tomografia seriada, sem intervenção. Biópsia, punção ou ressecção (A, B, D) ficam reservadas a nódulos espiculados, com crescimento documentado, sem padrão de calcificação benigna ou com captação em PET-CT. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Um bebê com 24 dias de vida é levado ao pronto atendimento devido a dificuldades respiratórias. Não houve intercorrências durante a gestação e o parto, o nascimento foi a termo, e o bebê pesou 3 quilogramas. A mãe relata uma história de obstrução nasal, coriza clara e recusa às mamadas há 2 dias. Acrescenta que, nas últimas horas, a respiração do bebê ficou mais rápida e surgiu um chiado no peito. Ao exame físico, o paciente encontra-se em bom estado geral, corado, com frequência respiratória de 50 irpm, com leve tiragem intercostal e sibilos discretos difusos bilateralmente e com saturação de O₂ de 91% em ar ambiente. Na radiografia de tórax, evidenciam-se uma hiperinsuflação pulmonar e retificação das cúpulas diafragmáticas e de arcos costais. Considerando-se a principal hipótese diagnóstica e as condições clínicas do bebê atendido, qual é o tratamento indicado para esse caso?

A Hidratação, antibioticoterapia e corticoide.

B Hidratação, oxigenioterapia e higiene nasal. ✓

C Broncodilatador, corticoide e anti-histamínico.

D Oxigenioterapia, antibioticoterapia e broncodilatador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 24 dias com pródromo de coriza, evoluindo com taquipneia, tiragem, sibilos difusos e radiografia com hiperinsuflação e retificação de cúpulas: bronquiolite viral aguda, quase sempre pelo vírus sincicial respiratório. O tratamento é de suporte — hidratação, oxigenoterapia (saturação de 91%) e higiene nasal. Broncodilatador, corticoide e anti-histamínico (A, C) não têm benefício comprovado, e antibiótico (D) só entra se houver infecção bacteriana associada. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Uma mulher com 30 anos procura o médico na unidade básica de saúde e, em consulta, relata que, há 9 meses, parou de usar o anticoncepcional oral combinado e que não voltou a menstruar até o momento. Refere também uso desse método contraceptivo por 10 anos e aumento de pelos no corpo. O exame ginecológico, apresenta-se normal. No exame físico, verificam-se: índice de massa corporal de 27 kg/m²; pressão arterial de 110 x 72 mmHg; cintura abdominal de 80 cm; acne e hirsutismo moderado. Os exames complementares apresentam os seguintes resultados: Beta-hCG negativo; TSH = 2,5 mUI/L (valor de referência - VR: 0,3 a 4,0 UI/L); prolactina = 18 ng/mL (VR: < 31 ng/mL); FSH = 6 mUI/mL (VR: 2 a 30 mUI/mL). Diante do quadro clínico da paciente, o diagnóstico é de amenorreia secundária por

A falência ovariana prematura.

B hipogonadismo hipogonadotrófico.

C uso prolongado do anticoncepcional.

D anovulação crônica hiperandrogênica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia há 9 meses após suspender o anticoncepcional, com hirsutismo, acne e sobrepeso, beta-hCG negativo e TSH, prolactina e FSH normais: anovulação crônica hiperandrogênica (síndrome dos ovários policísticos). FSH normal afasta falência ovariana prematura (A), que cursaria com FSH elevado, e também não sustenta hipogonadismo hipogonadotrófico (B), que não explicaria o hirsutismo. Atribuir tudo ao uso prolongado da pílula (C) é mito e apenas atrasa o diagnóstico. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Em um distrito sanitário especial indígena, um médico atende a uma criança com 4 anos, com 23 kg, que apresenta taquipneia, tosse, letargia, choro sem lágrimas e febre de 39,2 °C. Como tratamento, o paciente tem utilizado emplastos de ervas no peito. Diante desse quadro, após a avaliação do paciente, o médico precisa, por meio de intérprete, solicitar à mãe que

A conceda autorização para internar a criança mantendo os emplastos utilizados. ✓

B retire os emplastos e inicie medicamento parenteral em regime de internação para a melhora do desconforto da criança.

C realize o tratamento em domicílio com ervas tradicionais de seu povo e que retorne em 7 dias.

D inicie uso de antibiótico em domicílio, com visitas da equipe médica, e que mantenha o uso do emplastro.

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem pneumonia grave (taquipneia, letargia e desidratação) e precisa de internação, mas o cuidado em território indígena exige respeito às práticas tradicionais: a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas prevê articulação entre os dois sistemas. Os emplastos não são nocivos e podem ser mantidos, desde que não impeçam o tratamento. Exigir a retirada (B) rompe o vínculo, e tratar em casa só com ervas (C) ou por via oral (D) é insuficiente para a gravidade. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Um homem com 26 anos é levado por amigos para o pronto-socorro devido a palpitações, tonturas e mal-estar. Relata que a sintomatologia iniciou abruptamente há 2 horas. Os amigos contam que estavam com ele em uma festa e confirmam consumo de bebida alcoólica, mas negam consumo de drogas ilícitas. O paciente nega episódios prévios ou comorbidades. Ao exame físico, apresenta-se com pulso irregular, com frequência cardíaca em torno de 123 bpm. A pressão arterial é de 118 x 68 mmHg e, à ausculta cardíaca, não apresenta sopros, mas verifica-se ritmo irregular, não se constatando outras alterações nesse exame. O eletrocardiograma mostra linha de base serrilhada, presença de onda F, intervalo RR irregular e frequência de 125 bpm. Nesse contexto, a abordagem desse paciente deve incluir

A uso de betabloqueador. ✓

B desfibrilação ventricular.

C massagem de seio carotídeo.

D administração de lidocaína endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Palpitação súbita após libação alcoólica, pulso irregular e eletrocardiograma com linha de base serrilhada, ondas F e intervalo RR irregular: flutter atrial com condução variável, o espectro da 'holiday heart'. Com o paciente estável, a prioridade é o controle da frequência com betabloqueador. Desfibrilação (B) é para ritmos de parada; a massagem do seio carotídeo (C) apenas desmascara o flutter, sem tratá-lo; e lidocaína (D) é para arritmias ventriculares. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Uma mulher com 57 anos, obesa, multípara, é encaminhada ao pronto atendimento com queixa de dor contínua em quadrante abdominal superior direito iniciada há 2 dias. Refere história de intolerância a alimentos gordurosos nos últimos 5 anos. Ao exame físico, apresenta-se eupneica, com desidratação leve, frequência cardíaca de 102 bpm, pressão arterial de 130 X 70 mmHg, e afebril. Observou-se icterícia na esclera. Ao exame apresentou dor à palpação profunda no quadrante superior direito, com sinal de Murphy ausente. Exames laboratoriais: hemograma normal, níveis séricos de bilirrubina total de 2,5 mg/dL (VR: 0,3 a 1 mg/dL), com bilirrubina direta de 2 mg/dL (VR: 0,1 a 0,3 mg/dL) e aumento da fosfatase alcalina. Qual exame do abdome tem maior acurácia para auxiliar nesse diagnóstico?

A Ultrassonografia.

B Radiografia simples.

C Ressonância magnética. ✓

D Tomografia computadorizada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocôndrio direito com icterícia, predomínio de bilirrubina direta e fosfatase alcalina elevada, com Murphy negativo: o quadro é de obstrução biliar por coledocolitíase. A colangiorressonância é o exame não invasivo de maior acurácia para a via biliar, superando a ultrassonografia (A), que é o rastreio inicial mas perde cálculos no colédoco distal. Radiografia (B) não mostra cálculos de colesterol e a tomografia (D) tem baixa sensibilidade para litíase biliar. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Os pais de um recém-nascido comparecem extremamente nervosos à primeira consulta de puericultura. O menino é o primeiro filho do casal, tem 27 dias de vida e está sendo alimentado exclusivamente com leite materno. Os pais trazem o teste de triagem neonatal de seu bebê com resultado de presença de traço falciforme. Informam que o parto foi cesáreo por opção, pois a mãe iniciou o pré-natal tardiamente. Além disso, relatam que houve internação de 2 dias para realização de fototerapia no neném devido à icterícia. Ao exame físico, a criança apresenta-se eutrófica. Considerando-se essas informações, qual é a conduta inicial adequada para esse caso?

A Solicitar eletroforese de hemoglobina.

B Solicitar o teste de falcização e de solubilidade.

C Refazer o teste de triagem neonatal imediatamente.

D Tranquilizar os pais, uma vez que se trata de heterozigose. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Traço falciforme (heterozigose HbAS) não é doença: o portador é assintomático, tem hemograma normal, não faz crises vaso-oclusivas e tem expectativa de vida normal. A conduta inicial é acolher e tranquilizar os pais, seguindo a puericultura de rotina e oferecendo aconselhamento genético ao casal. A própria triagem neonatal já identifica o perfil de hemoglobinas, o que torna desnecessário repeti-la (C) ou pedir novo exame de imediato (A); e falcização e solubilidade (B) não distinguem AS de SS. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Uma secundigesta com parto vaginal anterior e sem comorbidades chega à maternidade em trabalho de parto. Dez minutos após a meia-noite, avaliado o processo de trabalho de parto, constata-se evolução normal. Realizado exame físico na paciente, verifica-se uma apresentação em plano positivo (+2), colo 100% esvaecido, com 8 centímetros de dilatação, bolsa rota. À ausculta de batimentos cardíacos fetais, o médico assistente nota uma queda nos batimentos e, por isso, opta por realizar uma cardiotocografia, cujo resultado é mostrado a seguir. Diante do traçado cardiotocográfico, assinale a opção correta.

A A linha de base está entre 100 e 150 bpm, a variabilidade é aumentada, as desacelerações são do tipo precoce, portanto, a conduta deve ser reanimação intrauterina.

B A linha de base está entre 110 e 160 bpm, a variabilidade é moderada, as desacelerações são do tipo tardio, portanto, a conduta deve ser mudança de decúbito materno e hidratação endovenosa.

C A linha de base está entre 110 e 160 bpm, a variabilidade é moderada, as desacelerações são do tipo precoce, portanto, a conduta deve ser seguimento do acompanhamento do trabalho de parto e do parto. ✓

D A linha de base está entre 100 e 150 bpm, a variabilidade é aumentada, as desacelerações são do tipo variável com características desfavoráveis, portanto, a conduta deve ser administração de oxigênio e estímulo sonoro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Linha de base entre 110 e 160 bpm com variabilidade moderada (6 a 25 bpm) já indica boa oxigenação central. As desacelerações precoces — espelho da contração, por compressão do polo cefálico — são fisiológicas na fase ativa, com dilatação de 8 cm e apresentação em +2. Traçado categoria I: seguir acompanhando o trabalho de parto. Desacelerações tardias (B) teriam nadir após o pico da contração e exigiriam reanimação intrauterina; não há variabilidade aumentada (A, D). Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Uma mulher com 37 anos é levada pelos familiares a uma unidade de pronto atendimento devido a rebaixamento do nível de consciência. Os familiares informam que ela já vinha se queixando de cefaleia frequente há alguns dias, além de dificuldades visuais e, mais recentemente, apresentou episódios de vômitos. Relatam que, de manhã, antes da consulta, ela havia se mostrado gradativamente sonolenta e pouco responsiva. Contam que a paciente faz tratamento irregular para HIV/Aids, não sabendo informar a data da última consulta de acompanhamento da doença. Ao exame físico, ela não apresenta déficits focais; verificando-se pressão arterial de 160 x 100 mmHg, frequência cardíaca de 48 bpm, frequência respiratória de 10 irpm, de padrão irregular. Constata-se, ainda, que a paciente apresenta edema de papila bilateralmente; escala de Coma de Glasgow de 12. Considerando-se o caso descrito, a conduta inicial adequada é solicitar

A punção lombar.

B eletroencefalograma.

C tomografia computadorizada de crânio. ✓

D contagem de CD4 e carga viral para HIV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia progressiva, vômitos, papiledema e rebaixamento de consciência, com hipertensão, bradicardia e respiração irregular (triade de Cushing), em paciente com HIV mal controlado: hipertensão intracraniana por lesão expansiva, como neurotoxoplasmose. A tomografia de crânio vem primeiro. Puncionar o líquido (A) com papiledema e efeito de massa pode causar herniação — erro clássico de prova; eletroencefalograma (B) e CD4/carga viral (D) não mudam a conduta imediata. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Um paciente com 67 anos, 72 kg, há 1 ano foi nefrectomizado à direita por via laparoscópica. Há 4 meses, observou abaulamento suprapúbico, à direita, com cerca de 8 cm x 5 cm, que piora à manobra de Valsalva. Será submetido à cirurgia eletiva. Apresenta antecedente pessoal de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, controlados com uso de medicação. Creatinina sérica de 0,7 mg/dL (VR: 0,7 a 1,3 mg/dL). Considerando-se o quadro descrito, qual deve ser a antibioticoprofilaxia adequada para esse paciente?

A 2g de cefazolina (ev) 60 minutos antes da cirurgia; 1g de cefazolina (ev), de 4/4h intraoperatória, após a dose de indução; descontinuar após fechar a pele. ✓

B 1g de cefazolina (ev) e 1g de metronidazol (ev) 60 minutos antes da cirurgia; não indicar doses adicionais durante o procedimento nem no pós-operatório.

C 1g de cefazolina (ev) 60 minutos antes da cirurgia; 1g de cefazolina (ev), de 4/4h intraoperatória, após a dose de indução; manter por 72h após fechar a pele.

D 2g de cefazolina (ev) e 1g de metronidazol (ev) imediatamente antes da incisão; repetir as doses (ev), de 4/4h, até fechar a pele; descontinuar no pós-operatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

A correção de hérnia incisional de parede abdominal é cirurgia limpa: a profilaxia é feita com cefazolina, sem necessidade de cobertura anaeróbia, o que já derruba as opções com metronidazol. Usa-se 2 g na indução, até 60 minutos antes da incisão, com redose a cada 4 horas enquanto durar o procedimento, suspendendo ao fechar a pele. Manter antibiótico por 72 horas (C) não reduz infecção e apenas seleciona resistência. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Uma lactente de 18 meses é levada a uma consulta em unidade básica de saúde por sua mãe, que faz queixa de lesões muito pruriginosas na pele da criança, as quais têm comprometido até o sono da criança. A mãe nega quadro similar na família. Em história pregressa, verifica-se registro de 2 episódios de bronquiolite aguda sem internação hospitalar. Com relação à história familiar, sabe-se que a mãe tem rinite alérgica e que o pai é asmático. Ao exame clínico da paciente, é observada lesão eczematosa em região malar da face, exceto no maciço central. No pescoço, há pápulas eritematosas e crostas. Em fossa cubital, é observada lesão liquenificada. Com base nas informações apresentadas nesse quadro clínico, assinale a opção que apresenta o diagnóstico adequado para o caso.

A Dermatite atópica. ✓

B Tinea corporis.

C Escabiose.

D Psoríase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com prurido intenso que atrapalha o sono, eczema em região malar poupando o maciço central, liquenificação em fossa cubital e história pessoal e familiar de atopia (bronquiolites de repetição, mãe com rinite, pai asmático): dermatite atópica, cujo diagnóstico é clínico. Escabiose (C) acometeria outros da casa; tinea corporis (B) faz placa anular de borda ativa; psoríase (D) forma placas eritematodescamativas em superfícies extensoras. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Uma mulher com 25 anos, primigesta, na 39ª semana de gestação, encontra-se na segunda fase do trabalho de parto (colo totalmente dilatado, cabeça fletida, encaixada no plano +2 de De Lee, posição occipto-púbica, proporção cefalopélvica adequada), em bloco obstétrico de uma maternidade do Sistema Único de Saúde, atendida por equipe experiente. A gestante, segundo relatou, havia planejado parto normal em seu pré-natal, mas após uma hora de trabalho de parto, entra em exaustão, e as contrações uterinas vão diminuindo em frequência, mesmo depois de medidas encorajadoras de esforço. Realiza-se anestesia neuroaxial, é administrada ocitocina, sendo realizada amniotomia, que revelou líquido meconial. A cardiotocografia apresenta resultado normal, razão pela qual a equipe médica decide aguardar a progressão do parto, porém, com 2 horas e meia de trabalho de parto, nova cardiotocografia aponta bradicardia, e as contrações não se revelam eficientes para a conclusão do período expulsivo.

A partir do caso clínico descrito, qual deve ser a melhor conduta? A Indicar a realização imediata de parto cesáreo de urgência.

B Realizar parto vaginal assistido, com utilização de fórceps de Simpson. ✓

C Administrar nova dose de ocitocina, para estimulação da contração uterina.

D Aguardar até se completarem três horas de evolução, por se tratar de primípara.

COMENTÁRIO OSCELABS

Segundo período prolongado em primigesta com analgesia, agora com bradicardia fetal e contrações ineficazes, mas com feto cefálico fletido, insinuado em +2 de De Lee, occipitopúbico, dilatação total e proporção cefalopélvica adequada: estão preenchidos todos os pré-requisitos para o parto vaginal assistido com fórceps. Cesariana (A) com polo cefálico em +2 é tecnicamente mais difícil e mais mórbida; mais ocitocina (C) ou apenas aguardar (D) prolongam o sofrimento fetal. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Os inquéritos populacionais de saúde têm sido cada vez mais utilizados não apenas para avaliar a eficácia dos serviços de saúde na perspectiva dos usuários, mas também como uma fonte de informações sobre morbidade referida e sobre estilo de vida saudável. A Pesquisa Nacional de Saúde foi um inquérito de saúde de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013 e em 2019. Essa pesquisa realizada pelo IBGE se caracteriza como um estudo do tipo

A coorte.

B transversal. ✓

C experimental.

D caso-controle. 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

A Pesquisa Nacional de Saúde coleta dados de morbidade referida e estilo de vida em amostra domiciliar, num único momento no tempo, sem seguimento e sem intervenção do pesquisador: é um estudo transversal (de prevalência). Coorte (A) exige acompanhamento ao longo do tempo; caso-controle (D) parte do desfecho e olha para trás em busca da exposição; experimental (C) pressupõe intervenção alocada pelo investigador. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Um médico do Programa de Saúde da Família realiza avaliação de um homem com 47 anos que apresenta queixa de alergia medicamentosa. O paciente refere prurido, iniciado 2 dias depois que passou a tomar naproxeno para dor no ombro direito, receitado por esse mesmo médico que o avalia. O profissional, ao exame físico, constata que o paciente se apresenta bem, corado, orientado, com sinais vitais normais. A ausculta pulmonar é normal. O médico também observa múltiplas lesões papuloeritematosas disseminadas pelo corpo do paciente. Quais são, respectivamente, o diagnóstico e a conduta mais adequados para esse caso?

A Doença do soro; manter uso de naproxeno e administrar hidrocortisona IV.

B Anafilaxia; colocar o paciente em posição supina e administrar adrenalina IM.

C Farmacodermia; suspender uso de naproxeno e administrar anti-histamínico VO. ✓

D Dermatite atópica; suspender uso de naproxeno e administrar anti-histamínico IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões papuloeritematosas disseminadas dois dias após o início do naproxeno, sem acometimento de mucosas, sem sintomas sistêmicos e com ausculta normal: exantema medicamentoso (farmacodermia) leve. A conduta é suspender o fármaco e prescrever anti-histamínico oral. Anafilaxia (B) exigiria comprometimento respiratório ou hemodinâmico; doença do soro (A) surge após 1 a 3 semanas e jamais se mantém o agente causal; dermatite atópica (D) é crônica e não começa por droga. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Um paciente com 57 anos, queixa-se, em consulta, de dor abdominal difusa intermitente, há 3 meses, que piora com ingestão de alimentos, associada a emagrecimento de 9 quilogramas nesse período, além de diarreia com gotículas de gordura nas fezes. É tabagista e etilista há 30 anos. Ao exame físico, apresenta dor abdominal difusa que piora à palpação profunda em região mesogástrica, sem outras particularidades. EXAMES LABORATORIAIS EXAME VALOR VALOR DE REFERÊNCIA (VR) hemoglobina 10,5 g/dL 13 a 17 g/dL hematócrito 35% 40% a 50% leucócitos 8.000 mm³ 4.000 a 10.000 mm³ glicemia jejum 155 mg/dL <100 mg/dL AST 39 U/L <38 U/L ALT 33 U/L <41 U/L bilirrubina total 1,1 mg/dL 0,2 mg/dL a 1,20 mg/dL amilase 130 U/L 25 a 125 U/L lipase 83 U/L <60 U/L ureia 42 mg/dL <45 mg/dL creatinina 1,3 mg/dL 0,6 a 1,2 mg/dL cálcio sérico 10,4 mg/dL 8,6 a 10 mg/dL Com base no quadro acima, quais são, respectivamente, o diagnóstico e a conduta para o paciente?

A Pancreatite aguda; hidratação, analgesia e jejum.

B Pancreatite crônica; analgesia e orientação dietética. ✓

C Hepatite alcoólica; corticosteroides e orientação dietética.

D Cirrose hepática; biópsia hepática e tratamento do etilismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal que piora após comer, emagrecimento de 9 kg, esteatorreia e hiperglicemia de início recente em etilista de 30 anos, com amilase e lipase apenas discretamente alteradas: pancreatite crônica, já com insuficiência exócrina e endócrina. O manejo inicial é analgesia, abstinência alcoólica e orientação dietética, com reposição de enzimas pancreáticas. Pancreatite aguda (A) elevaria as enzimas ao triplo do normal; hepatite alcoólica (C) e cirrose (D) não explicam a esteatorreia. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Um menino com 7 anos é admitido na unidade de terapia intensiva de um hospital de alta complexidade devido a uma dor abdominal intensa, com vômitos e enterorragia. No relatório de transferência, consta que o paciente apresentou amigdalite bacteriana, com exsudato, há cerca de 10 dias, a qual foi tratada com amoxicilina. A criança desenvolveu artralgia em joelhos e, 2 dias após o surgimento das dores, notou-se púrpura palpável que não desaparece à digitopressão e que se estende dos membros inferiores até a região glútea. No hemograma, observa-se anemia, leucocitose moderada, plaquetas com dosagem dentro da normalidade e ausência de eosinofilia. Observam-se, também, VHS e PCR discretamente elevados e funções hepáticas e renais dentro das referências para a idade. Considerando-se essas informações, é correto afirmar que o quadro clínico desse paciente é compatível com o diagnóstico de

- A poliarterite nodosa.
- B arterite de Takayasu.
- C doença de Kawasaki.

D vasculite por imunoglobulina A. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Púrpura palpável em membros inferiores e nádegas, artralgia, dor abdominal com enterorragia e plaquetas normais, dias após infecção de vias aéreas: vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein), a vasculite mais comum da infância. As plaquetas normais são a chave — a púrpura é vascular, não plaquetária. Kawasaki (C) exige febre prolongada e conjuntivite; poliarterite nodosa (A) e arterite de Takayasu (B) acometem vasos de médio e grande calibre. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Uma puérpera, 14 dias pós-parto vaginal, que vem amamentando exclusivamente seu bebê, procura uma unidade básica de saúde referindo dor em mama direita. Ao exame, evidenciam-se pressão arterial de 120 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm, temperatura axilar de 37,8 °C, mamas túrgidas e com fissuras nos mamilos, hiperemia, calor e dor na junção dos quadrantes inferiores da mama direita, sem sinais de flutuação. Para o caso dessa paciente, a hipótese diagnóstica e o tratamento adequado são, respectivamente,

A galactocele; massagem mamária e manutenção da amamentação.

B mastite; analgesia, manutenção da amamentação e antibioticoterapia via oral. ✓

C abscesso mamário; antibioticoterapia intravenosa e drenagem da mama direita com sedação.

D ingurgitamento mamário; aplicação de compressas frias, interrupção da amamentação e manutenção das mamas bem suspensas. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor localizada em um quadrante da mama, com hiperemia, calor e febre, no puerpério e com fissuras mamilares: mastite, quase sempre por *Staphylococcus aureus*, tendo a fissura como porta de entrada. O tratamento é analgesia, esvaziamento da mama com manutenção da amamentação (segura e essencial) e antibioticoterapia oral. Sem flutuação não há abscesso (C); ingurgitamento (D) é bilateral, sem hiperemia localizada, e nunca se suspende a amamentação. Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Ao realizar uma visita domiciliar, a médica da unidade básica de saúde avalia uma família de 6 pessoas, sendo a configuração familiar formada por pai, mãe, avó paterna, duas crianças — uma de 9 meses e outra de 4 anos — e uma adolescente de 15 anos. Durante a consulta, a médica solicita as cadernetas de vacina das crianças e da adolescente, a fim de conferir se estão em dia de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação. Nesse caso, em relação às vacinas contra a meningite meningocócica, a médica deve observar se as crianças de 9 meses e de 4 anos e se a adolescente de 15 anos possuem, respectivamente,

A uma dose da vacina meningocócica C conjugada; uma dose e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; e uma dose da vacina meningocócica ACWY conjugada.

B duas doses da vacina meningocócica C conjugada; duas doses e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; e uma dose da vacina meningocócica ACWY conjugada. ✓

C duas doses e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; três doses e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; e duas doses da vacina meningocócica ACWY conjugada.

D uma dose e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; duas doses e um reforço da vacina meningocócica C conjugada; e uma dose e um reforço da vacina meningocócica ACWY conjugada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo calendário nacional, a meningocócica C conjugada é aplicada aos 3 e aos 5 meses, com reforço aos 12 meses. Logo, a criança de 9 meses deve ter duas doses (o reforço ainda não venceu); a de 4 anos, duas doses mais o reforço; e o adolescente recebe dose única da meningocócica ACWY conjugada. As demais opções erram o número de doses ou inventam um reforço de ACWY que não existe na adolescência. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Uma paciente com 26 anos comparece à unidade de saúde da família para consulta com relato de dispneia aos esforços, que vem se intensificando nos últimos 3 ou 4 meses. O médico a examina e observa um desdobramento fixo da segunda bulha audível em foco pulmonar. O exame físico revela frequência cardíaca em ritmo regular de 80 bpm, sem outros achados. Nesse caso, quais são, respectivamente, o diagnóstico mais provável e o risco potencial relacionado com esse diagnóstico?

A Estenose pulmonar; embolia pulmonar.

B Estenose de valva mitral; embolia sistêmica.

C Defeito de septo interatrial; embolia sistêmica. ✓

D Prolapso de valva mitral; embolia pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desdobramento fixo da segunda bulha é o sinal semiológico clássico da comunicação interatrial: o shunt esquerda-direita mantém constante o enchimento do ventrículo direito, atrasando o fechamento pulmonar em todas as fases da respiração. O risco potencial é a embolia paradoxal — trombo venoso que cruza o septo e vira embolia sistêmica. Estenose mitral (B) faz estalido de abertura e ruflar diastólico; prolapso (D), clique mesossistólico. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Um pintor com 40 anos foi exposto acidentalmente à cal de pintura em ambos os olhos. Após lavagem dos olhos com água corrente, o trabalhador relata dor, sensação de “areia” nos olhos e visão embaçada. Qual é a conduta imediata adequada para esse paciente?

A Aplicação de colírio lubrificante e repouso domiciliar.

B Avaliação por médico oftalmologista em pronto-socorro. ✓

C Oclusão prolongada de ambos os olhos com gaze úmida.

D Avaliação e acompanhamento pelo médico na unidade básica de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura ocular por cal é lesão por álcali, que penetra progressivamente na córnea por necrose de liquefação e pode levar à cegueira — é a emergência oftalmológica de maior urgência. Após irrigação copiosa e prolongada, o paciente deve ser avaliado por oftalmologista em pronto-socorro. Colírio lubrificante com repouso (A), oclusão (C) ou acompanhamento na UBS (D) retardam o exame e a remoção de partículas retidas nos fórnices. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Um homem com 36 anos, em situação de rua, procura a unidade básica de saúde com queixas de tosse persistente, perda de peso, sudorese noturna e febre intermitente há cerca de 2 semanas. Diante desse caso, qual deve ser a conduta médica adotada?

A Solicitar exame bacteriológico de escarro, juntamente com cultura e com teste de sensibilidade antimicrobiana, testagem para HIV, para hepatites virais e para sífilis. ✓

B Solicitar radiografia de tórax e, em caso de alteração, prescrever medicamento (rifampicina / isoniazida / pirazinamida / etambutol) via tratamento diretamente observado.

C Solicitar exame bacteriológico de escarro e, em caso positivo, encaminhar o paciente para serviço de referência em pneumologia para tratamento de tuberculose multirresistente.

D Solicitar exame bacteriológico de escarro, testagem para HIV, para hepatites virais e para sífilis e, caso seja confirmada a presença de tuberculose, instituir tratamento diretamente observado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A população em situação de rua é prioritária no controle da tuberculose. Diante de tosse por mais de 2 semanas, perda de peso, sudorese noturna e febre, faz-se o exame bacteriológico de escarro com cultura e teste de sensibilidade — obrigatórios nesses grupos vulneráveis, pelo maior risco de resistência — somados à testagem para HIV, hepatites virais e sífilis. Radiografia isolada (B) não confirma diagnóstico, e não se presume multirresistência sem TSA (C). Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Um homem com 50 anos comparece a um serviço de emergência apresentando níveis pressóricos elevados e desorientação. Ao ser atendido pelo médico de plantão, encontra-se sentado, ansioso, dizendo que "não sente nada" e que quer ir embora. Não consegue relatar a própria idade nem o mês vigente. Ao exame físico, registram-se frequência cardíaca de 106 bpm, pressão arterial de 190 x 130 mmHg, sendo normais os demais aspectos do exame. O médico, então, realiza o exame de fundo de olho. Considerando o caso descrito, assinale a opção que apresenta, respectivamente, o diagnóstico mais provável e o achado no fundo de olho compatível com esse diagnóstico.

A Hipertensão Maligna; coriorretinite.

B Encefalopatia Hipertensiva; papiledema. ✓

C Ataque Isquêmico Transitório; fibras nervosas meduladas.

D Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico; pulso venoso espontâneo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Elevação pressórica grave com desorientação aguda e sem déficit focal é encefalopatia hipertensiva — lesão aguda de órgão-alvo, portanto emergência hipertensiva. O achado de fundo de olho correspondente é o papiledema (retinopatia grau IV de Keith-Wagener). Coriorretinite (A) é inflamatória ou infecciosa; fibras nervosas meduladas (C) são variante anatômica benigna; e o pulso venoso espontâneo (D) indica justamente pressão intracraniana normal. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Uma mulher de 25 anos procura o pronto atendimento, devido a um episódio de sangramento retal vivo, que cedeu espontaneamente. Refere cansaço aos esforços, indisposição, episódios frequentes de dor abdominal, diarreia e perda de peso, no último ano. A diarreia vem acompanhada de eliminação de muco, com urgência e tenesmo. Nega episódios anteriores de sangramento retal. Perguntada sobre a história familiar, referiu que seu pai faleceu aos 55 anos devido a câncer no intestino, mas não sabia de mais detalhes, pois era criança na época. De acordo com a história clínica da paciente, qual o diagnóstico mais provável?

A Tumor colorretal.

B Doença de Crohn.

C Retocolite ulcerativa. ✓

D Doença hemorroidária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia com muco, sangue e tenesmo, com urgência evacuatória e perda de peso ao longo de um ano, em mulher jovem: o padrão retal (tenesmo e urgência) é a marca da retocolite ulcerativa, que começa no reto e ascende de forma contínua. Doença de Crohn (B) costuma poupar o reto, é segmentar e cursa com doença perianal e fístulas; tumor colorretal (A) aos 25 anos é improvável; doença hemorroidária (D) não causa diarreia crônica nem emagrecimento. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Um lactente com 5 meses é levado à emergência por seus pais com quadro de rinorreia hialina, tosse leve e febre baixa (37,9 °C) de início há 24 horas. Eles relatam que, há algumas horas, o bebê passou a apresentar rouquidão, tosse persistente e ruídos inspiratórios mesmo em repouso. Ao exame físico, constata-se que a criança está agitada, com desconforto respiratório, com tiragem intercostal discreta e com estridor inspiratório. Sua frequência cardíaca é de 110 bpm, sua frequência respiratória é de 42 irpm e sua saturação de O₂ é de 96% em ar ambiente. Durante a ausculta, nota-se boa entrada de ar bilateralmente. A expansibilidade torácica está preservada. Observa-se, entretanto, cianose quando a criança fica muito agitada. Diante dessas informações, a conduta médica adequada é prescrever

A corticoide oral e nebulização com agonistas beta-2 e realizar internação hospitalar do paciente.

B corticoide parenteral e nebulização com adrenalina e realizar internação hospitalar do paciente. ✓

C corticoide parenteral, realizar intubação orotraqueal no paciente e proceder à internação hospitalar.

D corticoide inalatório, dar alta ao paciente e orientar seu retorno caso não melhore em 48 horas ou piore.

ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Pródromo catarral seguido de rouquidão, tosse ladrante e estridor inspiratório em repouso, com cianose ao esforço: laringotraqueíte viral (crupe) grave. O tratamento é corticoide sistêmico (dexametasona) associado à nebulização com adrenalina, mantendo a criança internada em observação pelo risco de efeito rebote. Beta-2 (A) não age na obstrução alta; intubação (C) só se houver falência respiratória; corticoide inalatório com alta (D) é insuficiente para estridor em repouso. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Uma mulher com 26 anos obteve o diagnóstico citológico de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) no exame de Papanicolaou. Consta-se que a paciente tomou apenas uma dose da vacina contra o HPV na adolescência e iniciou a atividade sexual há 6 meses com parceiro único e sem uso de preservativo. Para melhor condução do caso, de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde/INCA, o profissional deve

A fazer pesquisa de DNA-HPV.

B repetir a citologia em 6 meses. ✓

C indicar biópsia do colo uterino.

D solicitar colposcopia e "ver e tratar".

COMENTÁRIO OSCELABS

LSIL em mulher com 25 anos ou mais: a recomendação do Ministério da Saúde/INCA é repetir a citologia em 6 meses, pois a maioria das lesões de baixo grau regride espontaneamente. A colposcopia entra somente se houver duas citologias alteradas consecutivas. Biópsia imediata (C) e 'ver e tratar' (D) — este reservado a lesões de alto grau com achados maiores — geram sobretratamento e risco obstétrico; e o teste de DNA-HPV (A) não integra esse fluxo. Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Uma mulher com 42 anos comparece à unidade básica de saúde para consulta com um médico de família e comunidade. Ela possui histórico de irregularidade menstrual, de irritabilidade, de ansiedade, de perda de memória e de fogachos há 6 meses, apresentando sangramento uterino anormal (SUA) há 3 dias, sem sinais de repercussão na estabilidade hemodinâmica.

A partir dessas informações e com base nos conhecimentos acerca do sangramento apresentado por essa paciente, assinale a opção correta. A O SUA é uma condição rara que afeta poucas mulheres no mundo, principalmente aquelas na pré-menopausa, seguidas por aquelas na perimenopausa e na pós-menopausa.

B O SUA é uma afecção frequente que pode comprometer a qualidade da vida da mulher em vários aspectos, sendo recomendado, como terapêutica de primeira linha, a histerectomia.

C A presença de lesões vaginais e de colo deve ser descartada por meio do exame físico e a hipótese de gestação deve ser excluída, considerando os principais diagnósticos relacionados ao SUA. ✓

D O exame complementar que fornece mais dados para a condução dos casos de SUA é a ultrassonografia da região pélvica, com baixa sensibilidade, porém alta especificidade para lesões endometriais em geral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino anormal é queixa muito frequente e, na perimenopausa, a primeira etapa é sempre clínica: excluir gestação e examinar vagina e colo, que podem ser a própria fonte do sangramento, antes de investigar causa endometrial. A alternativa A erra ao chamar o quadro de raro; B propõe histerectomia como primeira linha, quando o tratamento inicial é clínico; e D inverte o desempenho da ultrassonografia, que é sensível, porém pouco específica. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Um paciente com 34 anos, em tratamento quimioterápico para linfoma, é avaliado no plantão de um hospital com queixa de dispneia, desconforto torácico, ortopneia, com progressão nas últimas 6 horas. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, com frequência cardíaca de 125 bpm, frequência respiratória de 28 irpm, saturação de O₂ de 93% em ar ambiente, pressão arterial de 86 x 48 mmHg. Durante a inspiração, observa-se que a pressão sistólica reduziu para 75 x 44 mmHg. A temperatura axilar do paciente é de 36,6 °C e ele apresenta grande distensão jugular, bulhas cardíacas hipofonéticas. O exame de ECG no leito indicou baixa voltagem dos complexos QRS, sem presença de alterações isquêmicas detectáveis. Os resultados de outros exames realizados nesse dia são: EXAMES LABORATORIAIS EXAME VALOR VALOR DE REFERÊNCIA (VR) hematócrito 28% 40% a 50% hemoglobina 7,3 g/dL 13 a 17 g/dL leucócitos 5.500 mm³ 4.000 a 10.000 mm³ neutrófilos 70% 40% a 80% plaquetas 62.000 151.000 a 304.000/mm³ protrombina 2,2 0,8 a 1,2 ácido úrico 6,9 mg/dL 2,4 a 5,7 mg/dL glicemia jejum 155 mg/dL <100 mg/dL creatinina 0,6 mg/dL 0,6 a 1,2 mg/dL bilirrubina total 0,9 mg/dL 0,2 a 1,20 mg/dL lactato 1,5 0,5 a 1,6 mmol/L Considerando a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a opção com as medidas mais adequadas a serem adotadas para esse paciente.

A Solicitar ecocardiografia e pericardiocentese. ✓

B Verificar enzimas cardíacas e indicar uso de trombolítico.

C Indicar uso de vasopressores e de antibióticos endovenosos.

D Realizar angiotomografia de tórax e exame de anticoagulação. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia, hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas (tríade de Beck), com pulso paradoxal (queda superior a 10 mmHg na inspiração) e QRS de baixa voltagem, em paciente com linfoma em quimioterapia: tamponamento cardíaco por derrame pericárdico neoplásico. A conduta é ecocardiograma para confirmar e pericardiocentese para aliviar. Trombolítico (B) com plaquetopenia é catastrófico; não há febre para sepse (C) nem quadro de tromboembolismo (D). Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Uma paciente com 60 anos, atendida no serviço de emergência de hospital terciário, apresenta quadro de dor abdominal de moderada intensidade há cerca de 3 dias, com piora há 2 dias, mais proeminente em fossa ilíaca esquerda com melhora após uso de analgésico comum. Tem antecedente de doença diverticular do cólon há 4 anos, com 2 episódios de diverticulite não complicada nos últimos 3 anos; constipação crônica com frequência evacuatória de 3 vezes por semana. Não está em uso de medicações nem apresenta outras comorbidades. Ao exame físico, encontra-se levemente desidratada; com temperatura de 37,9 °C; frequência cardíaca de 88 bpm; pressão arterial de 130 x 80 mmHg; abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso à palpação profunda de quadrante inferior esquerdo, com plastrão palpável em região suprapúbica, sem dor à descompressão brusca do abdome. Com base nesse caso clínico, quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica e o exame para confirmação?

A Diverticulite aguda com abscesso pélvico; colonoscopia.

B Peritonite fecal por diverticulite aguda; radiografia abdominal.

C Peritonite fecal por diverticulite aguda; tomografia com contraste.

D Diverticulite aguda com abscesso pélvico; tomografia com contraste. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em fossa ilíaca esquerda com febre baixa, em paciente com doença diverticular e episódios prévios, agora com plastrão palpável: diverticulite aguda complicada por abscesso pélvico. A confirmação e o estadiamento (classificação de Hinchey) se fazem com tomografia de abdome com contraste. Colonoscopia na fase aguda (A) tem risco de perfuração e só deve ser feita 6 a 8 semanas depois; não há peritonite fecal (B, C) — o abdome está flácido e sem descompressão dolorosa. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Um menino com 6 anos é encaminhado à unidade de estratégia de saúde da família pela escola em que estuda, por estar apresentando dificuldades de aprendizagem.

A professora havia relatado para a mãe que o menino não conseguia progredir na memorização de letras e que não associava cores e imagens às palavras como fazem as demais crianças. Orientou, portanto, a realização de uma avaliação médica, pois desconfiava de que o menino tinha um transtorno de aprendizagem. Diante disso, o médico avalia o paciente e relata as seguintes observações sobre ele: face atípica sem estigmas de doenças genéticas; e ausência de doenças prévias, de distúrbio visual ou auditivo, de histórias de condições de morbidade perinatal, de alerta do desenvolvimento neuropsicomotor, de uso de medicamentos, de convulsões e de história de meningite. Acrescenta que o ambiente familiar é com pais trabalhadores e empregados e com um irmão de 9 anos do qual não há queixas escolares. Registra, ainda, que não foram identificados riscos ambientais, como alcoolismo, uso de drogas, depressão e outros transtornos. Com base nessas informações, a conduta médica inicial adequada é encaminhar o paciente para uma A avaliação psicopedagógica, a fim de identificar o transtorno de aprendizagem específico. ✓

- B reavaliação junto à escola, já que não há parâmetros para avaliar transtorno de aprendizagem aos 6 anos de idade.
- C consulta com um neuropediatra, com o objetivo de identificar doenças que possam gerar transtornos de aprendizagem.
- D equipe de reforço pedagógico, a fim de realizar acompanhamento, uma vez que a criança não apresenta problemas aparentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 6 anos com dificuldade específica na aquisição da leitura, exame neurológico normal, sem déficit visual ou auditivo, sem morbidade perinatal e com ambiente familiar favorável: a suspeita é de transtorno específico de aprendizagem, e é a avaliação psicopedagógica que caracteriza o perfil e orienta a intervenção. Sem sinais neurológicos, não há por que começar pelo neuropediatra (C); e reforço pedagógico isolado (D) ou adiar a avaliação (B) atrasam a intervenção. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Uma mulher com 35 anos, nuligesta, em uso de anticoncepcional oral há 10 anos, queixa-se de mastalgia há 10 dias. Relata que a última menstruação foi há 25 dias. Na história familiar, refere uma tia com 65 anos que está tratando de câncer de mama há 3 anos. O índice de massa corporal (IMC) dessa paciente é de 32 kg/m² e o exame físico das mamas não apresenta anormalidades. De acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde, o acompanhamento dessa paciente deve ser feito com

- A ressonância magnética das mamas anualmente.
- B ultrassonografia mamária bienal após os 40 anos
- C exame clínico das mamas e mamografia anualmente.
- D exame clínico anual e mamografia bienal após os 50 anos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 35 anos com mastalgia cíclica, exame físico normal e apenas uma tia com câncer de mama aos 65 anos não tem risco elevado — trata-se de parente de segundo grau, na pós-menopausa. Vale, portanto, a recomendação do Ministério da Saúde para risco habitual: exame clínico anual e mamografia bienal dos 50 aos 69 anos. Ressonância anual (A) é para alto risco comprovado; ultrassonografia (B) não é método de rastreamento populacional. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Uma criança com 6 anos é levada à unidade básica de saúde por sua mãe, apresentando quadro de febre, mal-estar, hiporexia, dores no corpo, otalgia, cefaleia, exantema e desidratação há 5 dias. A paciente é procedente de área com casos de dengue. Para tratar sua filha, a mãe administrou, por indicação de uma vizinha, antibiótico via otológica, por 3 dias, sem melhora. Ao exame físico, a paciente encontra-se febril (38,6 °C), hipocorada (+/4) e levemente desidratada, sem outras alterações. Nesse caso, além de prescrever antitérmico, qual é a conduta médica adequada para realizar a investigação diagnóstica e o tratamento apropriado para a criança?

- A Realizar prova do laço; e prescrever amoxicilina ou clavulanato de potássio à paciente, orientando o retorno após 3 dias.
- B Realizar otoscopia; solicitar hemograma; e prescrever amoxicilina ou clavulanato de potássio à paciente, orientando o retorno após 3 dias.

C Realizar prova do laço e otoscopia; e prescrever hidratação oral à paciente, orientando o retorno no dia de melhora da febre ou no 5.o dia após a consulta, se não melhorar. ✓

- D Realizar prova do laço; solicitar hemograma; e prescrever hidratação parenteral com SF 0,9% à paciente, mantendo-a em observação por, pelo menos, 24 horas. ÁREA LIVRE 2023 PRIMEIRA EDIÇÃO

COMENTÁRIO OSCELABS

Em área com transmissão de dengue, toda febre é dengue até prova em contrário: a conduta é prova do laço e classificação de risco, e como há otalgia é obrigatória também a otoscopia. Sem sinais de alarme e com desidratação leve, o tratamento é hidratação oral com retorno no dia da defervescência — o momento de maior risco de extravasamento plasmático. Antibiótico (A, B) não trata dengue, e hidratação parenteral com observação (D) não é necessária nesse estágio. Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

Um homem com 18 anos é encaminhado a um hospital secundário para investigação de diarreia de evolução arrastada nos últimos 3 meses, caracterizada por vários episódios diários de evacuação sanguinolenta, acompanhados de tenesmo e cólicas abdominais. Em atendimento, ele relata ainda anorexia e dores articulares de caráter migratório, mas nega episódios febris. Refere viagem anterior ao início do quadro para local com baixas condições sanitárias, mas afirma ter tomado cuidado com tudo o que comeu e bebeu. Relata também ter feito uso de antibióticos e anti-inflamatórios para tratamento de suposta infecção cutânea, nos últimos 3 meses, sem melhora clínica. Ao exame físico, apresenta-se: hipocorado, hidratado, eupneico e afebril, com discretos sinais de artrite em grandes articulações dos membros superiores, de forma assimétrica. Verifica-se que, na superfície anterior dos membros inferiores, o paciente apresenta lesões nodulares subcutâneas quentes e dolorosas, com superfície plana e eritematosa, com extensão de cerca de 1 a 5 cm de diâmetro. Diante desse caso, para confirmar a principal hipótese diagnóstica, a conduta mais adequada é realizar

A colonoscopia associada à histopatologia de biópsia da mucosa intestinal. ✓

- B sorologia anti-HIV e pesquisa de Isospora belli e Cryptosporidium parvum nas fezes.
- C pesquisa de toxinas A e B e detecção de ácidos nucleicos de Clostridium difficile nas fezes.

D pesquisa de antígenos ou exame direto para trofozoítas de *Entamoeba histolytica* nas fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia sanguinolenta com tenesmo por 3 meses, artrite periférica assimétrica de grandes articulações e lesões nodulares dolorosas nas pernas (eritema nodoso): doença inflamatória intestinal com manifestações extraintestinais. A confirmação é a colonoscopia com histopatologia da biópsia de mucosa, que define extensão e padrão. As causas infecciosas (B, C, D) não explicam três meses de evolução com artrite migratória e eritema nodoso, e o paciente sequer teve febre. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Um paciente com 44 anos, vítima de queda de um andaime de 4 metros de altura, é trazido ao serviço de emergência hospitalar por familiares. Durante a avaliação inicial na sala de emergência, o paciente se mantém em Glasgow 15 e com perda da sensibilidade tátil e dolorosa na região desde a cicatriz umbilical até os pés. Apresenta movimentos e sensibilidade normais em membros superiores, paralisia em ambos os membros inferiores, e os seguintes sinais vitais: frequência respiratória de 16 irpm; frequência cardíaca de 90 bpm; pressão arterial de 120 x 82 mmHg; saturação periférica de oxigênio de 100% em uso de oxigênio suplementar. Sabe-se que o paciente não ingeriu álcool ou drogas, era previamente saudável e não utiliza medicações. Qual é o nível de lesão medular relativo à interpretação compatível com o quadro clínico descrito?

A L2.

B T4.

C T10. ✓

D T12.

COMENTÁRIO OSCELABS

O nível sensitivo é o melhor marcador do nível da lesão medular, e a cicatriz umbilical corresponde ao dermatomo T10. Perda de sensibilidade da cicatriz umbilical para baixo, com paraplegia e membros superiores normais, localiza a lesão em T10. T4 (B) corresponde à linha mamilar, e o déficit começaria bem mais alto; T12 (D) corresponde à região inguinal; e L2 (A) à face anterior da coxa, o que pouparia parte do abdome. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Um lactente de 9 meses, nascido a termo, é trazido pela mãe ao hospital, que relata estar preocupada com o comportamento do filho, que é diferente do comportamento dos outros dois irmãos. A mãe também relata que o menino não estende os braços para pedir colo e que tem apresentado pouco contato visual quando estimulado. A história familiar mostra um tio paterno com Transtorno de Espectro Autista. Na avaliação, o médico nota o bebê irritado, com choro persistente ao ser examinado, e registra que seu desenvolvimento motor e seu estado nutricional estão adequados para a idade. Considerando-se esse quadro clínico, a conduta médica imediata a ser adotada diante do relato da mãe é

A encaminhar o paciente para a neuropsiquiatria e para um geneticista.

B iniciar estímulos precoces e agendar breve retorno. ✓

C tranquilizar a mãe e manter o bebê em consultas de rotina de puericultura.

D iniciar uso de risperidona e encaminhar o paciente para uma equipe multiprofissional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 9 meses, não estender os braços para pedir colo e ter pouco contato visual são sinais de alerta do desenvolvimento — mais ainda com história familiar de autismo — mas não fecham diagnóstico nessa idade. A conduta imediata é orientar estimulação precoce e agendar retorno breve, o que é seguro e não perde a janela terapêutica. Tranquilizar e manter a rotina (C) ignora o alerta; encaminhar a especialistas (A) é precoce; e risperidona (D) não tem qualquer indicação aqui. Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Uma paciente com 45 anos, nuligesta, com ciclos menstruais irregulares, é encaminhada da atenção básica para ambulatório especializado de Ginecologia. Ela apresenta ultrassonografia transvaginal que evidencia cisto de 6 cm, com projeção papilar no seu interior, no ovário esquerdo, e que se mostram normais o ovário direito e demais estruturas pélvicas. Considerando-se esse caso, o critério que determinará a investigação cirúrgica será

A o tamanho do cisto.

B a idade da paciente.

C a projeção papilar do cisto. ✓

D a irregularidade menstrual.

COMENTÁRIO OSCELABS

A projeção papilar no interior do cisto é o achado morfológico de suspeição para malignidade ovariana e, isoladamente, já indica abordagem cirúrgica com estadiamento. O tamanho de 6 cm (A) não define conduta por si só — cistos simples podem ser acompanhados; a idade de 45 anos (B) é fator de risco, não critério de indicação; e a irregularidade menstrual (D) é inespecífica na transição menopausal. Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Um homem com 46 anos comparece à consulta acompanhado de sua esposa e solicita atestado para justificar 2 dias de ausência no trabalho. Refere que, há 2 dias, apresenta diminuição do apetite, cefaleia, fadiga, tristeza e sentimento de culpa. A esposa refere que ele ingeriu grande quantidade de bebida alcoólica numa festa e que chegou em casa sendo carregado por amigos na noite anterior ao início dos sintomas. Segundo ela, isso costuma acontecer há 1 ano, cerca de 2 vezes ao mês. Após essas situações, o paciente fica bastante entristecido, não quer sair da cama e acaba faltando ao trabalho. Entre os episódios de ingestão de bebida, o paciente trabalha, estuda e tem bom funcionamento familiar e social. Nega comorbidades e uso de medicações. Ao exame físico, não apresenta alterações. Nesse caso, ao final da consulta, o médico deve explicar ao paciente que seu quadro clínico trata-se de

A uso nocivo de álcool. ✓

B dependência de álcool.

C episódio depressivo moderado.

D síndrome de abstinência do álcool. 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

Episódios quinzenais de intoxicação alcoólica que geram prejuízo concreto — faltas ao trabalho e sofrimento depois — mas sem tolerância, sem fissura, sem perda de controle e com bom funcionamento familiar, social e laboral entre eles: é uso nocivo de álcool (padrão de consumo que causa dano). Dependência (B) exigiria compulsão e abstinência. Os sintomas depressivos são secundários e transitórios (C), e não há tremor, sudorese ou agitação de abstinência (D). Resposta A.