



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2011

Prova comentada

109 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 B

Mulher com 54 anos de idade, Índice de Massa Corpórea (IMC) = 32,6, portadora de diabetes tipo 2, controlado com medidas dietéticas e uso de glibenclamida, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor, do tipo cólica, em hipocôndrio direito, que se irradia para o ombro direito e piora após ingestão de alimentos, especialmente gordurosos. Relata episódios de vômitos durante algumas crises. Disse, ainda, que o quadro iniciou-se há mais ou menos seis meses, agravando-se no último mês. Após a realização do exame físico, o médico solicitou ultrassonografia de abdome que evidenciou “colecistopatia calculosa crônica”. Ao explicar o diagnóstico para a paciente, ela informou que gostaria de passar seis meses visitando a filha que mora em Portugal. Baseado nessa situação, você diria à paciente que seu quadro clínico

A é crônico e o tratamento cirúrgico pode ser adiado.

B requer tratamento cirúrgico antes da viagem. ✓

C requer tratamento cirúrgico imediato.

D requer acompanhamento imediato quando aparecerem indícios de complicações.

E requer antibioticoterapia imediata e uso de antiespasmódicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colelitíase sintomática (colica biliar típica, pos-prandial gordurosa, com vômitos) tem indicação de colecistectomia eletiva — e a paciente pretende passar seis meses fora do país. Adiar (A) ou só agir quando surgir complicação (D) expõe a colecistite, coledocolitíase e pancreatite longe de assistência conhecida. Não é urgência cirúrgica (C), pois não há sinais inflamatórios agudos, e antibiótico (E) não trata cálculo. A perola: em calculose sintomática, programe a cirurgia antes de períodos longos de indisponibilidade assistencial. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Menina com cinco anos de idade, acometida de leucemia linfóide aguda (LLA), internada em enfermaria pediátrica, está sendo submetida à quimioterapia para tratamento da leucemia. Em outra ala da enfermaria, uma criança apresentou febre e desenvolveu lesões eritematobolhosas sugestivas de varicela. Nesse contexto, a conduta ideal a ser tomada em relação a criança com leucemia é

A administrar vacina contra varicela.

B aplicar imunoglobulina específica anti-varicela. ✓

C administrar aciclovir por 10 dias.

D administrar a vacina contra varicela e o aciclovir por 10 dias.

E administrar a vacina contra varicela e imunoglobulina específica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com LLA em quimioterapia = imunossuprimida grave exposta a varicela intra-hospitalar. A profilaxia pos-exposição correta é a imunoglobulina específica anti-varicela-zoster, idealmente até 96 horas do contato. A vacina (A, D, E) é de vírus vivo atenuado e está CONTRAINDICADA no imunossuprimido. Aciclovir isolado (C) não substitui a imunoglobulina na profilaxia deste grupo. Perola: imunodeprimido exposto a varicela recebe imunoglobulina, nunca vacina. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito E

Ao atender uma mulher, com 24 anos de idade, você observa grande resistência dela para continuar o aleitamento materno de seu filho de dois meses. Além dos inquestionáveis benefícios para a criança, você orienta a paciente sobre os benefícios que o aleitamento materno traz para a mulher que amamenta, entre os quais a redução da incidência de câncer de mama e contra

A o câncer de colo uterino.

- B o câncer de endométrio.
- C os tumores da vulva .
- D o desenvolvimento de miomas.

E o câncer de ovário. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os benefícios maternos do aleitamento, os mais bem estabelecidos são a redução do risco de câncer de mama e de câncer de ovário — ambos hormônio-dependentes, com efeito dose-dependente do tempo total de amamentação (supressão da ovulação e menor exposição estrogênica cumulativa). Colo uterino (A) tem relação com HPV; endométrio (B) e vulva (C) não tem essa associação clássica; miomas (D) não são prevenidos pela lactação. Resposta E.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Mulher com 45 anos de idade, cor branca, multipara, proveniente de zona rural, procura consulta ginecológica com queixa de peso na região pélvica há cerca de 60 dias, perda de peso corporal e distensão abdominal. A paciente não faz uso de método contraceptivo oral e não apresenta dismenorreia. A paciente tem antecedente de neoplasia maligna de mama e a mãe, história de câncer de ovário. Ao exame, observou-se massa palpável em anexo esquerdo. De acordo com o exame clínico e com os antecedentes pessoais e familiares informados pela paciente, qual a principal hipótese diagnóstica?

- A Cisto benigno de ovário.
- B Neoplasia maligna de ovário. ✓**
- C Endometrioma.
- D Tuberculose genital (ovário e trompa).
- E Abscesso ovariano.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa anexial sólida em mulher de 45 anos com perda ponderal e distensão abdominal (provável ascite), antecedente PESSOAL de câncer de mama e mãe com câncer de ovário — o conjunto aponta síndrome hereditária mama-ovário e faz da neoplasia maligna de ovário a hipótese principal. Cisto benigno (A) e endometrioma (C) não cursam com emagrecimento e ascite; tuberculose genital (D) e abscesso (E) dariam quadro infeccioso/febril. Perla: massa anexial + ascite + emagrecimento = câncer até prova em contrário. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Quanto ao desenvolvimento de diabetes gestacional em paciente primigesta, com 29 anos de idade, estatura de 1,50 m, peso pré-gravídico de 70Kg, peso atual de 75Kg na 24ª semana de gestação e glicemia em jejum de 90mg/dl, pode-se afirmar

- A a ausência de risco pela idade inferior a 30 anos da gestante.
- B a existência de risco pelo ganho excessivo de peso na gestação.
- C a ausência de risco pela normalidade da glicemia de jejum da gestante.
- D a existência de risco pelo IMC pré-gravídico superior a 27Kg/m². ✓**
- E a ausência de risco pela inexistência de antecedentes familiares da gestante.

COMENTÁRIO OSCELABS

O cálculo decide a questão: $IMC \text{ pre-gravídico} = 70 / (1,50)^2 = 31,1 \text{ kg/m}^2$, muito acima de 27 — obesidade e fator de risco clássico para diabetes gestacional. Idade abaixo de 30 anos (A), glicemia de jejum normal (C) e ausência de história familiar (E) NÃO afastam risco algum; a glicemia de jejum normal só exclui diabetes prévio, não o gestacional, que se rastreia com sobrecarga entre 24-28 semanas. O ganho de 5 kg até a 24ª semana (B) não é excessivo. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Mulher com 34 anos de idade, gestante de 28 semanas, iniciou quadro febril há cinco dias associado a dor no hemitórax esquerdo à respiração profunda. Há dois dias passou a apresentar tosse produtiva com expectoração amarelada. Procurou Unidade de Pronto Atendimento. Ao exame: bom estado geral; sinais vitais: Pulso = 100 bpm; Pressão arterial = 120 x 80 mmHg; Frequência respiratória = 23 irpm. Temperatura axilar = 39 °C; Ausculta pulmonar: crepitações, broncofonia e aumento do frêmito tóraco-vocal na base do pulmão esquerdo. O leucograma apresenta 15.800 leucócitos/mm³, com predomínio de polimorfonucleares neutrófilos. Qual a conduta a ser tomada, com relação a exames de imagem e tratamento antimicrobiano?

A Solicitar radiografia de tórax com proteção abdominal e iniciar tratamento com amoxicilina oral. ✓

B Solicitar ultrassonografia de tórax e iniciar tratamento com quinolona respiratória oral.

C Solicitar tomografia computadorizada do tórax e iniciar tratamento com aminoglicosídeo injetável.

D Solicitar radiografia de tórax com proteção abdominal e iniciar claritromicina oral.

E Solicitar tomografia computadorizada do tórax e iniciar vancomicina injetável.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia comunitária em gestante sem critérios de gravidade. A radiografia de tórax com proteção abdominal é permitida e necessária (a dose fetal é desprezível; não se deixa de investigar pneumonia por gravidez), e o antimicrobiano de escolha é um betalactâmico — amoxicilina — seguro em qualquer trimestre. Quinolona (B) e aminoglicosídeo (C) são evitados na gestação; TC (C, E) irradia muito mais sem ganho; vancomicina (E) não tem indicação. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Mulher com 48 anos de idade, parda, comerciante, procura o posto de saúde por apresentar astenia, palidez e fadiga fácil ao realizar suas tarefas diárias. Na história da doença atual relata que esteve bem de saúde até há 15 dias, quando iniciaram estes sinais e sintomas. Nega doenças como diabetes, hipertensão, doenças da tireóide. Nega também o uso de medicamentos. Ao exame físico apresenta palidez, icterícia (2+/4+), esplenomegalia de 4 cm do rebordo costal esquerdo e hepatomegalia de 2 cm do rebordo costal direito.

Exames laboratoriais realizados mostram hemoglobina = 4,2 g/dL; hematócrito = 13 %; VCM = 110 fL (VR = 80 - 100 fL); HCM = 32 pg (VR = 26 - 34 pg); leucograma = 10.500 / mm³ com diferencial normal; plaquetas = 240.000 / mm³; reticulócitos aumentados; bilirrubina total = 4,0 mg/dL (VR=0,3 -1,2 mg/dL) com fração direta de 0,8 mg/dL (VR = 0 - 0,2 mg/dL). Qual o diagnóstico mais provável para a anemia da paciente?

A Anemia por deficiência de produção ocasionada por deficiência de vitamina B12.

B Anemia do tipo regenerativa provocada por doença hemolítica adquirida. ✓

C Anemia arregenerativa por deficiência quantitativa de células progenitoras associada à hepatite viral.

D Anemia por deficiência na síntese do heme durante a diferenciação das células eritroides.

E Anemia por deficiência na síntese da globina durante a diferenciação das células eritroides.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia grave macrocítica com RETICULOCITOS AUMENTADOS, icterícia as custas de bilirrubina indireta (4,0 com direta 0,8), esplenomegalia e hepatomegalia: e anemia regenerativa por hemólise adquirida. B12 (A), deficiência de síntese do heme (D — sideroblástica) e da globina (E — talassemia) são arregenerativas, com reticulócitos baixos ou inapropriados. A opção C fala em arregenerativa, o oposto do achado. Perla: reticulocitose + BI alta = hemólise. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Um menino com cinco anos e oito meses foi levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde. Há três semanas vem apresentando dor abdominal inespecífica, tosse, febre e hábito de comer terra. Ao exame físico, o médico encontrou palidez cutânea moderada e hepatomegalia. Foram solicitados alguns exames: 1) hemograma: hemoglobina 10 g/dL, hematócrito 30 %. leucocitose (16.000 /mm³), eosinofilia (12 %), plaquetas normais; 2) exame parasitológico das fezes (em andamento) e 3) exame ultrassonográfico do abdome que revelou imagens hipoeecogênicas micronodulares no fígado. Com base na história clínica e nos exames complementares, o diagnóstico principal e o tratamento são

A ancilostomíase; utilizar mebendazol, 100 mg, duas vezes ao dia, durante três dias.

B giardíase; utilizar secnidazol, 30 mg/Kg, dose única.

C toxocaríase; utilizar albendazol, 10 mg/Kg, uma vez ao dia, durante cinco dias. ✓

D estrogiloidíase; utilizar secnidazol, 25 mg/Kg, uma vez ao dia, de cinco a sete dias.

E amebíase; utilizar secnidazol, 30 mg/Kg, dose única. 3 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Geofagia, eosinofilia de 12%, hepatomegalia e nódulos hipoeecogênicos no fígado formam o quadro de larva migrans visceral por *Toxocara canis* — o parasita não completa o ciclo no homem e as larvas migram por fígado e pulmão (daí tosse e febre). O tratamento é albendazol por cinco dias. Ancilostomíase (A) causa anemia ferropriva sem nódulos hepáticos; giardíase (B) e amebíase (E) não dão eosinofilia importante; estrogiloidíase (D) não se trata com secnidazol. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Mulher multípara, com gestação de 34 semanas e um dia, chega à maternidade com queixa de dor em cólica e endurecimento do abdome. Ao exame: presença de contrações uterinas frequentes (uma a cada cinco minutos), colo uterino com 50% de esvaecimento e 1cm de dilatação, vitalidade fetal preservada. A conduta correta a ser adotada para a paciente é

A administrar terbutalina associada à corticoesteróide.

B iniciar partograma e acompanhar evolução do trabalho de parto.

C administrar indometacina e iniciar antibioticoterapia por via endovenosa.

D guardar repouso em observação e reavaliar o quadro após duas horas. ✓

E administrar nifedipina sem associação de corticoesteróide.

COMENTÁRIO OSCELABS

Contracções frequentes com colo apenas 50% esvaecido e 1 cm de dilatacao NAO caracterizam trabalho de parto prematuro estabelecido — e falso trabalho ate prova em contrario. A conduta e repouso, observacao e reavaliacao cervical em duas horas: se nao houver modificacao, nao se tocoliza. Terbutalina (A) e nifedipina (E) so entram com TPP confirmado; partograma (B) pressupoe trabalho de parto ativo; indometacina com antibiotico (C) nao tem indicacao sem infeccao. Resposta D.

QUESTÃO 11 — ANULADA

Uma senhora comparece à Unidade Básica de Saúde com seu filho de seis meses de idade, dizendo-se preocupada com o desenvolvimento da criança, e sem qualquer outra queixa. O peso da criança ao nascer foi de 3.400g. Em sua alimentação atual estão sendo introduzidos alimentos sólidos e o calendário de vacinação vem sendo cumprido. O exame físico da criança é inteiramente normal. Como indicador do desenvolvimento neuropsicomotor normal para criança nessa faixa etária (6 meses), o médico deverá observar se a criança

A apresenta choro excessivo e faz o acompanhamento com o olhar.

B faz a prensão de objetos com a mão e apresenta sorriso social.

C senta-se sem apoio e fala sílabas.

D rola sem auxílio e reconhece pessoas.

E segura a cabeça e apanha objetos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O conteudo cobrado era o marco do desenvolvimento neuropsicomotor esperado aos seis meses de vida — periodo em que a crianca tipicamente rola, senta com apoio, transfere objetos entre as maos e balbucia. O problema e que varios marcos listados nas alternativas se sobrepoe a essa faixa etaria ou pertencem a idades vizinhas, tornando impossivel uma unica resposta defensavel. Por ter sido anulada, nao ha alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Você é chamado para prestar assistência neonatal durante um parto no qual foi constatado sofrimento fetal com líquido amniótico meconial. O Recém Nascido nasceu com Apgar 2 (Frequência cardíaca = 1 e Frequência Respiratória = 1). A conduta inicial, conforme as normas vigentes de Reanimação Neonatal, é

A iniciar ventilação com ambu e máscara, aspirando o Recém Nascido após a recuperação da frequência cardíaca.

B iniciar ventilação com tubo oro-traqueal e aspirar o Recém Nascido após recuperação da frequência cardíaca.

C iniciar ventilação com pressão positiva e administrar adrenalina e massagem cardíaca.

D aspirar laringe e traquéia do Recém Nascido e ventilar com pressão positiva e ar ambiente. ✓

E aspirar laringe e traquéia do Recém Nascido e oferecer oxigênio inalatório a 100%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido deprimido (Apgar 2, sem esforco respiratorio nem frequencia cardiaca adequada) com liquido amniotico meconial: pelas normas de reanimacao neonatal vigentes a epoca, o RN NAO vigoroso deve ter laringe e traqueia aspiradas sob visualizacao direta ANTES de ventilar, para nao empurrar meconio para a arvore bronquica; em seguida, VPP com ar ambiente. Ventilar antes de aspirar (A, B) piora a aspiracao meconial; adrenalina (C) so apos VPP efetiva; oxigenio a 100% inalatorio (E) nao ventila. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, com 45 anos de idade, é dependente químico de cocaína, com uso por via inalatória e procurou o serviço especializado do CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) para tratamento. A oferta desse atendimento no Sistema Único de Saúde caracteriza ações de que tipo?

- A Prevenção primordial.
- B Prevenção quaternária.
- C Prevenção terciária. ✓**
- D Prevenção secundária.
- E Prevenção primária.

COMENTÁRIO OSCELABS

O CAPS acolhe um paciente com a doença JA instalada (dependência química), buscando reabilitação e reinserção psicossocial e redução das incapacidades — isso é prevenção terciária. Prevenção primária (E) evitaria o início do uso; secundária (D) seria rastreamento/detecção precoce; primordial (A) atua sobre determinantes sociais antes do fator de risco existir; quaternária (B) protege contra iatrogenia e excesso de intervenção. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito E

Homem, com 58 anos de idade, é atendido em serviço de urgência e relata a ocorrência, há cerca de seis meses, de modi■cação de seu hábito intestinal - períodos de constipação intercalados por evacuações de fezes pastosas, às vezes acompanhadas da eliminação de muco e sangue. Nesse período foi visto em consultas, nas quais foi prescrito tratamento antiparasitário, não havendo melhora da sintomatologia. O paciente informa ainda que há cerca de um mês, vem apresentando intensi■cação do esforço evacuatório. Nesse período as fezes têm se tornado cada vez mais a■ladas e há dois dias vem observando a diminuição quase completa da eliminação de ■cos e fezes, relatando também a ocorrência de náuseas e um episódio de vômitos de conteúdo biliar. Com base nessa história, qual a conduta imediata a ser seguida ?

- A Instalar sonda nasogástrica, prescrever hidratação parenteral, lactulona e antieméticos e manter paciente em observação.
- B Instalar sonda nasogástrica, prescrever hidratação parenteral, clister com solução glicerínada e manter paciente em observação.
- C Instalar sonda nasogástrica, prescrever hidratação parenteral e clister com solução glicerínada. A posteriori instalar sonda retal e manter paciente em observação.
- D Prescrever antiespasmódicos, dimeticona e solicitar colonoscopia com biópsia e dosagem de antígeno carcino-embrionário.

E Encaminhar imediatamente o paciente para avaliação cirúrgica. 4 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 58 anos com mudança de hábito intestinal há seis meses, fezes afiladas com muco e sangue e agora parada de eliminação de gases e fezes com vômitos biliosos: é obstrução intestinal por provável neoplasia colorretal — uma urgência. A conduta imediata é o encaminhamento para avaliação cirúrgica. Clister e laxativo (A, B, C) são contraindicados na obstrução mecânica e podem perfurar; colonoscopia eletiva (D) não se faz com abdome obstruído. Resposta E.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Uma criança que nasceu prematura, com 32 semanas de idade gestacional e peso de 1850g, foi encaminhada à Unidade de Saúde para iniciar as imunizações. Atualmente, com um mês de vida, pesa 1900g e recebe aleitamento materno exclusivo. Para essa situação, qual a alternativa que indica o esquema inicial de vacinação recomendado?

A Iniciar o esquema vacinal aplicando a vacina BCG e a primeira dose da vacina contra a Hepatite B.

B Aplicar a primeira dose da vacina contra a Hepatite B e aguardar a criança atingir 2000g para programar a vacina BCG. ✓

C Aguardar a criança atingir 2500g para aplicar a vacina BCG e contra a Hepatite B (primeira dose).

D Aguardar a criança atingir 2000g para aplicar a vacina contra a Hepatite B (primeira dose) e 2500g para aplicar a vacina BCG.

E Aplicar as vacinas BCG e contra a Hepatite B (primeira dose) e programar a segunda dose desta última para 15 dias depois.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas regras distintas: a vacina contra hepatite B pode (e deve) ser aplicada em qualquer peso ou idade gestacional, enquanto a BCG só é aplicada com peso igual ou superior a 2000 g, pois abaixo disso a resposta e a técnica intradérmica são inadequadas. Com 1900 g, aplica-se a hepatite B agora e aguarda-se 2000 g para a BCG. Aplicar BCG já (A, E) viola a regra do peso; adiar a hepatite B (C, D) atrasa proteção desnecessariamente. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Homem, com 43 anos de idade, é atendido na Unidade Básica de Saúde com queixa de dispnéia aos grandes esforços, há seis meses. Não relata dor precordial, síncope ou palpitações. No exame, encontra-se em bom estado geral, eufórico, hidratado, corado. Pressão arterial = 100x70 mmHg, Frequência cardíaca = 112bpm, Frequência respiratória = 18irpm; temperatura axilar = 36,5°C. Murmúrio vesicular presente e simétrico bilateralmente. Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas hipofonéticas, com sopro sistólico de regurgitação mitral discreto. Abdome ■ ácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e regularmente distribuídos. Sem edema de membros inferiores. Radiografia ■ a de tórax atual mostra aumento global da área cardíaca, sem congestão pulmonar. Ecocardiograma transtorácico mostra a fração de ejeção do ventrículo esquerdo igual a 35%. Com base nas evidências científicas indique a opção terapêutica para o caso.

A Hidroclorotiazida e carvedilol.

B Carvedilol e digoxina.

C Enalapril e metoprolol. ✓

D Espironolactona e enalapril.

E Digoxina e hidroclorotiazida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (35%), sintomática, sem congestão. O tratamento que modifica MORTALIDADE é a dupla IECA + betabloqueador com evidência (enalapril + metoprolol succinato, carvedilol ou bisoprolol). Hidroclorotiazida (A, E) e digoxina (B, E) apenas aliviam sintomas, sem impacto em sobrevida. Espironolactona (D) entra em classe funcional avançada, e não substitui o betabloqueador. Perola: em ICFe, comece sempre pelo par que reduz mortalidade. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

O Agente Comunitário de Saúde lhe solicita explicações sobre um recém-nascido que apresenta coloração amarelada da pele. Você colhe, junto ao Agente Comunitário de Saúde, informações sobre a duração da gestação, as condições do parto e da criança ao nascer, o tempo de aparecimento do sintoma específico e verifica também resultados de exames do recém-nascido, realizados na maternidade: hemograma, dosagem de bilirrubinas e teste de Coombs. Diante dos dados clínicos e do resultado de exames, você conclui que trata-se de Icterícia Fisiológica do Recém-Nascido. O que seria correto você informar ao Agente Comunitário de Saúde sobre a Icterícia Fisiológica do Recém-Nascido?

A Desaparece após três semanas do início da manifestação em neonatos nascidos a termo.

B Desaparece após a primeira semana de vida em neonatos nascidos a termo. ✓

C Atinge níveis de bilirrubinemia bastante elevados, superiores a 14 mg%.

D Deve-se a anemia hemolítica por incompatibilidade RH.

E Está presente desde o nascimento na hipertermia fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia fisiológica do recém-nascido a termo: surge APOS as primeiras 24 horas, atinge pico entre o 3o e o 5o dia com bilirrubina habitualmente abaixo de 12 mg/dL e regride até o fim da primeira semana de vida. Persistência por três semanas (A) sugere colestase ou hipotireoidismo; níveis acima de 14 mg/dL (C) já fogem do fisiológico; Coombs positivo por incompatibilidade Rh (D) e icterícia presente ao nascer (E) definem, por si, icterícia patológica. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Homem, com 26 anos de idade, foi internado há dois dias com o diagnóstico de doença inflamatória intestinal na forma fulminante com megacólon tóxico. Há cerca de uma hora apresentou piora súbita da dor abdominal, vômitos e desconforto respiratório. O exame físico revela paciente taquicárdico, taquidispneico e com abdome muito doloroso difusamente. A complicação é frequente e o principal recurso diagnóstico para demonstrá-la são

A perfuração intestinal; radiografia de tórax e de abdome em ortostatismo e decúbito dorsal. ✓

B pneumatose intestinal; enema opaco com contraste iodado.

C abscesso perirretal; tomografia computadorizada de abdome.

D vôlvulo de sigmóide; colonoscopia.

E hematoma intraluminal; colonoscopia. 5 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Megacolon tóxico que evolui em uma hora com dor abdominal súbita, vômitos, taquicardia e abdome difusamente doloroso: a complicação temida é a PERFURAÇÃO intestinal, cuja demonstração mais rápida e barata é o pneumoperitônio em radiografia de tórax e abdome em ortostatismo. Enema opaco (B) e colonoscopia (D, E) são formalmente contraindicados no megacolon tóxico pelo risco de perfurar. Abscesso perirretal (C) não explica o abdome agudo difuso. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Criança do sexo feminino, com sete anos de idade, é trazida pela mãe à Unidade Básica de Saúde, porque há três dias apresenta-se com adinamia, urina escura (cor de “coca-cola”) e inchaço nos olhos pela manhã. A mãe informa que há 15 dias a criança apresentou febre elevada e “dor de garganta” que regrediram com o uso de antitérmico e de anti-inflamatório não hormonal (ibuprofeno). Na consulta o médico observa que a criança encontra-se em regular estado geral, afebril, eupneica, hipocorada (+/4), com frequência cardíaca de 116 bpm, Pressão arterial=118x82 mmHg, edema de face (+/4) e de membros inferiores (++)/4). Os demais aspectos do exame físico são normais. Na síndrome que a criança apresenta, a resposta inflamatória responsável pela instalação da lesão nefrítica

A é consequência da ativação do complemento, da liberação de fatores quimiotáticos e do recrutamento de neutrófilos. ✓

B decorre da inalação de estreptococos beta-hemolíticos nas alças capilares glomerulares e da consequente inflamação celular.

C deve-se a modificações de uma IgM que, no contexto de uma infecção, torna-se imunogênica e desenvolve a afinidade pelo glomérulo renal.

D depende da deposição mesangial de C3, fibrina e IgA, e da proliferação de células mesangiais com expansão da matriz.

E manifesta-se por hiperplasia glomerular, expansão da matriz mesangial e duplicação da membrana basal glomerular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Glomerulonefrite difusa aguda pos-estreptocócica: quinze dias após faringite, surgem hematuria macroscópica cor de coca-cola, edema e hipertensão. O mecanismo é a deposição de imunocomplexos que ATIVA O COMPLEMENTO, gerando fatores quimiotáticos e recrutamento de neutrófilos — daí a lesão nefrítica. Não há fixação da bactéria no glomérulo (B); IgA mesangial (D) descreve doença de Berger; duplicação da membrana basal (E) e glomerulonefrite membranoproliferativa. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Uma médica, durante plantão em serviço de emergência, atendeu um paciente com múltiplas lesões no antebraço direito, vítima de mordedura de cão que ocorrera há 3 horas. O acidente ocorreu na rua, mas o dono do animal foi identificado. O caso deverá ser conduzido por ela de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, que recomenda

A iniciar o esquema de vacinação e observar o animal por 10 dias. ✓

B aplicar o soro antirábico e a vacina por 10 dias.

C observar o cão durante 10 dias após a exposição, para iniciar a vacinação antirábica.

D aplicar soro antirábico (dose única) no 10º dia de observação do animal.

E sacrificar o animal imediatamente para evitar contaminação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acidente com cão IDENTIFICADO e passível de observação: o protocolo do Ministério da Saúde manda iniciar o esquema vacinal e observar o animal por 10 dias, suspendendo a vacinação se o cão permanecer sadio. O erro comum é esperar a observação para só então vacinar (C) — nunca se adia profilaxia antirrábica. Soro em dose única no 10º dia (D) inverte a lógica da imunização passiva, e sacrificar o animal (E) destrói justamente a informação epidemiológica mais útil. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito E

Adolescente, após tentativa de suicídio com ingestão de antidepressivo tricíclico, manifestou parada cardiorrespiratória. Durante a reanimação cardiopulmonar, observou-se o seguinte ritmo no monitor cardíaco. A análise do monitor cardíaco permite afirmar que o traçado eletrocardiográfico demonstra ritmo de

A taquicardia ventricular, que pode ser responsiva a choque e a uso de atropina.

B brilação ventricular, que pode ser responsiva a cardioversão (choque no modo sincronizado).

C brilação ventricular, que pode ser responsiva a desbrilação (choque no modo sincronizado).

D taquicardia ventricular, que pode ser responsiva a cardioversão (choque no modo sincronizado).

E taquicardia ventricular, que pode ser responsiva a desbrilação (choque no modo não sincronizado).

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Parada cardiorrespiratória por intoxicação com tricíclico: em ritmo de taquicardia ventricular SEM PULSO, o tratamento é desfibrilação — choque NÃO sincronizado, porque não há onda R organizada para o aparelho sincronizar. Cardioversão sincronizada (B, D) só vale para taquiarritmias COM pulso. Atropina (A) não tem papel em ritmo chocável, e a opção C erra ao chamar desfibrilação de choque sincronizado. Perola: sem pulso, o choque é sempre não sincronizado. Resposta E.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Um paciente, com 69 anos de idade, é atendido em visita domiciliar. Ele informa que nos últimos cinco anos teve episódios de crises de dor abdominal na fossa ilíaca esquerda, associadas a febre baixa e hiporexia. Geralmente, quando ele “percebe que vai ter uma crise”, já usa os mesmos antibióticos que utilizou na crise anterior, por uns três a cinco dias, e a situação é resolvida. Apesar de estar assintomático, no passado já teve duas internações para uso de antibióticos parenterais, sendo que, em uma delas, há cerca de dois meses, foi internado por três semanas, em decorrência de uma diverticulite complicada, com pequeno abscesso pericólico. Em relação às alternativas a seguir, assinale aquela que corresponde à conduta apropriada para o caso.

A Indicar dieta rica em fibras e a manutenção dos antibióticos usados no início das crises.

B Orientar o paciente para que não use medicações sem prescrição médica.

C Sugerir ao paciente que procure um serviço de emergência sempre que tiver episódios semelhantes de dor.

D Aconselhar o paciente a buscar uma unidade de atendimento ambulatorial secundário, em cirurgia geral ou coloproctologia. ✓

E Encaminhar o paciente à unidade básica de saúde para solicitar colonoscopia diagnóstica. 6 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite de repetição com internações prévias e episódio COMPLICADO por abscesso pericólico há dois meses: esse paciente já tem indicação de avaliação para colectomia eletiva, feita em serviço de cirurgia geral ou coloproctologia. Manter antibiótico por conta própria (A) é perigoso e mascara complicações; apenas orientar (B) ou mandar a emergência a cada crise (C) não resolve o problema de fundo; a colonoscopia (E) deve ser feita após resfriar o processo, mas na linha de investigação especializada. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Um município de pequeno porte tem apresentado dificuldades na execução de suas atividades de saúde de nível secundário de atenção. Com o objetivo de aumentar a resolubilidade do mesmo, qual ação pode ser tomada?

A Restringir o atendimento mediante comprovante de residência.

B Formar consórcios intermunicipais de saúde. ✓

C Definir a área de abrangência dos serviços com o gestor local.

D Repassar à gestão estadual o serviço de auditoria dos prestadores locais.

E Incorporar recursos financeiros do fundo estadual de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

Município de pequeno porte sem escala para média complexidade: a saída prevista no SUS é o consórcio intermunicipal de saúde, que reúne municípios vizinhos para compartilhar serviços secundários e ganhar resolutividade. Exigir comprovante de residência (A) fere a universalidade; definir área de abrangência (C) e repassar auditoria (D) não ampliam oferta; incorporar recursos do fundo estadual (E) não é ato unilateral do município nem cria serviço. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Paciente, com 45 anos de idade, sexo masculino, comerciante, vem a consulta na Unidade Básica de Saúde e informa que vem apresentando dispnéia progressiva a médios esforços, “inchaço” nas pernas e diminuição da diurese. Relata que, em consultas anteriores, foi orientado a realizar periodicamente medidas de sua pressão arterial, que se encontrava, na época, no limite da normalidade. Não realizou o procedimento solicitado, retornando, hoje, para consulta. História pessoal: tabagista desde os 14 anos, um maço de cigarro por dia. Dieta rica em gorduras e pobre em frutas e vegetais. Informa que não é etilista e não usa drogas. História familiar: mãe hipertensa e pai falecido de infarto agudo do miocárdio. Ao exame: Pressão arterial 165 x 110 mmHg, Frequência cardíaca: 55 bpm, Frequência respiratória 14 irpm, ritmo cardíaco regular em dois tempos, bradicárdico, sem sopros ou extrassístoles, murmúrio vesicular normal, com discretas crepitações bibasais, abdome com ruídos hidroaéreos positivos, com hepatomegalia dolorosa a 2 cm do rebordo costal direito, membros inferiores com edema (++/++++). Os exames complementares demonstram que há uma sobrecarga de ventrículo esquerdo ao ECG; bloqueio atrioventricular de primeiro grau; clearance de creatinina 45 ml/min (normal 90 -139 ml/min); urina de 24 horas com microalbuminúria de 250 mg/24h. Qual o tratamento farmacológico a ser prescrito, no que se refere à pressão arterial desse paciente?

A Captopril + losartana.

B Propranolol + enalapril.

C Lisinopril + espironolactona.

D Losartana + hidroclorotiazida. ✓

E Alisquireno + furosemda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertenso com insuficiência cardíaca, doença renal crônica (clearance 45) e microalbuminúria — precisa de bloqueio do sistema renina-angiotensina + diurético. Losartana com hidroclorotiazida cumpre isso. Os distratores caem em armadilhas clássicas: captopril + losartana (A) e duplo bloqueio, proscrito; propranolol (B) é proibido com FC 55 e bloqueio atrioventricular de 1º grau; lisinopril + espironolactona (C) arrisca hipercalemia grave nesse clearance; alisquireno (E) não tem esse lugar. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Um homem, com 68 anos de idade, tabagista de 40 cigarros/dia, com história de dispneia, tosse produtiva e expectoração catarral abundante, chega à Unidade de Pronto Atendimento, com piora súbita da dispneia e da frequência da tosse. Na avaliação clínica você deve investigar as causas de piora, entre elas, devemos considerar como a mais frequente

A a infecção respiratória viral. ✓

B a tromboembolia pulmonar.

C a pneumonia por germes oportunistas.

D o cor pulmonale.

E o pneumotórax espontâneo seguido de infecção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação de DPOC em tabagista pesado com tosse produtiva crônica. A causa mais FREQUENTE de exacerbação e a infecção respiratória, com predomínio das virais (rinovírus a frente). Tromboembolia (B) e pneumotórax (E) são causas importantes, porém bem menos comuns; germes oportunistas (C) pressupõem imunossupressão; cor pulmonale (D) e consequência crônica, não gatilho agudo. A pergunta pede frequência, não gravidade. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Homem, com 23 anos de idade, mototaxista, sofre acidente motociclístico por colisão com carro em alta velocidade. Seu corpo foi lançado aproximadamente a 20m e o capacete, ejetado. Foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros com colocação de colar cervical, uso de prancha longa, imobilização e oxigenioterapia. Ao dar entrada na unidade de emergência na qual você é plantonista, 11 minutos após o acidente, apresentava-se agitado, agressivo, com saturação de oxigênio, aferida em oximetria de pulso, de 88%. O exame físico identificou murmúrio vesicular presente e roncos discretos na base de pulmão direito; pulso radial=105 bpm; abdome sem escoriações e indolor à palpação; deformidade em coxa direita e à palpação do crânio, apresentava afundamento de aproximadamente 0,5cm, associado a ferimento corto-contuso de 5cm de extensão, em região têmporo-parietal direita. Avaliação pela escala de coma de Glasgow=8. Pupilas fotorreagentes, sem anisocoria. Qual a conduta imediata a ser adotada para este paciente?

A Entubação orotraqueal com objetivo de proteger a via aérea e aumentar a perfusão tecidual de oxigênio. ✓

B Realização de traqueostomia de urgência com o objetivo de hiperventilar o paciente e favorecer a expansão pulmonar.

C Sedação com meperidina, com o objetivo de reduzir a agitação e consequentemente, o consumo de oxigênio e a congestão pulmonar.

D Ventilação sob máscara e pressão positiva, proteção do ferimento e contenção física, prevenindo o agravamento das lesões.

E Ventilação sob máscara e pressão positiva, drenagem do hemitórax direito, melhorando assim a perfusão tecidual. 7 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado com Glasgow 8, agitação e saturação de 88%: há traumatismo cranioencefálico grave com via aérea não protegida e hipoxemia — indicação formal de intubação orotraqueal imediata. Traqueostomia de urgência (B) não é a via inicial; meperidina (C) sedaria sem proteger a via aérea e mascararia o exame neurológico; contenção física (D) não trata hipoxemia; drenagem torácica (E) não se justifica com murmúrio presente e apenas roncos. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito E

Garota, com 13 anos de idade, moradora de rua, procura atendimento na rede básica de saúde, relatando falta de apetite, perversão do hábito alimentar, com relato de ingestão frequente de terra, epigastria, além de prurido anal e vaginal. Ao exame físico apresenta-se emagrecida e hipocorada. O exame parasitológico de fezes para pesquisa de ovos e larvas de helmintos e cistos de protozoários pelos métodos de Faust, Lutz e Baerman Moraes, revela: “presença de ovos de *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e *Ancylostoma duodenale*. Presença de cistos de *Entamoeba coli*. Presença de larvas de *Strongyloides stercoralis*”. Assinale a alternativa que contém a prescrição que visa o tratamento das enteroparasitoses apresentadas pela paciente.

- A albendazol em dose única e praziquantel em dose única.
- B levamisol em dose única e ivermectina em dose única.
- C metronidazol por sete dias e tiabendazol por dois dias.
- D albendazol por quatro dias e tinidazol em dose única.

E albendazol em dose única e tiabendazol por dois dias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliparasitose com *Ascaris*, *Trichuris*, *Ancylostoma* e *Strongyloides*. O albendazol em dose única cobre os três primeiros, mas o *Strongyloides* exige droga específica — tiabendazol por dois dias (ou ivermectina). Praziquantel (A) e para trematodeos/cestodeos; levamisol (B) não cobre *Trichuris*; metronidazol (C) e tinidazol (D) tratam protozoários — e a *Entamoeba coli* encontrada e COMENSAL, não se trata. Resposta E.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Mãe leva sua ■ lha, com um mês de vida, para consulta na Unidade Básica de Saúde. Relata que a ■ lha foi submetida aos exames de triagem neonatal e está em aleitamento materno exclusivo, com calendário vacinal em dia. A criança nasceu de parto vaginal, a termo, com 3000g, Apgar 7 e 9. A mãe queixa-se que a ■ lha, há três semanas, está chorando muito, quase todos os dias, no início da noite. Informa também que a criança apresenta muitas evacuações ao dia, com fezes semi-pastosas, de coloração amarelada. Na consulta realizada com 10 dias de vida o peso da criança foi de 2990g. Hoje, na consulta, pesou 3550g. Diante desse quadro clínico, assinale a alternativa que contém o diagnóstico e a conduta para essa criança.

- A A criança apresenta quadro de diarreia aguda, o que ocasionou a perda de peso. Necessita receber imediatamente soro para hidratação oral e que seja suspenso o aleitamento materno.

B A criança apresenta quadro de cólica do lactente, o seu ganho ponderal é adequado. A mãe deve ser orientada a manter o aleitamento materno. ✓

- C A criança apresenta refluxo gastroesofágico, o que determina o baixo ganho ponderal. Necessita de tratamento e cuidados para controle do refluxo gastroesofágico.
- D A criança apresenta quadro de intolerância ao leite materno. O que impõe a suspensão do aleitamento materno e introdução de leite de fórmula.
- E A criança apresenta baixo ganho ponderal por ingestão alimentar reduzida devido à baixa produção de leite materno. A mãe deverá ser orientada a realizar complementação com leite de fórmula.

COMENTÁRIO OSCELABS

Faca a conta antes de diagnosticar: 2990 g aos 10 dias e 3550 g com um mês = 560 g em 20 dias, ganho ponderal EXCELENTE. Fezes semi-pastosas amareladas e evacuações frequentes são normais no lactente em aleitamento exclusivo. Choro vespertino diário com bom ganho define cólica do lactente — conduta: acolher e manter a amamentação. Diarreia (A), refluxo com baixo ganho (C), intolerância (D) e hipogalactia (E) são todos afastados pela curva de peso. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Você atende um menino com um ano de idade, história de febre alta, falta de apetite e irritabilidade há dois dias. A mãe informa que a vacinação está completa. Hoje pela manhã surgiram petéquias no corpo do paciente. Ao exame físico apresentava rigidez de nuca. A bacterioscopia do líquido mostrou a presença de meningococos. Considerando o período de transmissão da infecção e o fato do paciente ter um irmão de quatro anos de idade, qual a alternativa que indica a conduta para a proteção dos contactantes em casa?

A Vacinação de todos os contactantes (vacina: meningocócica do grupo C).

B Quimioprofilaxia com rifampicina por dois dias para todos os contactantes. ✓

C Vacinação apenas do irmão de quatro anos de idade (vacina: meningocócica do grupo C).

D Observação rigorosa de todos os contactantes, sem quimioprofilaxia.

E Quimioprofilaxia com rifampicina apenas para o irmão de 4 anos de idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença meningocócica confirmada por bacterioscopia: todos os contatos domiciliares recebem quimioprofilaxia com rifampicina por dois dias (12/12h), independentemente de idade ou estado vacinal, e idealmente até 48 horas do diagnóstico. Vacinar (A, C) protege tarde demais para o contato já exposto e não cobre outros sorogrupos; restringir a profilaxia ao irmão (E) deixa os demais moradores desprotegidos; apenas observar (D) é insuficiente. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Primigesta, tabagista, na 36ª semana de gestação, procura a emergência da maternidade com sangramento vaginal de moderada quantidade, há 20 minutos, associado a dor abdominal, de forte intensidade. Ao exame: Pressão arterial = 80 x 50 mmHg, pulso = 120 bpm e mucosas descoradas. Frequência Cardíaca Fetal = 180 bpm. Útero hipertônico, colo com dilatação cervical de 4,0 cm. A conduta médica deve incluir

A reposição de volemia e resolução por cesárea. ✓

B indução do parto com ocitocina.

C reposição da volemia e aguardar a evolução do trabalho de parto.

D exame ultrassonográfico com ressonância diagnóstica.

E realização de amniotomia e aguardar o parto vaginal. 8 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento com dor intensa, útero hipertônico, choque materno e taquicardia fetal de 180 bpm na 36ª semana: e descolamento prematuro de placenta com sofrimento fetal e instabilidade hemodinâmica. A conduta e reposição volemica e parto pela via mais rápida — cesárea, já que a dilatação é de apenas 4 cm. Ocitocina (B) e amniotomia (E) não resolvem a tempo; aguardar evolução (C) mata mãe e feto; ultrassom (D) não confirma nem exclui DPP e só atrasa. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito E

Homem, com 26 anos de idade, apresentou, durante a prática de basquetebol, dor torácica súbita, de leve intensidade, no hemitórax esquerdo, associada a leve desconforto respiratório. Mesmo tendo interrompido a prática de esporte, o desconforto respiratório agravou-se e ele foi levado pelos amigos a uma unidade de pronto atendimento. No exame inicial apresentava facies de sofrimento agudo e cianose leve, frequência respiratória de 38 incursões respiratórias por minuto, frequência cardíaca de 138 bpm, pressão arterial de 80x50 mmHg e saturação de oxigênio de 83%. A ausculta pulmonar revelava murmúrio vesicular praticamente abolido à esquerda. Mediante esse quadro, qual deve ser a conduta imediata?

- A Administração de O₂ úmido - 6l/min e solicitação de Raio X de tórax em Pressão arterial e em ortostatismo.
- B Administração de O₂ úmido - 6l/min e solicitação de Raio X de tórax em Pressão arterial e em decúbito lateral esquerdo.
- C Administração de O₂ úmido sob pressão; solicitação de radiografia as sequenciais de tórax em postero anterior, antes e após O₂ sob pressão.
- D Solicitação de radiografia a de tórax em postero anterior, per I e decúbito lateral esquerdos e avaliação cirúrgica.

E Realizar drenagem por punção torácica com agulha calibrosa, no segundo espaço intercostal esquerdo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem alto com dor torácica súbita durante esforço, cianose, taquipneia de 38, hipotensão (80x50), saturação de 83% e murmúrio abolido à esquerda: pneumotorax HIPERTENSIVO. O diagnóstico é clínico e o tratamento é imediato — punção de alívio com agulha calibrosa no 2º espaço intercostal, seguida de drenagem. Todas as demais alternativas pedem imagem antes de descomprimir: com o paciente em choque obstrutivo, esperar radiografia é erro que custa a vida. Resposta E.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Trinta e cinco indivíduos, adolescentes e adultos, alimentam-se em um restaurante com buffet de comida “por quilo”. Cerca de quatro horas depois, sete integrantes do grupo apresentam diarreia com várias evacuações aquosas, sem febre, acompanhadas de cólicas abdominais e vômitos. Ao serem avaliados apresentam-se apiréticos, desidratados, alguns deles necessitando de hidratação venosa. Dois dias depois, três outros membros do grupo, que também haviam comido no mesmo buffet, apresentam quadro de diarreia, eliminação de fezes com muco, pus e sangue, acompanhado de febre e mal estar. Na avaliação clínica apresentam-se desidratados, febris e toxemiados. Quais são os agentes etiológicos que melhor explicam a epidemiologia e as características clínicas dos quadros diarreicos descritos?

A Staphylococcus aureus e Salmonella enteritidis. ✓

- B Staphylococcus aureus e Escherichia coli enterotoxigênica.
- C Staphylococcus aureus e Bacillus cereus.
- D Salmonella enteritidis e Yersinia enterocolitica.
- E Shigella flexneri e Escherichia coli enteropatogênica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois quadros epidêmicos distintos na mesma fonte. Diarreia com vômitos em 4 HORAS, sem febre, e intoxicação por TOXINA PRE-FORMADA do Staphylococcus aureus. Já o quadro que aparece 2 DIAS depois, com febre, toxemia e fezes com muco, pus e sangue, é disenteria invasiva por Salmonella enteritidis. B e C erram o segundo agente (E. coli enterotoxigênica e Bacillus cereus não invadem); D e E não explicam o início em quatro horas. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Um médico decidiu realizar uma pesquisa científica com seus pacientes na unidade de saúde. Ele iria fazer entrevistas com adolescentes sobre sexualidade, investigando o grau de conhecimento deles quanto aos métodos contraceptivos, quer seja natural, de barreira, hormonal ou dispositivo intrauterino. Qual o procedimento adequado para que a pesquisa seja realizada de acordo com o Código de Ética Médica?

- A Incluir nas referências bibliográficas a citação dos trabalhos publicados em revistas com comitê de revisores.
- B O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) não necessita emitir parecer sobre o protocolo, pois a pesquisa tem apenas objetivos educacionais.
- C Obter o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) assinado pelos adolescentes.

D Obter TCLE assinado pelos adolescentes e seus representantes legais e comunicar à comunidade sobre a natureza da investigação. ✓

- E Caso tenha uma indústria de medicamentos financiando a pesquisa, o pesquisador não necessitará informar sua relação com esta empresa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pesquisa com adolescentes menores exige TCLE assinado pelos representantes legais somado ao assentimento do próprio adolescente, além de transparência com a comunidade estudada. Toda pesquisa com seres humanos precisa de parecer do CEP, mesmo com fins educacionais — o que derruba B. Referências bibliográficas (A) não são questão ética de proteção do sujeito; consentimento só do adolescente (C) é insuficiente; e omitir financiamento da indústria (E) e conflito de interesse não declarado. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Um estudante, com 15 anos de idade, chega à Emergência informando ser portador de asma desde a infância. Relata que manteve controle da asma nos últimos meses e que apresenta piora há dois dias, quando passou a apresentar dispnéia associada à tosse, expectoração mucosa e chiado no peito. Ao exame físico observa-se tórax tipo pectus carinatum, com discreta tiragem intercostal; frequência respiratória = 32 irpm; Frequência cardíaca=100 bpm; ausculta pulmonar com sibilos difusos. Na sala de Emergência, diante do paciente com crise asmática, além do quadro clínico, consideram-se como procedimentos objetivos importantes para avaliação da gravidade, a realização, quando possível, de

- A radiografia de tórax e medida do pico de fluxo expiratório (PFE).
- B radiografia de tórax e saturação de oxigênio no sangue arterial por gasometria ou oximetria de pulso (SatO₂).
- C hemograma e saturação de oxigênio no sangue arterial por gasometria ou oximetria de pulso (SatO₂).

D medida do pico de fluxo expiratório (PFE) e saturação de oxigênio no sangue arterial por gasometria ou oximetria de pulso (SatO₂). ✓

- E eletrocardiograma e medida do pico de fluxo expiratório (PFE).
- 9 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Na crise asmática, a avaliação OBJETIVA de gravidade se faz com medida do pico de fluxo expiratório (grau de obstrução) e oximetria/gasometria (grau de troca gasosa) — os dois parâmetros que orientam internar ou liberar. A radiografia de tórax (A, B) não é rotina na crise, só quando há suspeita de pneumotorax, pneumonia ou falha terapêutica. Hemograma (C) e eletrocardiograma (E) não medem gravidade obstrutiva. Resposta D.

QUESTÃO 35 — ANULADA

Uma mulher, com 36 anos de idade, casada, procura a Unidade de Pronto Atendimento com dor tipo cólica, intensa e constante há três dias, náuseas, vômitos, tendo feito várias aplicações de analgésicos parenterais. Há cerca de seis meses, vem apresentando crises de dor abdominal semelhantes, porém de intensidade menor em hipocôndrio direito com irradiação para o dorso, do tipo cólica, predominantemente noturnas e após a ingestão de alimentos gordurosos. No momento, ela está com temperatura de 38,1°C, com fácies de dor, taquicárdica, com dor intensa à palpação do hipocôndrio direito e com a presença de sinal de Murphy. Com base nessas informações, a conduta mais adequada é

- A administrar novamente analgésicos, com alta e orientação para procurar ambulatório de cirurgia para programar colecistectomia eletiva.
- B administrar analgésicos e antibióticos, com alta e orientação para procurar ambulatório de cirurgia para programar colecistectomia eletiva.
- C administrar analgésicos, com internação hospitalar até melhora da dor e alta para programar colecistectomia eletiva.
- D administrar analgésicos e antibióticos, com internação hospitalar até “esfriar o processo” seguida de alta para programar colecistectomia.
- E administrar analgésicos e antibióticos, com internação hospitalar e programar colecistectomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema cobrado era colecistite aguda litiasica — dor em hipocondrio direito ha tres dias, febre de 38,1 C e sinal de Murphy positivo em paciente com historia previa de colica biliar. O manejo envolve internacao, analgesia, antibioticoterapia e colecistectomia, mas o momento ideal da cirurgia (precoce na mesma internacao versus 'esfriar o processo' e operar depois) era justamente o ponto controverso entre as alternativas. Como a questao foi anulada, nao ha alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Paciente, com 32 anos de idade, hígida anteriormente, deu entrada em serviço de urgência municipal com quadro clínico de febre alta, mialgia, artralgia, cefaléia, prostração, dor retroorbitária e exantema. Apresentava-se lúcida e orientada. Ao exame físico, constatou-se desidratação, temperatura = 39,5°C, Frequência cardíaca = 102 bpm, Frequência respiratória = 20 irpm e Pressão arterial = 90 x 60 mmHg. Ausculta cardiopulmonar normal. A avaliação laboratorial mostrou: Hematócrito = 35 %; leucócitos totais = 1.900 /mm³; plaquetas = 102.000 /mm³. Diante do quadro, neste momento, qual a prioridade no manuseio da paciente?

- A Solicitar sorologia para dengue.
- B Prescrever paracetamol para controle da temperatura e analgesia.
- C Instalar hidratação venosa. ✓**
- D Orientar hidratação vigorosa, em domicílio.
- E Encaminhar para unidade hospitalar do nível secundário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dengue com sinais de alarme: hipotensao (90x60), desidratacao, leucopenia de 1.900 e plaquetopenia. A prioridade AGORA e hidratacao venosa — reposicao volêmica salva na dengue, e o extravasamento plasmático e o que mata. Sorologia (A) não muda conduta imediata; paracetamol (B) trata sintoma, não o choque incipiente; hidratacao domiciliar (D) e inadequada em paciente ja hipotensa; encaminhar (E) sem estabilizar antes e erro. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito E

A enfermeira de uma equipe de Saúde da Família aborda o médico para saber o que deve ser feito com um paciente que atendeu hoje. Trata-se de homem recém- chegado do interior, em tratamento para tuberculose e AIDS. O relatório trazido por ele informa que há cinco anos iniciou terapia antiretroviral. Há seis meses iniciou tratamento para tuberculose, não tendo apresentado intolerância a nenhum medicamento. A medida a ser adotada em relação ao paciente é

- A dar continuidade ao dois tratamentos sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família.
- B dar continuidade apenas ao tratamento antiretroviral, pois a tuberculose já foi adequadamente tratada (seis meses).
- C prolongar o esquema de tratamento para tuberculose para doze meses.
- D investigar situação dos comunicantes quanto à tuberculose, como forma indireta de avaliar a adesão do paciente ao tratamento.

E encaminhar o paciente para tratamento conjunto com os serviços de referência local de DST/AIDS e de tuberculose. 10 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Coinfecção tuberculose-HIV com terapia antirretroviral há cinco anos e tuberculose em tratamento: e situação de manejo compartilhado, que exige articulação da Equipe de Saúde da Família com os serviços de referência em DST/AIDS e em tuberculose — interações medicamentosas, ajuste de esquema e vigilância são especializados. Assumir sozinho na APS (A) ou interromper o tratamento da tuberculose (B) é temerário; prolongar para doze meses (C) não se faz sem indicação; investigar comunicantes (D) é importante, mas não responde a pergunta. Resposta E.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Paciente, com 49 anos de idade, sexo masculino, lavrador, vem à consulta com queixa de lesão em face que iniciou-se como uma pápula, posteriormente evoluindo com ulceração e indolor. A primeira lesão apareceu há 3 meses, sendo seguida de mais duas com as mesmas características. Associado ao aparecimento das lesões evoluiu com emagrecimento, não sabendo quantificar, porém notou que suas roupas estão mais largas que o habitual. Não apresentou quadro semelhante antes. Relata tabagismo e etilismo desde a infância. Não refere uso de medicamentos. Durante o exame físico, foram visualizadas lesões ulceradas, de bordas elevadas, com fundo granuloso em região labial inferior e mentoniana. Foi realizado raspado para exame direto e biópsia da lesão. Em ambos os exames foram encontradas formas leveduriformes com múltiplos brotamentos pequenos, em roda de leme. Reação de Montenegro negativa. Qual o diagnóstico e tratamento de escolha? Figura I - Lesão cutânea. Figura II - Formas leveduriformes com múltiplos brotamentos. Fonte: Shikanai-Yassuda MA cols, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 39(3):297-310, mai-jun, 2006.

A Paracoccidioidomicose e itraconazol. ✓

- B Esporotricose e solução saturada de Iodeto de potássio.
- C Carcinoma de células escamosas e cirurgia.
- D Tuberculose cutânea e R (Rifampicina) - H (Isoniazida) - Z (Pirazinamida) - E (Etambutol).
- E Leishmaniose cutânea e glucantime.

COMENTÁRIO OSCELABS

A microscopia entrega o diagnóstico: leveduras com MULTIPLOS BROTOAMENTOS em 'roda de leme' são patognômicas de *Paracoccidioides brasiliensis*. O contexto reforça — lavrador, lesões ulceradas peribucais com fundo granuloso (estomatite moriforme) e emagrecimento. O tratamento ambulatorial de escolha é itraconazol. Esporotricose (B) da lesão em trajeto linfático; carcinoma (C) não teria fungos; a Montenegro negativa e o achado micológico afastam leishmaniose (E). Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito E

Uma criança nascida de parto cesáreo, a termo, com Apgar 8/9, pesando 3500g, apresenta, nas primeiras 24 horas de vida, cianose associada com desconforto respiratório. Durante o exame físico, o recém-nascido encontra-se cianótico, taquidispneico (Frequência respiratória=65 irpm), taquicárdico (Frequência cardíaca=160bpm), com retrações subdiafragmáticas e intercostais. A ausculta pulmonar é normal e não é observada a presença de sopro à ausculta cardíaca. A saturação de oxigênio inicial era de 70% antes, passando a 72% após iniciar a oxigenoterapia com FiO₂ de 100%. Foi feita a hipótese diagnóstica de cardiopatia congênita, sendo solicitados radiografia de tórax e ecocardiograma.

A radiografia de tórax mostrou área cardíaca aparentemente sem alterações e aumento da trama pulmonar. O ecocardiograma não pôde ser realizado. A hipótese diagnóstica principal e a conduta terapêutica indicada são, respectivamente, A atresia pulmonar; administração de indometacina para fechamento do canal arterial.

B tetralogia de Fallot; administração de indometacina para fechamento do canal arterial.

C atresia pulmonar; administração de prostaglandina E para manutenção do canal arterial.

D transposição de grandes vasos; administração de indometacina para fechamento do canal arterial patente.

E transposição de grandes vasos; administração de prostaglandina E para redução da trama pulmonar.

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cianose que NÃO melhora com oxigênio a 100% (70% para 72%), sem sopro, com área cardíaca normal e trama pulmonar aumentada: e cardiopatia congênita cianótica com fluxo pulmonar aumentado — transposição das grandes artérias, em que as duas circulações ficam em paralelo. A sobrevida depende de MANTER o canal arterial aberto com prostaglandina E até a atresioseptostomia. Toda alternativa que fecha o canal com indometacina (A, B, D) é letal aqui. Resposta E.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Criança, com oito meses de idade, dá entrada em pronto socorro acompanhada pela mãe que se encontra muito angustiada. Ela diz que o bebê havia caído do berço há poucas horas. Ainda, que a criança não apresentou perda de consciência ou vômitos. Ao exame físico foi evidenciada fratura de fêmur e escoriações leves no tronco. Após o devido tratamento das lesões, que medida deve complementar o cuidado a essa criança?

A Formalizar denúncia contra a mãe junto à autoridade policial.

B Formalizar denúncia contra a mãe junto ao Juizado de Menores.

C Comunicar a suspeita de maus-tratos ao Conselho Tutelar. ✓

D Alertar a mãe que aumente seus cuidados para evitar acidentes.

E Solicitar realização de perícia médico-legal. 11 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura de fêmur em lactente de oito meses que 'caiu do berco' e desproporcional ao mecanismo relatado — fratura de osso longo nessa idade e sinal de alerta para maus-tratos. A obrigação legal do médico (ECA, art. 13) e COMUNICAR a suspeita ao Conselho Tutelar, órgão competente para proteger a criança. Denúncia policial ou judicial (A, B) não cabe ao médico; orientar a mãe (D) ignora o risco; perícia legal (E) não substitui a notificação protetiva. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito E

Paciente, com 57 anos de idade, sexo masculino, chega ao pronto atendimento queixando-se de palpitações que se iniciaram há três dias, associadas à tontura e à dispnéia. Relata fazer uso de metimazol 10 mg/dia há um mês por diagnóstico de hipertireoidismo. Faz uso ainda de enalapril 20 mg para hipertensão arterial desde os 45 anos de idade. Ao exame: Pressão arterial = 110 x 70 mmHg; Frequência cardíaca = 160 BPM; Frequência respiratória = 26 irmp; ritmo cardíaco taquicárdico, irregular, em dois tempos, sem sopros; murmúrio vesicular ■ siológico com crepitações bibasais; abdome livre, indolor, ruídos hidroaéreos positivos; aparelho locomotor sem alterações. Saturação periférica de oxigênio de 87%. Solicitado ECG: Figura I - Traçado eletrocardiográfico. Instalada a suplementação de oxigênio e monitorização cardíaca. Assinale a alternativa que identifica a arritmia e a conduta a ser tomada ainda na sala de pronto atendimento.

- A Flutter atrial e amiodarona.
- B Taquicardia supra ventricular paroxística e procainamida.
- C Síndrome de Wolff-Parkinson-White e beta bloqueador.
- D Taquicardia atrial multifocal e bloqueadores de canais de cálcio.

E Fibrilação atrial e digitalico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Ritmo IRREGULAR, taquicardico, sem onda P organizada, em paciente com hipertireoidismo: fibrilação atrial de alta resposta ventricular. Como há sinais de congestão (crepitações bibasais, saturação 87%), o objetivo imediato é controle de frequência, e a banca elegeu o digitalico. Flutter (A) costuma ser regular; taquicardia supraventricular paroxística (B) e regular e de QRS estreito; WPW (C) contraindica bloqueio nodal; taquicardia atrial multifocal (D) é típica de DPOC. Resposta E.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Mulher, com 35 anos de idade, procura atendimento médico por apresentar quadro de dor de início súbito, com localização inicial na região epigástrica, inicialmente acompanhada de vômitos, com rápida expansão para o ■ anco e a fossa ilíaca direita e, posteriormente, para todo o abdome. A paciente apresenta extremidades frias e respiração superficial; busca manter-se imóvel e adota posição antálgica, com pernas ■ etidas sobre o tronco. O abdome é difusamente doloroso, sendo evidentes a contratatura abdominal e a rigidez da musculatura abdominal à palpação e à respiração. A radiografia de tórax e a radiografia simples de abdome, ambas realizadas em ortostatismo, mostram pneumoperitônio. Com relação à complicação apresentada pela paciente, é correto afirmar que

A ■ gura entre as causas mais frequentes de abdome agudo não traumático e metade dos casos ocorre em pacientes com idade entre 20 e 40 anos. ✓

- B nas úlceras duodenais as perfurações ocorrem, de um modo geral, na parede posterior e na curvatura do duodeno.
- C nas úlceras gástricas as perfurações ocorrem, usualmente, na parede posterior do antro e da região pré-pilórica.
- D a área mais acometida por perfurações de úlceras pépticas é o estômago, na proporção de 14:1 em relação ao duodeno.

E a mortalidade é proporcionalmente maior nas perfurações duodenais, em torno de 20%, talvez porque acometam pacientes mais idosos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica súbita que se generaliza, abdome em tabua e pneumoperitônio: úlcera péptica perfurada. É de fato uma das causas mais frequentes de abdome agudo não traumático, com pico em adultos jovens. Os distratores invertem a anatomia clássica: a úlcera duodenal perfura na parede ANTERIOR (a posterior sangra, pela artéria gastroduodenal) — o que derruba B; C e D erram a distribuição (o duodeno predomina sobre o estômago); e a mortalidade é maior nas perfurações GÁSTRICAS, não duodenais (E). Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Paciente, com 35 anos de idade, sexo masculino, etilista, é trazido por familiares ao hospital após ter apresentado crise convulsiva generalizada e perda de consciência. Esposa relata que o paciente não fazia uso de medicamentos, tendo realizado consulta médica recente. Nega que tenham ocorrido quedas ou traumatismos antecedendo o início do quadro. Ao exame: Pressão arterial = 190 x 100 mmHg, Frequência cardíaca = 50 bpm ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros; murmúrio vesicular ■ siológico sem ruídos adventícios. Escala de coma de Glasgow: 7, pupilas anisocóricas (maior à direita) e fotorreagentes; hemiplégico à esquerda. Saturação periférica de oxigênio de 98 %. Qual a conduta a ser tomada para esse paciente no momento da admissão?

A Entubação orotraqueal + hiperventilação mecânica; manitol. ✓

B Ventilação não invasiva; manitol e solução hipertônica.

C Suplementação de oxigênio por máscara; manitol.

D Entubação orotraqueal + ventilação mecânica.

E Entubação orotraqueal + ventilação mecânica + antihipertensivo. 12 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Glasgow 7, anisocoria com pupila maior a direita, hemiplegia contralateral e triade de Cushing (hipertensão 190x100 com bradicardia de 50): hipertensão intracraniana com herniação uncal em curso. A conduta é proteger a via aérea (intubação), hiperventilar transitoriamente para vasoconstrição cerebral e usar manitol. Ventilação não invasiva (B) e máscara (C) não protegem via aérea com Glasgow 7. E o erro mais grave é baixar a pressão (E): a hipertensão aqui é reflexo compensatório que mantém a perfusão cerebral. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito E

Homem, assintomático, com 45 anos de idade e que apresenta tumor renal, procura atendimento em consultório médico portando documento que o identifica como Testemunha de Jeová, informando que não deverá ser submetido a transfusão de sangue. O documento foi registrado em cartório e enumera todos os motivos pelos quais o mesmo tem o direito de não receber transfusão de sangue. É provável que este paciente seja submetido a tratamento cirúrgico, pois esta alternativa terapêutica aponta melhor sobrevida. Ele se nega veementemente a receber transfusão, caso seja necessário. Qual a conduta baseada nos princípios éticos positivados na última versão do Código de Ética Médica brasileiro?

A Não dar certeza ao paciente que não transfundirá o sangue e realizar o procedimento cirúrgico.

B Garantir ao paciente que tentará ao máximo não transfundir, mas transfundir se necessário.

C Tentar dissuadir o paciente da sua crença religiosa para o bem da sua saúde.

D Realizar o procedimento cirúrgico e, se necessário, transfundir, informando a família.

E Negar-se a realizar o procedimento e orientar o paciente a procurar outro médico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Situação ELETIVA, com paciente adulto, lucido, informado e com recusa formal a hemotransfusão registrada em cartório: prevalece a autonomia. Como não há emergência, o médico que não se dispõe a operar sem a possibilidade de transfundir deve recusar-se ao procedimento e encaminhar o paciente a outro colega ou serviço. Mentir ao paciente (A) ou transfundir contra sua vontade declarada (B, D) viola a veracidade e autonomia; catequizar o paciente contra sua fé (C) e abuso da relação médico-paciente. Resposta E.

QUESTÃO 45 — ANULADA

Uma mulher, com 32 anos de idade - três gestações, dois partos e zero abortos -, tem idade gestacional de nove semanas, com rmanada por ultrassonografia realizada há três dias. Deu entrada na emergência de um hospital, com dor abdominal em cólica, sangramento transvaginal moderado com odor fétido, relatando febre e calafrios. Informa ter sido manipulada, em tentativa de abortamento, há dois dias. O exame clínico revelou dor à manipulação do útero, colo uterino pérvio e com presença de sangramento com odor fétido. A paciente apresenta pulso regular, com frequência cardíaca = 110 bpm, Pressão arterial = 85 x 40 mmHg e temperatura axilar = 39 °C. Os exames laboratoriais realizados evidenciaram Leucócitos = 18.000 cel/mm³, com desvio à esquerda e Proteína C Reativa = 18 mg/dL (Valor normal < 0,1 mg/dL). Diante do quadro da paciente, o diagnóstico e conduta são, respectivamente,

- A abortamento incompleto por manipulação. O restante do conteúdo uterino deve ser esvaziado e, se a febre persistir por mais 48 horas, iniciar antibioticoterapia, de preferência com ampicilina por via endovenosa, 1g de 6/6 horas. A paciente recebe alta, se afebril, sem medicação antimicrobiana.
 - B abortamento séptico por manipulação. O restante do conteúdo uterino deve ser esvaziado quando a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica e somente após 12 horas de instituída antibioticoterapia, preferencialmente com esquema duplo: metronidazol e gentamicina. A paciente recebe alta com medicação antimicrobiana, após 48 horas da curetagem.
 - C abortamento infectado por manipulação. Curetagem uterina deve ser realizada quando a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica. Inicia-se antibioticoterapia, preferencialmente com esquema duplo: metronidazol e gentamicina. A histerectomia deve ser efetuada se a infecção não responder ao tratamento. A paciente recebe alta com medicação antimicrobiana, após 48 horas do procedimento.
 - D abortamento séptico por manipulação. Instituir antibioticoterapia, preferencialmente com esquema duplo: metronidazol e gentamicina. O conteúdo uterino deve ser esvaziado quando a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica. A paciente pode receber alta após 48 horas, se apirética e com bom estado geral, sem uso de antimicrobianos.
 - E abortamento infectado por manipulação. Deve ser realizada a curetagem uterina, quando a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica. Em seguida, inicia-se a antibioticoterapia, preferencialmente com esquema duplo: metronidazol e gentamicina. Após 48 horas da curetagem, recebe alta sem medicação antimicrobiana.
- 13 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
O EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era o abortamento infectado/septico após manipulação — paciente com febre de 39 °C, secreção fétida, leucocitose com desvio, PCR muito elevada e instabilidade hemodinâmica (85x40 mmHg). Os pontos em disputa entre as alternativas eram a nomenclatura (infectado versus septico), o momento do esvaziamento uterino em relação ao início da antibioticoterapia e a manutenção ou não de antimicrobiano na alta. Por ter sido anulada, não há alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Criança, com 15 meses de idade, foi à Unidade Básica de Saúde para receber as vacinas do Programa Nacional de Imunização. A mãe da criança perguntou se ele podia tomar todas as vacinas, porque seu filho mais velho, de 10 anos de idade, encontra-se em tratamento quimioterápico para leucose aguda. Qual a conduta recomendada?

A A criança pode receber todas as vacinas previstas.

B A criança pode receber todas as vacinas, com exceção da Sabin. ✓

C A criança deve adiar a vacinação contra difteria, tétano e coqueluche.

D A criança pode receber somente a tríplice viral.

E A criança deve adiar a vacinação para o próximo mês.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto é o contato domiciliar imunossuprimido: a vacina Sabin (VOP) e de vírus vivo ELIMINADO NAS FEZES, e pode infectar o irmão em quimioterapia — por isso substitui-se pela VIP (injetável, inativada). As demais vacinas do calendário de 15 meses podem ser aplicadas normalmente, inclusive a tríplice viral, que não apresenta transmissão por contato. Adiar difteria-tetano-coqueluche (C) ou toda a vacinação (E) desprotege a criança sem benefício. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Mulher, com 19 anos de idade, procura o pronto-socorro de um hospital secundário com queixa de dor abdominal e vômitos há dois dias. Há cerca de quinze dias, apresenta tosse e coriza amarelada e, há dez dias, poliúria e polidipsia. Comenta ter emagrecido 12 kg (18% do peso) nas últimas duas semanas. Informa não ter tido febre. Não relata antecedentes morbidos pessoais ou familiares relevantes. Ao exame clínico, aparece vigil, consciente, orientada. Pontuação na escala de coma de Glasgow = 15. Corada, desidratada 2+/4+, taquipneica. Pressão arterial = 106 x 62 mmHg, pulso = 104 bpm, frequência respiratória = 28 irpm. Abdome doloroso à palpação profunda de epigástrio, sem dor à descompressão brusca. Semiologia cardíaca, pulmonar, e de membros, normais. Saturação de oxigênio em ar ambiente: 99 %. Glicemia capilar à entrada = 364 mg/dL. Foram solicitadas dosagens séricas de eletrólitos, exame sumário de urina e gasometria venosa. Além de se considerar o início de antibioticoterapia para o quadro respiratório alto, a conduta terapêutica imediata adequada é

A aguardar os exames, antes de outras etapas do tratamento.

B iniciar insulinoterapia, em bolus endovenoso, a ser mantida por infusão contínua.

C aguardar resultado da dosagem de eletrólitos (K+) e iniciar expansão com soro fisiológico. ✓

D preparar expansão com soro fisiológico e reposição de potássio.

E introduzir expansão com soro fisiológico, reposição de potássio e insulinoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética de abertura: emagrecimento de 18%, poliúria, polidipsia, taquipneia (Kussmaul) e glicemia de 364. A primeira medida é sempre VOLUME — expansão com soro fisiológico, que já reduz a glicemia e restaura perfusão. A insulina, porém, só entra depois de conhecido o potássio: ela empurra K para dentro da célula e, se o paciente estiver hipocalemico, precipita arritmia fatal. Por isso iniciar insulina de imediato (B, E) é arriscado, e simplesmente aguardar exames sem hidratar (A) ou repor potássio às cegas (D) também não serve. Resposta C.

QUESTÃO 48 — Gabarito E

Homem, com 45 anos de idade, é submetido à cirurgia pélvica com duração de uma hora. No segundo dia de pós-operatório desenvolve quadro de dor na panturrilha, aumento de temperatura e edemas locais. Clinicamente, apresenta Pressão arterial = 140 x 90 mmHg, com Frequência cardíaca = 120 bpm e Frequência respiratória = 30 irpm. Realizado eletrocardiograma, observa-se taquicardia com ritmo sinusal. O método de escolha para o diagnóstico primário da intercorrência apresentada no segundo dia de pós-operatório é

- A a venografia por ter maior acurácia no diagnóstico e localização do problema e ser pouco invasiva.
- B a dosagem de D-dímero por ter alto valor preditivo positivo e ser bastante específica.
- C a pletismografia de bioimpedância por medir a capacitância venosa e ser pouco invasiva.
- D a venografia de ressonância magnética por ser ideal em casos agudos e ser bem tolerada pelos pacientes.

E a ultrassonografia com Doppler por ter ótimo valor preditivo positivo e ser pouco invasiva. 14 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em panturrilha com edema e empastamento no 2º pós-operatório de cirurgia pélvica: suspeita de trombose venosa profunda. O exame de escolha para o diagnóstico primário e o ultrassom com Doppler — não invasivo, disponível, com ótima acurácia no segmento femoropoplíteo. Venografia (A, D) e invasiva/reservada; D-dímero (B) tem alto valor preditivo NEGATIVO, não positivo, e é inútil no pós-operatório (sempre elevado); pletismografia (C) caiu em desuso. Resposta E.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Um menino, com um ano de idade, está sendo atendido no Pronto-Socorro de Pediatria com histórico de febre alta, falta de apetite e irritabilidade há dois dias. A mãe informou que hoje a criança apresentou vômitos, tremores e recusou toda a alimentação. Ao exame físico, apresenta-se hipoativo, com desidratação de primeiro grau e febre (39 °C). Para a investigação desse quadro febril, sem foco aparente, foram realizados os seguintes exames: Estudo do líquido: normal Eritrograma: Hb: 11,5 g/dL Ht: 37,5 %. Leucograma: 25.000 /mm³, com 10% de bastonetes. Plaquetas: normais Exame sumário de urina (colhido com saco coletor): nitrato positivo; leucócitos: 430.000 /ml; eritrócitos: 15.000 /ml Urocultura: em execução Com base na suspeita de infecção urinária, qual é a conduta a ser adotada?

A Colher novo exame de urina por meio de punção supra-púbica, internar o paciente e instituir a hidratação e a antibioticoterapia parenteral, prescrevendo cefalosporina. ✓

- B Internar o paciente, instituir hidratação parenteral e aguardar o resultado da urocultura colhida no pronto-socorro, para iniciar a antibioticoterapia de acordo com antibiograma.
- C Hidratar o paciente no pronto-socorro e, após melhora clínica, liberá-lo com prescrição de cefalosporina por via oral. Pedir à responsável pelo menino que leve o resultado da urocultura, assim que esteja pronto, ao médico assistente.
- D Hidratar o paciente no pronto-socorro, colher novo exame de urina por sondagem vesical ou punção supra-púbica e, após melhora clínica, liberá-lo com prescrição de cefalosporina por via oral. Orientar a mãe que leve o resultado da urocultura, assim que esteja pronto, ao médico assistente.
- E Hidratar o paciente no pronto-socorro, colher novo exame de urina por sondagem vesical ou punção supra-púbica e, após melhora clínica, liberá-lo; aguardar o resultado da urocultura, para decidir sobre uso de antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de um ano com febre sem foco e urina colhida por SACO COLETOR — método com altíssima taxa de falso-positivo, que jamais confirma infecção urinária. Antes de rotular, colhe-se nova amostra por punção suprapúbica; e, dada a idade, a toxemia e a leucocitose de 25.000 com desvio, interna-se para hidratação e antibiótico parenteral. Tratar sem re coletar (B, C) ou liberar para casa lactente toxemiado (D, E) são condutas inseguras. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito E

Um médico da Unidade Básica de Saúde encontrava-se diante de uma difícil situação que envolvia o atendimento de uma criança de dois anos de idade, em que a melhor medicação disponível para o tratamento não estava disponível gratuitamente para pacientes nessa idade, apesar das evidências científicas mostrarem que, para outras faixas etárias, há benefício com seu uso. O médico orientou a mãe sobre a necessidade da medicação, seus importantes efeitos benéficos e os possíveis efeitos adversos, esclarecendo que utilizá-la seria o ideal para a criança, permitindo que ela optasse pelo uso de medicação fornecida gratuitamente ou pela medicação que deveria ser adquirida. Por considerar na opinião do profissional, com base na relação de parceria na atenção a seus doentes, a mãe decidiu comprar a medicação. A atitude do médico, nesta situação, considerou os princípios fundamentais da Ética Médica contemporânea e da Bioética. Nesta situação, evidencia-se o princípio

- A da beneficência.
- B da não-maleficência.
- C da justiça.
- D do assentimento.

E da autonomia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O médico informou benefícios, riscos e alternativas, e DEIXOU A DECISÃO com a responsável, que escolheu livremente — isso é o exercício do princípio da autonomia (consentimento informado). Beneficência (A) seria agir para o bem do paciente; não-maleficência (B), evitar o dano; justiça (C), a distribuição equitativa de recursos — que atende tangencialmente o caso, mas não é o princípio evidenciado na atitude descrita. Assentimento (D) não é princípio bioético clássico. Resposta E.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Mulher, com 44 anos de idade, apresenta quadro de dor epigástrica, com irradiação em faixa para hipocôndrio direito e esquerdo, com vômitos e distensão abdominal, de início súbito sem relação com esforço, ocorrendo há seis horas. Relata dois episódios semelhantes anteriores, de menor intensidade, nos últimos três anos, dos quais se recuperou apenas com restrição de dieta. Relata ainda trombose de retina à esquerda após um desses episódios. Durante o exame físico, foram visualizadas mucosas descoradas, anictérica, pele com turgor e elasticidade reduzidos. Pressão arterial = 40x90 mmHg. Pulso radial = 120 bpm, rítmico e **■** no. Ausculta respiratória - expansibilidade reduzida em base de hemitórax esquerdo, com submacicez local. Ausculta cardíaca - bulhas taquicárdicas em dois tempos. Abdomen distendido, com equimoses nos **■** ancos. Ruídos hidroaéreos diminuídos e dor difusa à palpação. Extremidades: pulsos periféricos palpáveis e simétricos. Exames laboratoriais mostram Ht = 52%, Hb = 14 g/L. Amilase = 104 U/L (Valor normal = 27 a 131 U/L). Glicemia na admissão = 230 mg/dL. Creatinina = 1,5 mg/dL (Valor normal = 0,7 a 1,3 mg/dL). Troponina Sérica = 0,5 ng/mL (Valor normal < 0,1 ng/mL). ECG sem alterações. O laboratório informa que o soro apresenta aspecto francamente leitoso na centrifugação. Ultrassonografia **■** a de abdome mostra vias biliares não dilatadas e vesícula biliar de paredes **■** nas, sem cálculos. O retroperitônio não foi visualizado. Qual o diagnóstico compatível com o quadro descrito?

A Pancreatite aguda. ✓

B Dissecção de aorta.

C Infarto do miocárdio.

D Colecistite aguda.

E Infarto mesentérico. 15 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

O soro FRANCAMENTE LEITOSO entrega o diagnóstico: pancreatite aguda por hipertrigliceridemia. Repare que a amilase pode vir normal justamente porque a lipemia interfere no ensaio — não afaste pancreatite por amilase normal. Somam-se dor em faixa, choque, equimose em flancos (sinal de Grey Turner) e hiperglicemia. Dissecção (B) e infarto (C) não explicam o soro lactescente; a ultrassonografia sem cálculos e com vias finas afasta colecistite (D). Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, com 22 anos de idade, submetido a tratamento cirúrgico de apendicite aguda há oito dias, procura a Unidade Básica de Saúde queixando-se de dor intensa e “in**■** amação” no local da incisão cirúrgica que ainda encontra-se com pontos. Relata que evoluiu bem após a cirurgia recebendo alta no segundo dia pós-operatório com prescrição de dipirona, se necessário. Desde então, retomava as atividades habituais até que há um dia começou a notar aumento de volume no local da ferida operatória. Não informa febre e apresenta boa aceitação alimentar. Durante o exame físico, nota-se ferida operatória de aproximadamente 7 cm, oblíqua em fossa ilíaca direita discretamente elevada, hiperemiada, com calor local e saída de pequena quantidade de secreção amarelada, sem brilho, viscosa e que suja a roupa. Abdomen **■** ácido e indolor fora da área de incisão. Temperatura axilar normal. Frequência cardíaca = 72 bpm, Frequência respiratória = 16 irpm. Diante do quadro, qual o diagnóstico e a conduta para o caso nesse momento?

A Infecção de sítio cirúrgico e iniciar antibioticoterapia.

B Seroma e colocar dreno laminar pela incisão, após retirada de um dos pontos.

C Infecção de sítio cirúrgico e abrir a incisão, seguida de lavagem com soro **■ siológico. ✓**

D Seroma e orientar o paciente que o conteúdo será absorvido pelo organismo.

E Hérnia incisional e orientar o paciente a procurar imediatamente o cirurgião que o operou.

COMENTÁRIO OSCELABS

Oitavo dia de pos-operatorio de apendicectomia com ferida hiperemiada, quente, dolorosa e drenando secrecao amarelada: infeccao de sitio cirurgico superficial. O tratamento e MECANICO — abrir a incisao, drenar e lavar com soro fisiologico, deixando cicatrizar por segunda intencao. Antibiotico isolado (A) nao resolve colecao; seroma (B, D) e liquido claro e nao cursa com hiperemia, calor e dor; hernia incisional (E) nao drena secrecao. Resposta C.

QUESTÃO 53 — ANULADA

Homem, com 55 anos de idade, alcoólatra, em acompanhamento ambulatorial devido a cirrose hepática, comparece ao Pronto-Socorro com hematêmese. Clinicamente se apresenta taquipneico, descorado, pulso ■ no, pressão arterial de 90 x 60 mmHg. Foi submetido a endoscopia digestiva alta que mostrou varizes esofágicas, com sangramento ativo. A próxima conduta para esse paciente deve ser

- A iniciar antibioticoterapia pro■ lática.
- B iniciar somatostatina.
- C iniciar reposição volêmica.
- D passar balão de Sengstaken-Blakemore.
- E realizar escleroterapia endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema era a sequencia de manejo da hemorragia digestiva alta por varizes esofagicas em cirrotico ja hipotenso, com sangramento ativo a endoscopia. Todas as medidas listadas — reposicao volemica, drogas vasoativas esplancnicas, antibioticoprofilaxia e terapeutica endoscopica — sao efetivamente indicadas nesse cenario, e o enunciado nao deixava claro qual passo ja teria sido cumprido; dai a ambiguidade sobre qual seria a 'proxima' conduta. Por ter sido anulada, nao ha alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Paciente do sexo feminino, assintomática, em avaliação de rotina, determinada pelo seu médico assistente, é submetida à coleta de duas amostras de urinocultura, que revelam crescimento de >100.000 Unidades Formadoras de Colônias/ml de Escherichia coli, nas duas amostras, com o mesmo per■ l de sensibilidade. A solicitação das urinoculturas e o tratamento antibiótico da bactéria isolada são justi■ cadas, se a paciente em questão for

- A muito idosa, moradora de asilo.
- B diabética, insulino-dependente.
- C portadora de cateter vesical de demora.
- D gestante, em qualquer idade gestacional. ✓**
- E jovem, sexualmente ativa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriuria assintomatica com duas culturas acima de 100.000 UFC/mL: rastrear e tratar so tem beneficio comprovado na GESTANTE (reduz pielonefrite, parto prematuro e baixo peso) e antes de procedimento urologico invasivo. Em idosa institucionalizada (A), diabetica (B), portadora de cateter de demora (C) e jovem sexualmente ativa (E), tratar nao reduz desfechos e apenas seleciona resistencia. Perola: sem sintoma e sem gravidez, nao cultive nem trate. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Paciente, com 23 anos de idade, encontra-se na nona semana de gestação e comparece à Unidade Básica de Saúde para sua primeira consulta de pré-natal. Dentre os exames de rotina para essa idade gestacional, o médico solicita

A sorologia para hepatite B e C.

B citologia oncótica e creatinina.

C sorologia para HIV e VDRL. ✓

D glicemia de jejum e teste de tolerância oral a glicose.

E exame sumário de urina e ecogra■ a obstétrica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primeira consulta de pre-natal: o rastreio obrigatorio inclui sorologia para HIV e VDRL — infeccoes com transmissao vertical evitavel, cujo diagnostico precoce muda desfecho. Hepatite B tambem entra na rotina, mas hepatite C (A) nao e universal; citologia oncotica (B) e feita quando indicada, nao como exame obrigatorio da idade gestacional; o teste de tolerancia a glicose (D) e da 24a-28a semana; a ecografia (E) nao substitui o rastreio sorologico. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Mulher, com 58 anos de idade, diabética, é admitida no Pronto-Socorro com dor precordial opressiva, intensa, irradiada para membro superior esquerdo há 40 minutos, associada a sudorese fria e sensação de morte iminente. Durante o exame clínico, encontra-se em bom estado geral, eupneica, Pressão arterial = 100 x 70 mmHg, Frequência cardíaca = 92 bpm, Frequência respiratória = 20 ipm. Pulmões limpos. Ritmo cardíaco regular, dois tempos, sem sopros. Abdome ■ ácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes. Sem edemas de membros inferiores, panturrilhas livres. Fez uso de dinitrato de isossorbida 5 mg sublingual, tendo cessado a dor. Eletrocardiograma realizado na admissão está normal. Qual a recomendação para o acompanhamento desta paciente?

A Acompanhamento ambulatorial, se Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais.

B Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, mesmo com troponina normal à admissão. ✓

C Acompanhamento ambulatorial especializado, com cardiologista, se Troponina colhida na admissão estiver normal.

D Internação hospitalar, monitorização cardíaca contínua, se Troponina colhida na admissão estiver elevada.

E Internação hospitalar, sem monitorização cardíaca contínua, se a Troponina e CKMB massa colhidas na admissão estiverem normais. 16 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO D E D I P L O M A S M É D I C O S EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial tipica em diabetica, com alivio ao nitrato: ate prova em contrario e síndrome coronariana aguda. Repare na armadilha temporal — com 40 minutos de dor, troponina e CK-MB PODEM ESTAR NORMAIS, pois a curva de marcadores demora horas. Logo, marcador normal a admissao nao libera ninguem: interna-se com monitorizacao continua e curva seriada. Todas as alternativas que mandam para casa ou dispensam monitorizacao com base em um unico exame (A, C, E) sao inseguras. Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Considere as três situações abaixo. I. Médico recebe comunicado do diretor clínico da clínica onde trabalha de que passará a receber desconto no aluguel do consultório de acordo com o número de pacientes encaminhados para outros especialistas. II. Mãe traz a ■ lha de 16 anos de idade, aluna do segundo ano do ensino médio, para consulta ginecológica. A adolescente não apresenta alterações ao exame clínico. Após a consulta, a mãe procura o médico para obter informações sobre o que foi discutido pelo médico com a ■ lha em relação à sexualidade. O médico se nega a fornecer as informações sem a autorização da ■ lha menor. III. Um médico especialista é chamado para falar sobre um tema de saúde em uma emissora de rádio. Durante o programa, atendendo a solicitação de ouvintes do programa, realizado ao vivo, o médico informa o telefone do seu consultório. Qual (is) desta(s) situação(ões) constitui(em) infrações do Código Brasileiro de Ética Médica ?

A I e II.

B I e III. ✓

C II e III.

D III.

E I, II e III.

COMENTÁRIO OSCELABS

Situacao I e infracao classica: receber vantagem economica por encaminhar pacientes (dicotomia) fere a independencia profissional. Situacao III tambem: divulgar o telefone do consultorio em programa de radio configura autopromocao e mercantilizacao da medicina. Ja a situacao II esta CORRETA — o medico deve preservar o sigilo da adolescente capaz de discernimento, so o rompendo em risco de vida ou por autorizacao dela. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Em consulta médica no posto de saúde, paciente jovem relata “ferida” na genitália externa que surgiu há cerca de 30 dias. Ao exame, nota-se úlcera vulvar, única, de contornos imprecisos, fundo purulento e dolorosa ao toque, associada a linfadenopatia homolateral. O esfregaço do material da borda da úlcera, corado pelo método de GRAM, revelou bacilos Gram negativos intracelulares. A hipótese diagnóstica principal é

A sí■ lis primária.

B úlcera luética secundária.

C cancro mole. ✓

D donovanose.

E linfogranuloma venéreo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital DOLOROSA, unica, de fundo purulento e bordas imprecisas, com adenopatia inguinal, cujo esfregaco mostra bacilos Gram-negativos intracelulares (*Haemophilus ducreyi*, em 'cardume de peixes'): e cancro mole. A sífilis primaria (A) da lesao INDOLOR, de base endurecida e fundo limpo — o inverso do descrito; o linfogranuloma (E) tem ulcera fugaz e adenopatia fistulizante; a donovanose (D) mostra corpusculos de Donovan e evolucao cronica vegetante. Resposta C.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Criança, com três anos de idade, é atendida no Pronto Atendimento, com história de diarreia nos últimos sete dias. A mãe relata aumento da frequência das evacuações, estando as fezes líquidas, sem sangue ou muco. A criança mantém-se afebril e nas últimas 24 horas apresentou dois episódios de vômitos. O exame físico revela peso atual de 13.300g e anterior de 14.800g; criança irritada, chorando sem lágrimas, mucosas secas, olhos fundos e elasticidade cutânea diminuída. Com base na história e no exame físico, o diagnóstico e conduta imediatos são, respectivamente,

A diarreia aguda com sinais de desidratação grave; hidratação venosa e suspensão da alimentação até melhora dos vômitos.

B diarreia aguda com sinais de desidratação; solução de reidratação oral e drogas antimotilidade.

C diarreia aguda com sinais de desidratação; solução de reidratação oral e suspensão da alimentação (nas primeiras quatro horas), exceto se for leite materno. ✓

D diarreia persistente com sinais de desidratação grave; hidratação venosa e suspensão da alimentação até melhora dos vômitos.

E diarreia persistente com sinais de desidratação; solução de reidratação oral e suspensão da alimentação (nas primeiras quatro horas), exceto se for leite materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sete dias de diarreia ainda e diarreia AGUDA (persistente exige 14 dias ou mais) — o que já elimina D e E. A perda de 14.800 g para 13.300 g representa 10% do peso, e os achados (olhos fundos, mucosas secas, ausência de lágrimas, turgor diminuído) indicam desidratação SEM choque: plano B, terapia de reidratação oral, mantendo o leite materno. Hidratação venosa (A) só em desidratação grave/choque; antimotilidade (B) é proscrita em criança. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Paciente, com 57 anos de idade, vai à Unidade Básica de Saúde com queixa de aparecimento, há um mês, de lesão avermelhada em braço direito. Procurou atendimento médico, quando foi prescrita nistatina creme durante 14 dias e fluconazol 150 mg em dose única, sem melhora do quadro. Relata que posteriormente apresentou dor no cotovelo direito, sendo feito diagnóstico de tendinite e prescrito anti-inflamatório. Informa não ter outra doença e não faz uso de medicamentos. O exame físico mostra mácula eritematosa com bordas eritematosas elevadas e centro atrófico. Qual a hipótese diagnóstica e a propedêutica a ser realizada? Figura 1 - Lesão cutânea.

A Psoríase e diagnóstico clínico.

B Paracoccidiodomicose e raspado da lesão.

C Cromomicose e biópsia.

D Hanseníase e Intradermorreação de Mitsuda. ✓

E Liquen plano e biópsia. 17 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS EM MEDICINA É O EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Placa anular com bordas eritematosas elevadas e centro atrofico, refratária a antifúngico, acompanhada de dor no cotovelo — que é neurite do ulnar, e não tendinite. Esse par lesão cutânea + espessamento/dor de nervo periférico e hanseníase atende a prova em contrário; a intradermoreação de Mitsuda auxilia a classificação. Psoríase (A) das placas escamosas e não acomete nervo; paracoccidiodomicose (B) e cromomicose (C) tem apresentação verrucosa/ulcerada; liquen plano (E) e pruriginoso e violáceo. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

O plantonista da Unidade de Terapia Intensiva aciona a equipe de notificação e captação de órgãos do seu hospital relatando que foi realizado e confirmado o diagnóstico de morte encefálica em um jovem de 20 anos, vítima de traumatismo crânio-encefálico. Quanto ao prosseguimento do processo de doação de órgãos pode-se afirmar que

- A se houver manifestação favorável da família quanto à doação, o diagnóstico de morte encefálica deve ser comunicado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- B se o potencial doador apresentar estabilidade hemodinâmica e ausência de infecção sistêmica ou tumor maligno, o diagnóstico de morte encefálica deve ser comunicado à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos.
- C deve ser dada sequência aos procedimentos para a retirada de órgãos, tendo por base o consentimento presumido, uma vez que não há manifestação conhecida do potencial doador, de oposição à doação.

D a morte encefálica é de notificação compulsória e a continuidade dos procedimentos para a retirada de órgãos para transplante depende do consentimento da família do potencial doador. ✓

E uma vez esclarecida a família sobre o diagnóstico de morte encefálica e com a certeza de sua compreensão deve ser dada sequência aos procedimentos para a retirada de órgãos, tendo por base o consentimento informado.

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil, após a Lei 10.211/2001, NAO vigora o consentimento presumido: a morte encefálica e de notificação COMPULSORIA a central de transplantes (independentemente de haver ou não intenção de doar, e independentemente das condições clínicas do doador), mas a retirada de órgãos só ocorre com autorização da família. Isso derruba A e B (que condicionam a notificação) e C (consentimento presumido). E confunde consentimento familiar com consentimento informado do próprio doador. Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Mulher, com 57 anos de idade, sem acompanhamento médico regular, é atendida em ambulatório de clínica médica de hospital secundário por queixa de edema de membros inferiores e face e de urina espumosa há três meses. A paciente não refere doenças anteriores e desconhece seus antecedentes familiares. Ao exame clínico encontra-se orientada, normocorada, hidratada, afebril, com edema de face (++/4). Pressão arterial (posição deitada) = 176 x 102 mmHg com pulso = 76 bpm; pressão arterial (posição supina) = 154 x 78 mmHg com pulso = 72 bpm. Frequência respiratória = 18 irpm. Exame cardíaco normal. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular diminuído nas bases pulmonares, sem ruídos adventícios. Abdome com sinais de ascite moderada, membros inferiores com edema compressível (++/4). Fundoscopia: prejudicada por opacificação do cristalino. Exames complementares: Glicemia de jejum = 283 mg/dL, Creatinina = 1,8 mg/dL, Ureia = 60 mg/dL. Colesterol total = 312 mg/dL, LDL = 230 mg/dL, HDL = 40 mg/dL, VLDL = 42 mg/dL, triglicérides = 210 mg/dL. Albumina sérica = 1,8 g/dL. Exame sumário de urina: proteinúria (++++/4), glicosúria (++/4), sem outras alterações. Proteína na urina de 24h = 5,5g. Dosagem de eletrólitos e hemograma normais. Qual a principal etiologia para o quadro apresentado por essa paciente?

A Hipertensão arterial sistêmica.

B Diabetes mellitus. ✓

C Dislipidemia.

D Glomerulopatia por lesões mínimas.

E Lupus eritematoso sistêmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica completa (proteinúria de 5,5 g/24h, albumina 1,8, edema, dislipidemia acentuada) em paciente com glicemia de 283, glicosúria e catarata: o diabetes não diagnosticado há anos e a etiologia — nefropatia diabética, causa mais comum de síndrome nefrótica no adulto nesse contexto. Hipertensão (A) causa nefrosclerose com proteinúria menor; dislipidemia (C) é consequência, não causa; lesões mínimas (D) e mais típicas de criança; lúpus (E) não tem suporte clínico aqui. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, com 59 anos de idade, tabagista há mais de 10 anos, hipertenso e dislipidêmico, procura a Unidade Básica de Saúde relatando o aparecimento, há um mês, de lesão ulcerada em dorso de pé esquerdo, após pequeno trauma abrasivo com sandália mal-adaptada. A lesão é seca, dolorosa, com fundo sujo e pálido. Há um discreto halo de eritema ao seu redor. Evolui há uma semana com piora do aspecto e do tamanho da lesão, com dor de repouso, edema de pé e tornozelo. Os pulsos arteriais não são perceptíveis (palpáveis) abaixo dos joelhos, bilateralmente. Qual a hipótese diagnóstica e conduta para esse paciente?

A Doença aterosclerótica obliterante periférica(DAOP) com isquemia crítica; referenciar para revascularização de urgência. ✓

B Trombose venosa profunda; referenciar para consulta em ambulatório de especialidades e prescrição de anticoagulantes.

C Úlcera varicosa infectada; referenciar para internação hospitalar de urgência para antibioticoterapia e desbridamento.

D Trombose venosa profunda; referenciar para internamento hospitalar de urgência para trombólise.

E Microangiopatia diabética; referenciar para ambulatório especializado. 18 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO D E D I P L O M A S M É D I C O S EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera em pé com fundo pálido, pulsos ausentes abaixo dos joelhos e — o dado que define tudo — DOR EM REPOUSO: e doença arterial obstrutiva periférica com isquemia crítica, situação de salvamento de membro que exige revascularização de urgência. Trombose venosa (B, D) cursa com edema e pulsos presentes; úlcera varicosa (C) fica em região maleolar medial, com fundo granuloso e pulsos palpáveis; microangiopatia diabética (E) não se aplica a paciente sem diabetes e com pulsos ausentes. Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Paciente do sexo feminino, com 34 anos de idade, sem antecedentes patológicos pregressos significativos, procurou a Unidade Básica de Saúde com história de pirose e regurgitação há mais ou menos seis meses, e piora do quadro no último mês. Relata ganho ponderal de 10 kg nos últimos três meses (Índice de massa corpórea atual = 36,8 kg/m²). Faz uso irregular de antiácido por conta própria. Trazia consigo um resultado de endoscopia digestiva alta com o seguinte laudo: “erosões lineares de até 5 mm, não confluentes, localizadas em esôfago distal”. Baseado no diagnóstico acima, você prescreve um inibidor de bomba de prótons durante oito semanas e orienta a paciente a

A perder peso e evitar deitar-se imediatamente após as refeições. ✓

B evitar ingestão de café e praticar esportes.

C suspender carne vermelha da alimentação e ingestão de bebidas gasosas.

D dormir com cabeceira da cama elevada e abolir sal na dieta.

E aumentar a ingestão de proteínas e reduzir a ingestão de carboidratos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Esofagite erosiva por doença do refluxo em paciente com IMC 36,8 e ganho recente de 10 kg. As medidas comportamentais com melhor evidencia são exatamente as duas citadas: PERDER PESO (a obesidade aumenta a pressão intra-abdominal) e não se deitar logo após comer (aguardar 2-3 horas). Elevar a cabeceira ajuda, mas abolir fibras (D) não tem base; esportes de impacto podem piorar refluxo (B); restringir carne vermelha (C) e dieta hiperproteica (E) não são recomendações estabelecidas. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, com 58 anos de idade, casado, pedreiro, tabagista há 15 anos (13 cigarros/dia), procura a Unidade Básica de Saúde queixando-se de um “caroço na virilha esquerda” que surgiu há cinco meses. Informa que essa tumoração apresentou crescimento lentamente progressivo desde então e que procurou o serviço de saúde porque passou a apresentar dor na região inguinal esquerda durante suas atividades laborais. O exame do tórax não apresenta alterações. O abdome é indolor e sem visceromegalias palpáveis. O exame das extremidades superiores e inferiores, bem como o do períneo, não apresenta anormalidades. Ao exame da região inguinal esquerda verifica-se a presença de tumoração mole, bem delimitada, retrátil, dolorosa à palpação profunda e que aumenta de tamanho quando se realiza a manobra de Valsalva. Diante dessa situação, a hipótese diagnóstica e conduta são, respectivamente,

A hérnia inguino-escrotal esquerda, encarcerada; solicitar ultrassom escrotal e encaminhar o paciente para o Pronto-Socorro para avaliação de urgência pelo cirurgião.

B linfadenomegalia a esclarecer, suspeita de neoplasia; solicitar biópsia excisional e encaminhar o paciente para o ambulatório de especialidades para avaliação do cirurgião.

C hérnia inguinal direta esquerda, não complicada; encaminhar o paciente para o ambulatório de especialidades para avaliação do cirurgião geral. ✓

D hérnia inguinal indireta esquerda; solicitar tomografia de abdome e pelve e encaminhar o paciente para avaliação ambulatorial especializada com cirurgião.

E massa inguinal a esclarecer, provável neoplasia; solicitar biópsia por punção guiada por ultrassom e referenciar o paciente para avaliação ambulatorial com cirurgião.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração inguinal MOLE, redutível ('retratil'), bem delimitada e que aumenta a manobra de Valsalva e hérnia inguinal, não linfonodo nem neoplasia — o que descarta B e E e dispensa biópsia. Não há sinais de encarceramento (seria dolorosa, irreductível e tensa, com repercussão obstrutiva), logo não é urgência (A). O caso segue para avaliação ambulatorial com cirurgião geral, sem necessidade de tomografia prévia (D) — o diagnóstico de hérnia é clínico. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Uma nova Unidade de Saúde da Família será implantada em um município. A territorialização deverá ser realizada visando obter como primeiro produto

A a determinação dos coeficientes de morbimortalidade.

B a obtenção de dados de vigilância comparativos com outras áreas do mesmo município.

C a identificação de reivindicações de movimentos sociais e grupos organizados.

D a delimitação de micro-áreas de risco e grupos prioritários. ✓

E a determinação dos índices de mortalidade infantil e materna.

COMENTÁRIO OSCELABS

A territorialização e o primeiro passo do processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, e seu produto inicial e o reconhecimento do território traduzido em MICROÁREAS DE RISCO e grupos prioritários — e isso que permite distribuir agentes comunitários e programar ações. Coeficientes de morbimortalidade (A), comparações de vigilância (B) e índices de mortalidade infantil e materna (E) são produtos posteriores, que dependem de dados acumulados. Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito E

Paciente do sexo masculino, com 26 anos de idade, procura ambulatório de Clínica Médica com queixas, há uma semana, de mal estar, febre de baixa intensidade não aferida, inapetência, vômitos ocasionais e aversão à fumaça de cigarro, evoluindo com colúria e acolia fecal há três dias. Relata que costuma alimentar-se em bares com baixo nível de higiene, próximos à universidade onde estuda; e viagem, há um mês, para acampamento. Informa manter relações sexuais sem uso de preservativos, com parceiros e parceiras desconhecidos. Ao exame físico apresenta-se em bom estado geral, corado, hidratado, icterico ++/4+, lúcido, orientado, Pressão arterial = 120 x 70 mmHg, Frequência cardíaca = 64bpm. Fígado palpável a três centímetros do rebordo costal direito; baço impalpável. O restante do exame físico não mostrou alterações significativas. Foram solicitadas dosagens de aminotransferases, que se mostraram muito elevadas (>1000 UI/ml) e marcadores sorológicos virais das hepatites determinaram que o paciente era carreador crônico do vírus da hepatite B e apresentava também hepatite viral aguda pelo vírus da hepatite A. A infecção pelo vírus da hepatite C foi excluída por sorologia e técnicas moleculares. O perfil sorológico compatível com o diagnóstico do paciente é

A anti-HAV IgG reativo e IgM não reativo; anti-HBc IgM e IgG reativos; HBsAg reativo.

B anti-HAV IgG e IgM reativos; anti-HBc IgG e IgM não reativos; HBsAg não reativo.

C anti-HAV IgG e IgM não reativos; anti-HBc IgG reativo e IgM não reativo; HBsAg não reativo.

D anti-HAV IgG não reativo e IgM reativo; anti-HBc IgM e IgG não reativos; HBsAg não reativo.

E anti-HAV IgG e IgM reativos; anti-HBc IgM não reativo e IgG reativo; HBsAg reativo. 19 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS E EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Traduza o enunciado em sorologia: hepatite A AGUDA exige anti-HAV IgM reativo, e a IgG também costuma já estar reativa na fase sintomática; portador CRÔNICO de hepatite B exige HBsAg reativo com anti-HBc IgG reativo e IgM NÃO reativo (IgM marcaria infecção aguda). Só a alternativa E reúne esse conjunto. A erra o HAV agudo; B e D negam a hepatite B; C nega também a hepatite A. Resposta E.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Uma criança de sexo feminino, com quatro anos de idade, é atendida no Pronto Atendimento com queixa de poliúria, polidipsia e emagrecimento nos últimos dois meses. Apesar de ter havido um atendimento anterior por esta queixa, não houve uma definição diagnóstica. A mãe decidiu retornar ao serviço porque nos últimos dois dias, a criança começou a apresentar sonolência, acompanhada de febre (dois picos de 38,6 °C), vômitos, fadiga, sinais de desidratação e taquipneia. Imediatamente, você decidiu encaminhar a paciente para um Serviço de Emergência, devido à hipótese diagnóstica de cetoacidose diabética. A decisão de encaminhamento imediato foi determinada

A pela preocupação com a hipotensão, achado bastante comum nas crianças que desenvolvem cetoacidose diabética.

B para reposição volêmica e controle da glicemia. A hipotensão, na criança em cetoacidose diabética, é evento raro e tardio. ✓

C pela alta mortalidade, característica da doença, cuja principal causa de morte está relacionada à hipotensão.

D pela hipertermia da criança, que requer imediata investigação diagnóstica.

E porque, em crianças lactentes e pré-escolares, além de adolescentes grávidas, a cetoacidose ocorre com níveis de glicemia sempre muito elevados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cetoacidose diabética da criança, o encaminhamento urgente se justifica pela necessidade de reposição volêmica e controle glicêmico com insulina — e vem a perola: a HIPOTENSAO e evento RARO E TARDIO em pediatria, porque a criança compensa com taquicardia e vasoconstrição até descompensar abruptamente. Por isso A e C, que colocam a hipotensão como achado comum ou principal causa de morte (que na verdade é o edema cerebral), estão erradas. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Uma criança, com dois anos de idade, sexo masculino, é atendida no serviço de Pronto Atendimento. A mãe relata que a criança vem apresentando sintomas de obstrução nasal e secreção hialina há seis dias, evoluindo com febre (dois picos diários de 38,8 °C) nos últimos dois dias, irritabilidade, diminuição da capacidade de aceitação da alimentação, sobretudo da mamadeira que é oferecida à noite, após deitar. O exame físico mostra abaulamento da membrana timpânica esquerda. Qual a principal hipótese diagnóstica e a conduta terapêutica?

A Trata-se de otite média aguda. O uso de antibioticoterapia está indicado, pois o quadro clínico é compatível com otite média, cuja principal etiologia, nessa idade, é bacteriana. Além disso, a presença de abaulamento da membrana timpânica sugere a etiologia bacteriana. ✓

B Trata-se de otite média aguda. O uso de antibioticoterapia está indicado, pois, apesar do abaulamento da membrana timpânica ser visto nas otites de etiologia viral e nas de etiologia bacteriana, a antibioticoterapia reduz o tempo de doença.

C Trata-se de otite média aguda. O uso de medicação sintomática está indicado, pois o quadro clínico é compatível com otite viral, sendo o abaulamento da membrana timpânica um forte elemento de diferenciação a favor da etiologia viral.

D Trata-se de otite serosa. É indicado, portanto, o uso de antibioticoterapia nessa faixa etária, já que a presença de abaulamento da membrana timpânica sugere o diagnóstico de otite serosa.

E Trata-se de otite serosa. É indicado, portanto, o uso de sintomáticos, pois o abaulamento da membrana timpânica, patognomônico da otite serosa, deverá regredir com essa medida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Otite média aguda: resfriado há seis dias que evolui com febre, irritabilidade, dor ao deitar/mamar e — o achado decisivo — ABAULAMENTO da membrana timpânica, que indica coleção purulenta e etiologia bacteriana. Abaixo de dois anos, com abaulamento e sintomas exuberantes, o antibiótico está indicado. C erra ao atribuir o abaulamento a etiologia viral; D e E confundem com otite serosa, que cursa com membrana retraída/opaca e sem sinais inflamatórios agudos. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Homem, com 45 anos de idade, com dor epigástrica diária, ocorrendo no período pós-prandial e à noite, e perda ponderal de 4 kg, começou uso de inibidor de bomba de próton (IBP) com alguma melhora. Informa que não usa álcool ou antinfecciosos não hormonais. Ainda na vigência da medicação realizou endoscopia digestiva alta que revelou gastrite nodosa de antro e corpo, e úlcera duodenal em fase de cicatrização. Biópsias de mucosa gástrica foram realizadas durante o procedimento, e submetidas ao teste rápido de urease em fase líquida, cujo resultado foi negativo. Quanto ao tratamento para *Helicobacter pylori* nesse paciente, conclui-se que

A não há necessidade de tratamento, pois o agente etiológico não é o *Helicobacter pylori*.

B não há necessidade de tratamento, pois a cicatrização da úlcera ocorre após a erradicação da bactéria.

C o tratamento está indicado e o uso de IBP interfere no teste de urease. ✓

D há necessidade de tratamento profilático contra reinfecção, mesmo havendo cura.

E há necessidade de tratamento especial para *Helicobacter pylori* resistente aos antibióticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pegadinha clássica: o inibidor de bomba de prótons suprime a atividade da urease e gera FALSO-NEGATIVO no teste rápido — deveria ser suspenso 2 semanas antes. Como o paciente fez a endoscopia em uso da droga, o resultado negativo não vale, e o quadro (gastrite nodular e úlcera duodenal, sem álcool ou anti-inflamatório) é altamente sugestivo de *H. pylori*: trata-se. A confia num exame invalidado; B inverte a lógica; D e E inventam condutas sem respaldo. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Criança em idade pré-escolar foi atendida na Unidade Básica de Saúde, por diversas vezes, com quadro diarreico semelhante: diarreia importante e evacuações explosivas logo após a ingestão de alimentos. No atendimento atual a criança encontra-se desidratada, apresenta assadura perianal e distensão abdominal. Os exames laboratoriais evidenciaram a presença de substâncias redutoras nas fezes e pH fecal menor do que 5,5. Qual a suspeita diagnóstica principal?

A Diarreia infecciosa persistente.

B Diarreia aguda recorrente.

C Parasitose intestinal.

D Intolerância à lactose. ✓

E Doença inflamatória pélvica. 20 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

O laboratório fecha o caso: SUBSTÂNCIAS REDUTORAS nas fezes com pH fecal abaixo de 5,5 traduzem fermentação de açúcar não absorvido no colon — intolerância à lactose. Clinicamente combina: diarreia explosiva logo após alimentar-se, distensão abdominal e assadura perianal pelo pH ácido. Diarreia infecciosa (A, B) e parasitose (C) não geram esse padrão laboratorial; doença inflamatória PÉLVICA (E) sequer é diagnóstico gastrointestinal ou pediátrico. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito E

Criança, com seis anos de idade, é atendida em Serviço de Urgência. A mãe informa que a criança apresenta “chiado no peito, tosse e falta de ar”. Ao exame, você constata Frequência cardíaca = 125 bpm, Frequência respiratória = 50 irpm, sibilos expiratórios, tiragem intercostal e batimento de asas do nariz. Qual deve ser a conduta clínica para iniciar o tratamento da criança?

A Salbutamol 5 mg/ml, 1 gt/2kg e brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml, 20 a 40 gotas; hidrocortisona 4 mg/2kg.

B Fenoterol 5 mg/ml, 1 gt/3kg; hidrocortisona 4 mg/2kg.

C Salbutamol 5mg/ml, 1gt/kg e brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml, 10 gotas; metilprednisolona 1 mg/kg.

D Fenoterol 5 mg/ml, 1 gt/kg; hidrocortisona 4 mg/kg.

E Salbutamol 5 mg/ml, 1 gt/3kg e brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml, 20 a 40 gotas; metilprednisolona 2 mg/kg. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise de asma moderada a grave em criança (FR 50, tiragem, batimento de asa nasal): beta-2 de curta duração inalado na dose correta (salbutamol 1 gota/3 kg) associado a brometo de ipratropio 20-40 gotas — que so agrega benefício nas crises moderadas/graves — mais corticoide sistêmico precoce (metilprednisolona 2 mg/kg). As demais alternativas erram doses (1 gota/kg intoxica), omitem o anticolinérgico ou subdosam o corticoide. Resposta E.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Menina, com seis anos de idade, foi levada pela mãe à consulta em Unidade Básica de Saúde por apresentar, há uma semana, intensa adinamia, quadro febril intermitente (temperatura = 38°C) e dor articular, localizada inicialmente no joelho esquerdo, acompanhada de calor e rubor discreto e que, há dois dias, acomete o tornozelo direito. A mãe informa que, há cerca de seis semanas, a criança apresentou quadro de infecção de vias aéreas superiores (faringite), que regrediu com o uso de amoxicilina durante cinco dias. Ao exame físico a criança encontrava-se afebril, eupneica, hidratada, com intensa adinamia, hipocorada (+/4), Frequência cardíaca=125 bpm, Pressão arterial= 100 x 60 mmHg. A ausculta cardíaca e a ausculta pulmonar foram normais. Foi observada hiperemia, calor e dor no tornozelo direito, com limitação de movimentos e a presença de áreas eritematosas com centros esbranquiçados no tronco e na região proximal de membros superiores e inferiores. Os exames laboratoriais revelaram: hemoglobina=10 g/dL, hematócrito=34%, leucócitos=14000/mm³, velocidade de hemossedimentação = 26mm/h, proteína C reativa= 2,0 ng/ml (valor de referência= <0,1 ng/mL); glicose, ureia e creatinina normais. O eletrocardiograma mostra um prolongamento do intervalo P-R (0,20 s). Com base no quadro clínico descrito e nos exames complementares realizados, qual o provável diagnóstico dessa criança?

A Artrite idopática juvenil.

B Lupus eritematoso sistêmico.

C Febre reumática. ✓

D Síndrome de Reiter.

E Espondilartrose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aplique Jones: seis semanas após faringite, surgem artrite MIGRATORIA (joelho e depois tornozelo) e eritema marginado — dois critérios maiores — somados a febre, VHS e PCR elevadas e intervalo PR alargado, critérios menores. É febre reumática. Artrite idiopática juvenil (A) é aditiva e crônica (mais de seis semanas); lupus (B) exigiria outros critérios; síndrome de Reiter (D) segue uretrite/disenteria com conjuntivite; espondilartrose (E) não ocorre em crianças. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

Paciente do sexo feminino, com 14 anos de idade, recebe atendimento médico por apresentar quadro de hematuria macroscópica acompanhada de mialgia discreta, adinamia, discreta hipertermia (temperatura axilar=37.8°C). A mãe informa que a paciente apresentou infecção de vias aéreas superiores há cerca de um mês, que regrediu após tratamento com amoxicilina durante sete dias. Por ocasião dessa primeira consulta a paciente apresenta hipertensão arterial (Pressão arterial = 150x110 mmHg), o fundo de olho é normal e não há outras alterações do exame físico. A paciente é hospitalizada pois os primeiros exames laboratoriais já mostram creatinina sérica elevada (8,4 mg/dL) e ela evolui rapidamente com oligoanúria, edema e agravamento da função renal. A hematuria macroscópica regride, mas persiste hematuria microscópica, com presença de cilindros hemáticos e a paciente passa a apresentar também proteinúria (3g/24 h). A investigação clínico-laboratorial não evidencia presença de vasculite ou doença sistêmica. A dosagem de complemento sérico (C3, CH50) é normal; anticorpos antinucleares ausentes, pesquisa de fator anti-nuclear negativa. A paciente foi submetida à biópsia renal - fragmento com 30 glomérulos, com proliferação das células epiteliais da cápsula de Bowman e infiltração por macrófagos e linfócitos, configurando a presença de crescentes epiteliais em 70% dos glomérulos, alguns com aspecto fibrocelular. A imunofluorescência da biópsia renal, reproduzida abaixo, evidencia deposição linear de IgG - não há depósitos mesangiais; imunofluorescência negativa para IgM, IgA e C3. Com base na história clínica, evolução e na biópsia renal e imunofluorescência, pergunta-se qual o mecanismo responsável pelo dano glomerular?

A Reação antígeno-anticorpo in situ ao longo da membrana basal glomerular. ✓

B Deposição de complexos imunes circulantes ao longo da membrana basal glomerular.

C Alterações da imunidade celular, notadamente de macrófagos e linfócitos T auxiliares.

D Deposição de anticorpo antiantígeno citoplasmático de neutrófilos.

E Deposição de anticorpos antiantígenos estreptocócicos ao longo da membrana basal glomerular. 21

REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE
EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Glomerulonefrite rapidamente progressiva com crescentes em 70% dos glomerulos e imunofluorescência LINEAR de IgG ao longo da membrana basal: e doença anti-membrana basal glomerular (espectro Goodpasture). O padrão linear significa anticorpo ligando-se a um antígeno estrutural in situ — não a depósito de imunocomplexos circulantes (B), que dariam padrão granular. Imunidade celular (C) não produz IgG linear; ANCA (D) da GN pauci-imune, sem imunofluorescência; e complemento normal afasta a etiologia pos-estreptocócica (E). Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, com 20 anos de idade, vai à Unidade Básica de Saúde queixando-se de corrimento genital presente há um mês, de coloração esbranquiçada, em quantidade abundante, com odor fétido, que piora após o coito. Não relata outros sintomas associados. A paciente iniciou a atividade sexual há um ano e, nesse período, teve três parceiros sexuais. Atualmente tem apenas um parceiro e, nas relações sexuais, faz uso ocasional de preservativo. Ao exame especular vaginal foi observado corrimento vaginal esbranquiçado e abundante, fétido, e ausência de anormalidades nas paredes vaginais e colo uterino. O teste de aminas foi positivo e o pH=5,5. Qual o diagnóstico principal e o tratamento adequado para esta paciente?

A Tricomoníase. Tratar com metronidazol, por via oral, durante sete dias, e o parceiro com metronidazol em dose única.

B Candidíase vulvovaginal. Tratar a paciente com fluconazol, por via oral, em dose única.

C Vaginose bacteriana. Tratar a paciente com metronidazol, por via oral, durante sete dias. ✓

D Gonorréia. Tratar a paciente e o parceiro com azitromicina em dose única.

E Infecção por clamídia. Tratar a paciente com doxiciclina por 14 dias e o parceiro, com azitromicina em dose única.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento branco-acinzentado, abundante, FETIDO, que piora após o coito, com teste de aminas positivo e pH acima de 4,5: vaginose bacteriana. Trata-se com metronidazol por sete dias, e o parceiro NAO precisa ser tratado — não é infecção sexualmente transmissível, e sim desequilíbrio da flora. Tricomoníase (A) da corrimento amarelo-esverdeado bolhoso e colo em framboesa; candidíase (B) cursa com prurido, grumos e pH ácido; gonorréia (D) e clamídia (E) dão cervicite mucopurulenta. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Homem, com 29 anos de idade, vítima de queda de moto com explosão do baço, apresenta lesão hepática sangrante e fratura fechada de ossos da perna esquerda. Encontra-se na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital terciário, após ter sido submetido a laparotomia exploradora, esplenectomia e ra■ a hepática, além de ■ xação externa dos ossos da perna esquerda, há 5 horas. O procedimento transcorreu sem intercorrências. O paciente se queixa de dor em todo membro inferior operado, mais acentuadamente em terço distal de perna e pé. Apresenta parestesia no membro esquerdo, com importante e tenso edema na perna. O tempo de perfusão na perna operada é de mais de três segundos. O membro não se encontra rodado e os ■ xadores não apresentam problemas aparentes. Os pulsos femorais e poplíteos são presentes e normais bilateralmente, bem como os tibiais à direita. À esquerda, nota-se uma diminuição acentuada dos pulsos tibial posterior e pedioso. Diante desta situação, o diagnóstico e a conduta apropriada são, respectivamente,

- A trombose venosa profunda; heparinização.
- B oclusão arterial aguda; tromboembolectomia de urgência.
- C desalinhamento do sítio de fratura; reintervenção cirúrgica.
- D síndrome compartimental; fasciotomia de urgência. ✓**
- E trombose arterial aguda; trombólise.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os cinco Ps estão no enunciado: dor desproporcional, parestesia, edema TENSO na perna, enchimento capilar lento e diminuição de pulsos distais em membro fraturado e recém-operado. É síndrome compartimental, e o tratamento é fasciotomia de URGÊNCIA — o tempo de isquemia muscular é curto. Anticoagular (A) ou trombolisar (E) não descomprime o compartimento; oclusão arterial aguda (B) não explica o edema tenso; desalinhamento (C) não gera esse quadro neurovascular. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito E

Paciente, com 27 anos de idade, segunda gestação (um parto normal anterior), com idade gestacional de 38 semanas, con■ rmada por ultrassonogra■ a de 10 semanas, apresenta dinâmica uterina positiva e forte cefaléia. Refere uso de metildopa - 750mg/dia em três tomadas. Foi admitida com esse quadro na emergência de um hospital, queixando-se também de visão turva e de grande mal estar. A anamnese e exame físico indicam paciente inquieta, poliquêixosa, referindo medo de morrer. Pressão arterial = 190x120mmHg, colo uterino ■ no e dilatado para 8 cm, apresentação cefálica, dorso à esquerda, contrações uterinas presentes - três em 10 minutos, de 45 segundos. Com base no quadro acima, qual o diagnóstico correto e a conduta a ser adotada?

- A Pré-eclâmpsia grave. Paciente com indicação de parto cesáreo após normalização pressórica com nifedipina ou hidralazina.

- B Eclâmpsia eminente. Indicação de sulfato de magnésio e hidralazina para correção dos níveis pressóricos e resolução do parto por via alta.
- C Pré-eclâmpsia grave. Indicação de sulfato de magnésio e nifedipina para correção dos níveis pressóricos e resolução por parto abdominal.
- D Crise hipertensiva na gestação e pré eclâmpsia. Indicação de cesárea pela necessidade de remoção da placenta e introdução de nifedipina para correção dos níveis pressóricos.

E Eminência de eclâmpsia. Indicação de sulfato de magnésio e hidralazina para correção dos níveis pressóricos e resolução por parto vaginal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia forte, visao turva, mal-estar e agitacao com PA de 190x120 configuram IMINENCIA de eclampsia. O tratamento e sulfato de magnesio (profilaxia da convulsao) mais hidralazina (anti-hipertensivo de escolha na crise obstetrica). Quanto a via: a paciente e multipara, esta com 8 cm de dilatacao e dinamica efetiva — o parto vaginal e iminente, e nao ha indicacao de cesarea. Isso derruba A, B, C e D, que impõem parto abdominal. Resposta E.

QUESTÃO 78 — Gabarito E

Primigesta, com 16 anos de idade, procura a Unidade Básica de Saúde para sua primeira consulta pré-natal, na trigésima sexta semana de gestação. A paciente disse não ter iniciado o pré-natal antes, pois demorou a aceitar a gestação, e não quer ter um parto vaginal. Relata que brigou com os pais e está morando com o pai da criança, que tem 25 anos e é saudável. O exame físico não revela anormalidades e o exame obstétrico mostra altura uterina de 34 cm, batimentos cardíacos com frequência de 140 bpm e o toque vaginal evidenciou colo grosso, posterior e impérvio. Qual a conduta a seguir?

- A Solicitar a presença dos pais para realizar a consulta, por se tratar de menor de idade.
- B Pedir os exames de rotina pré-natal, encaminhar para acompanhamento psico-social, prescrever sulfato ferroso e solicitar a presença do pai da criança na próxima consulta.
- C Encaminhar a paciente para avaliação diretamente na maternidade, devido ao início tardio do pré-natal.
- D Encaminhar a paciente para a maternidade, pois as características da gestação na adolescência indicam que a via de parto deverá ser a cesárea.

E Solicitar os exames de rotina pré-natal, encaminhar para acompanhamento psico-social, prescrever sulfato ferroso e solicitar retorno antecipado ao pré-natal. 22 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-natal iniciado tardiamente, na 36a semana: a conduta e correr atras do que faltou — solicitar os exames de rotina, prescrever sulfato ferroso, encaminhar para apoio psicossocial (adolescente em conflito familiar) e antecipar o retorno. A adolescente tem direito a atendimento desacompanhada (A e incorreta), o inicio tardio nao e indicacao de internacao (C) e idade materna nao define via de parto (D) — cesarea nao se indica por adolescencia. Resposta E.

QUESTÃO 79 — Gabarito E

Mulher, com 20 anos de idade, branca, é recebida no pronto-socorro com queixa de edema há uma semana. Inicialmente, o edema era nos membros inferiores, porém, agora, nota a face edemaciada. Relata, ainda, diminuição do volume urinário, astenia, hiporexia, mal-estar e febre baixa. Quanto aos antecedentes patológicos, artralgia de interfalangeanas proximais há cerca de oito meses. Na ocasião, fez uso de prednisona com desaparecimento do quadro. Não usa nenhuma medicação no momento. O exame clínico demonstra estado geral regular, hipocorada (++)/4, edema de membros inferiores (++)/4 e de face. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, sem sopros, Pressão arterial = 160 x 110 mmHg, Frequência cardíaca = 120 bpm. Abdomen ■ ácido, sem visceromegalias. Exames no pronto-socorro: Hemoglobina = 8,0 g/L, Hematócrito 24,0 %, Leucócitos totais = 2.400 /mm³ (Segmentados= 84%, Bastões= 2%, Linfócitos = 8%, Eosinófilos = 2%, Monócitos = 2%), Plaquetas = 100.000 /mm³ (Valor de Referência = 150.000 - 300.000 /mm³). Ureia = 140 mg/dL, (Valor de Referência: 15-40 mg/dL), Creatinina = 2,0 mg/dL (Valor de Referência: 0,6-1,2 mg/dL), Potássio = 5,5 mEq/L (Valor de Referência: 3,5-5,0 mEq/L). Qual a hipótese diagnóstica para o caso?

- A Endocardite infecciosa.
- B Dengue.
- C Pielonefrite.
- D Insuficiência renal crônica.

E Lupus Eritematoso Sistêmico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com poliartralgia previa responsiva a corticoide, agora com síndrome nefrítica (edema, hipertensão 160x110, oligúria, ureia e creatinina elevadas) somada a CITOPENIAS EM TRÊS LINHAGENS (anemia, leucopenia de 2.400, plaquetopenia): esse conjunto multissistêmico e lupus com nefrite. Endocardite (A) daria febre alta e sopro; dengue (B) não cursa com hipertensão e insuficiência renal desse padrão; pielonefrite (C) teria disúria e dor lombar; doença renal crônica (D) não explica a citopenia nem a artrite. Resposta E.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Paciente, com 25 anos de idade, secundigesta, com parto cesáreo anterior (G2P1C1), pré-natal sem intercorrências, foi internada em trabalho de parto e apresenta evolução de acordo com partograma, apresentado abaixo. Na décima hora de evolução, apresenta atividade uterina regular de 5 contrações/45 segundos/10 minutos/fortes e batimentos cardíofetais de 150 bpm. Analisando o partograma, qual é o diagnóstico e a conduta para o caso?

- A Parada secundária da descida e fórceps.
- B Parada secundária da dilatação e ocitocina.
- C Parada secundária da dilatação e fórceps.

D Parada secundária da descida e cesárea. ✓

- E Período expulsivo prolongado e cesárea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Leitura de partograma: dilatação completa alcançada, mas a apresentação não progride na descida ao longo de duas horas com dinâmica uterina EFETIVA (5 contrações fortes em 10 minutos) — e parada secundária da descida. Como não há insinuação adequada, o fórceps (A) é proscrito e a via e a cesárea. Parada de dilatação (B, C) não se aplica com colo completo; ocitocina (B) não resolve desproporção; período expulsivo prolongado (E) pressupõe descida progredindo lentamente, não parada. Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Homem, com 65 anos de idade, tabagista, internado com suspeita de trombose venosa profunda, realizou tomografia de tórax e angiotomografia de membro inferior com contraste. Dois dias após o procedimento, houve redução de volume urinário para 400mL, em 24 horas. Exames solicitados em caráter de urgência evidenciam creatinina = 2,5 mg/dL, K = 5,7 mEq/L e Ureia = 112 mg/dL. O eletrocardiograma realizado mostra hemibloqueio de ramo esquerdo e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. Para o caso, considerando os níveis de potássio sérico, a intervenção apropriada, neste momento é

A furosemida EV.

B gluconato de cálcio EV.

C resina trocadora de potássio oral. ✓

D betaadrenérgico inalatório.

E insulina com glicose EV. 23 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que decide é o ECG: hemibloqueio e alteração inespecífica da repolarização NÃO são sinais de hipercalemia (que seriam onda T apiculada, PR longo, QRS alargado). Sem repercussão elétrica e com K de 5,7, não há emergência — basta REMOVER potássio do organismo com resina de troca por via oral. Gluconato de cálcio (B) só se houver alteração no ECG; insulina com glicose (E) e beta-adrenérgico (D) apenas deslocam o potássio para dentro da célula; furosemida (A) é limitada na injúria renal oligúrica. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito E

Um menino, com quatro anos de idade, chegou ao Setor de Emergência com grave alteração na perfusão sistêmica. Sua mãe relatou que o menor estava febril há 20 dias e que não havia feito o tratamento indicado pelo médico para infecção do trato urinário. Foi diagnosticado choque séptico e administrado oxigênio (concentração 100%), providenciado acesso venoso e iniciada a infusão de Soro Fisiológico, 30 ml/Kg em quinze minutos, sendo então realizada a sequência rápida de intubação orotraqueal e instalada ventilação pulmonar mecânica. Após essa conduta, enquanto esperava vaga na Unidade de Cuidados

A Manter infusão de volume e iniciar dopamina ou dobutamina.

B Manter infusão de volume e iniciar dopamina ou norepinefrina.

C Suspende infusão de volume e iniciar dopamina dose alfa adrenérgica ou epinefrina.

D Manter infusão de volume e iniciar dopamina dose alfa adrenérgica ou norepinefrina.

E Manter infusão de volume e iniciar dopamina dose alfa adrenérgica ou epinefrina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque séptico pediátrico REFRATÁRIO A VOLUME e — atenção ao exame — com extremidades FRIAS e enchimento capilar de 5 segundos, ou seja, choque frio com resistência periférica já elevada. A droga indicada é adrenalina (ou dopamina em dose alfa), e não noradrenalina, reservada ao choque quente com vasoplegia (B, D). Dobutamina isolada (A) não sustenta a pressão nesse cenário, e suspender volume (C) é erro — a reposição deve continuar. Resposta E.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Paciente, com 29 anos de idade, procura o pronto-socorro local em virtude de queimadura com água quente na coxa direita, ocorrida há 10 minutos enquanto preparava café. Queixa-se de dores no local da queimadura. Informa ter dado a luz há dois anos e o cartão de acompanhamento da gestante mostra que todo o esquema vacinal foi realizado adequadamente. A paciente está consciente, orientada, eupneica, hidratada, normocorada e afebril, Frequência cardíaca = 79bpm, Pressão arterial = 120x80mmHg. Ao exame local apresenta ■ ictenas, eritema e edema em face anterior de coxa direita. Qual a conduta para o caso descrito?

A Realizar lavagem da ferida com solução ■ siológica a 0,9%. Analgesia endovenosa com dipirona.

Recomendar não romper as ■ ictenas e realizar curativo com solução ■ siológica a 0,9%, associada a sulfadiazina de prata. Analgesia domiciliar com dipirona, se necessário. ✓

B Realizar a limpeza da ferida com clorhexidina. Analgesia endovenosa com meperidina endovenosa e antibioticoterapia oral com cefalexina - 500mg por via oral, de 6/6h durante 7 dias. Recomendar não romper as ■ ictenas e realizar curativo com solução ■ siológica a 0,9% e neomicina. Analgesia domiciliar com cloridrato de tramadol.

C Realizar a limpeza da ferida com PVPI (polivinilpirrolidona-iodo, lauril éster sulfato de sódio) tópico seguida de termoterapia com gelo. Analgesia endovenosa com cloridrato de tramadol e antibioticoterapia parenteral com penicilina benzatina por via IM. Recomendar rotura e debridamento das ■ ictenas e curativo com clorhexidina e sulfadiazina de prata tópico.

D Realizar lavagem da ferida com soro ■ siológico a 0,9%. Analgesia oral com paracetamol. Realizar curativo com clorhexidina e lidocaína tópica, romper as ■ ictenas e realizar debridamento de tecidos desvitalizados. Antibioticoterapia parenteral com penicilina cristalina por via IM. Curativo oclusivo com clorhexidina.

E Realizar limpeza da ferida com soro ■ siológico a 0,9%. Analgesia oral com dipirona. Recomendar não romper as ■ ictenas. Realizar curativo com PVPI (polivinilpirrolidona-iodo, lauril éster sulfato de sódio) e lidocaína tópica. Prescrever analgesia oral com tramadol e antibioticoterapia com amoxicilina + ácido clavulânico - 500mg por via oral, de 8/8h durante 7 dias. 24 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO D E D I P L O M A S M É D I C O S EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura de 2o grau superficial, pequena (face anterior de coxa), com flictenas integras e paciente com vacinação antitetânica em dia. Conduta: lavagem com soro fisiológico, analgesia simples, NAO romper as flictenas (são barreira biológica) e curativo com sulfadiazina de prata. Não há indicação de antibiótico sistêmico profilático (B, E) nem de desbridar bolhas integras (C, D); PVPI e clorexidina são citotóxicos para o leito da queimadura. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Um lactente, com nove meses de idade, foi levado ao Pronto Atendimento porque, há 5 horas vem apresentando choro inconsolável, vômitos, fezes com sangue e distensão abdominal. A mãe refere que a criança ■ cou gripada há uma semana. Durante o exame físico, o pediatra palpou massa abdominal e solicitou radiografia ■ a simples de abdome que foi inespecífica e ultrassonografia ■ a de abdome total que mostrou anéis concêntricos de camadas hipocóicas e hiperecóicas alternantes, com porção central hiperecóica (sinal da “rosquinha/alvo/olho de boi”). Foi encaminhado ao centro cirúrgico para laparotomia. Baseado nos sintomas apresentados, o quadro descrito é compatível com abdome agudo, tendo como causa

A volvo do intestino médio.

B hérnia inguinal estrangulada.

C divertículo de Meckel.

D intussuscepção intestinal. ✓

E oclusão intestinal por Ascaris lumbricoides.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ultrassom entrega o diagnóstico: anéis concêntricos alternantes com centro hiperecôico — sinal do alvo ou 'rosquinha' — e patognomônico de INTUSSUSCEPCAO intestinal. Combina com a tríade clássica em lactente de nove meses: choro em crises, massa abdominal palpável e fezes com sangue (em 'geleia de framboesa'), frequentemente após quadro viral que hipertrofia placas de Peyer. Volvo (A), hérnia estrangulada (B), Meckel (C) e ascaridíase (E) não produzem esse padrão ultrassonográfico. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito E

Primigesta, com 23 anos de idade, 27 semanas de gestação, procura serviço de urgência relatando que, há dois dias, apresenta dor na região lombar à direita. Relata, ainda, que há um dia vem se sentindo muito mal, com calafrios e náuseas. Hoje, pela manhã, apresentou febre de 38,5 °C, tendo feito uso de antitérmico. Ao exame físico: estado geral regular; descorada +/4+; levemente desidratada; afebril, eupneica; frequência cardíaca de 104 bpm; Pressão arterial = 110 x 70 mmHg. Relatou dor intensa à punho percussão na região lombar direita. Ao exame obstétrico: altura uterina de 28 cm, 156 batimentos cardíacos fetais por minuto, movimentos fetais presentes, ausência de contrações uterinas. Qual a conduta a ser tomada?

A Solicitar exame sumário de urina e de urocultura e retorno em 24 horas para resultado de exames.

B Hemograma, urocultura, antibioticoterapia e retorno em 24 horas para resultado de urocultura.

C Internação hospitalar, hidratação e antibioticoterapia, após resultado da cultura de urina.

D Hemograma, ultrassonografia de abdome e de vias urinárias e antibioticoterapia por via oral.

E Internação hospitalar, hemograma, eletrólitos, cultura de urina e antibioticoterapia endovenosa. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pielonefrite aguda em gestante de 27 semanas: febre de 38,5 °C, calafrios, náuseas e punho-percussão lombar muito dolorosa. Na gravidez, pielonefrite e sempre indicação de INTERNACAO com antibiotico endovenoso — o risco de sepse, síndrome do desconforto respiratório e trabalho de parto prematuro e alto. Manejo ambulatorial (A, B, D) ou esperar a cultura para iniciar tratamento (C) são condutas inseguras: colhe-se a cultura e trata-se empiricamente na sequência. Resposta E.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Criança do sexo masculino, com três anos de idade e que apresenta anemia falciforme, é levado pela mãe à consulta na Unidade Básica de Saúde porque está tendo febre há quatro dias, chegando a 39°C. Apresenta tosse produtiva que aumentou de intensidade. Encontra-se em estado geral de prostração e a mãe notou que a criança está mais pálida e icterícia nos últimos dias. O pediatra encaminhou a criança de imediato para o hospital de referência, considerando que

A as infecções são as complicações mais frequentes na anemia falciforme, acompanhadas de esplenomegalia que se acentua após os cinco anos de idade.

B a importância das infecções como complicações na anemia falciforme, deve-se à maior susceptibilidade à bactéria *Salmonella* na faixa etária abaixo dos cinco anos.

C a mortalidade entre crianças falcêmicas menores de cinco anos é elevada, sendo as complicações mais frequentes as infecções por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) e por pneumococo. ✓

D as infecções são as complicações mais frequentes, e o uso de profilaxia com penicilina é contra-indicado pelos riscos de aumento da taxa de colonização por cepas de pneumococos resistentes.

E as infecções são as complicações mais frequentes, o que leva à necessidade de profilaxia com penicilina, recomendada do momento do diagnóstico da anemia falciforme e mantida por toda a vida.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança falcêmica abaixo dos cinco anos tem asplenia funcional precoce e mortalidade elevada por infecção invasiva por germes **ENCAPSULADOS** — pneumococo e *Haemophilus influenzae* tipo b a frente. Daí o encaminhamento imediato do falcêmico febril. A erra ao dizer que a esplenomegalia se acentua após os cinco anos (ocorre autoesplenectomia); B superestima a *Salmonella*, típica da osteomielite; D contraindica erroneamente a profilaxia com penicilina; E erra o prazo, pois a profilaxia vai até cerca dos cinco anos, não por toda a vida. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito B

Gestante de 39 semanas, com quatro gestações e três partos, foi internada no pré-parto com dinâmica uterina de três contrações fortes em 10 minutos, cervicodilatação de 5 cm, bolsa íntegra e cardiotocograma a com padrão ativo. Em uma hora evoluiu para 7 cm de dilatação, apresentando quatro contrações fortes em 10 minutos. Qual deve ser a indicação de analgesia obstétrica para essa paciente?

A Bloqueio de pudendo no segundo período do parto, visto que a paciente é multipara.

B Bloqueio peridural com anestésico local e cateter para complementação anestésica subsequente. ✓

C Bloqueio raquidiano em sela com anestésico local.

D Analgesia endovenosa com meperidina.

E Não há necessidade de analgesia e o parto ocorrerá rapidamente se considerarmos a evolução do trabalho de parto na última hora. 25 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS EM MEDICINA É D I C O S EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Multipara em fase ativa, evoluindo de 5 para 7 cm em uma hora, com dinâmica efetiva: há tempo e indicação de analgesia de parto, e a técnica de escolha é o bloqueio PERIDURAL com cateter, que permite complementação ao longo do trabalho de parto e eventual conversão para cesárea. Bloqueio de pudendo (A) só alivia o período expulsivo; raquianestesia em sela (C) é dose única e tardia; meperidina (D) deprime o recém-nascido; negar analgesia (E) contraria o direito da parturiente. Resposta B.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Homem, com 25 anos de idade, solteiro, procura atendimento na unidade básica de saúde, queixando-se de ferida genital. Ao exame clínico, foi observada lesão peniana ulcerada, eritematosa, com diâmetro de 1 cm, sem secreção, base endurecida, limites nítidos, bordas a pique, não dolorosa, nem pruriginosa. Qual o diagnóstico clínico principal?

A Sífilis primária. ✓

B Sífilis secundária.

C Câncer mole.

D Câncer misto.

E Linfogranuloma venéreo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão peniana ulcerada ÚNICA, indolor, com base ENDURADA, bordas nítidas e fundo limpo, sem secreção: é o câncer duro da sífilis primária. O par de características 'indolor + base endurecida' é o que separa da sífilis secundária (B), que se manifesta como roseolas, lesões palmoplantares e condiloma plano, e do câncer mole (C), doloroso, múltiplo, de fundo purulento e bordas irregulares. Linfogranuloma (E) tem úlcera fugaz seguida de adenopatia fistulizante. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Adolescente do sexo masculino, com 14 anos de idade, busca atendimento em Unidade Básica de Saúde por considerar sua estatura muito baixa. O seu peso ao nascer foi de 3 Kg e o comprimento, de 50 cm. Manteve-se com velocidade de crescimento adequada até os dois anos de vida. Depois desse período, o pediatra constatou desaceleração no padrão de crescimento. Atualmente, apresenta velocidade de crescimento e estatura compatíveis com a idade óssea. Estágio de Tanner = 1; idade óssea = 13,5 anos; radiografia da de crânio normal. Qual a conduta adequada para essa situação?

- A Encaminhar o paciente para endocrinologista para indução puberal imediata com testosterona.
- B Referenciar o paciente para endocrinologista para indução imediata do crescimento com sulfato de zinco.
- C Acompanhar a evolução e não referenciar o paciente nesse momento, pois trata-se de atraso puberal constitucional. ✓**
- D Referenciar o paciente para endocrinologista para investigação imediata de hipogonadismo hipogonadotrófico.
- E Não referenciar o paciente e tranquilizá-lo, pois não há evidência de atraso puberal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 14 anos com Tanner 1, IDADE OSSEA de 13,5 anos e — o dado-chave — velocidade de crescimento e estatura COMPATÍVEIS com a idade ossea, sem sinais de doença crônica e com crânio normal: e atraso constitucional do crescimento e da puberdade, condição benigna que só exige acompanhamento. Induzir puberdade (A) ou investigar hipogonadismo (D) é precipitado; sulfato de zinco (B) não induz crescimento; e simplesmente dizer que não há atraso (E) ignora o Tanner 1 aos 14 anos. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Mulher, com 21 anos de idade, estava próxima ao ponto de ônibus, quando foi abordada por um indivíduo estranho, que mediante ameaça com uma faca a obrigou entrar em uma casa abandonada, próxima àquele local, onde a agrediu ■ sicamente e obrigou-a a manter relação sexual vaginal e anal. Em seguida o agressor evadiu-se. A mulher procurou, imediatamente um posto policial onde foi orientada a buscar auxílio médico e foi encaminhada à Unidade de Atendimento de Emergência. Analise os itens abaixo: I. Comunicar à unidade policial para a realização de boletim de ocorrência, após autorização da paciente. II. Não realizar toque vaginal ao atender a paciente por ser vítima de violência sexual e estupro. III. Promover o acolhimento da paciente e examinar para veri■ car se existem lesões. IV. Explicar que trata-se de atendimento exclusivo da alçada do Instituto Médico Legal. V. Promover assistência médica visando a prevenção de doenças de transmissão sexual. VI. Ofertar anticoncepção de emergência caso não possua um método anticonceptivo efetivo. VII. Solicitar, antes de iniciar a avaliação da paciente, a presença do pai ou marido, se for o caso. Assinale a alternativa que contém apenas itens corretos de medidas médico-legais a serem tomadas pelo médico de plantão.

- A I, IV, VI e VII.
- B I, II, IV e VII.
- C I, III, V e VI. ✓**
- D II, III, IV e VI.
- E III, V, VI e VII.

COMENTÁRIO OSCELABS

Atendimento a vítima de violência sexual: acolher e examinar em busca de lesões (III), oferecer profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis (V) e anticoncepção de emergência (VI) são condutas obrigatórias; a comunicação a autoridade policial (I) depende da vontade da paciente adulta. São ERRADOS: deixar de examinar (II) — o exame ginecológico é necessário e faz parte do cuidado; condicionar o atendimento ao IML (IV) — o serviço de saúde NÃO pode recusar atendimento; e exigir a presença de pai ou marido (VII). Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Paciente, com 25 anos de idade, sem queixas, retorna para consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde trazendo o resultado do exame citopatológico do colo uterino que apresentou amostra satisfatória, com atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS). O exame especular vaginal feito na consulta em que o material colhido era normal. O citopatológico anterior da paciente havia sido colhido dois anos antes e não apresentava sinais de malignidade. Qual a conduta a ser adotada?

A Encaminhar a paciente para colposcopia com biópsia dirigida.

B Solicitar retorno da paciente em seis meses para repetir o exame citopatológico. ✓

C Encaminhar a paciente para avaliação especializada em setor de patologia do trato genital inferior.

D Tratar a paciente com creme vaginal de metronidazol e repetir o citopatológico em seguida.

E Colher o exame novamente, pois trata-se de erro do laboratório.

26 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia com ASC-US (atipias de significado indeterminado) em paciente jovem, com exame especular normal e citologia previa negativa: a recomendação vigente é apenas REPETIR a citologia em seis meses, pois a maioria dessas atipias regride espontaneamente. Colposcopia com biópsia (A) e encaminhamento imediato (C) só entram após duas citologias alteradas ou em lesão de maior grau; tratar empiricamente com metronidazol (D) e recolher por suposto erro de laboratório (E) não tem respaldo. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Paciente, com 60 anos de idade, do sexo masculino, residente da zona da mata de Pernambuco, procura serviço médico de urgência porque iniciou há 48 horas dor abdominal em cólica, agora difusa, vômitos de cor acastanhada escura e odor fétido. Relata ter “intestino preso”, há muitos anos, mas nunca se preocupou, pois sempre foi assim. Não faz uso de qualquer medicação e nunca foi submetido a procedimento cirúrgico. Não é tabagista e nem etilista. Ao exame, está desidratado, hipocorado 1+/++++, Frequência cardíaca = 110 bpm, Pressão arterial = 90/40 mmHg, sem alteração do aparelho respiratório. Apresenta abdome muito distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, com timbre metálico, timpânico e doloroso à percussão difusa e à palpação superficial em todo o abdome. Além da correção da desidratação, a conduta sequencial para esse paciente é

A iniciar sedação e encaminhá-lo para tratamento cirúrgico de urgência.

B passar cateter nasogástrico, prescrever jejum e iniciar antibioticoterapia.

C passar cateter nasogástrico e encaminhá-lo para tratamento cirúrgico de urgência. ✓

D encaminhar para centro de especialidades médicas para realizar propedêutica complementar e diagnóstico.

E prescrever jejum, iniciar antibioticoterapia e encaminhá-lo para tratamento cirúrgico de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso da zona da mata pernambucana com constipação crônica de longa data (pense em megacolon chagásico), agora com dor difusa, vômitos fecaloides, abdome muito distendido, timpanico e com ruídos METÁLICOS e hipotensão: obstrução intestinal com sofrimento de alca. Descomprime-se com cateter nasogástrico e encaminha-se para cirurgia de URGÊNCIA. Apenas jejum e antibiótico (B) não desobstrui; propedêutica ambulatorial (D) ignora a instabilidade; sedar (A) mascara sem tratar. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito B

Mulher, com 35 anos de idade, obesa. Teve duas gestações, um parto e zero abortos. Atualmente, gestante de 14 semanas, vem à consulta de pré-natal trazendo seus exames, nos quais a glicemia de jejum tem valor de 90 mg/dL. Tem histórico obstétrico com ■ lho anterior pesando 4.200 g, nascido com 37 semanas e cinco dias. Nesse caso, além da orientação dietética para prevenção de ganho de peso anormal, a conduta apropriada é

A internação para realizar per■ l glicêmico e realização de ecogra■ a pelo alto risco de más formações fetais, especialmente cardíacas e de tubo neural.

B realização de teste de sobrecarga da glicose e, se normal, reavaliação em idade gestacional posterior.
✓

C realização de teste de sobrecarga da glicose e, se alterado, introdução de insulina.

D realização de teste oral de sobrecarga da glicose e, se normal, afastada a possibilidade de desenvolvimento de diabetes gestacional durante a gravidez atual.

E Internação para realizar per■ l glicêmico e introdução de insulina para prevenir macrosomia fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 14 semanas, obesa, com 35 anos e antecedente de recém-nascido de 4.200 g — fatores de risco robustos para diabetes gestacional — mas glicemia de jejum normal. A conduta é antecipar o rastreio com teste de sobrecarga; se normal, NAO se encerra a investigação: repete-se entre 24 e 28 semanas, quando a resistência insulínica gestacional atinge o pico. Isso derruba D. Internar (A, E) é desnecessário, e insulina (C) só entra após falha da dieta e do controle glicêmico. Resposta B.

QUESTÃO 94 — ANULADA

Primigesta, com 30 anos de idade e idade gestacional de 18 semanas, retorna para sua segunda consulta de pré-natal. A gestação transcorre bem e a paciente não tem nenhuma queixa. Traz, dentre os exames solicitados na primeira consulta, a pesquisa para HIV com resultado indeterminado. A paciente nunca havia feito a sorologia anteriormente. Conta que o parceiro é saudável e não tem histórico de DST. Que conduta deve ser tomada neste caso?

A Solicitar inicialmente a sorologia do parceiro e, caso negativa, encerrar a pesquisa.

B Solicitar a repetição do teste, uso de preservativo em todas as relações sexuais e prescrever antirretroviral, de maneira a evitar o risco de transmissão fetal.

C Solicitar imediatamente nova sorologia, orientando o uso de preservativo em todas as relações sexuais enquanto aguarda o resultado.

D Solicitar nova sorologia em 30 dias, orientando o uso de preservativo em todas as relações sexuais.

E Encaminhar a paciente para avaliação do infectologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era a conduta diante de sorologia anti-HIV com resultado INDETERMINADO no pré-natal — situação em que o fluxograma exige repetir a testagem e orientar sexo protegido enquanto se aguarda o resultado, sem iniciar antirretroviral com base num teste inconclusivo. A controversia estava no PRAZO da repetição (imediata versus após 30 dias, conforme a versão do fluxograma vigente). Por ter sido anulada, não há alternativa oficialmente correta.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Visando aferir, em nosso meio, os fatores que influenciam no crescimento de pré-escolares, com destaque para a suplementação nutricional, foi desenvolvido um estudo em uma população de bairro periférico de uma cidade do interior paulista. Durante um ano, em quatro observações trimestrais, acompanhou-se a evolução de indicadores de peso e altura de 444 crianças, identificadas em censo específico. Entre essas, 164 eram assistidas por creche local, enquanto as outras 280 não recebiam esse tipo de tratamento. A admissão a essa creche dava-se por meio da comprovação de que a mãe trabalhava fora do lar. O plano analítico adotou a análise multivariada por regressão linear múltipla. Quanto ao delineamento, podemos afirmar que esse estudo é

A randomizado.

B quase-experimental. ✓

C caso-controle.

D descritivo.

E transversal. 27 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE
EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Há intervenção (suplementação nutricional via creche) e grupo de comparação, mas a alocação NÃO foi aleatória — as crianças entraram na creche por critério administrativo (mãe que trabalha fora). Estudo com intervenção sem randomização e quase-experimental. Randomizado (A) exige sorteio; caso-controle (C) parte do desfecho para a exposição; descritivo (D) não compara grupos; transversal (E) não teria seguimento de um ano com quatro observações. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito D

A secretaria de saúde de um município está em processo de compra emergencial de kits para detecção sorológica de dengue. Conforme deliberação do Centro de Vigilância em Saúde do Estado, o município precisa de um exame que tenha elevada probabilidade de identificar os pacientes “verdadeiros positivos” entre os indivíduos realmente portadores de dengue. Na tomada de decisão para a compra desses kits, essa probabilidade deverá ser procurada sob que termo?

A Razão de verossimilhança de um resultado de teste positivo.

B Valor preditivo positivo.

C Confiabilidade.

D Sensibilidade. ✓

E Especificidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Identificar corretamente os doentes ENTRE OS QUE REALMENTE TEM a doença e a definição de SENSIBILIDADE — verdadeiros positivos sobre o total de doentes. Especificidade (E) e o inverso: identificar os sadios entre os não doentes. Valor preditivo positivo (B) parte do resultado do teste, não do doente, e depende da prevalência. Razão de verossimilhança (A) combina os dois parâmetros; confiabilidade (C) e reprodutibilidade. Perola: em epidemia, prioriza-se sensibilidade para não perder caso. Resposta D.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Um paciente, com 55 anos de idade, etilista crônico, procurou um pronto-atendimento com hematêmese e alteração do nível de consciência. Ao exame físico, observou-se indivíduo emagrecido, agitado, com pressão arterial de 80 x 50 mmHg, pálido, taquipneico, com moderada ascite. Após internação, os exames laboratoriais revelaram dosagem de albumina de 2,6 g/dL, bilirrubina de 3,5 mg/dL, INR (International Normalized Ratio) = 2,0 e sorologia positiva para vírus da hepatite C. As enzimas hepáticas encontravam-se elevadas e a razão entre AST/ALT duas vezes maior que o normal. A dosagem de GGT estava elevada. Qual a causa principal de descompensação clínica deste paciente?

A Baixo débito cardíaco.

B Ingestão elevada de álcool. ✓

C Hipoalbuminemia.

D Intoxicação medicamentosa.

E Reativação da hepatite crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrose por hepatite C em etilista crônico que descompensa com hemorragia, ascite e encefalopatia. As pistas laboratoriais apontam para o álcool como gatilho: relação AST/ALT maior que 2 e GGT elevada são a assinatura da hepatopatia alcoólica em atividade. Baixo débito (A) não tem suporte clínico; a hipoalbuminemia (C) e consequência da insuficiência hepática, não causa; não há relato de medicamentos (D); e reativação (E) não explica esse padrão enzimático. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Paciente, com 35 anos de idade, nuligesta, procura médico para realizar exames de mama. Relata ter muito medo, pois sua mãe teve câncer de mama bilateral, diagnosticado aos 49 anos. O exame clínico das mamas é normal, bem como o restante do exame físico da paciente. Qual a conduta a ser adotada pelo médico no rastreamento do câncer de mama para esta paciente?

A Autoexame de mamas mensal e exame clínico anual.

B Exame clínico e mamografia a anuais. ✓

C Exame clínico, mamografia a e ultrassonografia a mamária anuais.

D Exame clínico e mamografia a a cada dois anos.

E Exame clínico anual e ressonância magnética de mamas a cada dois anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 35 anos com mãe que teve câncer de mama BILATERAL aos 49 anos (antes da menopausa) e de alto risco. Nesse grupo, o rastreamento começa mais cedo — exame clínico e mamografia ANUAIS a partir dos 35 anos, e não aos 40/50 como na população geral. Rastrear só com exame clínico e autoexame (A) subutiliza a mamografia; intervalo bienal (D) e para risco habitual; ultrassom (C) não é método de rastreio; e ressonância bienal (E) não substitui a mamografia anual. Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Paciente, internado há oito dias em hospital secundário, vítima de politraumatismo por queda de moto apresentava trauma torácico e abdominal contusos. Foi submetido a drenagem torácica direita devido a hemotórax, com sucesso, sendo o dreno retirado sem intercorrências, há dois dias. Foi submetido a laparotomia exploradora sendo realizada ra■ a de lesão hepática e limpeza da cavidade. Paciente evoluía satisfatoriamente, alimentando-se, deambulando e evacuando normalmente, porém há 24 horas queixa-se de dor torácica à inspiração, com irradiação para o dorso, tosse seca, fôlego curto e falta de ar. Apresentou dois picos febris nas últimas 24 horas. O abdome é indolor, depressível, com ruídos hidroaéreos presentes e normais. A ausculta do tórax revela murmúrio vesicular discretamente diminuído em base pulmonar direita. Diante desta situação, pergunta-se qual a hipótese diagnóstica e a conduta?

A Empiema pleural. Radiogra■ a simples de tórax. Drenagem torácica. ✓

B Pneumonia hospitalar. Raio X simples de tórax. Iniciar ceftriaxona 2g/dia por via endovenosa.

C Encarceramento pulmonar. Tomogra■ a computadorizada de tórax. Decorticação pulmonar.

D Atelectasia pulmonar à direita. Raio X simples de tórax. Fisioterapia respiratória e deambulação.

E Abscesso pulmonar. Tomogra■ a de tórax. Lobectomia de urgência. 28 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE D I P L O M A S M É D I C O S EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente drenado por hemotorax, com dreno retirado ha dois dias, evolui com febre, dor pleuritica e reducao do murmurio na base direita: sangue residual na cavidade e meio de cultura ideal — empiema pleural. Confirma-se com radiografia e trata-se com DRENAGEM (o antibiotico isolado nao esteriliza colecao). Pneumonia (B) nao explicaria a evolucao pos-drenagem com derrame; atelectasia (D) nao da febre sustentada; decorticacao (C) e etapa tardia; e abscesso com lobectomia de urgencia (E) nao tem cabimento. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Mulher, com 25 anos de idade, apresenta ciclos menstruais irregulares, com atrasos menstruais frequentes, oleosidade da pele, Acantose nigrans e hirsutismo leve em região mentoniana. Exame ecográ■ co demonstra características compatíveis com ovários micropolicísticos bilateralmente. Assinale a alternativa em que as observações, em relação ao seguimento e tratamento desta paciente, são corretas.

A A recomendação de perda de peso, atividade física e alimentação rica em ■ bra, deve ser restrita aos casos de ganho de peso recente.

B Deve ser alertada para a possibilidade de maior risco cardiovascular por alterações no per■ l lipídico e maior risco oncogênico, principalmente para endométrio.

C A utilização de anticoncepcional hormonal oral não é indicada, pois não melhora o hirsutismo, a acne e não regulariza o intervalo menstrual.

D Caso a paciente tenha desejo de engravidar, a regularização do ciclo e o uso de citrato de clomifeno são as escolhas iniciais preferenciais. ✓

E Em se tratando de paciente com infertilidade caracterizada, a ressecção em cunha dos ovários é o tratamento preferencial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome dos ovários policísticos (irregularidade menstrual, hiperandrogenismo clínico, ovários micropolicísticos) com acantose nigricans, marcador de resistência insulínica. Se ha desejo de engravidar, a conduta inicial e perda de peso associada a inducao da ovulacao com citrato de clomifeno. A restringe erroneamente a mudanca de estilo de vida; C esta errada, pois o anticoncepcional combinado melhora acne, hirsutismo e regularidade; a ressecção em cunha (E) foi abandonada. B tem parte correta, mas erra ao juntar afirmativas como conduta de seguimento preferencial. Resposta D.

QUESTÃO 101 — Gabarito D

Criança do sexo masculino, com quatro anos de idade, é atendido na Unidade Básica de Saúde com história de febre há três dias, cansaço, tosse seca frequente, às vezes seguida de vômitos, astenia, anorexia e dor abdominal. Há dez dias apresentou “resfriado febril” com duração de cinco dias, tendo usado Ampicilina por dois dias. No momento o estado geral é regular, apresenta dispneia leve, palidez e hipoatividade. A ausculta pulmonar revela diminuição do murmúrio vesicular em terço inferior do hemitórax dorsal direito. Peso e estatura adequados para a idade. Não informa doenças anteriores. Tem mais dois irmãos saudáveis. Está em uso de salbutamol, de 6/6 horas, há três dias. A conduta apropriada para a criança é

- A apenas sintomático e manter o salbutamol.
- B internação e uso de penicilina endovenosa.
- C ampicilina via oral, em doses e intervalos adequados.
- D amoxicilina, via oral, em doses e intervalos adequados. ✓**
- E investigar imunodeficiência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia comunitária em pré-escolar: febre, tosse, dor abdominal e redução localizada do murmúrio vesicular em base direita, com bom estado nutricional e SEM sinais de gravidade (não há tiragem grave, cianose ou impossibilidade de ingerir). Trata-se ambulatorialmente com amoxicilina oral, que cobre o pneumococo, agente principal. Manter apenas sintomático (A) subtrata; internar com penicilina venosa (B) e excessivo aqui; ampicilina oral (C) tem absorção inferior; investigar imunodeficiência (E) e prematuro no primeiro episódio. Resposta D.

QUESTÃO 102 — Gabarito A

Em relação à osteoporose, é correto afirmar que

- A são considerados fatores de risco de osteoporose não modificáveis: idade, pequena estrutura corporal, origem étnica, história familiar de osteoporose. ✓**
- B são considerados fatores de risco de osteoporose modificáveis: tabagismo, consumo excessivo de álcool, terapia de reposição hormonal estrogênica.
- C nas mulheres com antecedentes familiares de osteoporose, a avaliação diagnóstica da densidade mineral óssea deve ser recomendada a partir de 40 anos.
- D o uso de reposição de cálcio e vitamina D aliada ao uso de bifosfonatos deve ser considerado apenas nos casos de ocorrência de fraturas prévias.
- E os efeitos de depleção óssea, induzidos pelo uso prolongado de corticóides, no hipotireoidismo e na doença renal crônica podem ser evitados pela ingestão complementar de cálcio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fatores de risco NÃO modificáveis para osteoporose são exatamente os que o paciente não pode mudar: idade avançada, estrutura corporal pequena, etnia (branca e asiática) e história familiar. B erra grosseiramente ao listar terapia estrogênica como fator de risco modificável — ela é protetora para o osso; C antecipa sem respaldo a densitometria para os 40 anos; D restringe cálcio e vitamina D a quem já fraturou, quando eles são base da prevenção; E supõe que cálcio isolado neutraliza a perda óssea induzida por corticoide. Resposta A.

QUESTÃO 103 — Gabarito E

Paciente, com 55 anos de idade, procurou consultório médico referindo o aparecimento de nódulo na região cervical à direita. O exame físico constatou que o paciente apresentava nódulo tireoideano à direita, de aproximadamente 6 cm. A ultrassonografia revelou nódulo isoecogênico, de 6 cm, no lobo inferior da tireóide. O estudo citológico, realizado em material colhido por punção aspirativa de agulha fina, foi sugestivo de carcinoma papilífero. O paciente foi então submetido a tireoidectomia, sem registro de intercorrências no ato operatório. No pós-operatório imediato o paciente passou a apresentar rouquidão e a laringoscopia realizada revelou paralisia de prega vocal à direita. Mediante o quadro clínico e considerando a anatomia cirúrgica, qual a causa prevalente de rouquidão nesses casos?

- A Lesão do ramo tireoideano do gânglio simpático cervical durante o ato cirúrgico.
- B Lesão da alça cervical do nervo parasimpático cervical durante o ato cirúrgico.
- C Lesão do ramo inferior do nervo laríngeo superior durante o ato cirúrgico.
- D Lesão do nervo laríngeo superior durante o ato cirúrgico.

E Lesão do nervo laríngeo recorrente durante o ato cirúrgico. 29 REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Rouquidão com paralisia de prega vocal no pós-operatório imediato de tireoidectomia tem uma causa dominante: lesão do nervo LARÍNGEO RECORRENTE, que corre no sulco traqueoesofágico junto a artéria tireoideia inferior e inerva toda a musculatura intrínseca da laringe, exceto o cricotireoideo. O laríngeo superior (C, D) inerva o cricotireoideo e sua lesão altera o tom agudo da voz, sem paralisar a prega. Cadeia simpática (A) e alça cervical (B) não respondem pela mobilidade da prega vocal. Resposta E.

QUESTÃO 104 — Gabarito C

Gestante, primigesta, 18 anos de idade, com dezessete semanas de gestação, traz cartão de vacinação para a consulta de pré-natal, mostrando esquema vacinal completo para tétano aos 10 anos de idade. Em relação à recomendação do esquema vacinal da dupla adulto (difteria e tétano), durante a gravidez, qual a conduta correta para essa gestante?

- A Repetir esquema vacinal completo, composto por três doses.
- B Repetir esquema vacinal modificado, composto por duas doses.

C Aplicar dose de reforço, pois o esquema vacinal completo foi realizado há mais de cinco anos. ✓

- D Não aplicar dose de reforço, já que o esquema vacinal completo foi realizado há menos de dez anos.
- E Não realizar vacinação, pois a vacina dupla adulto não faz parte dos cuidados da assistência pré-natal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 18 anos com esquema antitetânico completo aos 10 anos — ou seja, há oito anos, mais de cinco. A regra é simples: esquema completo com última dose há mais de cinco anos exige UMA dose de reforço de dupla adulto durante o pré-natal, garantindo também proteção do recém-nascido contra tétano neonatal. Reiniciar o esquema (A, B) é desnecessário; dispensar o reforço pelo prazo de dez anos (D) usa a regra da população geral, mais frouxa; e a dT integra sim a rotina do pré-natal (E). Resposta C.

QUESTÃO 105 — Gabarito B

Para a resolução da questão a seguir, primeiro leia o caso clínico, depois analise as assertivas relacionadas a ele e, em seguida, marque a alternativa correta. Caso: Gestante, com 18 anos de idade, primigesta, gestação com 39 semanas e 6 dias, foi admitida no Setor de Emergência Obstétrica apresentando convulsões tônico-clônicas generalizadas. Ao exame físico: Pressão arterial=180 x 120mmHg, BCF=65 bpm; hipertonia uterina franca, toque vaginal: colo uterino fechado, grosso e posterior. Após administração endovenosa de sulfato de magnésio e controle da crise convulsiva, a paciente foi encaminhada ao Centro Obstétrico para resolução por via alta, com as hipóteses diagnósticas de eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e sofrimento fetal agudo. O parto cesáreo ocorreu de forma rápida, através de incisão mediana, após anestesia geral. Não havia acompanhantes da gestante na sala de parto. O recém-nascido nasceu com peso de 3.850g, medindo 50cm, pálido, hipotônico, não responsivo, sem choro. Foi imediatamente atendido pelo pediatra que identificou ausência de batimentos cardíacos e procedeu às manobras de ressuscitação neonatal, sem sucesso. Após o nascimento, ocorreu o descolamento extenso da placenta, com grande quantidade de sangue e coágulos retroplacentários. Na evolução do parto operatório, não houve contração do útero, e após exaustivas manobras e medicamentos uterotônicos, não houve controle da hemorragia uterina profusa, que levou a equipe médica a realizar histerectomia puerperal. A hemorragia foi então controlada e a intervenção concluída sem outras intercorrências. Todo o suporte de vida necessário durante o trans e o pós-operatório foi disponibilizado. A parturiente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em estado grave, sob ventilação mecânica e apresentando quadro de coagulação intravascular disseminada. Após dez dias, obteve alta da UTI e foi encaminhada para a enfermaria obstétrica, ainda com estado geral comprometido e, pela primeira vez, consciente após o parto. Chegando à enfermaria, perguntou pelo recém-nascido. Assertivas: I. A melhor conduta neste caso, em relação ao óbito do recém-nascido, seria não informar a mãe neste momento, dizendo apenas que o recém-nato estaria em estado grave na UTI-neonatal. II. A responsabilidade de assinar o atestado de óbito do recém-nato é do obstetra. III. A equipe médica deveria ter consultado a família da parturiente antes da decisão de realizar a histerectomia puerperal, tendo em vista a idade da paciente, o fato de ser primigesta, além da morte do recém-nato. IV. A julgar pelo relato do caso, existem evidências de imperícia e imprudência, mas não de negligência por parte da equipe médica. V. Não houve, a julgar pelo relato do caso, evidências de negligência, imperícia ou imprudência por parte da equipe médica. Estão de acordo com os preceitos éticos da assistência médica APENAS as afirmações:

A I e II.

B II e V. ✓

C III e IV.

D I e V.

E III e V.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas afirmativas se sustentam. A II reconhece que a declaração de óbito do recém-nascido cabe ao médico que assistiu ao parto. A V afirma o essencial: diante de eclâmpsia com descolamento prematuro de placenta, o parto imediato, a ressuscitação neonatal e a histerectomia puerperal após falha dos uterotônicos configuram conduta tecnicamente correta — não há negligência, imperícia nem imprudência (o que derruba IV). A I viola o dever de veracidade ao mentir sobre o óbito, e a III ignora que a histerectomia foi salvadora e em urgência. Resposta B.

QUESTÃO 106 — Gabarito C

Considere que, em uma cidade de dois milhões de habitantes, houve 400 casos de gripe pelo vírus H1N1, no ano de 2009. Oito pessoas faleceram. O cálculo do coeficiente de letalidade das infecções pelo vírus H1N1 nessa cidade resulta em que valor?

A 0,000004

B 0,0002

C 0,02 ✓

D 0,04

E 0,2 30 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Letalidade e óbitos divididos pelos DOENTES, não pela população — essa é a armadilha. Logo, $8 / 400 = 0,02$, ou 2%. Quem divide pelos dois milhões de habitantes calcula MORTALIDADE (0,000004, alternativa A) e cai no distrator. 0,0002 (B) seria a incidência ($400/2.000.000$). Perola: mortalidade tem a população no denominador; letalidade tem os casos. Resposta C.

QUESTÃO 107 — Gabarito A

Considere uma comunidade rural, onde um número aparentemente elevado de neonatos com má formação congênita é atribuído pelas mães agricultoras aos agrotóxicos utilizados na lavoura. Ao realizar um estudo de coorte retrospectivo dos nascimentos ocorridos na cidade nos últimos três anos, foi encontrado um risco relativo igual a 1,5, com um intervalo de confiança de 95%, entre 1,02 e 2,57. Qual a interpretação desse estudo?

A Mães agricultoras têm risco 50% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras. ✓

B Mães agricultoras têm risco 95% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.

C Mães agricultoras têm risco 102% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.

D Mães agricultoras têm risco 150% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.

E Mães agricultoras têm risco 257% maior de conceber filhos com má formação congênita em relação a mães não-agricultoras.

COMENTÁRIO OSCELABS

Risco relativo de 1,5 significa risco 50% MAIOR no grupo exposto — basta subtrair 1 e converter em porcentagem. O intervalo de confiança de 1,02 a 2,57 não entra na conta do efeito: ele apenas não inclui o 1, o que torna o resultado estatisticamente significativo. As alternativas C e E confundem os limites do intervalo com a magnitude do efeito; B confunde o nível de confiança de 95% com o risco; e D lê o 1,5 como 150%. Resposta A.

QUESTÃO 108 — Gabarito D

Criança, com 5 anos de idade, mora com os pais em bairro de periferia. Seu pai é fumante, há três meses apresenta tosse crônica, produtiva, sudorese noturna e febre diária e não procura cuidados médicos. Sua mãe é aparentemente saudável. Há três semanas, a criança iniciou tosse produtiva com escarro purulento, febre ao ☐ nal da tarde e emagrecimento. O cartão de vacinas demonstra que ele foi vacinado com BCG ID no primeiro ano de vida. No atendimento é constatada temperatura oral de 37,5 °C, taquipneia e redução de murmúrio vesicular em terço médio do hemitórax direito. O exame radiológico do tórax mostra condensação homogênea em ápice de pulmão direito. O PPD é de 10 mm. Qual a conduta terapêutica para essa criança?

A quimioprofilaxia primária.

B quimioprofilaxia secundária e controle com exames a cada 2 meses.

C revacinar com BCG e controle com exames a cada 2 meses.

D esquema tríplice (2HRZ) e duplo (4HR) e controle com exames a cada 2 meses. ✓

E esquema quádruplo 2(HRZE) e duplo (5HR) e controle com exames a cada 2 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com tosse produtiva, febre vespertina, emagrecimento, condensação em ápice pulmonar direito, PPD de 10 mm e contato domiciliar bacilífero (o pai com tosse crônica há três meses): é tuberculose pulmonar em atividade, não infecção latente — logo, quimioprofilaxia (A, B) está descartada. Em menores de 10 anos, o esquema NAO leva etambutol pelo risco de neurite óptica não monitorizável, ficando 2HRZ seguido de 4RH. Revacinar com BCG (C) não trata doença. Resposta D.

QUESTÃO 109 — Gabarito C

No atendimento do Pronto-Socorro é admitido um jovem de 19 anos, de origem indígena, que narra ter sido vítima de uma picada de cobra na mão direita, há aproximadamente 30 minutos, relatando dor local. Você constata edema e equimose local. Outros habitantes da aldeia onde reside o rapaz trouxeram a cobra sem vida ao hospital na esperança de que isso pudesse ajudar na identificação da espécie da cobra que o havia picado. À observação, nota-se que a cobra tem fosseta loreal e cauda lisa. Considerando o quadro clínico, as características da cobra e a epidemiologia brasileira dos envenenamentos por animais peçonhentos, que tipo de soro antiofídico deverá ser administrado?

A Soro antilonômico.

B Soro anticrotálico.

C Soro antibotrópico. ✓

D Soro antilaquético.

E Soro antielapídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A identificação do animal resolve a questão: FOSSETA LOREAL indica viperídeo, e a CAUDA LISA (sem chocalho e sem escamas ericadas) aponta o gênero Bothrops — a jararaca, responsável pela maioria dos acidentes ofídicos no Brasil. O quadro local com dor, edema e equimose confirma o padrão botrópico. A crotálico (B) teria chocalho e quadro neuromuscular e mialgico; o laquético (D) tem cauda com escamas ericadas; o elapídico (E) e da coral, que NAO tem fosseta loreal. Resposta C.

QUESTÃO 110 — Gabarito B

Foi realizado estudo epidemiológico, durante período de 10 anos, entre indivíduos usuários de uma determinada droga, alguns a usavam por via inalatória, outros, por via intravenosa. O objetivo do estudo foi o de averiguar se a via de administração da droga poderia estar relacionada com maior mortalidade em um dos grupos. Os dados disponíveis do estudo são: Óbito Não-óbito Injetável 400 4600 Inalatória 80 1920 Qual o risco relativo de morte ao se usar a droga na forma injetável em relação à forma inalatória?

A 1.

B 2. ✓

C 3.

D 4.

E 5. 31 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 32 REVALIDA 2011 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS QUESTIONÁRIO DE

PERCEPÇÃO SOBRE A PROVA As perguntas abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente a sua opinião, nos espaços próprios do Caderno de Respostas. Agradecemos a sua colaboração.

PERGUNTA I Qual o grau de dificuldade da prova? A Muito fácil. B Fácil. C Médio. D Difícil. E Muito difícil.

PERGUNTA II 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 III Os enunciados das questões da prova estavam claros? A Sim, todos. B Sim, a maioria. C Apenas cerca da metade. D Poucos. E Não, nenhum.

PERGUNTA IV 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 V Você se deparou com alguma dificuldade ao responder a prova? Qual? A Desconhecimento do conteúdo. B Forma diferente de abordagem de conteúdo. C Espaço insuficiente para responder às questões. D Falta de motivação para fazer a prova. E Não tive qualquer tipo de dificuldade em responder a prova.

PERGUNTA VI Você já participou, no Brasil, de outro(s) processo(s) de revalidação de diploma de médico obtido no exterior? A Sim. B Não.

REVALIDA 2011 EXAM E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Risco relativo e a razão entre as incidências. No grupo injetável: $400 / (400 + 4600) = 400/5000 = 0,08$. No inalatório: $80 / (80 + 1920) = 80/2000 = 0,04$. Dividindo, $0,08 / 0,04 = 2$ — quem usa a droga por via injetável tem o dobro do risco de morrer. O erro clássico é usar apenas os óbitos ($400/80 = 5$, alternativa E), esquecendo que o denominador precisa ser o total de EXPOSTOS de cada grupo. Resposta B.