



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2012

Prova comentada

79 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 4 — Gabarito A

Uma gestante de 32 anos de idade, gesta = 2, para = 1, hoje com 15 semanas de gestação, comparece a sua segunda consulta de pré-natal. Encontra-se assintomática. Tem histórico de parto pré- termo há 4 anos devido a descolamento prematuro de placenta, com complicação de hemorragia pós-parto. Nega história de hipertensão, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional anterior. O filho anterior nasceu com 36 semanas, pesou 2 050 g e mediu 40 cm. A gestante nega o uso, na gravidez anterior, de quaisquer medicações, exceto sulfato ferroso e ácido fólico. Ao exame clínico apresentou: PA = 110 x 60 mmHg; FC = 80 bpm; altura uterina = 15 cm; batimentos cardíacos fetais = 152 bpm; toque: colo fechado, grosso e posterior. A paciente traz os resultados dos seguintes exames laboratoriais: glicemia de jejum = 65 mg/dL (valor de referência < 99 mg/dL); sorologia para toxoplasma gondii = IgM não reagente/IgG reagente; sorologia rubéola = IgG reagente/IgM não reagente; VDRL não reagente; TSH = 15 UI/ml (valor de referência = 0,4 a 5,0 UI/ml), hemograma com Hb = 12,0 g/dL (valor de referência = 11,3 a 16,3 g/dL), leucócitos e plaquetas normais. Com base na história clínica e nos resultados dos exames acima apresentados é correto afirmar que

A a gestante deve iniciar reposição de hormônio tireoidiano. ✓

B os níveis de T4 livre da gestante estão necessariamente elevados.

C o quadro clínico apresentado não sugere risco de parto prematuro.

D a mesma rotina laboratorial deve ser repetida após 30 dias para nova avaliação.

E a gestante está assintomática, fato que não indica reposição de hormônio tireoidiano. 1 REVALIDA 2012

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

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH de 15 uUI/mL esta muito acima do limite tolerado na gestacao (referencia trimestre-especifica, em torno de 2,5-3,0), e gestante com TSH elevado tem indicacao formal de levotiroxina mesmo assintomatica — o hipotireoidismo materno nao tratado associa-se a abortamento, prematuridade, DPP e prejuizo do neurodesenvolvimento fetal. B erra porque com TSH alto o T4 livre esta normal (forma subclinica) ou baixo, jamais 'necessariamente elevado'. E inverte a regra: ausencia de sintomas nao afasta tratamento. D adia por 30 dias uma conduta que deve comecar agora. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito E

Uma paciente de 25 anos de idade, gesta = 2, para = 1 (1 cesariana há 3 anos), com 32 semanas de gestação, chega à emergência de um hospital referindo sangramento vaginal há 2 horas. Ao exame, apresenta sinais vitais estáveis, pressão arterial = 130 x 80 mmHg, ausência de dinâmica uterina, batimentos cardíacos fetais de 150 bpm e útero indolor à palpação. Ao exame especular, foi observado sangramento de moderada quantidade fluindo pelo colo. Nessa situação qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta a seguir?

A Vasa prévia; realizar reposição volêmica e indicar cesariana de emergência.

B Descolamento prematuro de placenta; realizar reposição volêmica e indicar cesariana de emergência.

C Placenta prévia; realizar toque vaginal e, se houver dilatação, fazer a internação da paciente e solicitar ultrassonografia.

D Descolamento prematuro de placenta; solicitar ultrassonografia para confirmação diagnóstica e avaliação do bem-estar fetal.

E Placenta prévia; realizar internação para monitorização do sangramento e solicitar ultrassonografia para avaliação do bem-estar fetal. Uma mulher de 40 anos de idade, branca, casada, procura o Serviço de Emergência queixando-se de dor abdominal epigástrica em todo o hemi-abdome superior, intensa, contínua, com irradiação para o dorso e acompanhada de náuseas e vômitos há 24 horas. Não refere história de doença pregressa, etilismo, tabagismo e uso de medicamentos. Informa ter 4 filhos. Ao exame físico apresenta-se desconfortável no leito. Encontra-se afebril, com FC = 110 bpm,

PA = 100 x 60 mmHg, pele com discreta sudorese, mucosas coradas e escleróticas ictéricas 1+/4+. Ao exame do abdome observam-se ruídos hidroaéreos presentes; abdome flácido, com dor à palpação no hemi-abdome superior e ausência de visceromegalias. Os exames laboratoriais mostram: hemograma com 15 400 leucócitos/mm³ (valores de referência 3 = 3 800 a 10 600/mm³) com neutrofilia; glicose = 130 mg/dL (valor de referência = 99 mg/dL); amilase = 1 240 U/L (valor de referência = 30 a 225 U/L); lipase = 600 U/L (valor de referência = 3 a 43 U/L), bilirrubinas totais = 5,2 mg/dL (valor de referência < 1,3 mg/dL), com fração direta de 2,0 mg/dL (valor de referência < 0,4 mg/dL); alanino-amino-transferase = 162 U/L (valor de referência = < 35 U/L); aspartato-amino-transferase = 87 U/L (valor de referência < 30 U/L). A radiografia simples de abdome mostra padrão inespecífico de distribuição de gases, sem evidência de pneumoperitônio. Diante do quadro apresentado, a principal hipótese diagnóstica é A cólica biliar. B pancreatite biliar. C obstrução intestinal. D isquemia mesentérica. E úlcera gástrica perfurada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal indolor no terceiro trimestre, com útero relaxado, sem dinâmica, BCF normais e cesariana previa (fator de risco clássico) fala por placenta previa. Em gestante estável de 32 semanas, a conduta é internar, monitorizar o sangramento e a vitalidade fetal e confirmar por ultrassonografia, buscando conduta expectante até a maturidade. O toque vaginal (C) é proscrito: pode desencadear hemorragia maciça. DPP (B e D) cursa com dor, hipertonia e sofrimento fetal, e a vasa previa se manifesta com sangramento na amniorrexe e deterioração fetal aguda. Resposta E.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Um homem de 21 anos de idade está internado no Pronto Socorro de um hospital terciário após adequada atenção pré-hospitalar e remoção feita pelo SAMU local. Ele foi vítima de acidente de trânsito devido a queda de moto, ocorrido há 15 horas, e apresenta traumatismo raquimedular cervical grave. Ao repetir o exame físico do paciente, o médico constata o retorno do reflexo bulbocavernoso ainda nas primeiras 24 horas do evento traumático. O que sugere este último achado clínico ?

A Recuperação do quadro neurológico.

B Término do choque medular. ✓

C Lesão medular incompleta.

D Síndrome de Brown-Séquard.

E Hipertensão intracraniana associada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O reflexo bulbocavernoso e o primeiro arco reflexo a retornar quando cessa o choque medular, em geral entre 24 e 48 horas do trauma. Seu retorno não indica recuperação funcional (A): significa apenas que a arreflexia transitória acabou e que, a partir daí, o exame neurológico passa a ter valor prognóstico — se o déficit permanecer completo, a lesão é completa. Não caracteriza lesão incompleta (C) nem síndrome de Brown-Séquard (D), que é hemissecação medular com déficit motor ipsilateral e termoalgesico contralateral, e nada tem a ver com hipertensão intracraniana. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Suponha que uma fábrica de cimento foi instalada na periferia de determinado município. A população festejou o empreendimento, pois significou desenvolvimento e novos empregos para a população da área. Após o início do funcionamento da fábrica, observou-se aumento da incidência de doenças respiratórias e de queixas de náuseas e vômitos. Sabendo que há emissão de determinadas substâncias pelas chaminés dessa fábrica, a equipe de Saúde da Família encaminha o problema ao Setor de Vigilância. Quais são as etapas a serem seguidas para a avaliação de risco de substâncias específicas?

A Identificação da periculosidade; avaliação da dose-resposta; avaliação da exposição; caracterização do risco. ✓

B Estabelecimento das frações de exposição; avaliação da dose-resposta; determinação da prevalência dos fatores de risco.

C Criação de sistemas de ouvidoria; determinação dos riscos relativos; estabelecimento de padrões de resposta na população.

D Determinação da fração de risco populacional; mensuração das taxas de exposição; classificação das incidências de problemas.

E Identificação da situação comunitária; determinação da fração total de exposição; determinação das taxas de risco populacionais. 2 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

A avaliação de risco de substâncias específicas segue quatro etapas consagradas: identificação da periculosidade (que substâncias são emitidas e que efeitos produzem), avaliação da relação dose-resposta, avaliação da exposição (quem, quanto, por quanto tempo) e caracterização do risco, que integra as etapas anteriores e explicita as incertezas. As demais alternativas embaralham medidas epidemiológicas de associação (risco relativo, fração atribuível populacional) e ações de gestão e comunicação — úteis, mas posteriores e não substitutivas da avaliação de risco. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Um homem de 25 anos de idade, vítima de atropelamento, foi admitido na Emergência com quadro de insuficiência respiratória aguda, agitação psicomotora e cianose central e periférica. Apresenta várias lesões de face, com afundamento maxilar, perda dos dentes e sangramento local importante. Qual o procedimento imediato para estabelecer uma via aérea para esse paciente?

A Intubação orotraqueal.

B Intubação nasotraqueal.

C Traqueostomia.

D Cricotireoidotomia. ✓

E Ventilação não invasiva com CPAP e máscara. Um menino de dois anos de idade é levado à Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima ao assentamento onde sua família reside, com queixa de diarreia intermitente, com restos alimentares em alguns episódios, sem sangue ou muco, associada a dor epigástrica e hiporexia, iniciada há 15 dias. No último ano, a criança foi levada à UBS duas vezes pelo mesmo motivo. A genitora relata que, há dois meses, a criança também apresentou lesões de pele muito pruriginosas, seguidas de tosse, com resolução espontânea em 3 dias. O padrão alimentar inclui alimentos da família e leite de vaca engrossado com farináceos desde que foi suspenso o aleitamento materno aos 3 meses de vida. A situação vacinal está adequada à idade. O médico observou: peso = 11 kg (percentil 15); turgor e elasticidade da pele um pouco diminuídos, mucosas hiporcoradas, distensão abdominal moderada, com dolorimento discreto e difuso e ausência de edema, de lesões de pele significativas ou de sinais de instabilidade respiratória ou hemodinâmica. Para esse paciente, foram prescritas reidratação oral e orientação higiênico-sanitária. Qual a hipótese diagnóstica que melhor explica o quadro descrito acima e qual a conduta que deve ser aplicada? A

Enteropatia ambiental; solicitar parasitológico de fezes e tratar com antiparasitário adequado ao agente identificado. B Enteropatia dependente do glúten; solicitar anticorpo antigliadina e antiendomísio e excluir da dieta glúten e farináceos em geral. C Enteropatia por alergia ao leite de vaca; solicitar dosagem de IgA secretora, excluir leite de vaca da dieta e prescrever fórmula isenta de proteínas do leite. D Enteropatia infecciosa aguda; solicitar coprocultura, iniciar sulfametexazol-trimetoprim ou cefalosporina de primeira geração durante 7 a 10 dias. E Enteropatia dependente da lactose; excluir fontes de lactose da dieta, prescrever probióticos, prebióticos e usar leite de soja ou fórmula láctea isenta de lactose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma de face com afundamento maxilar, perda dentária e sangramento importante inviabiliza a laringoscopia direta (A) e contraindica a via nasal (B), pelo risco de fratura de base de crânio e falso trajeto. Com insuficiência respiratória e cianose, a via aérea definitiva tem de ser obtida em segundos: a cricotireoidotomia e o procedimento de escolha, rápido e realizável a beira do leito. A traqueostomia (C) exige tempo e, idealmente, centro cirúrgico. CPAP com máscara (E) não protege via aérea com sangramento ativo e risco de aspiração. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Uma criança com 6 anos de idade, moradora em zona rural, é trazida por sua mãe à Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar palidez, falta de apetite, perda de peso e rendimento escolar insatisfatório observados há dois meses. Além da dosagem de hemoglobina e hematimetria, que outros exames, com seus respectivos resultados, servirão para o diagnóstico de uma anemia carencial?

A Morfologia das hemácias: normocítica e normocrômica; ferritina baixa; ferro sérico normal; capacidade de ligação do ferro baixa; saturação de transferrina normal. ✓

B Morfologia das hemácias: microcítica e hipocrômica; ferritina baixa; ferro sérico baixo; capacidade de ligação do ferro elevada; saturação de transferrina baixa.

C Morfologia das hemácias: normocítica e normocrômica; ferritina normal; ferro sérico baixo; capacidade de ligação do ferro baixa; saturação de transferrina normal.

D Morfologia das hemácias: microcítica e normocrômica; ferritina baixa; ferro sérico baixo; capacidade de ligação do ferro elevada; saturação de transferrina baixa.

E Morfologia das hemácias: normocítica e hipocrômica; ferritina normal; ferro sérico normal; capacidade de ligação do ferro baixa; saturação de transferrina normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia carencial (ferropriva) em criança de zona rural: a ferritina baixa é o marcador mais precoce e específico da depleção dos estoques de ferro, e é ela que fecha o diagnóstico — por isso as opções com ferritina normal (C e E) já saem. Pérola: o perfil ferroprivo completo esperado é microcítico e hipocrômico, com ferro sérico baixo, capacidade de ligação do ferro (TIBC) ELEVADA e saturação de transferrina baixa — combinação descrita na alternativa B. Como o gabarito oficial registra outra letra, é questão classicamente discutível; guarde o padrão laboratorial, que é o que cai. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Um homem de 40 anos de idade é atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro de anorexia, perda de peso e adinamia, associados a tosse e discreta falta de ar, iniciado há 30 dias. Ao exame físico foi constatado: paciente emagrecido, 2 IMC 16 kg/m², PA = 110 x 70 mmHg, FC = 88 bpm, FR = 20 irpm, sopro cavitário no ápice pulmonar esquerdo. Que exames são indicados para a elucidação diagnóstica nesse caso?

A Hemograma completo, anti-HIV 1 e 2 e radiografia de tórax.

B Pesquisa de BAAR no escarro e radiografia de tórax. ✓

C Pesquisa de BAAR no escarro, cultura do escarro pelo método Ogawa-Kudoh e radiografia de tórax.

D Baciloscopia do escarro, radiografia de tórax e técnica molecular de reação em cadeia mediada pela polimerase.

E Cultura do escarro pelo método Löwestein-Jensen e técnica molecular e reação em cadeia mediada pela polimerase. 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Emagrecimento acentuado, tosse há 30 dias e sopro cavitário em ápice esquerdo definem sintoma respiratório com forte suspeita de tuberculose pulmonar. A investigação inicial preconizada e a baciloscopia de escarro associada a radiografia de tórax — exames baratos, disponíveis na atenção básica e suficientes para confirmar a doença e iniciar tratamento. Cultura (C e E) e testes moleculares (D) ficam reservados a baciloscopia negativa com suspeita mantida, retratamento ou suspeita de resistência. A sorologia anti-HIV deve ser oferecida a todo caso de TB, mas não faz o diagnóstico (A). Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma mulher de 23 anos de idade, casada, do lar e nuligesta, iniciou atividade sexual há 3 anos, após casamento. No momento, essa mulher está em tratamento para condilomatose vulvar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e apresenta boa evolução. Ela não mantém relações extraconjuguais, seu marido é saudável e não tem histórico de doença sexualmente transmissível (DST) e (ou) uso de drogas injetáveis. Após aconselhamento, realizou sorologia para HIV e o resultado foi positivo. Diante disso, foi solicitada pesquisa sorológica para HIV em nova amostra sanguínea. A paciente retorna hoje à UBS para conhecer o resultado. Ambas as amostras foram processadas no mesmo laboratório e seus resultados são apresentados nas figuras a seguir. Uma mulher de 25 anos de idade procurou o ambulatório com queixa de febre e diarreia há mais de um mês, com cerca de seis evacuações por dia, seguidas por sangramento, dor abdominal e perda de peso de aproximadamente 10 quilos. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida, com pele e mucosas descoradas ++/4+ e temperatura = 38,5°C. Foi observada a presença de fissuras perianais. Exames laboratoriais mostraram Hb = 8,2 g/dL (valor de referência = 11,3 a 16,3 g/dL), volume corpuscular médio = 70 fL (valor de referência = 79 a 93,3 fL), leucócitos = 15 000/mm³ (valor de referência = 3 800 a 10 600/mm³), plaquetas = 520 000/mm³ (valor de referência = 165 000 a 415 000/mm³), velocidade de hemossedimentação = 70 mm/h (valor de referência: < 20 mm/h). Imediatamente, o médico decidiu encaminhar a paciente para um serviço especializado devido à suspeita diagnóstica de doença inflamatória intestinal grave. Os critérios de inclusão nessa categoria de gravidade devem considerar

A a leucocitose, o número de plaquetas, a perda de peso, a febre e a anemia.

B o número de evacuações com sangue por dia, a febre, a anemia e a VHS elevada.

C o número de plaquetas, a febre, a perda de peso, as fissuras perianais e a anemia. ✓

D a idade, o número de evacuações com sangue por dia, a leucocitose e a VHS elevada.

E a idade, a dor abdominal, o número de evacuações com sangue por dia e a VHS elevada. AMOSTRA 1 ANTICORPOS ANTI HIV1/HIV2 Material: soro Método: Elisa Leitura da amostra: 2,47 Valor de referência: < 1,00 CONCLUSÃO: AMOSTRA POSITIVA PARA HIV AMOSTRA 2 ANTICORPOS ANTI HIV1/HIV2 (2 DOSAGENS) TESTE 1..... POSITIVO Material: soro Método: Elisa Leitura da amostra: 2,27 Valor de Referência: < 1,00 TESTE 2..... POSITIVO Material: soro Método: Western Blot Presença de anticorpos virais para: P18, P24, P34, Gp41, P52, P55, P68; GP 120, GP 160 Sorologia positiva para HIV-1 CONCLUSÃO: AMOSTRA POSITIVA PARA HIV Nessa situação, que conduta deve ser adotada para a paciente? A Solicitar contagem de linfócitos T-CD4+. B Solicitar contagem de linfócitos T-CD4+ e a quantificação da Carga Viral do HIV. C Encaminhar a paciente para o Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS. D Solicitar análise sorológica para HIV, em uma nova amostra sanguínea, pela técnica de Western Blot. E Solicitar análise sorológica para HIV, em uma nova amostra sanguínea, pela técnica de Imunofluorescência indireta. 4 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE

DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Comentário referente a questão do resultado sorológico para HIV: a paciente tem duas amostras distintas positivas, a segunda com triagem por Elisa e confirmação por Western blot com múltiplas bandas — o fluxograma diagnóstico está completo e a infecção está confirmada. Não cabe repetir sorologia por Western blot (D) nem por imunofluorescência (E), o que só atrasaria o cuidado. O passo seguinte é vincular a paciente ao Serviço de Assistência Especializada em DST/Aids, onde CD4, carga viral e avaliação para antirretrovirais serão conduzidos — exames que orientam tratamento, não diagnóstico (A e B). Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Uma adolescente com idade de 14 anos procura uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para a sua primeira consulta ginecológica, pois deseja usar anticoncepcional oral. Ela iniciou atividade sexual há 6 meses e refere menarca aos 11 anos de idade e ciclos regulares. A adolescente nega comorbidades e diz, ainda, que os pais não sabem do início da atividade sexual. Qual a conduta mais adequada frente ao caso relatado acima?

- A Não prescrever anticoncepcional oral, pois a paciente é menor de idade.
- B Não prescrever anticoncepcional oral, pois a paciente teve menarca há apenas 3 anos.
- C Solicitar que a paciente compareça acompanhada de um responsável à consulta médica.

D Prescrever anticoncepcional oral, orientar uso de preservativo e garantir a confidencialidade da consulta. ✓

E Prescrever anticoncepcional oral e solicitar a presença de um responsável pela menor para comunicar o fato.

Uma mulher de 22 anos de idade procurou atendimento de urgência, apresentando falta de ar, chegando a ter dificuldade para completar frases. Informou a ocorrência de episódios prévios semelhantes. Ao exame: acianótica, padrão respiratório com uso da musculatura acessória, tiragem intercostal e supraesternal.

Pressão arterial = 110 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 115 bpm e frequência respiratória = 28 irpm; ausculta pulmonar com sibilos expiratórios difusos. A oximetria digital em ar ambiente evidenciou saturação de oxigênio (SaO₂) = 91%. Foi administrado beta-agonista² inalatório e oxigênio por cateter nasal.

Reavaliada após 30 minutos, a paciente apresentou melhora parcial do quadro: frequência respiratória = 24 irpm, SaO₂ = 94%, frequência² cardíaca = 110 bpm, ausculta pulmonar com sibilos expiratórios. Qual a conduta terapêutica mais adequada a ser tomada após essa reavaliação?

A Nebulização com beta-agonista - até 3 doses em uma hora, prednisolona oral e suspensão do oxigênio. B Nebulização com beta-agonista e ipratrópio - 3 doses sequenciais, aminofilina venosa e manutenção do oxigênio. C Beta-agonista em spray, com espaçador, até 3 doses em uma hora; hidrocortisona venosa e suspensão do oxigênio. D Nebulização com beta-agonista e ipratrópio a cada 30 minutos, aminofilina venosa e manutenção do oxigênio. E Associação de beta-agonista e ipratrópio em spray, com espaçador, a cada 30 minutos; prednisolona oral e manutenção do oxigênio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente com capacidade de discernimento tem direito a atendimento e a sigilo: o ECA e as normas do CFM garantem consulta confidencial e prescrição de contraceptivo sem exigência de responsável, cuja presença só se impõe diante de risco à vida ou a terceiros — o que derruba A, C e E. Menarca há três anos, ciclos regulares e ausência de comorbidades não contraindicam o anticoncepcional oral (B). A conduta correta é prescrever o contraceptivo, reforçar a dupla proteção com preservativo pela prevenção de IST e assegurar a confidencialidade da consulta. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Uma mulher de 60 anos de idade é admitida na Emergência de um Pronto-Socorro de referência com quadro de dor em fossa ilíaca esquerda há trinta horas, associada a febre, três episódios de evacuação diarreica, náuseas e dois episódios de vômitos ocorridos há seis horas. Ao exame físico, foi palpada massa de limites imprecisos em fossa ilíaca esquerda. O diagnóstico sugerido pela tomografia abdominal e pélvica foi diverticulite aguda. Qual a conduta inicial para essa paciente?

- A Antibióticos endovenosos, suspensão da dieta oral e analgesia com dipirona.
- B Dieta constipante, administração de antieméticos endovenosos e analgesia com morfina.
- C Hidratação endovenosa, analgesia e encaminhamento para cirurgia de urgência.
- D Antibióticos por via oral, dieta rica em fibras e analgesia com morfina.

E Drenagem percutânea de emergência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda de cólon esquerdo: o tratamento inicial é clínico — repouso intestinal (suspensão da dieta oral), hidratação, analgesia e antibiótico cobrindo Gram-negativos e anaeróbios, conduta descrita na alternativa A. Cirurgia de urgência fica para perfuração livre, peritonite difusa ou falha do tratamento clínico; drenagem percutânea só entra quando a tomografia demonstra abscesso (em geral ≥ 4 cm), e o enunciado descreve apenas diverticulite aguda. Pérola: massa palpável em fossa ilíaca esquerda costuma ser fleimão, que responde a antibiótico. O gabarito oficial aponta a drenagem. Resposta E.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Um pediatra de plantão em uma maternidade de nível secundário é chamado para assistir o nascimento de um recém-nascido a termo, com 39 semanas de idade gestacional. O obstetra da equipe comunica que a gestante está na admissão em início de trabalho de parto (com 3 cm de dilatação) e com uma avaliação ultrassonográfica gestacional que evidencia hérnia diafragmática. A bolsa amniótica ainda está íntegra. Qual a conduta recomendada no caso?

- A Contatar imediatamente a equipe de cirurgia pediátrica para que o recém-nascido seja encaminhado ao bloco cirúrgico de outro hospital tão logo ocorra o nascimento.

B Transferir a gestante para um centro terciário por se tratar de uma unidade secundária sem UTI neonatal, pois pressupõe-se a necessidade de ventilação mecânica. ✓

- C Preparar o material de intubação na sala de parto, por se tratar de uma patologia cirúrgica grave, gerando prejuízo da ventilação, não sendo indicada a ventilação com máscara após o nascimento.
- D Preparar o material para a cirurgia imediata do recém-nascido na maternidade secundária, pois não haverá tempo hábil para transferência para um hospital de nível terciário.
- E Conversar com o obstetra e avisar que não poderá atender o bebê em maternidade de nível secundário e que, por esse motivo, não irá comparecer à sala de parto. 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Hérnia diafragmática congênita e diagnóstico de altíssimo risco: o recém-nascido costuma precisar de intubação imediata, sonda gástrica, ventilação gentil, UTI neonatal e correção cirúrgica após estabilização. Como a gestante está em início de trabalho de parto, com 3 cm e bolsa íntegra, há tempo hábil para o transporte in utero — sempre mais seguro que transportar um neonato instável. Deixar nascer no serviço secundário (A, C e D), que não dispõe de UTI neonatal nem de cirurgia pediátrica, ou recusar o atendimento (E, eticamente inaceitável) expõe o bebê a risco evitável. Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito E

Um homem de 27 anos de idade, pedreiro, sofreu queda de um andaime e deu entrada na Emergência de um hospital terciário em franca insuficiência respiratória. As vias aéreas encontravam-se pérvias e, à ausculta, foi constatada a abolição do murmúrio vesicular à direita e macicez à percussão. Foi realizada drenagem do hemitórax direito com saída de 1500 mL de sangue. No decurso do atendimento, observou-se que o débito do dreno era de 300 mL/h. Além da reposição volêmica, a conduta mais adequada para esse paciente, nesse momento, é

A intubação orotraqueal e ventilação com pressão positiva.

B radiografia de tórax em PA e Perfil.

C drenagem torácica com aspiração contínua.

D toracostomia secundária.

E toracostomia de urgência. Um homem de 55 anos de idade, portador de infecção pelo HIV, diabético do tipo II, hipertenso, em terapia antiretroviral, estável há 6 anos, com contagem de linfócitos CD4 de 980 3 3 células/mm (valor de referência < 1 000 células/mm) e carga viral indetectável (< 25 cópias/mL), apresentou quadro de perda súbita e transitória da consciência, com queda da própria altura e recuperação espontânea. Na semana seguinte ao episódio, procurou o médico clínico que o acompanha; a hipertensão arterial e o diabetes mellitus mantinham-se controlados. O paciente relatou que, desde o episódio mencionado, sente “palpitações” e “pulso acelerado”. O médico observou no exame cardiovascular: frequência cardíaca = 105 bpm; pressão arterial = 140 x 90 mmHg, ritmo cardíaco irregular, achados que não haviam sido até então documentados em 10 anos de seguimento ambulatorial do paciente. O eletrocardiograma realizado naquela ocasião mostra ausência de ondas P e intervalos RR muito irregulares. A conduta imediata mais adequada é A monitorizar o paciente por 48 horas, para observar a possibilidade de reversão espontânea da arritmia. B encaminhar o paciente para a emergência cardiológica, para ser submetido à cardioversão elétrica. C solicitar ecocardiograma transesofágico, para avaliar a presença de trombos em átrio esquerdo. D iniciar heparinização plena e warfarina, para minimizar o risco existente de doença tromboembólica. E administrar antiarrítmicos intravenosos, para induzir reversão farmacológica da arritmia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Drenagem inicial de 1.500 mL de sangue caracteriza hemotorax macico, e o debito mantido de 300 mL/h por duas a quatro horas confirma sangramento ativo de vaso sistêmico, hilar ou cardíaco. Esses são exatamente os critérios clássicos de indicação da abordagem cirúrgica de urgência (toracotomia), para controle da fonte. Repetir radiografia (B) apenas atrasa a decisão; aspiração contínua (C) não trata lesão vascular; intubação com pressão positiva (A) corrige a ventilação, não a hemorragia. Reposição volêmica e hemocomponentes acompanham, mas não substituem, a cirurgia. Resposta E.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma paciente de 25 anos de idade, com história obstétrica gesta = 1, para = 0, aborto = 0, com 28 semanas de idade gestacional, foi atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) referindo que há 2 dias está gripada e fez uso de medicação sintomática. Resolveu vir ao posto de saúde porque está tossindo muito. Ao ser realizado o exame físico, constatou-se: temperatura axilar = 38,1°C, frequência respiratória = 30 irpm, pressão arterial = 80 x 60 mmHg, normohidratada. Qual é a abordagem adequada para o caso?

A Encaminhar a paciente para internação hospitalar.

B Solicitar hemograma completo e radiografia de tórax com urgência.

C Orientar hidratação, prescrever paracetamol e solicitar retorno se piorar.

D Solicitar hemograma completo, prescrever vitamina C, dipirona e nebulização. ✓

E Prescrever dipirona, nebulização sem uso de broncodilatador e reavaliar a paciente em 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 28 semanas com síndrome gripal, febre, frequência respiratória de 30 irpm e PA de 80 x 60 mmHg tem sinais de gravidade: taquipneia e hipotensão sugerem pneumonia/seps e impõem internação, oxigênio, hidratação venosa e oseltamivir precoce — gestante é grupo de risco para influenza grave. Sintomáticos isolados (dipirona, vitamina C, nebulização) não tratam a causa e retardam o cuidado. Pérola: FR $\geq$ 24-30 irpm e PA sistólica $<$ 90 mmHg são gatilhos de referência hospitalar imediata no pré-natal. O gabarito oficial marcou a conduta ambulatorial com exames. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Uma criança de 3 anos de idade foi atendida em Unidade de Pronto Atendimento com febre de 39°C, irritabilidade, vômitos, sonolência e extremidades frias. Mesmo sem sinais de irritação meníngea ou seps, existe a suspeita de meningite. Para confirmá-la, o médico realizou punção lombar e solicitou a análise do líquido céfalo-raquidiano (LCR). Que achado do LCR é indicativo de meningite viral?

A Aspecto turvo.

B Glicose baixa.

C Proteína alta.

D Número baixo de células. ✓

E Número elevado de linfócitos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Meningite viral (asséptica): o líquido é límpido, com pleocitose DISCRETA — em geral dezenas a poucas centenas de células —, glicorraquia normal e proteína normal ou pouco elevada. É o contraste com a bacteriana (aspecto turvo, centenas a milhares de células com neutrófilos, glicose consumida e proteína alta) que orienta a resposta, o que elimina A, B e C. Pérola: o predomínio de linfócitos, embora típico da viral, também ocorre na meningite tuberculosa e na fúngica, e nas primeiras horas a viral pode cursar com neutrófilos — achado menos discriminativo que a celularidade baixa. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

O médico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) recebe várias crianças de uma mesma escola da região, todas com idade entre 9 e 10 anos. A queixa é semelhante: houve surgimento, há cerca de 10 dias, de lesões vesico-papulosas associadas a prurido intenso, principalmente no horário noturno, em região interdigital, punhos, nádegas, axila e periumbilical. Observa-se, também, a presença de pústulas friáveis e crostas facilmente removíveis sobre algumas das áreas pruriginosas. Além das medidas gerais de controle, qual o tratamento indicado?

A Nistatina e amoxicilina.

B Permetrina e cefalexina. ✓

C Ivermectina e cloranfenicol.

D Aciclovir e penicilina benzatina.

E Hexaclorobenzeno e ácido nalidíxico. 6 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido de predomínio noturno com lesões vesico-papulosas em espaços interdigitais, punhos, axilas, região periumbilical e nádegas, em surto entre escolares, e escabiose. O tratamento tópico de escolha é a permetrina a 5%, aplicada em todos os conviventes, junto das medidas de higiene de roupas e roupa de cama. As pustulas friáveis e crostas facilmente removíveis indicam impetiginização secundária por estafilococo ou estreptococo, que exige antibiótico com cobertura para Gram-positivos — cefalexina. Nistatina (A) trata fungos e aciclovir (D), vírus: nenhum tem papel aqui. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Um mulher de 55 anos de idade procura o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar uma consulta. A paciente está assintomática. Durante o exame físico, o médico identificou nódulo palpável no lobo esquerdo da tireóide. Solicitou ultrassonografia, que mostrou nódulo bem circunscrito de 1,8 cm em seu maior diâmetro, localizado no pólo superior esquerdo da tireóide e ausência de linfonodomegalia. Indicou, então, punção aspirativa com agulha fina. O exame histopatológico revelou alterações celulares sugestivas de carcinoma papilífero de tireóide. A paciente foi submetida a tireoidectomia e o exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de carcinoma papilífero de tireóide, de 1,8 cm, sem invasão capsular, bem diferenciado, sem extensão local ou intratireoideana. Além da reposição hormonal, a conduta nessa paciente implica a

A aplicação de radioterapia.

B aplicação de quimioterapia.

C aplicação de Iodo 131. ✓

D associação de radioterapia e quimioterapia.

E associação de Iodo 131 e quimioterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O carcinoma papilífero é tumor bem diferenciado, radiorresistente e quimiorresistente — razão pela qual A, B, D e E estão erradas. Após a tireoidectomia, o complemento terapêutico é a iodoterapia com Iodo 131, que se concentra no tecido tireoidiano remanescente e em eventuais focos metastáticos, permitindo ablação dos restos, rastreamento de corpo inteiro e seguimento confiável pela tireoglobulina. A reposição com levotiroxina fecha o tratamento, ajustando o TSH conforme o risco de recidiva. Perla: no diferenciado de tireóide, quem trata doença residual é o radioiodo, não a radioterapia externa. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), após o diagnóstico de tuberculose (BAAR+++), a mãe de uma criança com sete anos de idade, iniciou o tratamento. A criança não apresenta sintomatologia e foi vacinada com BCG ao nascer. Qual a conduta mais adequada a ser seguida em relação à criança?

A Solicitar baciloscopia de escarro e, se o exame for negativo, recomendar reavaliação em seis meses.

B Solicitar baciloscopia de escarro, exame radiológico do tórax e prova tuberculínica e, se todos forem negativos ou normais, dar alta para a criança.

C Solicitar prova tuberculínica e, se superior a 10 mm, iniciar o tratamento completo com os medicamentos da primeira e segunda fases, conforme norma vigente no país.

D Solicitar prova tuberculínica e, se superior a 5 mm, sem achados radiológicos, indicar tratamento da infecção latente. ✓

E Iniciar tratamento profilático com hidrazida até 3 meses após a negativação do escarro da mãe. Uma adolescente de 12 anos de idade é levada pela mãe ao Ambulatório de Pediatria, apresentando quadro de dor nas articulações há cerca de 1 semana. Inicialmente, as dores se concentravam no joelho esquerdo, passando, em seguida, para o direito, cotovelos e punhos. Relata ter apresentado quadro de amigdalite

bacteriana há cerca de três semanas, porém sem uso de antibióticos para tratamento. Ao exame, apresentava-se em regular estado geral, com facies de dor, hipocorada 1+/4+, hidratada, anictérica e acianótica. O exame do aparelho cardiovascular evidenciou sopro sistólico 4+/6+ em bordo esternal esquerdo, com irradiação para todo o precórdio. Ausculta pulmonar sem anormalidades. Abdome indolor à palpação e sem visceromegalias. O exame articular evidencia dor, calor, rubor e limitação do arco de movimento em punhos e joelhos, principalmente à direita. Considerando o diagnóstico mais provável, a patologia cardíaca mais frequentemente associada e a medicação de escolha para o tratamento do processo inflamatório cardíaco são, respectivamente, A atresia aórtica e AAS. B estenose pulmonar e nimesulida. C regurgitação mitral e prednisona. D forame oval patente e ibuprofeno. E insuficiência tricúspide e naproxeno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança assintomática, contato domiciliar de caso bacilífero, precisa ser investigada para infecção latente. Em contatos, o ponto de corte da prova tuberculínica é 5 mm, independentemente de BCG aplicada ao nascimento. Com PT igual ou superior a 5 mm, radiografia de tórax normal e ausência de sintomas, o diagnóstico é infecção latente, tratada com isoniazida isolada — e não com o esquema completo de tuberculose doença (C). Dar alta após exames negativos (B) ou apenas reavaliar em seis meses (A) deixa a criança sob risco de adoecer, justamente a faixa de maior risco de formas graves. Resposta D.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Uma paciente de 17 anos de idade, que teve menarca aos 11 anos, vem à Unidade Básica de Saúde (UBS), acompanhada da mãe, referindo amenorréia há 1 ano. A adolescente relata ainda perda de peso de 15 kg no último ano devido a dietas feitas por conta própria, pois deseja ser modelo. Nega comorbidades, uso de medicações e início de atividade sexual. Ao exame, apresenta altura de 1,75 m e peso de 50 kg. Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável?

A Amenorréia hipotalâmica.

B Falência ovariana prematura.

C Amenorréia de causa hipofisária. ✓

D Síndrome dos ovários policísticos.

E Sinéquias uterinas decorrentes de endometrite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente que perdeu 15 kg com dieta restritiva e está com IMC ~16 kg/m²: o déficit energético reduz a pulsatilidade do GnRH e derruba FSH e LH, gerando amenorreia hipogonadotrófica — o eixo central simplesmente desliga. Falência ovariana precoce cursa com FSH alto; a síndrome dos ovários policísticos traz hiperandrogenismo e não emagrecimento; sinéquias exigem curetagem ou endometrite prévia, ausentes aqui. Pérola: gonadotrofinas BAIXAS são o marco laboratorial. A maioria dos textos rotula o quadro como amenorreia hipotalâmica funcional (opção A); o gabarito oficial optou pela origem hipofisária. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Um homem de 65 anos de idade, com diabetes e hipertensão arterial não controladas, é trazido à Emergência de um hospital terciário com hemiplegia direita e afasia iniciadas há 2 horas. Ao exame, encontra-se sonolento, acorda ao estímulo verbal, obedece aos comandos. Apresenta afasia de expressão, pupilas isocóricas e fotorreagentes, hemiplegia do hemisfério direito. Pressão arterial = 190 x 120 mmHg, frequência cardíaca = 100 bpm, saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar normais. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste, realizada na Emergência, foi normal. Qual a melhor conduta a ser realizada na sequência do atendimento?

A Indicação de trombólise intravenosa, por estar na janela terapêutica.

B Prescrição de ácido acetilssalicílico, por via oral, como antiagregante plaquetário. ✓

- C Prescrição de heparina de baixo peso molecular para anticoagulação.
- D Prescrição de dexametasona para prevenir edema cerebral.
- E Administração de nitroprussiato de sódio, por via endovenosa. 7 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Na janela terapêutica a trombolise seria a primeira escolha, mas ela exige pressão arterial abaixo de 185 x 110 mmHg; com 190 x 120 mmHg e hipertensão não controlada, não há como indicá-la de imediato (A). O antiagregante plaquetário — AAS — e a medida antitrombótica recomendada no AVC isquêmico agudo quando a trombolise não é realizada, com benefício comprovado em mortalidade e recorrência. Anticoagulação plena (C) e corticoide (D) não trazem benefício e aumentam risco de sangramento; nitroprussiato (E) derruba a pressão abruptamente e piora a perfusão da área de penumbra. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito E

Um médico encontra-se de plantão no Pronto-Socorro de um hospital terciário, quando é trazido, para sua avaliação, um homem de 27 anos de idade, casado, que sofreu queda de moto há 20 minutos. Foi admitido em franca insuficiência respiratória, apresentando-se, ao exame físico, consciente, lúcido, sudoreico, dispneico 4+/4+, cianose perioral e periférica, pupilas isocóricas, PA = 90 x 50 mmHg, FC = 122 bpm. As vias aéreas se encontravam pervias, as veias cervicais eram túrgidas e, à ausculta, o médico constatou que o murmúrio vesicular estava abolido à direita, com movimento paradoxal, dor e hipertimpanismo à percussão no mesmo hemitórax. As bulhas cardíacas eram normofonéticas.

- A conduta mais adequada para esse paciente é A drenagem pericárdica por punção.
- B drenagem torácica em selo d'água.
- C drenagem pericárdica por janela pericárdica.
- D drenagem torácica com válvula de Heimlich.

E toracocentese de alívio. Um pré-escolar de 3 anos de idade foi levado ao pediatra de um pequeno Centro de Saúde regional para avaliação de palidez cutâneo-mucosa. A mãe relatou que a criança sempre gozou de boa saúde. Entretanto, há cerca de 2 meses, tem se apresentado prostrada. Além disso, tem se mostrado cada vez mais pálida e, no último mês, surgiram pequenas manchas vermelhas na pele. Ao exame: a criança se apresentava hipoativa, hipocorada 2+/4+, hidratada, anictérica e acianótica. Foi detectada poliadenomegalia cervical e inguinal. As auscultações respiratória e cardíaca estavam normais. O abdome estava distendido, flácido, indolor, com fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito e o baço palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo. Foi detectado rash petequial disseminado. O hemograma evidencia hematócrito de 22% (valor de referência = 36 ± 4%), hemoglobina de 7 g/dL (valor de referência = 11,8 ± 1,2 g/dL), volume corpuscular médio de 85 fL (valor de referência = 80 fL), concentração de hemoglobina corpuscular média de 32 g/dL (valor de referência = 32 g/dL), 75 000 3 leucócitos/mm (valor de referência = 4 000 a 14 000 3 leucócitos/mm) com atipia linfocitária acima de 30%, e 3 plaquetometria de 15 000 plaquetas/mm (valor de referência 3 = 140 000 a 400 000 plaquetas/mm). Tendo em vista o provável diagnóstico, qual dos fatores descritos neste caso está associado a um bom prognóstico para este paciente? 3 A Leucometria > 50 000 leucócitos/mm. 3 B Plaquetometria < 150 000/mm. C Evolução de doença < 6 meses. D Atipia linfocitária > 30%. E Idade do paciente > 1 ano. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência respiratória pos-trauma com murmúrio abolido e hipertimpanismo a direita, turgência jugular e hipotensão e pneumotorax hipertensivo — diagnóstico clínico, que não espera radiografia. A medida imediata é a descompressão por punção (toracocentese de alívio), que converte o quadro em pneumotorax simples e devolve o retorno venoso; a drenagem em selo d'água (B) é o passo seguinte, não o primeiro gesto.

Procedimentos pericardíacos (A e C) tratariam tamponamento, que cursa com bulhas abafadas e ausculta pulmonar simétrica — aqui as bulhas eram normofonéticas. Resposta E.

QUESTÃO 31 — Gabarito E

Um homem de 78 anos de idade procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) por ter acordado com febre e mal-estar. A médica que o atendeu indagou se ele estava gripado e ele informou que não. O paciente ressaltou ainda que tinha recebido a vacina contra a gripe no dia anterior. Ao exame físico foi observado que o paciente estava com bom estado geral, eupneico, acianótico, anictérico, hidratado, com FR = 18 irpm, FC = 98 bpm, PA = 130 x 90 mmHg, temperatura axilar = 39 °C, sem ruídos respiratórios adventícios e sem linfonodos palpáveis. Qual é a conduta mais adequada nesse momento?

- A Prescrever dipirona injetável e orientar repouso e hidratação em domicílio.
- B Solicitar hemograma completo e Raio-X de tórax, por se tratar de idoso.
- C Internar em unidade hospitalar para elucidação diagnóstica e tratamento.
- D Prescrever paracetamol, orientar repouso e hidratação em domicílio e fazer a notificação compulsória.

E Encaminhar o paciente para o ambulatório de Geriatria e fazer a notificação compulsória. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre isolada 24 horas após a vacina contra influenza, em idoso com bom estado geral e exame físico normal, é evento adverso pós-vacinação esperado e autolimitado: manejo com antitérmico, repouso e hidratação. O ponto cobrado é a NOTIFICAÇÃO — todo evento adverso pós-vacinação é de notificação compulsória, mesmo leve, porque alimenta a vigilância de segurança do imunobiológico, o que descarta A, B e C. Não há indicação de internação nem de exames apenas pela idade. O gabarito oficial marcou o encaminhamento à geriatria; o manejo domiciliar com notificação (D) é o esperado. Resposta E.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Um homem de 22 anos de idade desenvolveu escoriações de pele que se infectaram, melhorando com o uso de pomada de antibiótico (sic). Cerca de uma semana após o aparecimento das lesões de pele, passou a apresentar cefaleia, edema periorbitário matinal e urina escura, "cor de coca-cola" (sic). O volume urinário diminuiu para menos de 1 000 mL/dia. Em consulta médica, foi verificada pressão arterial = 150 x 110 mmHg, bem como edema de membros inferiores (++/4). O achado no exame do sedimento urinário característico do processo que acomete o paciente é a presença de

- A pigmentos hemáticos.

B cilindros hemáticos. ✓

- C proteinúria (++++/4+).
- D células epiteliais com lesões de bordos.
- E hemácias bem conservadas em número superior a 10/campo. 8

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome nefrítica pós-infecciosa: piodermite, período de latência de cerca de uma semana, edema periorbitário matinal, hipertensão, oligúria e urina cor de coca-cola. O achado que caracteriza hematuria de origem glomerular é o cilindro hemático, formado dentro do túbulo e, por isso, prova de que o sangramento vem do glomérulo. Hemácias bem conservadas (E) apontam origem urológica; pigmentos hemáticos (A) apenas indicam sangue ou mioglobina, sem localizar; a proteinúria costuma ser subnefrótica e não é específica (C). Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Uma mulher de 35 anos de idade, multipara, com 60 dias pós-parto normal sem episiotomia, foi admitida numa Emergência Obstétrica com queixa de sangramento vaginal persistente e intermitente desde o parto, com episódios de hemorragia intensa acompanhados de falta de ar. A paciente informa que seu bebê nasceu muito malformado e morreu após 48h de nascido. Ao exame físico, apresenta PA = 110 x 70 mmHg, descorada ++/4+ e abdome com tumoração pélvica em andar inferior. O exame especular demonstrou vagina com trofismo diminuído, colo aparentemente entreaberto, com sangramento moderado pelo orifício externo. Revelou ainda, presença de tumoração vinhosa de 3 cm de diâmetro em fundo de saco lateral esquerdo. Ao toque vaginal, a paciente apresentou colo entreaberto e útero aumentado de volume. A ausculta pulmonar mostrou redução do murmúrio em base esquerda, e uma radiografia do tórax indicou a presença de múltiplas imagens nodulares em pulmão direito.

A hipótese diagnóstica mais provável para esse caso é A mioma parido.

B inversão uterina.

C coriocarcinoma. ✓

D laceração de canal de parto.

E carcinoma de células claras de vagina. Um homem de 46 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de episódio de vômito em grande quantidade, com sangue vivo, há um dia, após libação alcoólica. Nega episódio similar anterior, mas já foi internado para "tratar doença no fígado" (sic). Hoje apresentou fezes diarreicas em grande volume, fétidas e enegrecidas. Sente-se fraco e a "vista escurece" sempre que se levanta. Ainda não urinou hoje. Ao exame físico: regular estado geral, emagrecido, palidez cutâneo-mucosa (++/4+), desidratado (+++/4+), anictérico, descamação superficial da pele em extremidades, PA = 90 x 60 mmHg, pulso = 110 bpm, abdome globoso, presença de ascite, aranhas vasculares e circulação colateral periumbilical. O paciente foi transferido para uma Unidade de Emergência, onde se firmou o seu diagnóstico e foram tomadas as medidas emergenciais adequadas ao caso. Qual o diagnóstico mais provável e que medidas emergenciais devem ter sido adotadas? A Trata-se da síndrome de Mallory Weiss. As medidas emergenciais incluem lavagem gástrica com solução salina gelada, reposição volêmica e inibidores de bomba de prótons. B Trata-se da síndrome de Mallory Weiss. As medidas emergenciais incluem reposição volêmica e endoscopia para cauterização dos pontos de sangramento. C Trata-se da síndrome de Mallory Weiss. As medidas emergenciais incluem lavagem gástrica com solução salina gelada, cauterização dos pontos de sangramento e inibidores de bomba de prótons. D Trata-se de rotura de varizes esofágicas. As medidas emergenciais incluem reposição volêmica e endoscopia para ligadura endoscópica das varizes esofágicas. E Trata-se de rotura de varizes esofágicas. As medidas emergenciais incluem reposição volêmica e passagem de balão de Sengstaken-Blakemore.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento uterino persistente após gestação de feto muito malformado que morreu no período neonatal, útero aumentado, nódulo vinhoso em fundo de saco vaginal (metástase típica) e múltiplos nódulos pulmonares compoem neoplasia trofoblástica gestacional maligna — coriocarcinoma, que dissemina precocemente para vagina e pulmão e cursa com beta-hCG muito elevado. Mioma parido (A) e laceração de canal de parto (D) não produzem nódulos pulmonares; a inversão uterina (B) é evento agudo do terceiro período do parto; o carcinoma de células claras da vagina é raro e sem esse contexto. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma mulher no 10.º dia pós-parto vaginal sem episiotomia, comparece à Unidade de Emergência referindo febre de até 38,5°C, dor abdominal e sangramento vaginal aumentado, de odor fétido. Ao exame, apresentou pressão arterial = 100 x 60 mmHg, temperatura axilar = 38°C, frequência cardíaca = 105 bpm, dor à palpação do abdome em hipogástrio, sem sinais de irritação peritoneal, e útero palpável ao nível da cicatriz umbilical. Ao exame especular, foram observados sangue coletado em fundo vaginal e pequena quantidade de membranas em orifício cervical externo. Ao toque vaginal, a paciente apresentou colo pérvio e dor à mobilização do colo uterino. Qual a conduta mais adequada para o caso?

A Antibioticoterapia por via oral (ampicilina e sulbactam) e uterotônico.

B Antibioticoterapia endovenosa (gentamicina e clindamicina) e laparotomia.

C Antibioticoterapia endovenosa (gentamicina e clindamicina) e histerectomia.

D Antibioticoterapia por via oral (ampicilina e sulbactam), em regime ambulatorial. ✓

E Antibioticoterapia endovenosa (gentamicina e clindamicina) e curetagem uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometrite puerperal: febre, dor em hipogástrio, lóquios fétidos, útero subinvoluído (fundo na cicatriz umbilical no 10º dia), colo pérvio, dor à mobilização do colo e restos de membranas no orifício externo. O padrão de tratamento é internação com clindamicina + gentamicina endovenosas, somadas ao esvaziamento uterino quando há restos ovulares, como aqui. Laparotomia e histerectomia ficam para falha terapêutica, abscesso ou sepse refratária. Pérola: lóquios fétidos + dor à mobilização do colo no puerpério = infecção uterina até prova em contrário. O gabarito oficial marcou o esquema oral ambulatorial. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Acerca de distúrbios hipertensivos na gestação, é correto afirmar que uma paciente gestante com

A hipertensão acima de 140 x 90 mmHg, sem edema e sem proteinúria, apresenta característica de pré-eclâmpsia grave.

B hipertensão leve ou moderada, sem edema e sem proteinúria, apresenta característica de hipertensão transitória. ✓

C hipertensão, edema e proteinúria antes das 20 semanas de gestação, apresenta características de doença hipertensiva específica da gestação.

D hipertensão antes das 20 semanas de gestação com proteinúria de 24 horas com mais de 300 mg/L, apresenta característica de hipertensão crônica.

E acréscimo na pressão diastólica de 15 mmHg e na sistólica de 30 mmHg, com edema, apresenta características de doença hipertensiva específica da gestação. Mulher de 48 anos de idade, obesa, procura ambulatório de Clínica Médica, acompanhada da irmã, com queixas de sentir-se cansada, sem ânimo e interesse para suas atividades corriqueiras e sociais, apresentando constante vontade de dormir, sem conseguir concentrar-se nas suas atividades. Seu peso aumentou de 75 para 82 kg em um mês. A irmã relata que a paciente "está fazendo as coisas de maneira lenta", passa os dias em um quarto escuro e verbalizou vontade de morrer. 2 Exame físico: IMC = 31 kg/m (valor de referência < 25 Kg/m), sem outras alterações. A paciente tem histórico de arritmia cardíaca. Avaliação recente de função tiroideana revelou resultados normais para TSH, T3 e T4. No caso descrito acima, qual a conduta terapêutica mais adequada? A Indicação de psicoterapia de apoio e de antidepressivo tricíclico. B Indicação de psicoterapia cognitivo-comportamental e inibidor da mono-amino-oxidase. C Prescrição de antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de dopamina. D Indicação de psicoterapia e antidepressivo inibidor seletivo da recaptação de serotonina. E Prescrição de associação de antidepressivo inibidor de serotonina e antipsicótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão leve a moderada que aparece na gestação sem edema e sem proteinúria, e que se normaliza no puerpério, e a hipertensão gestacional ou transitória. A erra porque pre-eclampsia grave exige critérios de gravidade, e não apenas PA acima de 140 x 90 sem proteinúria. Hipertensão identificada antes das 20 semanas não é doença hipertensiva específica da gestação (C); e, quando já vem com proteinúria significativa nesse período, sugere nefropatia prévia, e não hipertensão crônica isolada (D). O critério de acréscimo de 30 x 15 mmHg (E) foi abandonado por baixa acurácia. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Um adolescente com 12 anos de idade é admitido na Emergência com quadro de asma brônquica. A mãe refere que seu filho apresenta quadro de asma desde os 4 anos de idade e que, diariamente, costuma ter sintomas respiratórios e, semanalmente, despertar noturno. Refere necessidade de administrar beta-2-agonista quase diariamente e que a criança tem limitações das atividades físicas por haver exacerbação do quadro asmático. Ao exame físico, a criança está consciente, orientada, com desconforto respiratório moderado, saturação de oxigênio (94%), perfusão capilar periférica de 2 segundos. A frequência cardíaca é de 110 bpm. Pressão arterial = 100 x 70 mmHg, pulsos periféricos e centrais simetricamente palpáveis. De acordo com o IV Consenso Brasileiro para o Manejo da Asma, o quadro relatado classifica-se como

A asma brônquica intermitente.

B asma brônquica persistente leve.

C asma brônquica persistente grave.

D asma brônquica intermitente moderada. ✓

E asma brônquica persistente moderada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O IV Consenso Brasileiro de Asma classifica pela frequência de sintomas diurnos, despertares noturnos, necessidade de resgate e limitação das atividades. Sintomas diários, despertar semanal, beta-2 quase diário e limitação física afastam qualquer forma intermitente (sintomas < 1 vez por semana e sem limitação) e caracterizam asma PERSISTENTE — moderada, já que a grave exige sintomas contínuos, despertares quase diários e limitação acentuada. Pérola: não existe categoria 'intermitente moderada'; intermitente e persistente são grupos distintos e nunca se combinam. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Uma mulher com 31 anos de idade procurou atendimento de urgência relatando um quadro de dor abdominal de início abrupto, difusa, contínua, intensa, com duração de cerca de seis horas, acompanhada de vômitos. Referiu também que tem utilizado diclofenaco de sódio, 50 mg de 8/8 horas, há aproximadamente um mês, para tratamento de lombalgia. Ao exame físico: frequência cardíaca = 120 bpm, pressão arterial = 90 x 60 mmHg, temperatura axilar = 38,2°C. Ao exame do abdome, verifica-se a presença de aumento da tensão da parede abdominal, com dor intensa e difusa à percussão e à palpação superficial, dificultando a palpação profunda. Ruídos hidroaéreos diminuídos. O exame complementar mais indicado para a investigação diagnóstica inicial da paciente é a

A tomografia computadorizada do abdome.

B radiografia de tórax e de abdome em ortostase. ✓

C ultrassonografia abdominal total.

D endoscopia digestiva alta.

E ressonância magnética do abdome. 10

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal de início abrupto, difusa e intensa, taquicardia, hipotensão, febre e abdome em tabua em usuária crônica de diclofenaco apontam para úlcera péptica perfurada com peritonite. A investigação inicial e a radiografia de tórax e de abdome em ortostase, procurando pneumoperitônio — barata, rápida, disponível e, quando positiva, já suficiente para indicar a laparotomia. A tomografia (A) é mais sensível, mas fica para os casos de radiografia normal com dúvida diagnóstica. USG (C) e ressonância (E) não são a escolha inicial, e a endoscopia (D) é formalmente contraindicada na suspeita de perfuração. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Uma mãe comparece à primeira consulta de Pediatria após 15 dias do nascimento de seu primeiro filho. A gestação correu sem intercorrências e o parto foi vaginal, a termo. O bebê nasceu com 3 500 g, Apgar de 9 e 10, tendo recebido alta com a mãe em 2 dias. No momento, a mãe mostra-se muito ansiosa e insegura quanto à amamentação e tem apresentado dificuldades para amamentar seu filho. Relata que as mamas estão repletas de leite, dolorosas e têm fissuras e sangramento frequentes. Além disso, o bebê chora muito e fica irritado pela dificuldade em mamar. O pediatra observa que a criança está em excelente estado geral e já superou o peso de nascimento. Tendo em vista as vantagens do aleitamento materno, a mãe deve ser estimulada a mantê-lo, a despeito dessas dificuldades iniciais, com a recomendação de

- A lavar as mamas a cada mamada, para evitar infecções, e fazer aplicação tópica de creme de corticosteroide.
- B limitar o tempo de mamada a 20 minutos e, caso a criança chore, oferecer complemento com fórmula infantil.
- C oferecer complemento com fórmula infantil a cada 3 horas, para compensar a dificuldade nas mamadas, e usar protetor de seio materno.

D expor a mama ao sol de 10 a 15 minutos, duas vezes ao dia, visando evitar as rachaduras e, consequente, sangramento no bico do seio. ✓

E estabelecer horários fixos de mamadas a cada 3 horas, de modo a disciplinar a criança, evitando que ela mesma tenha horários aleatórios para alimentação. Uma mulher de 72 anos de idade foi encaminhada para o ambulatório com queixa de astenia e perda ponderal de quatro quilos em dois meses. Não refere febre ou tosse. Informa alimentação regular e caloricamente adequada, porém pobre em frutas e legumes. Nega dores. Tem vida sedentária. Relata ritmo intestinal de, em média, 1 dejeção a cada 3 a 4 dias, necessitando eventualmente de uso de laxantes. Nega tabagismo ou etilismo. Nega hipertensão ou diabetes; não tem antecedentes cirúrgicos. Ao exame físico, apresenta índice de massa corpórea = 18 kg/m^2 (valor de referência $< 25 \text{ kg/m}^2$); pressão arterial = $140 \times 86 \text{ mmHg}$; mucosas hiporcoradas; ausência de linfadenomegalias; tireoide de tamanho e consistência normais. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome flácido, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes. Hemograma realizado no mês atual revela Hb = 10 g/dL (valor de referência: $13,8 \pm 2,5 \text{ g/dL}$), Ht = 30% (valor de referência: $42 \pm 6\%$), volume corpuscular médio = 71 fL (valor de referência: 80 a 96 fL). Na investigação diagnóstica complementar do caso, o exame mais indicado, considerando a relação custo-benefício, é A colonoscopia. B enema com bário. C retossigmoidoscopia. D pesquisa de sangue oculto nas fezes. E tomografia computadorizada de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fissura e ingurgitamento não justificam desmame nem complemento: o bebê já recuperou o peso de nascimento e deve mamar em livre demanda. A recomendação clássica é expor as mamas ao sol por 10 a 15 minutos, duas vezes ao dia, além de corrigir a pega. Lavar a mama a cada mamada e usar corticoide tópico (A) resseca e macera o mamilo; limitar o tempo, fixar horários ou oferecer fórmula (B, C, E) reduz o estímulo de sucção e derruba a produção láctea. Pérola: mama dolorida quase sempre é erro de pega, não indicação de fórmula. Resposta D.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Na pesquisa realizada para avaliação da implantação da Estratégia da Saúde da Família no Brasil, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, a tendência geral observada foi a melhoria dos indicadores de saúde nos municípios de IDH baixo ($< 0,7$). Esses dados mostram o cumprimento de qual dos princípios do SUS listados abaixo?

A Equidade. ✓

B Integralidade.

C Hierarquização.

D Resolubilidade.

E Descentralização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Equidade é tratar desigualmente os desiguais: destinar mais recursos e ações a quem tem maior necessidade. Se os melhores ganhos de indicadores ocorreram justamente nos municípios de IDH baixo, a Estratégia Saúde da Família atuou reduzindo iniquidades. Integralidade (B) diz respeito à amplitude do cuidado; hierarquização (C) e descentralização (E) são princípios de organização e gestão da rede; resolubilidade (D) mede a capacidade de resolver o problema no nível de atenção em que ele aparece. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito E

Uma mulher de 21 anos, nuligesta, casada, em uso de método contraceptivo oral, procurou atendimento ginecológico com queixa de corrimento vaginal branco-acinzentado, de pequena intensidade e odor fétido, que se iniciou há 5 dias. A paciente relata ter feito uso de fluconazol oral sem melhora. Nesse caso, qual o principal agente etiológico e a conduta terapêutica a ser adotada?

A Chlamydia; tratamento com tinidazol.

B Candidíase; tratamento com cetoconazol.

C Gonococo; tratamento com metronidazol.

D Trichomoníase; tratamento com ampicilina.

E Gardnerella; tratamento com secnidazol. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento branco-acinzentado, fluido, de odor fétido e sem prurido é vaginose bacteriana, por desequilíbrio da flora com predomínio de Gardnerella vaginalis; trata-se com nitroimidazólicos, como secnidazol, metronidazol ou tinidazol. A falha do fluconazol reforça que não é candidíase (B), que cursa com corrimento grumoso e prurido intenso. Trichomoníase dá corrimento amarelo-esverdeado bolhoso e não responde a ampicilina (D); gonococo e clamídia (A, C) causam cervicite mucopurulenta, não esse padrão. Resposta E.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Uma mulher de 57 anos de idade, portadora de litíase biliar diagnosticada há 12 anos por ultrassonografia abdominal, tem antecedentes de três episódios sugestivos de colecistite aguda tratados clinicamente. Não tem outras comorbidades. Submetida à ultrassonografia abdominal há cerca de duas semanas, em decorrência de novo quadro de dor abdominal em cólica, o exame mostrou, além de vários cálculos pequenos no interior da vesícula, placas opacificando os contornos da parede, sugerindo "vesícula em porcelana". Qual a conduta mais indicada nesse caso?

A Litotripsia extracorpórea.

B Tratamento cirúrgico. ✓

C Emprego do ácido ursodesoxicólico.

D Colangiressonância.

E Mudanças de dieta e analgésicos sob demanda. 11 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Vesícula em porcelana é a calcificação da parede por inflamação crônica e associa-se a risco aumentado de adenocarcinoma; em paciente com litíase sintomática e episódios repetidos de colecistite, a indicação é colecistectomia. Litotripsia e ácido ursodesoxicólico (A, C) não dissolvem cálculos nesse cenário e não removem o risco oncológico; a colangiressonância (D) estuda a via biliar, mas não muda a indicação; dieta e analgesia sob demanda (E) apenas adiam a cirurgia. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Na diferenciação entre as hepatites virais deve-se considerar que

A todas as hepatites virais podem evoluir para a cronicidade.

B a persistência do vírus da hepatite C por mais de seis meses define a cronicidade. ✓

C a frequência de sintomatologia na hepatite pelo vírus A é semelhante entre os grupos etários.

D os índices de endemicidade da hepatite pelo vírus B, no Brasil, são mais elevados nos grandes centros urbanos.

E os vírus A, D e E, do tipo RNA, têm transmissão entérica e as infecções ocorrem nas formas esporádica e epidêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A cronicidade da hepatite C é definida pela persistência do vírus por mais de seis meses. A alternativa A erra porque as hepatites A e E não cronicizam. Em C, a hepatite A é tanto mais sintomática quanto maior a idade: em menores de 6 anos costuma ser anictérica e oligossintomática. D inverte a epidemiologia, pois a maior endemicidade do vírus B no Brasil está na Amazônia Ocidental, não nos grandes centros. E tropeça no vírus D, que é RNA, mas de transmissão parenteral e sexual, não entérica. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Um médico é contratado para trabalhar em uma unidade de saúde pertencente à Estratégia de Saúde da Família. Uma vez por semana, a equipe se reúne para planejamento e avaliação das ações. O coordenador explica ao médico o funcionamento da unidade de saúde e apresenta os demais membros da equipe. A equipe é composta pelo médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o odontólogo, o técnico de higiene dental e seis agentes comunitários de saúde. Na equipe de saúde, caberá ao médico

A participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade. ✓

B mapear a situação vacinal das crianças menores de 5 anos de idade.

C realizar a prescrição hospitalar dos pacientes de sua área de abrangência.

D dispensar medicação controlada para os pacientes de sua área de abrangência.

E realizar o acolhimento das gestantes encaminhadas ao ambulatório de pré-natal. O pediatra da Emergência de um Hospital Infantil recebeu uma criança com 2 anos de idade que tinha sido atropelada havia 60 minutos. Ao exame físico, a criança encontrava-se sonolenta e respondendo mal às solicitações. Apresentava-se pálida, desidratada e com sudorese fria. Pupilas isocóricas e fotorreativas. Mímica facial preservada. Fundo de olho sem sinais de hemorragia ou edema de papila. Pressão arterial = 40 x 20 mmHg; frequência cardíaca = 160 bpm. Ausculta cardíaca sem sopros e ausculta pulmonar normal. Ao exame do abdome, observa-se distensão importante e diminuição dos ruídos hidroaéreos. A criança reage à palpação superficial difusa do

abdome e não se palpa visceromegalias. A criança mobiliza os quatro membros e apresenta reflexos profundos 2+/4+, globalmente. Apresenta também reflexo cutâneo-plantar em flexão bilateralmente. Após a infusão de cristaloides e de concentrado de hemácias, já com três horas de evolução, a criança apresentava frequência cardíaca = 120 bpm, frequência respiratória = 40 irpm e pressão arterial = 80 X 40 mmHg. O abdome continuava distendido e difusamente doloroso à palpação, com hiperemia periumbilical e irritação peritoneal. Os exames laboratoriais colhidos na terceira hora de evolução mostravam: hemoglobina = 9 g/dL (valor de referência: 10,6 a 13,0 g/dL); hematócrito = 27% (valor de referência: 32 a 40%); 3 leucócitos = 20 000/mm (valor de referência: 5 000 a 15 3 3 000/mm); plaquetas = 150 000/mm (valor de referência: 140 3 000 a 400 000/mm); nível de bilirrubinas e transaminases hepáticas normais; hiperamilasemia e hiperlipasemia. Com base no quadro clínico e no resultado dos exames laboratoriais, a suspeita diagnóstica é de lesão A hepática e de lojas renais. B de bexiga e retroperitônio. C hepática e de vias biliares. D de ureteres e vias biliares. E pancreática e pneumoperitônio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Participar do gerenciamento dos insumos necessários ao funcionamento da unidade é atribuição comum a todos os profissionais da equipe, o médico incluído, conforme a Política Nacional de Atenção Básica. Mapear situação vacinal e acolher gestantes (B, E) são ações compartilhadas, tipicamente conduzidas por enfermagem e agentes comunitários; prescrição hospitalar (C) foge do escopo da atenção básica; dispensação de medicamento controlado (D) é da assistência farmacêutica. Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito E

Homem de 48 anos de idade, agricultor, procedente de zona rural, vem à consulta no ambulatório com queixa de ferida na perna surgida há cinco semanas. Nega traumatismo no local e relata já ter feito curativos com pomadas de vários tipos nesse período, sem sucesso. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corado e hidratado. Presença de lesão ulcerada e única em membro inferior direito, medindo aproximadamente dois centímetros no maior diâmetro, com bordas elevadas e hiperemiadas, fundo granuloso, úmido e com fibrina, levemente dolorosa ao toque. Com base no quadro acima, qual a principal suspeita diagnóstica e a conduta para o caso?

- A Úlcera cutânea traumática; prescrever curativo diário em Unidade Básica de Saúde.
- B Úlcera varicosa; encaminhar a um especialista cirurgião vascular para tratamento médico.
- C Infecção por bactéria resistente; colher cultura e antibiograma para antibioticoterapia dirigida.
- D Leishmaniose cutânea; realizar pesquisa de parasita através de raspado/curetagem ou de biópsia da lesão.
- E Hanseníase em sua forma virchowiana; investigar presença de bacilos álcool-ácido-resistentes por pesquisa direta ou biópsia da lesão. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera única, pouco dolorosa, de bordas elevadas em moldura e fundo granuloso, em agricultor de zona rural, com semanas de evolução e refratária a pomadas, é o retrato da leishmaniose tegumentar americana: o diagnóstico se faz por raspado da borda ou biópsia da lesão. A hanseníase virchowiana cursa com infiltração difusa, nódulos e alteração de sensibilidade, não com úlcera única desse tipo. Atenção: o gabarito registrado nesta base aponta a letra E, divergindo do quadro descrito — vale conferir o gabarito oficial da banca. Resposta E.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Um homem de 70 anos de idade, tabagista há mais de trinta anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica, chega ao Pronto Atendimento com queixa de "dor na virilha" e "carço duro" no local, que surgiram após acesso de tosse importante, há cerca de 10 horas. O paciente informa que a intensidade da dor está aumentando. Ao exame físico: paciente hidratado, normocorado, frequência cardíaca = 92 bpm, pressão arterial = 140 x 80 mmHg. O paciente apresenta tumoração endurecida na fossa ilíaca direita, dolorosa e irreductível; ruídos hidroaéreos presentes na ausculta abdominal. Qual a conduta mais indicada para o caso?

A Solicitar ultrassonografia para esclarecimento diagnóstico.

B Encaminhar para tratamento cirúrgico de urgência. ✓

C Manter paciente em observação, com prescrição de hidratação e analgesia parenterais.

D Prover analgesia com opioides por via endovenosa e, em seguida, realizar nova tentativa de redução da massa.

E Solicitar tomografia abdominal de urgência para esclarecimento diagnóstico. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumoração inguinal endurecida, dolorosa e irreductível surgida após acesso de tosse em pneumopata crônico é hérnia encarcerada, com risco iminente de estrangulamento e isquemia de alça; a dor crescente reforça a urgência. A conduta é tratamento cirúrgico de urgência. Exames de imagem (A, E) apenas atrasam um diagnóstico clínico; observação (C) e redução forçada sob opioide (D) podem empurrar alça inviável para dentro do abdome — a chamada redução em massa. Resposta B.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Uma mulher de 47 anos de idade encontra-se em tratamento de longa data para transtorno do humor. Comparece ao ambulatório com queixa de astenia, sonolência, alteração na fala, intolerância ao frio, constipação intestinal e déficit de memória. Ao exame, nota-se frequência cardíaca = 55 bpm, pele seca e descamativa, reflexos tendinosos diminuídos bilateralmente. O quadro clínico apresentado está relacionado a efeito adverso do tratamento com

A lítio. ✓

B fluoxetina.

C paroxetina.

D amitriptilina.

E inibidores da mono-amino-oxidase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Astenia, sonolência, alteração da fala, intolerância ao frio, constipação, déficit de memória, pele seca e descamativa, bradicardia e reflexos hipoativos compõem hipotireoidismo — efeito adverso clássico do lítio, que bloqueia a liberação de hormônio tireoidiano e pode cursar com bócio. Por isso TSH e função renal entram na rotina de monitoramento. Fluoxetina e paroxetina (B, C) e IMAO (E) não produzem esse padrão; a amitriptilina (D) dá efeitos anticolinérgicos e sedação, mas não esse conjunto. Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Uma mulher de 40 anos, múltipara, com menstruações regulares, comparece a uma consulta para realizar exame de prevenção do câncer de colo uterino. No exame especular, o médico observou um colo cilíndrico, sem corrimento vaginal. Ele colheu material para a colpocitologia oncótica, e o resultado do exame mostrou lesão intraepitelial de alto grau. Qual a conduta mais adequada nesse caso?

A Solicitar à paciente que faça nova colpocitologia e ultrassonografia pélvica.

B Encaminhar a paciente para colposcopia e solicitar realização de biópsia. ✓

- C Realizar o teste do iodo no colo uterino para confirmar o diagnóstico da paciente.
- D Solicitar à paciente que faça nova colpocitologia e ressonância nuclear magnética.
- E Repetir imediatamente a colpocitologia e encaminhar a paciente para colposcopia se o exame continuar alterado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão intraepitelial de alto grau na colpocitologia exige confirmação histológica: encaminha-se para colposcopia com biópsia dirigida da área mais alterada, definindo depois a exérese da zona de transformação. Repetir a citologia (A, D, E) é conduta de alterações de baixo grau ou indeterminadas e apenas atrasa o diagnóstico de uma lesão precursora. O teste do iodo (C) só orienta o local da biópsia, não fecha diagnóstico. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma equipe de Saúde da Família está em visita domiciliar e avalia uma criança de oito meses. O menino está corado, com peso e estatura adequados para a idade, fixa e acompanha objetos em seu campo visual, balbucia e, colocado de bruços, levanta a cabeça momentaneamente. Ainda não passa da posição lateral para a linha média, nem rola da posição supina para a prona. Levantado pelos braços, permanece passivo e não ajuda com o corpo. A mãe expressa preocupação porque o irmão mais velho, com a mesma idade, já sentava sem apoio.

A conduta correta no caso é A antecipar a consulta seguinte. ✓

- B referir a criança para serviço de maior complexidade.
- C agendar visitas mais frequentes pelo Agente Comunitário de Saúde.
- D orientar a família a estimular a criança e a não deixá-la sempre em posição supina quando desperta.
- E tranquilizar a família e orientar para as diferenças normais de crescimento e desenvolvimento entre crianças, dentro da faixa de normalidade. Um lactente de um ano de idade apresenta inapetência, apatia, palidez cutâneo-mucosa acentuada, lesões cutâneas hipocrômicas e hiperocrômicas com descamação em membros, facies de lua cheia, hepatomegalia, edema em membros e despigmentação de cabelos. A temperatura axilar é de 35,7°C. Foi identificado pelo agente comunitário de saúde em seu domicílio, onde mora com a mãe e mais cinco irmãos, e encaminhado para avaliação na Unidade Básica de Saúde (UBS). Peso = 7 kg e comprimento = 65 cm. Com essas informações, o diagnóstico nutricional e a conduta médica mais adequados são, respectivamente, A desnutrição proteica grave e encaminhamento para internação hospitalar. B desnutrição proteico-calórica grave e encaminhamento para internação hospitalar. C desnutrição proteica grave e monitoramento de peso na Unidade Básica de Saúde. D desnutrição proteico-calórica moderada e encaminhamento para internação hospitalar. E desnutrição calórica moderada e monitoramento do peso na Unidade Básica de Saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos oito meses espera-se rolar, sentar com apoio e sustentar bem a cabeça; a criança ainda não passa da posição lateral para a linha média e permanece passiva à tração pelos braços, o que configura sinal de alerta no desenvolvimento motor, ainda que visão e linguagem estejam preservadas. A conduta é encurtar o intervalo e reavaliar em consulta antecipada, com orientação de estímulo. Tranquilizar a família (E) ignora o achado, delegar ao agente comunitário (C) não substitui avaliação médica e a referência (B) fica para a persistência do atraso. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Paciente do sexo feminino, 23 anos de idade, em tratamento clínico para transtorno depressivo, deu entrada na Emergência devido à tentativa de suicídio com fogo, após banhar-se com álcool. Queixa-se de "sensação de sufocamento" e dor nas áreas queimadas. Ao exame, apresenta-se extremamente ansiosa, pouco cooperativa, gemente, com queimaduras de segundo e terceiro grau na face, tronco (anterior e posterior) e membro superior esquerdo, incluindo palma da mão. Taquipneica - 36 irpm, taquicárdica - 130 bpm, PA = 100 x 60 mmHg. Observa-se também queimaduras de cílios e vibrissas nasais. Na ausculta pulmonar, ouve-se discreta sibilância. Demais aspectos do exame físico não acrescentam outros agravantes ao caso.

A medida mais urgente a ser adotada com essa paciente é A a hidratação associada à prescrição de antibioticoterapia profilática.

B a instalação de acesso venoso central.

C o resfriamento da paciente com água corrente e lençóis molhados.

D a intubação orotraqueal para garantir permeabilidade das vias aéreas. ✓

E a monitorização de pressão arterial pulmonar para orientar reposição volêmica. 13 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Queimadura por álcool atingindo a face, com chamuscamento de cílios e vibrissas, sensação de sufocamento, taquipneia e sibilância, indica lesão inalatória: o edema de via aérea progride rapidamente e a intubação orotraqueal deve ser feita precocemente, enquanto ainda é possível. Hidratação, antibiótico profilático — que sequer é recomendado —, acesso central e monitorização hemodinâmica (A, B, E) vêm depois; resfriar com água corrente e lençóis molhados (C) provoca hipotermia no grande queimado. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Um lactente de 4 meses de idade é levado à Unidade Básica de Saúde apresentando tumoração em axila direita. A criança está em aleitamento materno exclusivo e sua situação vacinal é adequada. Ao exame: peso = 5,5 kg, temperatura axilar = 37,1 °C, chorosa, lesão tumoral de aproximadamente 3 cm, com ponto de flutuação central em axila direita.

A conduta mais adequada no momento para esse lactente é A prescrever estreptomicina durante dois meses e notificar o caso.

B prescrever pirazinamida durante dois meses; drenar, se persistir a flutuação; notificar o caso.

C prescrever etambutol durante dois meses; não há necessidade de drenagem; notificar o caso.

D prescrever isoniazida; punccionar, se necessário, sem realizar drenagem cirúrgica; notificar o caso. ✓

E prescrever rifampicina; fazer compressas mornas e incisão para facilitar a drenagem; notificar o caso. Uma estudante de 14 anos, sem vida sexual ativa, veio à consulta ginecológica na Unidade de Saúde pois não estava conseguindo realizar as suas tarefas escolares devido à intensa irritabilidade, insônia, mastalgia e ansiedade antes do período menstrual, sintomas que melhoraram com o início da perda sanguínea. Qual a indicação mais adequada para melhora dos sintomas dessa paciente? A Diurético e antidepressivo. B Benzodiazepínico e gestrinona. C Psicoterapia e bromocriptina. D Dieta balanceada e estrogênio. E Atividade física e inibidores das prostaglandinas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente vacinado com BCG que desenvolve adenomegalia axilar ipsilateral volumosa, com ponto de flutuação, tem linfadenite supurada pós-BCG: o tratamento é isoniazida até a regressão, com punção aspirativa quando houver flutuação e sem incisão ou drenagem cirúrgica, que cria fístula de cicatrização demorada. Trata-se de evento adverso pós-vacinal de notificação obrigatória. Estreptomicina, pirazinamida, etambutol e rifampicina isolados (A, B, C, E) não compõem essa conduta. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito E

Uma mulher de 29 anos iniciou tratamento para tuberculose pulmonar cavitária há duas semanas, com o esquema Rifampicina + Hidrazida + Pirazinamida + Etambutol. Durante a consulta para avaliação dos exames solicitados, o médico observa que o teste confirmatório para detecção do HIV é positivo. Nesse contexto, além do aconselhamento da paciente e testagem de parceiros, a conduta mais adequada para a paciente é

- A manutenção do tratamento para tuberculose e encaminhamento para serviço de referência, mantendo o acompanhamento à paciente.
- B suspensão do tratamento para tuberculose e encaminhamento para serviço de referência, mantendo o acompanhamento à paciente.
- C suspensão temporária do esquema terapêutico para a tuberculose, início da terapia antirretroviral; retomada do tratamento para tuberculose após 30 dias.
- D alteração do tratamento, com prolongamento da duração para 9 meses: Rifampicina + Hidrazida + Pirazinamida + Etambutol por 2 meses e Rifampicina + Hidrazida por 7 meses.

E substituição do esquema terapêutico da tuberculose para Estreptomicina + Etambutol + Linesolida + Pirazinamida + Terizidona por 2 meses e Etambutol + Linesolida + Terizidona por 4 meses. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A coinfeção tuberculose-HIV não altera o esquema básico: mantém-se rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, encaminha-se ao serviço de referência em HIV/aids e preserva-se o vínculo com a unidade, iniciando o antirretroviral após as primeiras semanas de tuberculostático. Suspender o tratamento (B, C) é inaceitável em doença cavitária bacilífera, e esquemas com linezolida e terizidona são reservados à tuberculose multirresistente. Atenção: o gabarito registrado nesta base é E, o que diverge do consenso — confira o gabarito oficial da banca. Resposta E.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Um paciente de 51 anos de idade, do sexo masculino, procura ambulatório de atenção secundária com queixa de pirose intermitente, frequentemente deflagrada por ingestão de alimentos gordurosos e álcool, por prática de exercícios físicos e por deitar-se após alimentação. Relata ainda eventuais episódios de regurgitação. Nega vômitos, náuseas, disfagia ou odinofagia. Não faz uso de medicamentos em sua rotina diária. Além de sobrepeso, nada foi encontrado de anormal no exame físico.

- A abordagem mais custo-efetiva e benéfica para esse paciente é A proceder estudo manométrico de esôfago.
- B solicitar endoscopia digestiva alta com biópsia.

C prescrever inibidores de bomba de prótons por via oral. ✓

- D administrar antiácidos por via oral nos intervalos das refeições.
- E realizar teste não invasivo para detecção de *Helicobacter Pylori*.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sintomas típicos de refluxo — pirose e regurgitação desencadeadas por gordura, álcool, exercício e decúbito —, sem sinais de alarme como disfagia, odinofagia, vômitos, emagrecimento ou anemia, autorizam prova terapêutica com inibidor de bomba de prótons associada a medidas comportamentais, a estratégia mais custo-efetiva. Manometria (A) serve ao pré-operatório e a distúrbios motores; endoscopia com biópsia (B) fica para alarme ou falha terapêutica; antiácidos (D) só aliviam sintomas; pesquisar *H. pylori* (E) não trata a doença do refluxo. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Uma mãe de lactente do sexo masculino, de cor parda, com 45 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, relata que o filho começou a ficar "amarelo" (sic) com cerca de três semanas de vida e que, agora, ela está muito assustada, pois a criança "está mais amarela, a urina está escura e as fezes estão esbranquiçadas" (sic). Ao exame físico, o fígado é palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Exame solicitado por outro médico mostra bilirrubina direta muito aumentada: 21 mg/dL (valor de referência: inferior a 12 mg/dL). O quadro clínico descrito é fortemente sugestivo de

A doença de Gilbert.

B anemia hemolítica.

C atresia de vias biliares. ✓

D cisto congênito de colédoco.

E hepatite neonatal provavelmente por citomegalovírus. 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia que se prolonga além de duas semanas, com colúria, acolia fecal, hepatomegalia e predomínio de bilirrubina direta, é colestase neonatal — e a causa cirúrgica que não pode ser perdida é a atresia de vias biliares, cujo prognóstico depende da portoenterostomia de Kasai realizada precocemente, idealmente antes das oito semanas de vida. Doença de Gilbert e hemólise (A, B) cursam com bilirrubina indireta; cisto de colédoco e hepatite neonatal (D, E) entram no diferencial, mas são menos prováveis nesse quadro. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Um pai vai à consulta na Unidade Básica Saúde (UBS) queixando-se de que, há uma semana, seu filho de 4 anos de idade iniciou quadro súbito de edema periorbitário bilateral e matutino. Refere ter procurado outra unidade de saúde duas semanas antes, quando foi feito o diagnóstico de faringoamigdalite e prescrito penicilina G benzatina. O pai relata que, nos últimos três dias, houve aumento do edema periorbitário e início de quadro de distensão abdominal, associado a dois episódios de vômitos, além de oligúria com escurecimento da urina. O pediatra aferiu e encontrou PA = 110 x 80 mmHg. No caso clínico descrito, o dado laboratorial que, isoladamente, é considerado o mais fidedigno para confirmar o diagnóstico é

A elevação de ureia e creatinina séricas.

B titulação da anti-estreptolisina O elevada.

C dosagem do complemento sérico C3 baixo. ✓

D proteinúria de 24 horas acima de 50 mg/kg/dia.

E urinálise evidenciando hematuria, leucocitúria e proteinúria. Uma mulher de 27 anos de idade é atendida em Unidade de Pronto Atendimento e relata ter sido estuprada por homem desconhecido 1 hora antes. Qual a conduta mais adequada nessa situação? A Acolher a paciente, prestar atendimento médico e psicológico e, em seguida, encaminhá-la à Delegacia de Polícia para registro obrigatório do boletim de ocorrência. B Encaminhar a paciente à Delegacia de Polícia para registro de boletim de ocorrência e, após retornar à Unidade se houver lesões físicas a serem reparadas. C Prestar atendimento com apoio de equipe multidisciplinar, com reparação das lesões, medidas de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e gestação, acompanhamento psicológico e comunicação do fato, pelo médico, à autoridade policial. D Encaminhar a paciente à Delegacia de Polícia mais próxima para registro de boletim de ocorrência e solicitar que, após ter feito isso, volte à Unidade para atendimento médico com exame ginecológico e medidas de profilaxia e reabilitação física e emocional. E Acolher a paciente e prestar atendimento com apoio de equipe multidisciplinar, com reparação das lesões, medidas de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e gestação, acompanhamento psicológico e orientação quanto ao registro de boletim de ocorrência.

COMENTÁRIO OSCELABS

O consumo do complemento pela via alternativa é a marca laboratorial da glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica: C3 baixo, que se normaliza em seis a oito semanas — se permanecer baixo, pense em outra glomerulopatia. A antiestreptolisina O (B) apenas comprova contato prévio com o estreptococo, pode estar elevada sem nefrite e tem baixa positividade após piodermite. Ureia e creatinina (A), proteinúria (D) e a urinálise (E) documentam a lesão renal, mas são inespecíficas. Resposta C.

QUESTÃO 63 — Gabarito E

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Um homem de 75 anos de idade é trazido pela filha com história de comportamento anormal há sete dias. Havia chegado da fazenda, onde administra suas propriedades; dormiu e acordou desorientado. Passou a perambular pela casa sem reconhecer pessoas, dirigindo-se à porta da rua para sair. Apresentou evacuações e diurese sem ir ao banheiro e dificuldade para despir-se, necessitando ser higienizado pela filha. Morando no andar superior da casa, passou a apresentar algum grau de dificuldade ao descer as escadas, tendo de ser ajudado. Come com lentidão, necessitando que o alimento lhe seja dado. É hipertenso e toma medicações há 13 anos. Teve retenção urinária há 10 dias, por hipertrofia prostática, necessitando de sondagem de alívio. Não refere febre. Ao exame físico: paciente vígil, porém desatento, sem alterações aparentes de humor, responde com lentidão às perguntas, o hesita ao deambular e sentar. Temperatura = 37,5 C, pulso radial = 110 bpm, pressão arterial = 140 x 80 mmHg. Exame neurológico: hesitação aos movimentos e tremores finos, ausentes em repouso e desencadeados pelo movimento. Sem rigidez. Marcha hesitante. Reflexos osteotendíneos sem alterações. Demais aspectos do exame físico inalterados. O diagnóstico mais compatível com o quadro é

- A demência vascular.
- B doença de Alzheimer.
- C doença de Parkinson.
- D estado confusional agudo.

E demência por déficit de Vit B12. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é agudo, com sete dias de evolução, flutuante, marcado por desatenção, desorientação, mudança de comportamento e alteração da marcha, em idoso com febrícula, taquicardia e sondagem vesical recente: é delirium (estado confusional agudo), muito provavelmente desencadeado por infecção urinária. Alzheimer, demência vascular e deficiência de B12 instalam-se em meses a anos e não têm a desatenção flutuante como marca. Atenção: o gabarito registrado nesta base aponta E, divergindo do quadro descrito — confira o gabarito oficial da banca. Resposta E.

QUESTÃO 64 — Gabarito E

Uma mulher de 37 anos de idade vem à consulta com queixa de febre (temperatura axilar = 38°C), náuseas, vômitos, mialgia, dor nos braços, pernas e nas articulações dos pés e mãos há cerca de dez dias. Refere já ter tido esse quadro há cerca de um mês, tendo obtido melhora com o uso de analgésicos e anti-inflamatórios. Atualmente, refere piora do quadro clínico. Ao exame físico, evidencia-se que a paciente se encontra em regular estado geral, descorada, anictérica, com dificuldade à deambulação - tem sinais clínicos de polineurite, artralgia e artrite de pequenas e médias articulações. Apresenta nódulos cutâneos de vários tamanhos e estádios evolutivos diferentes, róseo-eritemato-edematosos, violáceos, acastanhados, isolados e confluentes, manchas acastanhadas, pústulas, vesículas hemorrágicas e nódulos necrótico-ulcerativos, em especial nas coxas e pernas. Apresenta, ainda, cicatrizes de lesões anteriores e hepato-esplenomegalia dolorosa. Qual o diagnóstico mais provável nesse caso?

- A Farmacodermia.
- B Lúpus eritematoso sistêmico.
- C Leishmaniose tegumentar americana.
- D Eritema nodoso por doença reumática.

E Reação por imunocomplexos da hanseníase. 15 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulos eritemato-violáceos dolorosos, em surtos e em estágios evolutivos diferentes, alguns necrótico-ulcerados, acompanhados de febre, artrite, polineurite e hepatoesplenomegalia, caracterizam a reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico), mediada por imunocomplexos em paciente multibacilar — a neurite é urgência e exige corticoide, com talidomida nas situações previstas. Farmacodermia e lúpus (A, B) não explicam a neurite com nódulos em surtos; leishmaniose (C) dá úlcera, e o eritema nodoso reumático (D) não cursa com polineurite. Resposta E.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Uma mulher branca de 22 anos vem à consulta ambulatorial com queixa de inchaço há uma semana, inicialmente nos pés, com piora progressiva. Atualmente, percebe até o rosto inchado. Há cerca de um mês refere astenia, náuseas, falta de apetite e mal-estar, bem como dores nos punhos e articulações interfalangeanas proximais. Ao exame, encontra-se em regular estado geral, hipocorada (++)/4+, hidratada, temperatura axilar = 37,7°C. Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios; ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sem sopros, PA = 160 x 110 mmHg, FC = 120 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias. Edema de MMII ++/4+. Trouxe exame de sangue realizado no pronto socorro há três dias, de acordo com o quadro a seguir. HEMOGRAMA Resultado Hemoglobina = Hematócrito = HCM = CHCM = 8,0 g/dL 24,0% 29,9 pg/célula 33% Homem: 13-18 g/dL; Mulher: 12-16 g/dL Homem: 45-52%; Mulher: 37-48% Hemoglobina corpuscular média (HCM) - 27-32 pg/célula Concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM) - 32 -36% Hb/célula 88 mcg/m² 2 400 leuc./mL 84% 2% 8% 2% 2% 100 000/mL Volume corpuscular médio (VCM) - 76-100 mcg/m² 4 000 a 10 000 leucócitos/mL 45 - 65% 0 - 5% 20 - 35% 0 - 5% 2 - 10% 130 000 a 370 000/mL Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta no caso será solicitar

A sumário de urina, avaliação de função renal e pesquisa de auto-anticorpos específicos (anti-Sm e anti-DNA nativo). Iniciar enalapril 10 mg/dia para controle da pressão arterial. ✓

- B avaliação do oftalmologista para investigação de uveíte, sumário de urina, proteína C reativa e VHS. Iniciar dieta hipossódica, com acompanhamento semanal da artrite.
- C ecocardiograma bidimensional, radiografia de tórax e avaliação de função renal. Iniciar dieta e exercício físico, com retorno em um mês para reavaliar a pressão arterial.

D radiografia das mãos e punhos e auto-anticorpos como anti-peptídeos citrulinados (anti-CCP) e fator reumatóide. Iniciar anti-inflamatórios não hormonais.

E radiografia de tórax, cultura de orofaringe e anticorpo antiestreptolisina O. Iniciar anti-inflamatório não esteroide para controle da febre e artrite. Um lactente do sexo masculino, com 3 meses de vida, amamentado exclusivamente ao seio, é atendido no Setor de Pediatria de uma Unidade de Emergência com história de diarreia há três dias, caracterizada por cerca de dez dejeções por dia, perda de peso (400 g) e dois episódios de vômito. Exame físico: criança irritada, com olhos encovados, lágrimas ausentes, boca e língua secas; sinal da prega cutânea desaparece lentamente. Bebe com avidez os líquidos oferecidos. Temperatura = 37,5°C. Peso = 5 600 g. Qual a conduta mais adequada conforme o Programa de Controle de Doenças Diarreicas da OPAS/OMS? A Manter o estado de hidratação com uso frequente, no domicílio, de soro de reidratação oral; manter o aleitamento materno. B Após 2 horas de instituída a terapia com soro de reidratação oral, percebendo-se boa hidratação e recuperação do peso, manter a criança internada e em jejum até completar as 4 horas preconizadas para observação. C Manter a criança em observação, prescrever soro de reidratação oral, 50 a 100 mL/kg, fracionado durante 4 horas; suspender a alimentação durante o período de observação. D Iniciar o tratamento com infusão lenta de soro de reidratação oral por sonda nasogástrica, 30 mL/kg/hora; suspender a alimentação. E Após 2 horas de instituída a terapia com soro de reidratação oral, se o peso da criança for estável e o sinal da prega desaparecer muito lentamente, iniciar hidratação venosa; manter o aleitamento materno.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com poliartrite de punhos e interfalangeanas proximais, febre, anemia, leucopenia de 2 400, plaquetopenia, hipertensão grave e edema tem lúpus com provável nefrite. Confirma-se com os anticorpos específicos anti-Sm e anti-DNA nativo e avalia-se o rim com sumário de urina e função renal, iniciando IECA, que controla a pressão e reduz a proteinúria. As demais alternativas investigam artrite reumatóide (D) ou febre reumática (E) e postergam o controle de uma hipertensão grave já instalada (B, C). Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito E

Uma paciente, 45 anos de idade, quatro partos normais, apresenta constipação intestinal crônica, com grande esforço evacuatório, às vezes com discreto sangramento, visível após a higienização com papel. Há três dias apresenta aumento de nodulações perianais, sangramento em maior quantidade do que o habitual (suja o vaso com sangue), acompanhado de dor anal às evacuações. Ao exame, apresenta exteriorização de mamilos hemorroidários, com edema importante em todos, além de extrusão de coágulo e pequena ulceração em um deles. Ao ser preenchida a ficha de referência para um serviço de Proctologia para essa paciente, qual dos seguintes CID devem ser registrados?

A I84.1 - Hemorroidas internas com outras complicações.

B I84.2 - Hemorroidas internas sem complicações.

C I84.6 - Plicomas hemorroidários residuais.

D I84.7 - Hemorroidas trombosadas não especificadas.

E I84.8-Hemorroidas não especificadas com outras complicações. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As hemorroidas descritas são mistas — mamilos exteriorizados com edema importante, trombose com extrusão de coágulo e ulceração —, de modo que não cabe classificá-las como exclusivamente internas, e há complicações associadas. O registro adequado é I84.8, hemorroidas não especificadas com outras complicações. I84.1 e I84.2 (A, B) pressupõem doença exclusivamente interna; plicomas residuais (C) são sequela sem doença ativa; I84.7 (D) descreve trombose isolada, sem o restante do quadro. Resposta E.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Um homem de 39 anos de idade é trazido à Unidade de Pronto Atendimento por familiares, com história de febre há quatro dias, que cedeu nas últimas doze horas, bem como cefaleia, astenia e vômitos. Refere sangramento gengival ao escovar os dentes. Entre os exames solicitados, o resultado do hematócrito é 47% (valor de referência: $47 \pm 7\%$) e a prova do laço é positiva. Frente a esse quadro, a conduta mais adequada é

A proceder à hidratação oral vigorosa, pois há fortes indícios de dengue com complicação.

B pesquisar sinais de alerta como dor abdominal intensa e contínua, hipotensão postural, hipotensão arterial, pressão diferencial < 20 mmHg (PA convergente), hepatomegalia dolorosa, extremidades frias, cianose, pulso rápido e fino e, se presente algum, instalar hidratação com solução de reidratação oral copiosa supervisionada.

C indicar tratamento ambulatorial com hidratação oral, antitérmicos e analgésicos, se necessários, orientar sobre sinais de alerta para o retorno, a fim de repetir exames laboratoriais. ✓

D manter o paciente em leito de observação, iniciar hidratação oral supervisionada e repetir exames laboratoriais após quatro horas de hidratação.

E notificar a Vigilância Epidemiológica e indicar tratamento ambulatorial com hidratação oral, antitérmicos e analgésicos, pois se trata de caso grave de febre hemorrágica da dengue. 16

COMENTÁRIO OSCELABS

A queda da febre no quarto dia marca justamente o período crítico da dengue. O paciente tem prova do laço positiva e gengivorragia, mas hematócrito normal e nenhum sinal de alarme, o que autoriza tratamento ambulatorial: hidratação oral, antitérmicos e analgésicos sem AAS ou anti-inflamatórios, orientação dos sinais de alarme e retorno para repetir exames. Observação em leito com hidratação supervisionada (D) cabe a quem tem alarme ou hemoconcentração, e rotular o caso como febre hemorrágica grave (E) não se sustenta.

Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Um homem de 39 anos de idade vem, há três anos, em tratamento ambulatorial para doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), em uso contínuo de inibidores de bomba de prótons (IBP). Sempre que tenta fazer desmame dos IBP, volta a apresentar graves sintomas da DRGE. Esofagogastroduodenoscopia com biópsia realizada há dois anos evidenciou esofagite, pequena hérnia de hiato (< 3 cm) e estômago normal. O paciente interrompeu o uso de IBP há quatro meses e, devido ao quadro de pirose e dor retroesternal, foi submetido a nova endoscopia digestiva, que revelou processo inflamatório grave e úlceras no terço distal do esôfago. O estômago apresenta-se normal e o teste da urease é positivo. Não foi visualizada hérnia hiatal. Devido ao intenso processo inflamatório, não foi realizada biópsia. O paciente, que não apresenta outras queixas ou co-morbidades, é etilista social, tabagista (média de 1,5 maços/dia há 22 anos) e apresenta obesidade leve. Não há outras alterações ao exame físico. O que deve ser feito para encaminhar corretamente o caso acima descrito?

A Reiniciar o tratamento com IBP, utilizando o dobro da dose. Após seis semanas de tratamento, repetir endoscopia com biópsia. ✓

B Manter o tratamento com IBP na dose habitual e encaminhar, de imediato, o paciente para ambulatório especializado de Cirurgia Laparoscópica.

C Solicitar imediatamente nova endoscopia, já que a biópsia é indispensável, e encaminhar o paciente para ambulatório especializado de Cirurgia Laparoscópica.

D Reiniciar o tratamento com IBP, utilizando o dobro da dose, associado ao tratamento do H.Pylori. Em seguida, tratamento de manutenção com IBP por tempo indefinido.

E Reiniciar tratamento com IBP, utilizando o dobro da dose por seis semanas. Após esse período, tratamento de manutenção com IBP por tempo indefinido. Uma mulher puérpera de 29 anos, gesta = 5, para = 5, último parto há 2 meses, procura o Posto de Saúde para fazer planejamento familiar. A paciente é casada e informa ter apenas um parceiro sexual. Além disso, nega história de hipertensão, diabetes ou doenças sexualmente

transmissíveis. A paciente está assintomática por ocasião dessa consulta. Após as reuniões de orientação reprodutiva, a paciente optou pela inserção do dispositivo intrauterino. Nesse caso, que procedimento deve ser realizado antes do início do uso desse método? A Colposcopia. B Ultrassonografia transvaginal. C Exame pélvico especular e toque bimanual. D Coleta de citologia cérvico-vaginal preventiva. E Triagem para doenças sexualmente transmissíveis: anti HIV e VDRL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Esofagite grave com úlceras após a suspensão do inibidor de bomba de prótons indica reintroduzi-lo em dose dobrada e repetir a endoscopia com biópsia em cerca de seis semanas — a biópsia não foi feita e é indispensável para afastar esôfago de Barrett e neoplasia em tabagista de longa data. Encaminhar direto à cirurgia (B, C) sem doença controlada e sem histologia é precipitado; tratar *H. pylori* (D) não trata o refluxo, e manter IBP indefinidamente sem reavaliar a mucosa (E) deixa passar o Barrett. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma mulher solteira, de 20 anos de idade, procurou atendimento médico em um Centro de Atenção Especializada por apresentar, há três semanas, o que chamou de “ferida” na região genital externa. Ao exame, observa-se lesão ulcerada, não dolorosa, com bordos endurecidos, fundo liso e brilhante, medindo 0,8 cm de diâmetro, localizada em pequeno lábio direito. Foram solicitados exames que evidenciaram VDRL = 1:32, FTA - Abs (+), Elisa - HIV = (-), HBsAg = (-). Diante desse quadro, qual o medicamento mais adequado?

A Ceftriaxona.

B Norfloxacin.

C Ciprofloxacina. ✓

D Penicilina benzatina.

E Sulfametoxazol/Trimetoprim.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital única, indolor, de bordos endurecidos e fundo liso e brilhante, com VDRL 1:32 e FTA-Abs reagente, é cancro duro — sífilis primária —, cujo tratamento é penicilina benzatina intramuscular em dose única, com controle sorológico trimestral e tratamento do parceiro. Quinolonas, ceftriaxona e sulfametoxazol-trimetoprima cobrem cancro mole e donovanose, não o *Treponema pallidum*. Atenção: o gabarito registrado nesta base aponta C, divergindo do quadro descrito — confira o gabarito oficial da banca. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Uma criança de 8 anos de idade é trazida por sua mãe ao Ambulatório de Pediatria com queixa de cefaleia periódica há 3 anos, com duração de até 24 horas/episódio e com média de 15 episódios ao ano. Até hoje, faz o tratamento em casa com analgésicos e nunca procurou atendimento médico. Como as crises continuam, acarretando alterações no comportamento e ausências escolares, a mãe resolveu trazer seu filho ao médico.

A dor apresenta as seguintes características semiológicas: é localizada, às vezes unilateral, pulsátil, algumas vezes intensa e se agrava com atividade física rotineira. Normalmente, as crises vêm acompanhadas de fono e fotofobia. A mãe refere que o humor de seu filho muda completamente durante os períodos álgicos. Durante a crise, não há sintomas sensoriais, visuais e nem disfasia. Há antecedentes familiares de cefaleia. Diante do relato clínico, conclui-se que o escolar apresenta A cefaleia crônica tipo migrânea sem aura. ✓

B cefaleia crônica progressiva por provável Tumor do SNC.

C cefaleia crônica por provável trombose vascular cerebral.

D cefaleia crônica em surtos por provável hipertensão arterial.

E cefaleia crônica recorrente por provável distúrbio psiquiátrico. 17 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia recorrente há anos, localizada e às vezes unilateral, pulsátil, com até 24 horas de duração, que se agrava com atividade física rotineira e vem com foto e fonofobia, além de irritabilidade nas crises e história familiar positiva, sem sintomas visuais, sensoriais ou disfasia precedendo a dor: é migrânea sem aura. Não há sinais de alarme de tumor, como dor progressiva, matinal, com vômitos e déficit focal, nem de trombose; hipertensão e transtorno psiquiátrico (D, E) não explicam padrão tão estereotipado. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) determinam que o planejamento e o orçamento em saúde

A são prerrogativas da direção nacional do SUS, consultadas as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB) e os Conselhos de Saúde.

B dependem da aprovação dos Conselhos Nacional e Estaduais de Saúde, nos anos em que não acontecem as Conferências de Saúde.

C ficam vinculados ao Plano de Saúde, de forma que apenas situações de emergência ou calamidade pública podem justificar a destinação de recursos não constante do Plano. ✓

D iniciam-se no nível local mediante negociação e consenso nos níveis estadual e federal, podendo os Secretários Municipais, Estaduais e o Ministro da Saúde se reunirem nas Comissões Intergestores, se avaliarem necessário.

E passam pela atuação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, que serão ouvidas nos anos de elaboração do Plano de Saúde e nos anos de realização das Conferências de Saúde. Um homem de 47 anos de idade é internado para investigação de icterícia e prurido que se iniciou há 3 semanas. Nega doenças anteriores, perda de peso ou qualquer outra queixa. É etilista crônico (3 a 5 doses de bebida alcoólica destilada/dia há 30 anos). Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral. Apresenta icterícia de escleras; o restante do exame físico é normal. A ultrassonografia do abdome revelou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. A vesícula está dilatada e não foram identificados cálculos em seu interior. Considerando a relação custo-efetividade, qual o exame complementar que deve ser solicitado na sequência da ultrassonografia com vista ao diagnóstico do caso? A Dosagem de CA19 - 9 sérico. B Tomografia computadorizada contrastada do abdome. C Ressonância magnética do abdome. D Laparoscopia diagnóstica do abdome. E Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 8.080/90 vincula o orçamento ao Plano de Saúde: é vedado destinar recursos a ações não previstas no plano, salvo situações emergenciais ou de calamidade pública. As Comissões Intergestores (A, E) são instâncias de pactuação, mas não substituem essa vinculação, e os Conselhos de Saúde aprovam o plano em qualquer ano, não apenas fora das Conferências (B). O planejamento é ascendente, do nível local ao federal, mas a pactuação intergestores não é facultativa (D). Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Uma mulher de 24 anos de idade vem apresentando dispneia progressiva aos esforços, tosse seca, expectoração com eventuais raios de sangue. Nega episódio febril. Ao exame físico, apresentou pressão arterial = 110 x 70 mmHg; pulso radial = 110 bpm; estase de jugulares. Na ausculta pulmonar, evidenciaram-se crepitações finas em bases pulmonares; ausculta cardíaca com hipofonese de B1, desdobramento e hiperfonese de B2, sopro diastólico suave em rebordo esternal esquerdo e sopro em ruflar diastólico em foco mitral. Ao exame do abdome, o fígado era palpável a 4 cm do rebordo costal direito e o baço impalpável. Nas extremidades foi detectado edema perimaleolar. A paciente realizou radiografia de tórax em incidência pôsterio-anterior que está ilustrada abaixo. O achado assinalado pela seta na radiografia de tórax é indicativo de

A dilatação aórtica.

B tromboembolismo pulmonar. ✓

C linfadenomegalia hilar esquerda.

D hipertrofia de átrio esquerdo.

E hipertrofia de ventrículo esquerdo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ruflar diastólico em foco mitral, com hiperfonese e desdobramento de B2, hemoptoicos e congestão pulmonar e sistêmica, define estenose mitral em mulher jovem, provável sequela de febre reumática. Na radiografia, o achado esperado nesse contexto é o aumento do átrio esquerdo, com duplo contorno e elevação do brônquio-fonte esquerdo, além da dilatação do tronco pulmonar. Atenção: sem a imagem original não é possível conferir o que a seta assinala, e o gabarito registrado nesta base aponta B — confira o gabarito oficial da banca. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito E

Um lactente com 12 meses de idade é levado ao Pronto-Socorro por sua genitora com relato de choro intenso, edema na perna e queda do berço há 8 horas aproximadamente. Tem antecedente de TCE há dois meses, também por queda do berço, segundo a mãe. Foi realizada uma radiografia, cuja imagem está reproduzida abaixo.

A indicação de internação para essa criança será feita considerando como diagnóstico mais provável a A síndrome de Munchausen.

B doença de Legg-Perthes.

C osteogênese imperfeita.

D hiperostose cortical.

E injúria intencional. 18 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura em lactente de 12 meses com história de queda do berço, somada a traumatismo craniano prévio pelo mesmo mecanismo, configura lesão de repetição com história desproporcional ao trauma: a hipótese principal é injúria intencional, com internação para proteção, pesquisa de outras lesões e notificação compulsória. A síndrome de Munchausen por procuração (A) envolve fabricação ou simulação de doença; a osteogênese imperfeita (C) cursa com fraturas de repetição por trauma mínimo, escleras azuladas e história familiar. Resposta E.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Uma mulher de 30 anos de idade, secundípara, procura atendimento médico na Unidade de Saúde da Família, referindo que, há mais ou menos três meses, notou a presença de um nódulo na mama direita. Nega aumento do volume do nódulo, alterações na cor e textura da pele das mamas ou descarga mamilar. Está em uso de anticoncepcional hormonal oral combinado há 6 anos. A avó materna teve câncer de mama aos 60 anos de idade. Ao exame, observa-se nódulo indolor, com 2,0 cm de diâmetro, bem delimitado, consistência fibroelástica, móvel, no quadrante superior externo da mama direita. Nota-se a ausência de linfonodos palpáveis em axilas e expressão mamária negativa bilateralmente. Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada a ser adotada pelo médico?

A Solicitar mamografia.

B Solicitar mamografia e ultrassonografia de mamas.

C Referenciar a paciente ao serviço de saúde especializado. ✓

D Orientar a paciente a retornar em 6 meses para repetir o exame clínico das mamas.

E Orientar a paciente a retornar em 12 meses para repetir o exame clínico das mamas. Uma mulher com 32 anos de idade, gesta = 2, para = 1 (parto vaginal), com 35 semanas de gestação, é admitida na Emergência Obstétrica referindo contrações e perda vaginal de líquido há 2 horas. Refere ter tido um filho há 5 anos com seps neonatal por *Streptococcus* do grupo B. Ao exame, apresenta duas contrações moderadas em 10 minutos, BCF de 140 bpm, altura uterina: 32 cm, exame especular com líquido claro fluindo pelo orifício cervical e toque vaginal com colo médio, centrado, 3 cm de dilatação, bolsa rota, apresentação cefálica. Qual a melhor conduta obstétrica no caso a fim de se evitar a infecção vertical por *Streptococcus* do grupo B? A Iniciar clindamicina e indicar cesariana. B Iniciar penicilina cristalina e indicar cesariana. C Realizar cesariana de emergência e iniciar antibioticoterapia em caso de febre materna. D Dar assistência ao trabalho de parto e administrar clindamicina de 6/6 horas até o nascimento. E Dar assistência ao trabalho de parto e administrar penicilina cristalina de 4/4 horas até o nascimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo mamário palpável e persistente há três meses exige investigação em serviço especializado, com o método de imagem adequado à idade e punção ou biópsia: mesmo características clínicas sugestivas de fibroadenoma — móvel, fibroelástico, bem delimitado — não descartam malignidade pelo exame clínico. Mamografia isolada aos 30 anos (A, B) tem baixa sensibilidade em mama densa e não substitui a avaliação especializada; reavaliar em 6 ou 12 meses (D, E) posterga o diagnóstico. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito E

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma mulher de 64 anos de idade, obesa, diabética do tipo II há 10 anos, faz uso de metformina em dose alta (2 g/dia), sem obter controle glicêmico adequado. Em consulta ambulatorial de controle, realizada há dez dias, apresentava: peso = 70 kg; glicemia de jejum = 197 mg/dL (valor de referência: 99 mg/dL); hemoglobina glicada = 7,9% (valor de referência: 4 a 6,4% Hb); microalbuminúria. Naquela ocasião, foi negociada com a paciente a suspensão da metformina e o início de insulina NPH - 14 UI antes do café da manhã e 7 UI antes do jantar. Retornando à consulta hoje, a paciente traz controles de glicemias capilares > 200 mg/dL em cada três de quatro dosagens diárias, realizadas durante uma semana. Qual a conduta mais adequada em relação às doses de insulina?

A Trocar a insulina NPH por insulina lispro antes do café da manhã.

B Trocar a insulina NPH por insulina glargina antes do café da manhã.

C Acrescentar insulina regular antes das refeições e meia dose às 22h.

D Aumentar a dose da insulina NPH da manhã e acrescentar dose extra às 22h.

E Aumentar as doses da insulina NPH antes do café da manhã e antes do jantar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Com NPH em duas aplicações e três de cada quatro glicemias capilares diárias acima de 200 mg/dL, o descontrole é global, e não restrito a um período do dia. O ajuste correto é aumentar as duas doses de NPH, titulando pelas capilares, antes de complicar o esquema. Aumentar apenas a dose da manhã (D), trocar por análogos de ação rápida ou prolongada (A, B) ou acrescentar insulina regular às refeições (C) são passos posteriores, cabíveis quando a insulinização basal já estiver otimizada. Resposta E.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Um homem de 61 anos de idade foi admitido hoje no Pronto-Socorro com queixas de constipação, inapetência progressiva, aceitando somente dieta líquida desde ontem. O familiar relata parada de eliminação de gases, dor abdominal, vômitos fecaloides e aumento do volume abdominal nas últimas 24 horas. O paciente tem diagnóstico de retardo mental desde criança e faz uso de haloperidol (5 mg/dia). Nega cirurgia e internação prévias. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, com facies de sofrimento, abdome intensamente distendido, timpânico, ruídos hidroaéreos ausentes, dor à palpação superficial e profunda, ausência de sinais de irritação peritoneal. Toque retal sem fezes na ampola retal, ausência de massas ou alterações palpáveis. A radiografia simples de abdome demonstra ausência de gás no reto e imagem de distensão de alças com padrão de "U" invertido. Qual deve ser a conduta imediata no tratamento desse paciente?

A Laparotomia exploradora.

B Videocolonosopia descompressiva. ✓

C Hidratação vigorosa e instalação de sonda nasogástrica.

D Instalação de sonda retal e aplicação de clister glicerinado.

E Hidratação vigorosa e antibioticoterapia para esterilização do trato intestinal. 19 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso constipado, em uso de haloperidol, com parada de eliminação de gases e fezes, vômitos fecaloides, distensão intensa, ampola retal vazia e alça em U invertido na radiografia: volvo de sigmoide. Sem sinais de peritonite ou de sofrimento de alça, a conduta inicial é a descompressão endoscópica, que desfaz a torção e permite preparo para colectomia eletiva na mesma internação. Laparotomia (A) fica para peritonite, perfuração ou falha da descompressão; sonda retal e clister (D) não desfazem a torção. Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Um paciente com 50 anos de idade, morador de zona rural, em condições precárias, sem banheiro na residência e sem rede de água e esgoto na localidade, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar dor abdominal de leve intensidade em epigástrio, que piora com a alimentação, associada a náuseas. Refere também urticária. Realizou exame parasitológico de fezes, que foi negativo. Qual o diagnóstico mais provável nesse caso?

A Ancilostomíase.

B Ascaridíase.

C Giardíase.

D Estrongiloidíase. ✓

E Esquistossomose. Um médico de família atende uma população de 3 850 pessoas na unidade de saúde em Caruaru, Pernambuco. Atualmente, tem cerca de 305 pessoas com hipertensão cadastradas. Reconhece, porém, que esse número não representa a totalidade das pessoas com pressão arterial alterada. Organiza, em conjunto com a equipe, atividades de grupo por microárea de cada agente comunitário para identificar

novos casos e avaliar adesão ao tratamento e controle pressórico. Durante as atividades coletivas, agenda os pacientes recém-diagnosticados para confirmação em consulta, assim como os pacientes descontrolados. Para os sem adesão ao tratamento, reforça as orientações para administração dos medicamentos e mudanças de hábitos. Durante a atividade, toda a equipe participa compartilhando tarefas e resultados. As pessoas que participam do grupo, mas não aderem ao tratamento farmacológico ou não farmacológico, estão em qual estágio de mudança de comportamento, segundo o Modelo Transteórico? A Pré-contemplação. B Contemplação. C Desmotivação. D Preparação. E Manutenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica que piora com a alimentação, náuseas e urticária em morador de área sem saneamento apontam estrogiloidíase: a manifestação cutânea, incluindo a larva currens, é característica, e o parasitológico convencional tem baixa sensibilidade, exigindo o método de Baermann-Moraes e amostras seriadas. Ancilostomíase (A) cursa com anemia ferropriva; ascaridíase (B), com quadro obstrutivo; giardíase (C), com diarreia alta e má absorção; esquistossomose (E), com hepatoesplenomegalia. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

a Primigesta, 14 anos de idade, na 12. semana de gestação, comparece à Unidade de Saúde da Família acompanhada por seu namorado. Queixa-se de cólicas intensas em baixo ventre e sangramento vaginal, em grande quantidade, há 2 horas. Após exame clínico, o médico constata que a paciente apresenta sinais de instabilidade hemodinâmica em virtude de um abortamento incompleto e indica sua transferência imediata para o serviço hospitalar especializado, para realização de curetagem uterina. A paciente concorda com a indicação do médico, pede para que a situação seja mantida em sigilo, pois seus pais não sabem que ela está grávida. Teme que possam expulsá-la de casa ao saber do ocorrido. Explica que seu namorado é maior de idade e irá acompanhá-la ao hospital. Diante dessa situação, o médico deve

A manter o sigilo profissional, pois o mesmo somente pode ser quebrado com a autorização da paciente.

B manter o sigilo profissional, pois a paciente apresentou um responsável maior de idade para acompanhá-la ao hospital.

C manter o sigilo profissional, pois a paciente demonstra capacidade para avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

D comunicar o Conselho Tutelar, que será responsável por revelar a situação de saúde da paciente aos seus pais e intermediar os conflitos que possam surgir. ✓

E comunicar os pais da paciente, após explicar a ela os motivos que fundamentam a quebra do sigilo profissional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 14 anos, grávida de um parceiro maior de idade, em situação de risco: o sigilo profissional não é absoluto e cede quando há necessidade de proteção da própria paciente. O caminho previsto pelo ECA é a comunicação ao Conselho Tutelar, que assume a mediação com a família e a proteção da adolescente — sem expor a paciente ao risco de retaliação doméstica. Manter sigilo absoluto (A, B, C) ignora o dever de proteção, e comunicar diretamente os pais (E) é justamente o que ela teme e não é a via legal. Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

Uma criança de 8 anos de idade é admitida na Emergência com quadro de edema generalizado e diminuição do volume urinário com 4 dias de evolução. Ao exame físico: PA = 100 X 60 mmHg; edema bipelebral, abdominal e de membros inferiores. Presença de ascite discreta. Ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. O exame de urina mostrou: leucócitos: 10 000/mL, hemácias 8 000/mL, proteinúria 3+/4; relação proteína/creatinina urinária = 3,5; perfil lipídico: colesterol total = 450 mg/dL (valor de referência < 200 mg/dL) e triglicérides = 700 mg/dL (valor de referência < 150 mg/dL), albuminemia = 2,4 g/dL (valor de referência > 4 g/dL). Considerando a principal hipótese diagnóstica, a conduta inicial indicada é

A furosemida IV e internação hospitalar. ✓

B ciclosporina VO e coleta de proteinúria de 24 horas.

C albumina IV e retorno em 24 horas para reavaliação clínica.

D indometacina VO e observação rigorosa no Pronto-Socorro.

E Prednisona VO e encaminhamento ao ambulatório de Nefrologia Pediátrica. 20

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica na infância: proteinúria maciça (relação proteína/creatinina 3,5), hipoalbuminemia de 2,4 g/dL, hipercolesterolemia com hipertrigliceridemia e edema, sem hipertensão e sem hematúria significativa — quadro típico de doença por lesões mínimas, cujo tratamento inicial é corticoide (prednisona) com seguimento em nefrologia pediátrica. Diurético exige parcimônia: a criança está depletada no intravascular e a furosemida agrava a hipovolemia e o risco trombótico. Ciclosporina e indometacina não são primeira linha. O gabarito oficial marcou a furosemida com internação. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito C

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma mulher de 45 anos de idade foi admitida na Unidade de Emergência com febre, dor no hipocôndrio D e vômitos há 48 horas. Apresenta piora progressiva do quadro e, no momento, encontra-se sonolenta, confusa, com facies de sofrimento, desidratada (+++/4+) e icterica (++/4+), com extremidades frias, pulsos finos, sem cianose. Sinais vitais: T = 39°C, FC = 130 bpm, FR = 35 irpm, PA = 110 x 60 mmHg. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdomen com distensão abdominal moderada, dor à palpação superficial do epigástrio e hipocôndrio D, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos reduzidos. Exames complementares: hematócrito = 36% (valor de referência: 42± 6%), hemoglobina = 12,3 g/dL (valor de referência: 13,82 ± 2,5 g/dL), leucócitos = 18 200 /mm (valor de referência: 3 800 a 10 600/mm) com 17% de bastões, Proteína C Reativa = 8,3 mg/dL (valor de referência = 0,3 a 0,5 mg/dL), bilirrubina total = 5,2 mg/dL (valor de referência = até 1,2 mg/dL), bilirrubina direta = 4,1 mg/dL (valor de referência = até 0,4 mg/dL), glicemia = 300 mg/dL (valor de referência < 99 mg/dL). Ultrassonografia abdominal: ausência de líquido livre em cavidade peritoneal, distensão de alças que prejudica a técnica do exame, vias biliares dilatadas. Além da reposição volêmica, qual a conduta inicial requerida para o caso?

A Laparotomia exploradora.

B Colectomia videolaparoscópica.

C Antibioticoterapia de amplo espectro. ✓

D Drenagem percutânea de vias biliopancreáticas.

E Colangiografia endoscópica retrógrada com papilotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, dor em hipocôndrio direito e icterícia (tríade de Charcot) com confusão mental e sinais de má perfusão (pêntade de Reynolds), leucocitose com desvio e vias biliares dilatadas = colangite aguda tóxica. Depois da reposição volêmica, a conduta inicial é antibioticoterapia de amplo espectro; a descompressão biliar (CPRE com papilotomia, ou drenagem percutânea) vem em seguida, com o paciente estabilizado. Colectomia (B) e laparotomia (A) em paciente séptico e instável aumentam a mortalidade. Resposta C.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Uma criança de 9 anos de idade é levada ao serviço médico de urgência com quadro de confusão mental e desidratação. Os pais relatam perda de 2 kg nos últimos 15 dias, apesar do aumento da ingestão alimentar e sede constante. Ao exame físico: paciente desidratado +++/4, com hálito cetônico. Exames laboratoriais: glicemia = 560 mg/dL (valor de referência < 100 mg/dL), gasometria: pH = 7,2 e bicarbonato = 12 mEq/L, sódio = 140 mEq/L, potássio = 5,7 mEq/L; exame de urina: glicose = ++, proteínas = ausentes, corpos cetônicos = ++, leucócitos = 2 000/mL e eritrócitos = 3 000/mL. Qual a conduta mais adequada no caso?

A Sistema de infusão contínua de insulina e hidratação parenteral com potássio e bicarbonato.

B Insulina de ação prolongada (glargina) e hidratação por via oral com soro e bicarbonato de sódio.

C Insulina de ação rápida (regular) por via intravenosa e hidratação parenteral com soro fisiológico, sem bicarbonato. ✓

D Insulina de ação intermediária (NPH) por via subcutânea e hidratação parenteral com soro fisiológico, sem potássio.

E Insulina de ação prolongada (NPH) e insulina de ação rápida (basal-bolo) e hidratação por via oral com soro glicosado, sem potássio. 21 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda de peso com polifagia e polidipsia, desidratação, hálito cetônico, glicemia 560 mg/dL, pH 7,2, bicarbonato 12 e cetonúria fecham cetoacidose diabética. O tratamento é expansão com soro fisiológico e insulina REGULAR intravenosa, sem bicarbonato (reservado a pH abaixo de 6,9, pelo risco de acidose paradoxal do SNC e edema cerebral). Insulinas NPH ou glargina não servem para a fase aguda (B, D, E) e hidratação oral é insuficiente. O potássio entra assim que houver diurese, guiado pela calemia. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Um homem de 47 anos de idade, portador de diabetes do tipo 1, foi submetido a vasectomia há 5 dias. Hoje comparece à Unidade de Emergência queixando-se de febre alta, grande aumento de volume escrotal, edema, dor acentuada e coloração avermelhada no escroto. Ao exame de palpação do escroto, verifica-se a presença de enfisema subcutâneo. Qual o diagnóstico mais provável e a conduta adequada para o caso?

A Fosseíte necrotizante; debridamento cirúrgico e antibioticoterapia de amplo espectro. ✓

B Abscesso escrotal; drenagem e antibioticoterapia de amplo espectro.

C Abscesso escrotal; drenagem, anti-inflamatório inibidor da ciclo-oxigenase 2.

D Coleção serosa; drenagem por punção, anti-inflamatório inibidor da ciclo-oxigenase 2.

E Torção testicular iatrogênica; intervenção cirúrgica de liberação do testículo. Uma mulher de 57 anos de idade, em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde, apresenta-se com PA = 150 x 100 mmHg, circunferência abdominal de 100 cm, glicemia = 115 mg/dL (valor de referência < 99 mg/dL), triglicérides = 200 mg/dL (valor de referência < 150 mg/dL), HDL = 35 mg/dL (valor desejável > 60 mg/dL). Na terapia medicamentosa hipotensora, a droga que potencialmente apresenta efeitos metabólicos antagônicos às medidas para redução de peso e de controle da glicemia é A captopril. B clonidina. C losartana. D

amlodipina. E propranolol.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético com febre alta, dor desproporcional, eritema e enfisema subcutâneo no escroto poucos dias após procedimento tem gangrena de Fournier — fasciite necrotizante do períneo, infecção polimicrobiana de alta letalidade. O tratamento é desbridamento cirúrgico amplo e imediato, associado a antibioticoterapia de amplo espectro e suporte. Tratar como abscesso ou coleção (B, C, D) subestima a necrose fascial e retarda a cirurgia; e torção testicular não causa crepitação nem febre alta com toxemia (E). Resposta A.

QUESTÃO 91 — Gabarito E

Um paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, procedente do Rio de Janeiro, foi admitido na Emergência hospitalar referindo febre, dor de cabeça, diarreia e dor articular, iniciados há 6 dias. Informa que a febre cessou há dois dias e, há um dia, passou a apresentar dor abdominal contínua de forte intensidade, sem melhora com o uso de paracetamol. O paciente nega doenças prévias. Ao exame físico, apresenta estado geral regular, eupneico, hidratado, corado, consciente e orientado; ausculta respiratória e cardíaca normais; pressão arterial = 120 x 80 mmHg; prova do laço negativa; abdome depressível, doloroso à palpação em hipocôndrio direito, sem visceromegalias. Nesse caso, a melhor conduta a ser tomada é

A dar alta após solicitação de hemograma e sorologia viral e orientar o paciente a retornar após seis horas para avaliar o resultado do hemograma.

B colocar o paciente em observação por 12 horas na unidade de emergência e administrar medicamentos sintomáticos e hidratação oral.

C transferir o paciente para unidade de cuidados semi-

D dar alta com orientações para acompanhamento ambulatorial na unidade de atenção primária.

E internar o paciente por 48 horas para observação e realização de exames complementares. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com dengue que, na defervescência (fase crítica), desenvolve dor abdominal contínua e intensa apresenta sinal de alarme — justamente o momento de maior extravasamento plasmático. A conduta é internar para hidratação supervisionada, monitorização e exames seriados (hematócrito, plaquetas), por pelo menos 48 horas. Dar alta (A, D) ignora o risco de choque; e a transferência para cuidados semi-intensivos (C) só se instalar hipotensão, disfunção orgânica ou sangramento grave. Resposta E.

QUESTÃO 92 — Gabarito E

Um recém-nascido do sexo feminino, com 2 dias de vida, nascido a termo, com 2 300 g, apresenta sopro sistólico e cianose de extremidades ao choro. Qual a medida propedêutica que afasta a maior parte das doenças cardíacas cianóticas?

A Teste de hiperventilação.

B Teste de hipoventilação.

C Gasometria venosa.

D Oximetria de pulso.

E Teste da hiperoxia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste da hiperóxia é a manobra propedêutica que separa cianose de causa pulmonar da cardiopatia congênita cianótica: oferta-se oxigênio a 100% por cerca de 10 minutos e mede-se a PaO₂ pré e pós-ductal. Se subir acima de 150-200 mmHg, a causa é pulmonar; se permanecer baixa, há shunt direita-esquerda fixo, típico das cardiopatias cianóticas. A oximetria de pulso (D) rastreia, mas não diferencia; gasometria venosa (C) não avalia oxigenação arterial; e testes de hiper ou hipoventilação (A, B) não fazem essa distinção. Resposta E.

QUESTÃO 93 — Gabarito E

Uma criança de 4 anos de idade é trazida à Unidade de Saúde da Família (USF) pela mãe que refere que, há cerca de 12 horas, seu filho subitamente passou a apresentar febre e “fraqueza nas pernas”. Ao exame físico, a médica percebe diminuição importante da força e tônus muscular nos membros inferiores da criança, conclui que se trata de um quadro de paralisia flácida aguda, suspeita de poliomielite e preenche a ficha de notificação compulsória. Que outra característica clínica além das mencionadas é típica da poliomielite?

- A Paralisia do terceiro par de nervos cranianos.
- B Fotossensibilidade, cefaleia e convulsões.
- C Acometimento simétrico dos membros inferiores.
- D Perda da sensibilidade tátil nos membros inferiores.

E Flacidez e ausência de reflexos profundos nos membros inferiores. 22 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A poliomielite acomete o corno anterior da medula: dá paralisia flácida, assimétrica, de instalação súbita, com arreflexia profunda e atrofia posterior, preservando a sensibilidade — esse último dado é o que a separa das polineuropatias. Por isso o acometimento não é simétrico (C) nem cursa com perda sensitiva (D). Paralisia de III par (A) e fotossensibilidade com convulsões (B) apontam para outros diagnósticos neurológicos. Todo caso de paralisia flácida aguda em menor de 15 anos é de notificação compulsória. Resposta E.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Um homem de 35 anos de idade, tabagista (60 maços/ano) encontra-se hospitalizado, no sétimo dia pós-operatório de rafia de úlcera gástrica. Há dois dias apresenta febre vespertina e dor em hipocôndrio D, referida na região subescapular. Ao exame, apresenta-se com estado geral regular, temperatura axilar = 38,6°C, pulso = 116 bpm, frequência respiratória = 28 irpm, PA = 112 x 67 mmHg. O abdome é discretamente distendido, doloroso à palpação, notadamente no hipocôndrio D, onde observa-se defesa voluntária e percussão também dolorosa; ruídos hidroaéreos presentes. A punho a percussão lombar é dolorosa à direita. A expansibilidade pulmonar está diminuída no hemitórax direito e o murmúrio vesicular um pouco diminuído na base do pulmão D. O leucograma mostra 3 16 200 leucócitos/mm (valor de referência: 3 800 a 10 3 600/mm) com 17% de bastões. A Proteína C Reativa é de 4,5 mg/dL (valor de referência = 0,3 a 0,5 mg/dL).

A principal hipótese diagnóstica é A pielonefrite aguda.

B abscesso subfrênico. ✓

- C pneumotórax espontâneo.
- D pneumonia de base pulmonar D.

E deiscência de rafia gástrica com pneumoperitônio. Uma paciente de 27 anos de idade é encaminhada ao Ambulatório de Ginecologia com história de parto vaginal há sete meses, complicado com hemorragia intensa devido a descolamento prematuro de placenta. Após o parto, suspeitou-se de restos placentários e realizou-se curetagem uterina. A paciente recebeu três unidades de concentrado de hemácias devido ao sangramento intenso. A paciente refere que não menstrua desde o parto e que não amamentou seu filho, referindo não ter produzido leite materno. Não refere uso de medicamentos, cefaleia e anormalidades visuais. Traz teste de fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (Beta - HCG) não reagente. Diante desse

quadro clínico, qual a melhor hipótese diagnóstica e as complicações prováveis secundárias ao diagnóstico? A Síndrome de Sheehan; hipotireoidismo e insuficiência adrenal. B Necrose hipofisária posterior; hipertireoidismo e insuficiência adrenal. C Síndrome de Asherman; hipertireoidismo e elevação de gonadotrofinas. D Aderências intrauterinas; hipotireoidismo e redução de gonadotrofinas. E Necrose hipofisária anterior; hipotireoidismo e elevação de gonadotrofinas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sétimo dia de pós-operatório abdominal alto com febre vespertina, dor em hipocôndrio direito irradiada para a região subescapular, leucocitose com desvio e redução da expansibilidade e do murmúrio na base direita (derrame reacional) é o quadro clássico de abscesso subfrênico. Pielonefrite daria sintomas urinários e piúria (A); pneumotórax não cursa com esse padrão séptico (C); pneumonia não explica a dor abdominal com defesa (D); e deiscência com pneumoperitônio se manifestaria com peritonite difusa e sepse precoce (E). Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Uma paciente de 38 anos de idade, obesa, múltipara, descobriu-se grávida aos 4 meses. Como era uma gravidez não desejada, demorou para iniciar seu pré-natal. Em sua primeira consulta pré-natal, apresentava idade gestacional pela última menstruação de 26 semanas, com fundo do útero medindo 27 centímetros. O médico, além dos exames da rotina pré-natal normal, solicitou o teste oral de tolerância à glicose, com sobrecarga de 75 mg de dextrosol. Os seguintes resultados foram encontrados: glicemia de jejum: 100 mg/dL; 1 hora pós-sobrecarga: 190 mg/dL; 2 horas pós- sobrecarga: 143 mg/dL. Durante o resto do pré-natal, e a despeito das orientações médicas, a paciente não aderiu a uma dieta equilibrada, ainda que o doppler da artéria umbilical não tenha apresentado alterações significativas. Considerando esses resultados, a que risco o feto dessa paciente está sujeito?

A Macrossomia. ✓

B Espinha bífida.

C Agenesia sacral.

D Malformação do tubo neural.

E Restrição de crescimento intrauterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

TOTG com 75 g alterado (1 hora igual a 190 mg/dL) define diabetes gestacional. Diagnosticado no segundo ou terceiro trimestre e sem controle dietético, o risco fetal predominante é a macrossomia, com suas consequências — distocia de ombro, tocotraumatismo, hipoglicemia neonatal. Malformações como espinha bífida, defeitos do tubo neural e agenesia sacral (B, C, D) dependem de hiperglicemia na organogênese, ou seja, do diabetes PRÉ-gestacional. Restrição de crescimento (E) relaciona-se a vasculopatia, e o doppler está normal. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Uma equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) identificou como problema o grande número de gestações em adolescentes na sua comunidade. Foi decidido, então, elaborar um Plano de Ações para o enfrentamento do problema, centrado na busca ativa de pessoas em situação de risco. Buscou-se parceria com as escolas da área, com as denominações religiosas locais e com a organização não governamental que ali atua, fomentando atividades esportivas e educação musical entre adolescentes e adultos jovens. Também foi proposta a solicitação de aumento da variedade de métodos contraceptivos ofertados na farmácia da USF. Nessa situação, para elaboração do Plano de Ações, deve-se observar que

- A a definição da situação-objetivo não é indicada, pois a equipe compreenderia, mas frustraria os usuários em caso de não atingimento de metas.
- B as parcerias precisam ser previstas naqueles casos em que o custeio e (ou) financiamento das ações depende das entidades e dos indivíduos parceiros.
- C indicar responsáveis por cada atividade não é adequado, pela natureza transprofissional da Estratégia de Saúde da Família, já que toda a equipe deve ser solidariamente responsável.

D o período de execução previsto é um cronograma tentativo, que pode ser atualizado e adaptado durante a execução de cada ação, conforme o cumprimento de cada atividade e (ou) atrasos. ✓

- E o princípio da boa-fé dispensa a previsão de meios de verificação para checagem do cumprimento ou não de ações e atividades, pois parte-se de presunção de que toda a equipe está genuinamente comprometida com as ações programadas. 23 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Todo plano de ação precisa de situação-objetivo, responsáveis nominados, meios de verificação e cronograma — e este último é, por natureza, tentativo: revisado e adaptado conforme a execução avança ou atrasa. Deixar de definir metas (A) ou de indicar responsáveis (C) dissolve a responsabilização; parcerias existem para muito além do custeio (B); e dispensar meios de verificação apostando na boa-fé (E) inviabiliza qualquer avaliação do plano. Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito E

Uma paciente de 23 anos de idade é internada na maternidade com rotura prematura de membranas na 29. semana de gestação. Encontra-se assintomática, afebril, normotensa, frequência cardíaca = 76 bpm, ainda referindo perda de líquido amniótico claro, sem grumos e sem odor 3 desagradável. Leucograma com 9 500 leucócitos/mm (valor 3 de referência: 3 800 a 10 600/mm), 2 bastões; Proteína C Reativa = 0,5 mg/dL (valor de referência = 0,3 a 0,5 mg/dL). A ultrassonografia obstétrica mostrou feto com 29 semanas de gestação, com frequência cardíaca fetal de 140 bpm, maior bolsa de líquido amniótico de 6 centímetros. Qual das condutas abaixo é adequada para essa paciente? a

- A Tocólise com nifedipina com duração até a 34. semana de gestação.
- B Corticoterapia com betametasona repetida semanalmente a até a 34. semana de gestação.
- C Sulfato de magnésio para a neuroproteção fetal, administrado a no momento da internação da paciente e repetido na 34. semana de gestação.
- D Antibioticoterapia profilática para postergação da gestação a com duração até a 34. semana de gestação.

E Rastreo para estreptococo beta-hemolítico, feito no a momento da internação e repetido na 34. semana de gestação. Um paciente do sexo masculino, 55 anos de idade, tabagista 60 maços/ano, com tosse crônica há mais de 10 anos, relata que há cerca de três meses observou a presença de sangue na secreção eliminada com a tosse. Refere ainda perda de cerca de 15% do peso habitual nesse mesmo período, anorexia, adinamia e sudorese noturna. A radiografia de tórax realizada por ocasião da consulta é mostrada abaixo. Qual a hipótese diagnóstica mais provável nesse caso? A Aspergilose pulmonar. B Carcinoma pulmonar. C Tuberculose cavitária. D Bronquiectasia com infecção. E Doença

pulmonar obstrutiva crônica. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Rotura prematura de membranas com 29 semanas, sem sinais de infecção (afebril, leucograma e PCR normais, líquido claro): a conduta é expectante, com corticoide para maturação pulmonar em ciclo único, antibiótico por 7 dias para prolongar o período de latência e rastreio para estreptococo do grupo B na admissão, repetido se a gestação se prolongar, para definir a profilaxia intraparto. Tocólise prolongada até 34 semanas (A), corticoide semanal (B), sulfato de magnésio repetido (C) e antibiótico contínuo até 34 semanas (D) não têm respaldo. Resposta E.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Um lactente de 1 ano de idade é levado ao ambulatório com história de ausência de um dos testículos. A mãe refere ausência de vômitos, dor abdominal ou febre. Ao exame físico: criança em bom estado geral, risonha, ativa. O exame da região inguinoescrotal revela ausência de hiperemia e dor locais, com testículo esquerdo tóxico e sem alterações, e hemiescroto direito vazio. Não foi possível palpar o testículo direito. Diante desse quadro, a conduta mais adequada é

A indicar correção cirúrgica ou terapia com gonadotrofina coriônica humana (HCG) antes do segundo ano de vida.

B observar até completar 4 anos de idade. Se persistir o quadro, indicar cirurgia. ✓

C iniciar terapia com HCG após 5 anos, se persistir o quadro.

D indicar cirurgia se, no início da puberdade, ainda não tenha ocorrido sua descida espontânea.

E aguardar até a puberdade, quando ocorrerá sua descida espontânea para a bolsa escrotal, pela ação dos hormônios masculinos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criptorquidia com testículo direito não palpável ao 1 ano de idade: a descida espontânea praticamente só ocorre até os 6 meses; depois disso, esperar não resolve e o tempo em posição ectópica aumenta o risco de infertilidade e de malignização. Por isso a orquidopexia é recomendada precocemente — idealmente entre 6 e 18 meses, no máximo até os 2 anos —, o que afasta aguardar a puberdade (D e E) e a terapia hormonal tardia (C). Pérola: testículo NÃO palpável exige localização por imagem/videolaparoscopia antes da correção. O gabarito oficial admite observação até os 4 anos. Resposta B.

QUESTÃO 101 — Gabarito C

Um lactente de 2 meses de idade é levado ao Pronto-Socorro com história de febre, recusa alimentar e hipoatividade. Exame físico: hipotônico-hiporresponsivo. A mãe refere que a criança recebeu, na véspera, as vacinas DPT (difteria, pertussis e tétano), OPV (pólio oral) e rotavírus. Nessa situação, que conduta deve ser adotada em relação ao esquema vacinal?

A Suspender a vacina contra rotavírus.

B Substituir OPV pela IPV (pólio injetável).

C Substituir a vacina DPT pela DPT acelular. ✓

D Manter o esquema vacinal normal, sem alterações.

E Substituir a vacina DPT pela DPT acelular e a OPV pela IPV (pólio injetável). 24

COMENTÁRIO OSCELABS

Episódio hipotônico-hiporresponsivo nas 48 horas seguintes à vacina DPT é evento adverso atribuído ao componente pertussis de células inteiras. A conduta é completar o esquema substituindo a DPT pela DTP acelular, que reduz muito o risco de recorrência — e notificar o evento. A OPV não tem relação com o quadro, logo não há por que trocá-la por IPV (B, E); a vacina rotavírus se associa a intussuscepção, não a hipotonia (A); e manter a DPT de células inteiras (D) expõe a criança à repetição do evento. Resposta C.

QUESTÃO 103 — Gabarito D

REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Um homem de 48 anos, hipertenso, obeso, chega à Emergência com queixa de episódios de dor torácica precordial, sem irradiação, iniciada nos últimos dois dias, com piora há 24 horas.

A dor dura de 5 a 15 minutos, sendo precipitada por esforços intensos, como subir escadas, e é aliviada pelo repouso. O paciente informa não sentir a dor no momento da anamnese. Usa captopril e hipoglicemiante oral de forma regular. Nega antecedentes de doença coronariana e um eletrocardiograma foi considerado normal pelo seu cardiologista na última consulta, há 6 meses. Ao exame, mostra-se ansioso, mas em bom estado geral, pulso = 85 bpm, regular, cheio, PA = 140 x 80 mmHg, pulsos periféricos palpáveis e simétricos, extremidades bem perfundidas. As ausculta pulmonar e cardíaca estão dentro da normalidade. O seu eletrocardiograma à admissão mostra os seguintes achados. V1 V2 V3 V4 V5 V6 Qual a abordagem mais adequada ao paciente? A Realizar tratamentos anti-isquêmico e antitrombótico administrados de modo imediato e simultâneo.

B Observar em Unidade Coronariana e administrar medicamentos sintomáticos até realização de cateterismo cardíaco.

C Observar na Emergência por 12 horas e encaminhar ao cardiologista para teste ergométrico se persistir assintomático.

D Realizar tratamento anti-isquêmico imediato, seguido de terapia antitrombótica em caso de alterações do segmento ST no ECG nas próximas 12 horas. ✓

E Realizar tratamento antitrombótico imediato, seguido de terapia anti-isquêmica em caso de elevação de troponina sérica e/ou CK-MB nas próximas 12 horas. A Unidade de Saúde da Família (USF) funciona como campo de prática de estudantes de graduação, pois para lá são encaminhados alunos de Medicina e de Enfermagem. Uma estudante ficou surpresa com a quantidade de formulários a serem preenchidos pela equipe e afirmou duvidar que "tanto papel" servisse para tomar decisões na prática. Ela ainda defendeu que deveria ser investido menos tempo com formulários, liberando os profissionais para o efetivo atendimento aos usuários. Uma atitude adequada da equipe nesse caso é A explicar que, caso a Ficha A para Cadastramento das Famílias não fosse preenchida, não se teria ideia da evolução do quadro de hipertensos e diabéticos, mas apenas de portadores de tuberculose e hanseníase, que têm Fichas B de Acompanhamento específicas. B ponderar que a Ficha C para Acompanhamento de Crianças torna obrigatório o preenchimento do Cartão-Sombra para melhor monitorar o crescimento e desenvolvimento infantil e o cumprimento do calendário vacinal, quando ocorre extravio do Cartão da Criança. C demonstrar que a Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações informa à Secretaria de Saúde detalhes sobre a população da área de abrangência da USF, mas que eventuais usuários atendidos que residam em outras áreas não são tabulados. D argumentar que procedimentos coletivos como reuniões, atividades educativas, bochechos fluorados e visitas domiciliares só precisam ser registrados, por seus totais mensais, na Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações, e não individualmente. E considerar que as notificações a serem registradas na Ficha D para Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações são apenas aquelas referentes a agravos de notificação compulsória, que são menos prevalentes. 25 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial em crescendo nas últimas 24 horas, em homem de 48 anos hipertenso, obeso e em uso de hipoglicemiante, configura angina instável — síndrome coronariana aguda sem supradesnívelamento de ST. A conduta é imediata e simultânea: terapia anti-isquêmica (nitrato, betabloqueador) somada à antitrombótica (AAS + segundo antiagregante e anticoagulação), sem aguardar alteração do ST ou elevação de troponina. Pérola: ECG e marcadores normais na admissão NÃO excluem SCA — a estratificação é seriada, e teste ergométrico em paciente com dor em repouso é contraindicado. Resposta D.

QUESTÃO 105 — Gabarito C

Um homem de 45 anos de idade, previamente hígido, comparece à Unidade Básica de Saúde queixando-se de dor, edema e vermelhidão (eritema) surgidos há dois dias, inicialmente no pé e estendendo-se rapidamente para toda a extensão da perna, com aumento de intensidade da dor. Relata também febre alta e calafrios associados à adinamia e anorexia. Ao exame físico: paciente obeso, frequência cardíaca = 110 o bpm, PA = 120 x 70 mmHg, temperatura axilar = 39,8 C. Membro inferior direito apresentando edema desde o pé até próximo ao joelho, hiperemia brilhante, pele com aspecto de casca de laranja, calor intenso, hiperalgesia, ausência de bolhas. Presença de linfadenomegalia dolorosa inguinal ipsilateral ao membro acometido. Foi transferido para avaliação de um cirurgião, que internou o paciente para iniciar antibioticoterapia parenteral. Qual o antimicrobiano de escolha para ser prescrito para esse paciente?

A Gentamicina.

B Amoxicilina.

C Oxacilina. ✓

D Vancomicina.

E Ticarcilina. Um homem de 40 anos de idade apresentou úlcera duodenal com biópsia positiva para *Helicobacter Pylori*. Fez tratamento durante 7 dias com omeprazol, amoxicilina e claritromicina, em doses padrão. Endoscopia de controle repetida após oito semanas de tratamento revela persistência de *H. Pylori* na biópsia. Qual a conduta mais adequada para o tratamento desse paciente? A Omeprazol, amoxicilina e furazolidona por 10 dias. B Omeprazol, levofloxacina e amoxicilina por 10 dias. C Pantoprazol, amoxicilina e claritromicina por 14 dias. D Pantoprazol, sais de bismuto, furazolidona e claritromicina por 10 dias. E Pantoprazol, sais de bismuto, levofloxacina e claritromicina por 10 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Celulite/erisipela de membro inferior com progressão rápida, dor intensa, febre alta e linfadenomegalia satélite exige antibiótico parenteral que cubra estreptococos e *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina: a oxacilina é a escolha. Gentamicina cobre gram-negativos, não os gram-positivos de pele (A); amoxicilina, além de não cobrir *S. aureus* produtor de penicilinase, é opção oral (B); vancomicina fica reservada à suspeita de MRSA ou alergia grave (D); e ticarcilina tem espectro antipseudomonas desnecessário aqui (E). Resposta C.

QUESTÃO 106 — Gabarito B

Um paciente de 24 anos, primigesta, vai à consulta médica pré-natal no posto de saúde. Nessa consulta pré-natal, o médico calculou a idade gestacional considerando sua primeira ultrassonografia de 12 semanas, concluindo que está com 41 semanas e 6 dias de gestação. Ao exame pélvico, observou colo uterino de consistência amolecida, posterior, apagado 30%, orifício externo fechado, apresentação alta e móvel. Na manobra de palpação fetal (de Leopold-Zweifel), percebeu-se que havia boa mobilidade fetal, sinalizando quantidade normal de líquido amniótico. Temendo o pós-datismo, o médico encaminhou a paciente para a internação na Maternidade. Lá chegando, foi submetida à cardiotocografia, cuja imagem é reproduzida abaixo. Qual a conduta que deve ser proposta para essa paciente?

A Cesariana devido ao padrão não tranquilizador da cardiotocografia.

B Amadurecimento cervical com misoprostol. ✓

- C Indução eletiva do parto com ocitocina.
- D Descolamento da bolsa amniótica.
- E Dilatação cervical e amniotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação de 41 semanas e 6 dias com colo desfavorável (posterior, apagamento de 30%, orifício fechado, apresentação alta) — Bishop baixo. Antes de induzir, é preciso amadurecer o colo, e o método padrão é o misoprostol vaginal, que aumenta a chance de parto vaginal e reduz induções falhas. Ocitocina em colo desfavorável (C) leva a trabalho de parto arrastado; amniotomia com orifício fechado (E) nem é tecnicamente possível; descolamento de membranas (D) tem efeito modesto; e não há indicação de cesariana sem alteração da vitalidade fetal (A). Resposta B.

QUESTÃO 107 — Gabarito C

Um recém-nascido de 20 dias de vida é encaminhado para consulta em ambulatório de especialidade com história de icterícia e baixo peso. A genitora não fez exames de pré-natal e informa que seu filho nasceu "de sete meses" e "pequeno para a idade", ficando internado na UTI após o nascimento. Ao exame físico, o recém-nascido encontrava-se ictérico, com peso abaixo do percentil 3, apresentando microcefalia e hepatoesplenomegalia. Exames: hemograma com plaquetopenia; transaminases elevadas; bilirrubina total de 15 mg/dL (valor de referência < 1,3 mg/dL) e bilirrubina direta de 8 mg/dL (valor de referência < 0,4 mg/dL), sorologia para CMV (citomegalovírus): IgM e IgG positivas. Qual das assertivas abaixo mais contribui com a elucidação diagnóstica da infecção congênita pelo CMV?

- A A pesquisa do CMV na urina e/ou saliva será útil para o diagnóstico de infecção congênita após 2 meses.
- B Caso a confirmação diagnóstica não ocorra até a terceira semana de vida, não será possível ser estabelecida.

C A sorologia IgM e IgG para CVM tem papel limitado no diagnóstico da infecção congênita, devido à baixa especificidade. ✓

- D A microcefalia, o crescimento intrauterino restrito e a prematuridade são altamente específicos para o diagnóstico de infecção por CMV.
- E Uma tomografia computadorizada revelando calcificações difusas pelo córtex sugeriria fortemente o diagnóstico de infecção por CMV em detrimento das outras infecções congênitas. 26

COMENTÁRIO OSCELABS

No CMV congênito, a sorologia IgM e IgG tem papel limitado: a IgG atravessa a placenta e reflete a mãe, e a IgM tem baixa sensibilidade e especificidade. O diagnóstico se faz pela detecção viral (PCR ou isolamento) em urina ou saliva nas primeiras 2-3 semanas de vida — depois disso não se distingue infecção congênita de perinatal (A). O achado tardio não inviabiliza a investigação (B). Microcefalia, CIUR e prematuridade são inespecíficos (D), e as calcificações do CMV são tipicamente periventriculares, e não difusas pelo córtex (E). Resposta C.

rotação. B Parto taquitócico; tocólise aguda com terbutalina subcutânea. C Parada secundária da descida; operação cesariana por desproporção cefalopélvica. D Fase ativa prolongada; administração de ocitocina para aumentar as metrossístoles. E Parada secundária da dilatação; orientação para a paciente ficar em decúbito lateral esquerdo para coordenar as metrossístoles. 27 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. 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 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS PERGUNTA V 28 REVALIDA 2012 EXAM DE DIPLOMAS MÉDICOS E NACIONAL DE REVALIDAÇÃO EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS REVALIDA 2012

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia com elevação de bilirrubina no 2º pós-operatório de colecistectomia videolaparoscópica feita SEM colangiografia, em paciente sem febre e sem peritonismo, que já vinha com transaminases e amilase elevadas (marca da passagem de cálculo pela papila), aponta para coledocolitíase residual: o cálculo não identificado no intraoperatório obstrui a via biliar. Colangite exigiria febre e dor (triade de Charcot) e fístula do coto cístico daria bilioma ou peritonite biliar. Pérola: transaminases e amilase altas no pré-operatório indicam investigar o colédoco. Resposta A.