



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2013

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Homem com 49 anos de idade apresenta, há um ano e meio, quadro recorrente de monoartrite aguda, durando cada episódio cerca de três a cinco dias. Inicialmente foi acometido o joelho esquerdo, posteriormente o direito, em seguida o tornozelo direito e, há três semanas, houve recorrência do quadro no joelho esquerdo. Refere alívio dos sintomas com o uso de diclofenaco, que toma por conta própria. Notou que o intervalo entre os episódios, que inicialmente era de até seis meses, é agora mais reduzido, sendo o intervalo entre os dois últimos episódios, de apenas um mês. Apresenta-se na consulta após dois dias do início da última crise. O joelho esquerdo tem sinais flogísticos (calor, rubor, aumento de volume), limitação para flexão, o que causa dificuldade na deambulação. Relatou um episódio febril ontem (37,6 °C). O paciente é hipertenso e diabético há dez anos, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e glibenclamida 10 mg/dia. Refere tabagismo (5 cigarros/dia) e etilismo (cerveja, especialmente nos finais de semana). O diagnóstico do paciente e a conduta inicial a ser adotada são, respectivamente:

A gota não tofácea; realizar artrocentese e iniciar o uso de alopurinol imediatamente.

B artrite séptica; realizar artrocentese e aguardar a análise laboratorial do líquido sinovial.

C gota não tofácea; não realizar artrocentese e manter o uso de anti-inflamatório não hormonal. ✓

D osteoartrite; solicitar radiografia dos joelhos e iniciar o uso de anti-inflamatório não hormonal.

E artrite séptica; não há necessidade de exames complementares e deve-se iniciar antibioticoterapia imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso desenha a artrite gotosa em sua fase intercrítica clássica: monoartrite aguda, autolimitada em três a cinco dias, migratoria entre joelhos e tornozelo, com intervalos que vão encurtando ao longo do tempo, em homem de meia-idade com os fatores de risco somados que a banca faz questão de listar (hidroclorotiazida, que reduz a excreção renal de urato, etilismo com cerveja, rica em purinas, diabetes e tabagismo). A alternativa oficial reconhece que esse padrão evolutivo, com resposta rápida ao anti-inflamatório não hormonal e ausência de tofos ao exame, permite o diagnóstico clínico de gota não tofácea e a manutenção do AINH como conduta inicial, sem punção articular. O que sustenta a escolha e a baixa probabilidade pre-teste de artrite séptica: episódios repetidos, autolimitados, alternando articulações e com resolução espontânea não são o comportamento de uma infecção articular. A alternativa A erra na conduta e não no diagnóstico, porque alopurinol nunca se inicia durante a crise aguda, já que a queda abrupta da uricemia mobiliza cristais e prolonga ou precipita novo surto. A alternativa B assume artrite séptica, que cursa com quadro único, progressivo, toxemia e febre alta, e não com um ano e meio de crises que cedem sozinhas. A alternativa D propõe osteoartrite, que dá dor mecânica crônica e não sinais flogísticos exuberantes de instalação aguda. A alternativa E é a pior de todas, porque trata infecção sem qualquer confirmação e ainda dispensa exame do líquido sinovial. Vale registrar que o ponto é discutível: a análise do líquido sinovial com pesquisa de cristais em luz polarizada e o padrão-ouro da gota e afasta infecção, de modo que muitos serviços indicariam a artrocentese diagnóstica mesmo nesse cenário típico.

Resposta C

QUESTÃO 2 — Gabarito A

Mulher com 72 anos de idade vem fazendo tratamento e acompanhamento por anemia ferropriva no Posto de Saúde há cerca de um ano e meio. Relata que, nos últimos quatro meses, perdeu 5 kg, está se sentindo mais fraca e apresentou vários episódios de diarreia, que cessaram espontaneamente, seguidos de vários dias sem evacuar, quadro que vem se alternando desde então. O diagnóstico mais provável e a investigação adequada são, respectivamente:

A câncer de cólon; colonoscopia. ✓

B colite ulcerativa; colonoscopia.

C câncer de reto; retossigmoidoscopia.

D diverticulose colônica; enema opaco.

E angiodisplasia de cólon; cintilografia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta cobra o reconhecimento de neoplasia colorretal a partir de dois sinais de alarme somados: anemia ferropriva em mulher idosa, que já não menstrua e portanto não tem causa fisiológica de perda de ferro, e mudança do hábito intestinal com alternância entre diarreia e constipação, acompanhada de perda ponderal de 5 kg em quatro meses. Anemia por deficiência de ferro em homem ou em mulher na pós-menopausa e câncer de colon até prova em contrário, e o fato de o quadro se arrastar por um ano e meio sob reposição, sem investigação do tubo digestivo, e exatamente o erro que a questão quer punir.

A colonoscopia é a investigação adequada porque examina todo o colon, identifica a lesão, permite biópsia e ainda retira lesões sincrônicas, presentes em até 5 por cento dos casos. A alternativa B propõe colite ulcerativa, que se apresenta com diarreia crônica com sangue e muco, tem pico de incidência bem mais jovem e não cursa tipicamente com perda ponderal desse padrão intermitente. A alternativa C acerta a suspeita de neoplasia mas erra o exame, já que a retossigmoidoscopia deixa de avaliar colon transversal e direito, sítios clássicos de tumor sangrante que se manifesta só por anemia. A alternativa D erra porque diverticulose é achado frequente no idoso, não explica ferropenia crônica nem emagrecimento, e o enema opaco tem sensibilidade inferior e não biópsia. A alternativa E erra porque angiodisplasia cursa com sangramento intermitente sem alteração do hábito intestinal, e a cintilografia com hemácias marcadas só tem valor com sangramento ativo.

Resposta A

QUESTÃO 3 — Gabarito E

Homem com 26 anos de idade procura atendimento na Unidade Básica de Saúde por apresentar, há três dias, febre alta, mialgia, astenia e náuseas. O paciente não relata comorbidades e nega uso de qualquer medicação. O paciente nega viagens recentes, contato com vetores ou com água potencialmente contaminada. O calendário vacinal está em dia. Exame físico: temperatura axilar = 38 °C, estado geral bom, acianótico, anictérico, normocorado, pressão arterial sentado e deitado = 120x80 mmHg, frequência cardíaca = 106 bpm e peso = 70 kg. Apresenta exantema com padrão maculopapular, associado a prurido cutâneo generalizado, sem comprometimento da região palmar. Prova do laço apresenta resultado negativo. A região em que reside o paciente teve epidemia de dengue no ano anterior.

A conduta mais adequada para esse paciente é: A solicitar coleta de sangue para realização de hemograma e para sorologia, com isolamento viral no momento do atendimento.

B mantê-lo em observação na Unidade de Saúde para repetir a prova do laço após seis horas, a fim de afastar dengue hemorrágica, e realizar hidratação oral de 2,5 litros de líquidos por dia.

C encaminhá-lo para internação por um período mínimo de 48h. Colher hemograma completo, realizar dosagem de albumina sérica e transaminases. Fazer reposição volêmica endovenosa. Notificar imediatamente o caso e orientar retorno após a alta.

D orientá-lo a realizar tratamento em regime ambulatorial, com reavaliação clínica diária na Unidade de Saúde e hidratação oral de 2 litros de líquidos por dia. Preencher cartão de acompanhamento de dengue; prescrever sintomáticos e repouso; notificar o caso e orientar retorno.

E liberá-lo para o domicílio, com orientação de ingerir 5 a 6 litros de líquidos/dia, sendo 1/3 com solução salina e os 2/3 restantes de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.). Prescrever sintomáticos e repouso; notificar o caso e orientar retorno. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 2 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de dengue clássica em área endêmica com epidemia prévia: febre alta há três dias, mialgia, astenia, náuseas e exantema maculopapular pruriginoso poupando palmas. O ponto da questão é o estadiamento pelo protocolo do Ministério da Saúde. O paciente não tem sangramento espontâneo, prova do laço é negativa, não há comorbidade, não há sinal de alarme e não há instabilidade hemodinâmica, com pressão mantida em pé e deitado. Isso o classifica como grupo A, de manejo domiciliar.

A conduta do grupo A é hidratação oral vigorosa calculada por peso, de 60 a 80 mL/kg/dia, sendo um terço com solução salina de reidratação oral e dois terços com líquidos caseiros, além de sintomáticos, repouso, notificação compulsória e retorno imediato se surgir sinal de alarme, sobretudo no período de defervescência. Para 70 kg isso corresponde a algo entre 4 e 5,6 litros por dia, faixa contemplada pela alternativa oficial. A alternativa A falha porque não prescreve hidratação nem notifica, e a sorologia só tem valor a partir do sexto dia. A alternativa B erra ao reter o paciente para repetir prova do laço e ao oferecer volume claramente insuficiente para o peso. A alternativa C superestima o caso, internando e hidratando por via venosa um paciente sem sinal de alarme e sem instabilidade. A alternativa D acerta o regime ambulatorial e a notificação, mas prescreve apenas 2 litros por dia, muito abaixo do cálculo por peso, que é justamente o que previne a evolução para as formas graves.

Resposta E

QUESTÃO 4 — Gabarito E

Menina com 12 anos de idade tem diagnóstico de asma desde os três anos de idade, sem acompanhamento adequado há seis meses. Comparece à Unidade Básica de Saúde por apresentar, nas últimas quatro semanas, dificuldade para realizar atividades físicas, com necessidade de uso de medicação três ou mais vezes por semana, e vários despertares noturnos devido à tosse. Ao exame físico, apresenta sibilos inspiratórios ao esforço.

A classificação e o tratamento para o controle clínico desse quadro são, respectivamente: A asma moderada; deve ser iniciado corticoide inalatório associado ao montelucaste.

B asma persistente leve; deve ser iniciado um broncodilatador de ação longa por três meses.

C asma parcialmente controlada; deve ser iniciado corticoide inalatório e broncodilatador de ação longa.

D asma induzida por exercício; deve ser prescrito broncodilatador de ação curta e montelucaste.

E asma não controlada; deve ser iniciado broncodilatador de ação curta e corticoide inalatório. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a diferença entre classificar asma por gravidade e classificar por controle, que é o que orienta a conduta na consulta. Nas últimas quatro semanas a menina apresenta limitação para atividade física, necessidade de medicação de alívio três ou mais vezes por semana e despertares noturnos. São três critérios de descontrole presentes, e a presença de três ou mais define asma não controlada, enquanto um ou dois definiriam asma parcialmente controlada.

O tratamento inicial da asma não controlada em uma paciente sem acompanhamento há seis meses é o corticoide inalatório como medicação de manutenção, que é a droga que modifica a inflamação brônquica, associado ao broncodilatador de curta duração para alívio. A alternativa A usa rótulo de gravidade e não de controle e coloca o montelucaste, que é alternativa de segunda linha e não substitui o corticoide inalatório na etapa inicial. A alternativa B subestima o quadro como persistente leve e comete o erro mais grave da pneumologia, prescrever broncodilatador de ação longa em monoterapia, conduta associada a aumento de mortalidade. A alternativa C subestima o controle e ainda antecipa o beta-agonista de ação longa antes de tentar o corticoide inalatório isolado. A alternativa D não se sustenta porque asma induzida por exercício não explica despertares noturnos nem uso frequente de resgate ao longo da semana.

Resposta E

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Mulher com 19 anos de idade, primigesta, com gestação de 22 semanas, procura serviço de Pronto Atendimento obstétrico por apresentar lesões ulceradas, rasas e dolorosas em vulva, iniciadas há um dia, acompanhada de febre não aferida e mal-estar geral. Relata que o quadro se iniciou há três dias, precedido por sensação de queimação no local. Nega qualquer lesão semelhante anterior. Não se observam alterações em gânglios inguinais.

A hipótese diagnóstica e a conduta corretas para a paciente são, respectivamente: A cancro mole; iniciar doxiciclina.

B herpes genital; iniciar aciclovir oral. ✓

C donovanose; iniciar penicilina benzatina.

D sífilis primária; iniciar penicilina benzatina.

E condiloma plano; cauterizar com ácido tricloroacético 90%.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de primoinfecção herpética genital: lesões ulceradas múltiplas, rasas e muito dolorosas em vulva, precedidas por pródromo de queimação local, acompanhadas de febre e mal-estar, em paciente que nega episódio semelhante anterior. Pródromo sensitivo antes da lesão e dor desproporcional ao tamanho da ulcera são as pistas que separam herpes das demais úlceras genitais.

A conduta correta é o aciclovir por via oral, que reduz a duração dos sintomas e a eliminação viral, e que pode ser prescrito na gestação, incluindo o segundo trimestre, com perfil de segurança estabelecido. Mais adiante, essa mesma paciente mereceria profilaxia supressiva no fim da gestação e avaliação de lesão ativa no momento do parto, pelo risco de herpes neonatal. A alternativa A erra o diagnóstico e o tratamento, porque cancro mole gera úlceras profundas, de fundo sujo e purulento, com adenopatia inguinal supurativa, e doxiciclina é contraindicada na gestação. A alternativa C erra porque donovanose é úlcera crônica, granulomatosa, de bordas elevadas, indolor e de evolução arrastada, e não responde a penicilina benzatina. A alternativa D erra porque o cancro duro da sífilis primária é lesão única, indolor, de base endurecida e limpa, quase sempre com adenopatia regional. A alternativa E erra porque condiloma plano é lesão vegetante e úmida da sífilis secundária, indolor, e cauterização química não trata treponema.

Resposta B

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Mulher com 28 anos de idade foi internada por apresentar quadro de confusão mental progressiva e rebaixamento do nível de consciência. Os familiares informam que ela apresenta perda progressiva de peso (de aproximadamente 10 kg), além de episódios febris (até 38,5 °C) nos últimos três meses. Negam a ocorrência de tosse ou diarreia; relatam o uso de drogas endovenosas há pelo menos cinco anos, além do consumo excessivo de álcool e cigarros. Há uma semana iniciou quadro de confusão mental e há dois dias evolui com rebaixamento do nível de consciência, apresentando-se torporosa no momento da internação. Foi iniciada, empiricamente, ceftriaxona. Os exames iniciais demonstraram leucócitos = 3.600/mm³, com 70% de neutrófilos, 20% de linfócitos e 10% de eosinófilos; anemia hipocrômica, microcítica, com anisocitose; plaquetas normais; VHS = 102 mm na primeira hora; ureia, creatinina, TGO/AST, TGP/ALT e eletrólitos normais; a tomografia computadorizada de crânio foi normal. Após a realização dos exames e 48h de antibioticoterapia, a paciente apresentava-se sem melhora do quadro clínico. Foi então realizada uma punção lombar diagnóstica evidenciando: 220 leucócitos/mm³, com 70% de linfócitos, níveis elevados de proteína e baixos níveis de glicose. O diagnóstico da paciente é:

A meningite viral.

B encefalite viral.

C meningite tuberculosa. ✓

D meningite estafilocócica.

E meningite por bacilo gram-negativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta constrói o perfil de meningite subaguda em paciente imunossuprimida: usuária de drogas endovenosas há cinco anos, portanto com alta probabilidade de infecção pelo HIV, com três meses de febre, perda de 10 kg, VHS de 102 mm na primeira hora e leucopenia. O curso é arrastado, começou com confusão mental progressiva e só depois evoluiu para rebaixamento, o que já afasta as meningites bacterianas agudas. O líquor fecha o raciocínio e é o dado mais importante: 220 leucócitos por mm³ com predomínio linfocitário, proteína elevada e glicose baixa. Essa tríade, pleocitose linfocitária com hipoglicorraquia, e a assinatura da meningite tuberculosa, e explica também a ausência de resposta a 48 horas de ceftriaxona. A alternativa A não serve porque na meningite viral a glicose líquórica é normal, a proteína sobe pouco e o curso é autolimitado. A alternativa B cai pelo mesmo motivo, além de a encefalite viral costumar cursar com crises convulsivas, sinais focais e alterações tomográficas, e a tomografia foi normal. A alternativa D não se sustenta porque meningite estafilocócica é aguda, com líquor neutrofílico, e ocorre em contexto de derivação ventricular, neurocirurgia ou endocardite com embolia. A alternativa E também exige líquor neutrofílico e, sobretudo, teria respondido a ceftriaxona, o que não aconteceu.

Resposta C

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Homem com 35 anos de idade, obeso, com hérnia de hiato, é acompanhado clinicamente há cerca de dez anos. Sua última endoscopia de controle mostrou esofagite com esôfago de Barret em uma extensão de cerca de 5 cm. Foram colhidas biópsias cujo resultado foi metaplasia de Barret.

A conduta inicial para o seguimento deste paciente é: A indicação imediata de cirurgia antirrefluxo.

B indicação imediata de esofagectomia parcial.

C orientações higienodietéticas e o uso de antiácidos orais.

D uso de inibidores de bomba de prótons - 60 a 80 mg/dia - por três meses. ✓

E erradicação de *H. pylori* com amoxicilina - 2,0 g/dia e claritromicina - 1,0 g/dia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 3 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o manejo inicial do esôfago de Barrett, que é a metaplasia intestinal do epitélio esofágico decorrente de doença do refluxo de longa data, aqui com dez anos de evolução, obesidade e hérnia de hiato. A biópsia mostrou metaplasia sem displasia, o que define um paciente que precisa de controle ácido eficaz e de vigilância endoscópica programada, não de intervenção imediata.

A conduta inicial é o inibidor de bomba de prótons em dose plena a dobrada, exatamente a faixa citada na alternativa oficial, mantido por período prolongado e seguido de reavaliação endoscópica, já que o objetivo é cicatrizar a esofagite, controlar sintomas e reduzir o estímulo inflamatório sobre a mucosa metaplásica. A alternativa A erra porque cirurgia antirrefluxo não é conduta inicial nem faz regredir a metaplasia de forma confiável, ficando reservada a falha do tratamento clínico ou a refluxo volumoso refratário. A alternativa B é desproporcional, pois esofagectomia só entra em displasia de alto grau selecionada ou adenocarcinoma, e não em metaplasia sem displasia. A alternativa C oferece medida claramente insuficiente, já que orientações higienodietéticas e antiácidos não promovem supressão ácida sustentada e não tratam esofagite erosiva. A alternativa E confunde doenças, porque *H. pylori* não causa esôfago de Barrett nem doença do refluxo, e sua erradicação não tem papel nesse seguimento.

Resposta D

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Mulher com 81 anos de idade, fumante há 60 anos, deu entrada em hospital geral com quadro de dispneia intensa, que evoluiu para óbito dois dias após a internação. Na admissão fez-se o diagnóstico de embolia pulmonar e trombose venosa profunda em membro inferior direito. O preenchimento adequado da declaração de óbito é:

A Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: (sem preenchimento).

B Parte I: a. dispneia intensa; b. trombose venosa profunda; c. tabagismo. Parte II: embolia pulmonar.

C Parte I: a. embolia pulmonar; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo. ✓

D Parte I: a. dispneia intensa; b. trombose venosa profunda. Parte II: tabagismo.

E Parte I: a. trombose venosa profunda. Parte II: embolia pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de preenchimento da declaração de óbito e cobra a lógica da cadeia causal. A Parte I registra, de baixo para cima, a sequência de eventos que levaram diretamente a morte, com a causa terminal na linha a e a causa básica na última linha preenchida. A Parte II é reservada às condições que contribuíram para o óbito mas que não integram a cadeia causal direta.

No caso, a trombose venosa profunda do membro inferior direito é a causa básica, dela decorreu a embolia pulmonar, que é a causa terminal, e o tabagismo de 60 anos é fator contribuinte, devendo ficar na Parte II. É por isso que a alternativa oficial escreve linha a com embolia pulmonar, linha b com trombose venosa profunda e reserva o tabagismo para a Parte II. A alternativa A erra ao inserir tabagismo como causa básica na Parte I, transformando um fator de risco em elo da cadeia. As alternativas B e D erram ao declarar dispneia intensa, que é sintoma e modo de morrer, e a regra é nunca registrar como causa de morte termos inespecíficos como dispneia, parada cardiorrespiratória ou falência de múltiplos órgãos sem a doença que os produziu. A alternativa E inverte a cadeia, colocando a embolia pulmonar na Parte II como se fosse mera contribuinte, quando ela é o evento terminal.

Resposta C

QUESTÃO 9 — Gabarito E

Criança com três anos de idade, nascida a termo, não acompanhada regularmente na Puericultura, foi levada pela mãe para uma consulta na Unidade Básica de Saúde após sofrer fratura no antebraço direito há dois meses. Após avaliação médica foi observado: baixa estatura para a idade, escoliose, desproporção da relação segmento superior e inferior, hipotonia muscular e hérnia umbilical pequena. O médico solicitou radiografia de mão e punho e de membros inferiores, mostradas abaixo. O diagnóstico e a alteração radiológica que o confirma são, respectivamente:

A osteopenia e perda da densidade óssea.

B hipotireoidismo e atraso da idade óssea.

C deficiência de fósforo e osteomalácia.

D displasia óssea e displasia metafisária.

E raquitismo e alargamento das epífises. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 4 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta reúne sinais clássicos de doença metabólica óssea na infância: baixa estatura, fratura de antebraço por trauma banal, escoliose, desproporção entre segmento superior e inferior, hipotonia muscular e hérnia umbilical, em criança de três anos sem acompanhamento em puericultura. Esse conjunto aponta para raquitismo, quase sempre carencial por deficiência de vitamina D, no qual a falta de mineralização atinge a cartilagem de crescimento ainda aberta.

O achado radiológico que confirma o diagnóstico e a alteração da placa de crescimento, com alargamento e irregularidade das regiões metafisioepifisárias, aspecto em taca e franjamento, tipicamente pesquisado em punho e joelho, que são exatamente as radiografias solicitadas. A alternativa A é genérica demais, já que perda de densidade óssea não é específica e não explica a deformidade da placa de crescimento. A alternativa B não se sustenta porque hipotireoidismo cursa com atraso de idade óssea e disgenesia epifisária, mas o quadro esperado incluiria bradicardia, pele seca, constipação e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. A alternativa C erra na nomenclatura, porque osteomalácia é o termo usado quando as placas de crescimento já se fecharam, ou seja, no adolescente e no adulto. A alternativa D descreve displasia esquelética geneticamente determinada, que não se associa a fratura por deficiência mineral nem responde ao contexto carencial sugerido pela história.

Resposta E

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Mulher com 23 anos de idade, primigesta, idade gestacional de 30 semanas, vem à quarta consulta de pré-natal. Não relata nenhuma queixa. Ao exame clínico, apresenta pressão arterial = 140x90 mmHg (em decúbito lateral esquerdo), pulso = 80 bpm, altura uterina = 31 cm e frequência cardíaca fetal = 140 bpm. Traz exame de proteinúria de 24 horas com valor de 412 mg/24h. Hemograma apresentando contagem de plaquetas de 220.000/mm³. No cartão da gestante, estão anotadas as seguintes medidas da pressão arterial registradas nas consultas anteriores: 110x70 mmHg, 120x70 mmHg e 140x100 mmHg. O diagnóstico correto é:

A pré-eclâmpsia leve. ✓

B pré-eclâmpsia grave.

C iminência de eclâmpsia.

D hipertensão gestacional.

E hipertensão arterial crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede apenas o diagnóstico sintomático da doença hipertensiva na gestação, e o raciocínio depende de três marcadores: momento de início, presença de proteinúria e critérios de gravidade. As pressões anotadas no cartão eram normais no início do pré-natal, e a elevação aparece depois da vigésima semana, o que afasta hipertensão arterial crônica. Há proteinúria de 412 mg em 24 horas, acima do ponto de corte de 300 mg, o que caracteriza pré-eclâmpsia.

Resta definir gravidade. Não há pressão sistólica maior ou igual a 160 nem diastólica maior ou igual a 110, as plaquetas estão normais em 220.000, não há oligúria, dor epigástrica, cefaleia, escotomas ou alteração de função renal e hepática descritas, e a altura uterina de 31 cm com batimentos fetais normais não sugere restrição de crescimento. Logo o quadro é de pré-eclâmpsia leve. A alternativa B exige ao menos um critério de gravidade, ausente aqui. A alternativa C descreve iminência de eclâmpsia, que depende de sintomas premonitórios neurológicos e de dor em barra no hipocôndrio direito, e a paciente está assintomática. A alternativa D só poderia ser usada se não houvesse proteinúria significativa. A alternativa E exigiria hipertensão prévia ou detectada antes de 20 semanas, o que o cartão contradiz.

Resposta A

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Uma criança com 10 anos de idade é trazida ao hospital de referência, em cidade de grande porte, com quadro que já se arrasta há seis meses. Apresenta febre irregular intercalada com períodos de apirexia, anorexia e perda ponderal de 6 Kg. A mãe relata, ainda, diarreia ocasional, sangramento gengival frequente, epistaxe e episódios de pneumonia e otite, tratados com antibióticos nos dois últimos meses, pouco antes da mudança realizada pela família, que saiu de uma cidade da zona rural para uma cidade da zona urbana. Ao exame, a criança apresenta-se emagrecida, hipodesenvolvida para a idade, cabelos finos e quebradiços, hipocorada 2+/4, anictérica, com micropoliadenopatia cervical e axilar bilateral, sopro sistólico 2+/6+, pancardiaco, abdome distendido, com fígado palpável a 5 cm do rebordo costal direito, baço palpável a 8 cm do rebordo costal esquerdo, edema de membros inferiores 1+/4, frio e com cacifo. Temperatura axilar = 37,8 °C; PA = 100x70 mmHg; FC = 104 bpm; FR = 18 irpm.

A melhor correlação entre a manifestação clínica apresentada pela criança e seu mecanismo fisiopatológico, nessa endemia brasileira, é: A a esplenomegalia como efeito da hipertrofia progressiva, por aumento da pressão sanguínea no sistema portal intra-hepático e da veia esplênica.

B as infecções bacterianas como seguimento ao aumento da resposta imunológica TH1 e da produção exagerada de interferon gama e interleucina 2.

C o edema de membros inferiores, frio e com cacifo, como consequência da insuficiência cardíaca congestiva secundária a miocardiopatia dilatada.

D a anemia como resultado da combinação de hemólise, ocupação de medula óssea por macrófagos infectados, hemorragias e sequestro esplênico. ✓

E os sangramentos gengivais e epistaxe como efeito da diminuição da produção de fatores de coagulação pela lesão direta e insuficiência hepatocelular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve calazar, a leishmaniose visceral, endemia brasileira com procedência rural: seis meses de febre irregular alternada com apirexia, emagrecimento importante, cabelos finos e quebradiços, palidez, hepatoesplenomegalia volumosa com baco a 8 cm do rebordo, sangramento gengival e epistaxe, infecções bacterianas de repetição e edema frio com cacifo. A questão não pede o diagnóstico, e sim a correlação correta entre um achado e sua fisiopatologia.

A anemia do calazar é de fato multifatorial e a alternativa oficial reúne com precisão os quatro mecanismos aceitos: hemólise imunomediada, ocupação da medula óssea por macrófagos parasitados com prejuízo da eritropoese, perdas por hemorragia decorrente da plaquetopenia e sequestro esplênico pelo hiperesplenismo. A alternativa A erra o mecanismo da esplenomegalia, que decorre da hiperplasia do sistema mononuclear fagocitário repleto de amastigotas, e não de hipertensão portal. A alternativa B inverte a imunologia da doença, já que as infecções bacterianas resultam da resposta TH2 predominante, com supressão da resposta TH1 e do interferon gama, além da neutropenia. A alternativa C atribui o edema a miocardiopatia dilatada, quando ele decorre de hipoalbuminemia por desnutrição e disfunção hepática, e o sopro sistólico descrito é o sopro funcional da anemia. A alternativa E erra ao explicar o sangramento apenas pela queda de fatores de coagulação, quando o mecanismo principal é a plaquetopenia do hiperesplenismo e da infiltração medular.

Resposta D

QUESTÃO 12 — Gabarito E

Mulher com 57 anos de idade deu entrada na Emergência apresentando, há um dia, cinco episódios de evacuações com sangue vermelho vivo e em grande quantidade. Na admissão apresenta pressão arterial = 70x50 mmHg, frequência cardíaca = 164 bpm, sudorese profusa e intensa palidez cutâneo-mucosa. O exame do abdome é normal e no exame proctológico são vistas hemorroidas Grau II. Foi administrado O2 nasal, hidratação com 2 litros de Ringer Lactato em acesso venoso periférico e a paciente encontra-se estável hemodinamicamente após seis horas da admissão. Com base no quadro clínico descrito, entre as opções abaixo, a próxima conduta diagnóstica e/ou terapêutica é:

- A angiografia e possível embolização para diagnóstico e terapêutica.
- B vasopressina EV para diminuir o sangramento e sua recorrência.
- C enema opaco para diagnóstico e hemostasia.
- D tomografia com contraste para diagnóstico.

E colonoscopia após preparo intestinal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de hemorragia digestiva baixa volumosa, com enterorragia em grande quantidade e choque hipovolêmico a admissão, pressão de 70x50 mmHg e frequência cardíaca de 164 bpm. As hemorroidas grau II encontradas ao exame proctológico são achado incidental e não explicam sangramento desse porte, de modo que a fonte precisa ser buscada acima, tipicamente doença diverticular ou angiodisplasia de colon no grupo etário da paciente.

O ponto decisivo da questão está na frase final do enunciado: após ressuscitação volêmica a paciente está hemodinamicamente estável há seis horas. Paciente estável permite preparo intestinal e colonoscopia, que é o exame de escolha porque localiza o sítio, define a etiologia, permite biópsia e ainda oferece terapêutica hemostática com clipe, escleroterapia ou coagulação. A alternativa A reserva a angiografia com embolização para sangramento ativo e maciço em paciente que não estabiliza ou quando a colonoscopia falha, o que não é o caso. A alternativa B erra porque vasopressina endovenosa não é conduta inicial e carrega risco importante de isquemia miocárdica e mesentérica. A alternativa C é equivocada em dois planos, pois o enema opaco não identifica o ponto de sangramento e não tem qualquer papel hemostático, além de o bario prejudicar exames subsequentes. A alternativa D oferece apenas diagnóstico, sem possibilidade terapêutica, ficando como alternativa quando a colonoscopia não pode ser realizada.

Resposta E

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Durante uma reunião de capacitação em Saúde Escolar para os Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família de um município de médio porte, foi fornecida uma série de informações e de procedimentos relativos à avaliação de acuidade visual de crianças e adolescentes. Os Agentes Comunitários de Saúde devem saber que:

- A existem sinais e sintomas de alerta que podem caracterizar distúrbios de acuidade visual em crianças e adolescentes, como crianças com comportamento agitado, dificuldade de socialização e déficit de aprendizagem.

B caso o rastreamento pela tabela de Snellen seja positivo, a criança deverá ser encaminhada para a equipe de Saúde da Família, que a avaliará clinicamente, antes de encaminhá-la ao especialista. ✓

- C existem fatores de risco para problemas de saúde ocular em crianças, como baixo peso ou tamanho para a idade, tabagismo durante a gestação e falta de suplementação de ferro no primeiro ano de vida.
- D o teste para triagem de acuidade visual utiliza a Tabela de Snellen e pode ser realizado em crianças a partir de sete anos de idade, por qualquer profissional treinado.

E crianças com sinais e/ou sintomas de desconforto, como esfregar os olhos, piscar muito e/ou apresentar conjuntivas vermelhas, não devem ser submetidas ao teste de acuidade visual. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

ESTRANGEIRAS 5 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o fluxo de rastreamento de acuidade visual na Saúde Escolar, tema do Programa Saúde na Escola e do Caderno de Atenção Básica correspondente. O rastreamento com a Tabela de Snellen é feito por profissional treinado (inclusive Agente Comunitário de Saúde ou professor capacitado) e, quando alterado, a criança não vai direto ao oftalmologista: ela retorna à equipe de Saúde da Família, que faz a avaliação clínica, repete o teste em condições adequadas, afasta causas simples e só então encaminha ao especialista com relatório. Esse é exatamente o desenho da atenção coordenada pela porta de entrada, o que torna a alternativa B correta.

A alternativa A erra ao apresentar como sinais de alerta oculares um conjunto comportamental inespecífico (agitação, dificuldade de socialização); os sinais que realmente sugerem baixa acuidade são aproximar-se demais do papel ou da televisão, franzir e apertar os olhos, inclinar a cabeça, estrabismo, lacrimejamento e cefaleia ao esforço visual. A alternativa C mistura um fator plausível (baixo peso, ligado à prematuridade e à retinopatia da prematuridade) com itens sem relação estabelecida com saúde ocular, como falta de suplementação de ferro, que se associa a anemia e não a distúrbio de refração. A alternativa D erra na idade: a triagem com Snellen é aplicável já na faixa pré-escolar, a partir de cerca de quatro anos, quando a criança colabora com o teste, e não somente aos sete. A alternativa E inverte a lógica: olho vermelho, prurido ocular e piscar excessivo são justamente motivo para avaliar, e não contra-indicação ao teste.

Resposta B

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Lactente com um ano de idade passou a frequentar creche há dois meses e, nesse período, já apresentou dois episódios de infecção de vias aéreas superiores (IVAS). Há três dias passou a apresentar quadro de febre, coriza hialina e tosse, inicialmente seca, que evoluiu para tosse produtiva. Há 24h foi levado pela mãe ao Pronto Atendimento e foi medicado com paracetamol e solução fisiológica nasal. Como não houve melhora do quadro, a mãe retornou ao Pronto Atendimento para nova consulta. Ao exame físico, a criança encontra-se afebril, gemente, FR = 50 irpm, ausculta pulmonar com roncocalos difusos e tiragem subcostal. À otoscopia observa-se hiperemia de membrana timpânica bilateral e oroscopia com leve hiperemia de pilares amigdalianos. Com base no quadro clínico e exame físico, o diagnóstico e a conduta imediata são, respectivamente:

A bronquiolite; indicar oxigenoterapia.

B pneumonia; encaminhar para internação. ✓

C amigdalite viral; prescrever sintomáticos.

D otite média aguda; prescrever antibiótico.

E asma; prescrever broncodilatador inalatório.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de lactente com infecção respiratória que evoluiu para desconforto respiratório com sinais de gravidade, e a chave está em aplicar os critérios de classificação da OMS/AIDPI. Aos 12 meses, frequência respiratória de 50 irpm já configura taquipneia (corte de 40 irpm para crianças de 1 a 5 anos), e a presença de tiragem subcostal define pneumonia grave; a gemência, indicando esforço para manter pressão expiratória, é sinal de perigo e por si só indica internação. Somando o pródromo de vias aéreas superiores com evolução para tosse produtiva, taquipneia e tiragem, o diagnóstico é pneumonia e a conduta imediata é encaminhar para internação, com antibioticoterapia e oxigênio hospitalares.

A alternativa A é incorreta porque bronquiolite cursa tipicamente com sibilância expiratória difusa em primeiro episódio de lactente jovem, e oxigenoterapia isolada não contempla a gravidade descrita nem o quadro auscultatório de roncosp. A alternativa C não se sustenta: hiperemia leve de pilares amigdalianos não explica taquipneia, tiragem e gemência, e sintomáticos deixariam sem tratamento uma criança grave. A alternativa D também falha porque hiperemia isolada da membrana timpânica, sem abaulamento ou opacificação, não fecha otite média aguda, e ainda que houvesse otite ela não justificaria o esforço respiratório. A alternativa E é improvável: não há relato de episódios recorrentes de sibilância, atopia ou sibilos no exame, e broncodilatador não trataria o quadro infeccioso.

Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Casal procura atendimento médico em Unidade Básica de Saúde com história de tentativas frustradas de engravidar há dois anos, a despeito de manter relações sexuais frequentes e sem uso de métodos contraceptivos. Ela tem 25 anos de idade, apresenta ciclos menstruais regulares e nega dismenorreia, dispareunia, comorbidades ou antecedente de doenças sexualmente transmissíveis. Ele tem 30 anos de idade, sem antecedentes relevantes, com filho de cinco anos de idade de outro relacionamento. Considerando a propedêutica indicada na abordagem inicial do casal infértil, devem ser solicitados:

A espermograma e histerossalpingografia. ✓

B ultrassonografia transvaginal e teste pós-coital.

C teste pós-coital e ultrassonografia escrotal com Doppler.

D dosagem de LH no 14.º dia do ciclo e histerossalpingografia.

E espermograma e dosagem de FSH no terceiro dia do ciclo para avaliar reserva ovariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da propedêutica inicial do casal infértil, definido como aquele que não engravida após doze meses de relações sexuais frequentes sem contracepção; aqui já são dois anos, o que autoriza investigação completa. A investigação básica se organiza em três eixos: fator masculino, fator ovulatório e fator tuboperitoneal. O espermograma é o primeiro exame do homem por ser barato, não invasivo e responder por cerca de um terço das causas, e a histerossalpingografia é o exame de escolha para avaliar a permeabilidade tubária e a cavidade uterina, justamente o eixo que nada na história permite presumir normal. Como a paciente tem ciclos regulares, a ovulação já está clinicamente presumida, o que torna a dupla da alternativa A a mais adequada.

A alternativa B erra ao incluir o teste pós-coital, exame abandonado por baixa reprodutibilidade e ausência de valor prognóstico para gestação. A alternativa C repete o teste pós-coital e ainda propõe ultrassonografia escrotal com Doppler, exame direcionado à varicocele que só faz sentido após espermograma alterado ou alteração no exame físico. A alternativa D avalia ovulação por dosagem de LH no 14.º dia, medida imprecisa porque o pico é breve e o dia da ovulação varia; a confirmação laboratorial clássica é a progesterona na fase lútea, e o eixo ovulatório já está sugerido pela regularidade menstrual. A alternativa E acerta ao pedir espermograma, mas troca a avaliação tubária pela reserva ovariana com FSH do terceiro dia, exame de baixo rendimento em mulher de 25 anos com ciclos regulares, deixando as trompas sem investigação.

Resposta A

QUESTÃO 16 — Gabarito E

Mulher com 22 anos de idade vem à consulta ambulatorial com diarreia há seis meses. Apresenta cerca de seis evacuações ao dia, com fezes pastosas volumosas, de odor fétido, amareladas e espumosas, sem muco ou sangue. Nega tenesmo ou febre. Piora com a ingestão de leite. Tem cólicas eventuais e distensão abdominal gasosa. Teve perda ponderal de 5 kg desde o início do quadro. É solteira, sem atividade sexual. Nega uso de drogas ou álcool. Nega cirurgias prévias. Ao exame físico apresenta-se com índice de massa corpórea de 22 kg/m². Mucosas hipocrômicas. Evidente perda de massa muscular. Abdome discretamente distendido por gases, sem ascite, visceromegalias ou tumorações. Presença de lesões de pele, de aspecto herpetiforme, em tronco. No relatório, para justificar o encaminhamento da paciente para o especialista, deverá ser especificada a necessidade de que a paciente seja submetida a:

A tomografia computadorizada de abdome total.

B retossigmoidoscopia com biópsia de mucosa retal.

C colonoscopia com biópsia de mucosa de sigmóide.

D estudo radiológico de trânsito do intestino delgado.

E endoscopia digestiva alta com biópsia de duodeno. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de diarreia crônica com padrão de má absorção do intestino delgado: fezes volumosas, claras, fétidas e espumosas (esteatorreia), distensão gasosa, perda ponderal com perda de massa muscular e mucosas hipocrômicas sugerindo anemia carencial. A piora com leite traduz deficiência secundária de lactase por lesão da borda em escova, e o dado que fecha o raciocínio são as lesões cutâneas herpetiformes no tronco, ou seja, dermatite herpetiforme, a manifestação cutânea praticamente patognomônica da doença celíaca. A confirmação diagnóstica exige histologia do delgado proximal, obtida por endoscopia digestiva alta com biópsias de duodeno (bulbo e segunda porção), buscando atrofia vilositária, hiperplasia de criptas e linfocitose intraepitelial segundo a classificação de Marsh, o que justifica a alternativa E.

A alternativa A é inadequada porque tomografia de abdome não avalia mucosa nem estabelece o diagnóstico de enteropatia. As alternativas B e C investigam cólon e reto, territórios incompatíveis com o quadro: não há tenesmo, muco, sangue ou urgência, e sim esteatorreia, marcador de doença do delgado. A alternativa D avalia apenas a anatomia e o trânsito, com achados inespecíficos como dilatação de alças e alteração do padrão mucoso, sem fornecer o material histológico que define a doença.

Resposta E

QUESTÃO 17 — Gabarito E

Mulher com 41 anos de idade procurou a Unidade de Pronto Atendimento com relato de dor anal há três dias e, há cerca de seis horas, notou sangramento anal vermelho vivo entremeadado com coágulos. Nega alteração de hábito intestinal e história familiar de neoplasia colorretal. Ao exame observa-se uma nodulação perianal com cerca de 1 cm de diâmetro, arroxeada e com laceração central por onde se extrui um coágulo sanguíneo. O toque retal foi muito doloroso e não evidenciou tumores ou presença de sangue nas fezes. Com base nessas informações, a conduta correta é:

- A fazer a esclerose do vaso sangrante.
- B encaminhar para cirurgia de urgência.
- C realizar a trombectomia no momento do exame.
- D fazer ligadura elástica para hemostasia do vaso sangrante.

E prescrever anti-inflamatório não esteroidal e observar o sangramento. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 6 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve trombose de hemorroida externa, reconhecível pela nodulação perianal arroxeadada, dolorosa, de cerca de 1 cm, com evolução de três dias. O detalhe decisivo é que a lesão já apresenta laceração central com extrusão espontânea do coágulo, ou seja, ela drenou sozinha e a dor tende a ceder a partir daí. A trombectomia ou excisão só traz benefício quando realizada precocemente, nas primeiras 48 a 72 horas e com trombo íntegro sob dor intensa; passada essa janela, ou já havendo drenagem espontânea, o tratamento é conservador, com analgesia e anti-inflamatório, banhos de assento, dieta com fibras e observação do sangramento, que é autolimitado. Por isso a alternativa E é a conduta correta.

A alternativa A não se aplica porque escleroterapia é técnica para hemorroida interna sangrante de graus I e II, e não para trombo do plexo hemorroidário externo. A alternativa B superestima a gravidade: não há necrose extensa, gangrena, sepse perineal ou instabilidade que justifiquem cirurgia de urgência. A alternativa C seria a resposta se o paciente estivesse dentro da janela e com coágulo retido, o que não é o caso, já que o trombo está sendo eliminado. A alternativa D é errada por indicação e por sítio: ligadura elástica é procedimento para mamilos hemorroidários internos, acima da linha pectínea, sendo proscrita no componente externo por causar dor intensa, pois a área é inervada somaticamente. Vale registrar que o ponto é discutível, porque alguns serviços ainda drenam trombos dolorosos mesmo após 72 horas, mas com a drenagem já iniciada a conduta expectante é a mais defensável.

Resposta E

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Em uma pequena cidade, de oito mil habitantes, foi iniciada uma nova gestão municipal, que buscou implementar o modelo de Estratégia de Saúde da Família.

A população, entendendo que o atendimento poderia piorar, reagiu negativamente. A fim de sensibilizar a população em prol da consolidação do modelo, uma equipe da Secretaria Estadual de Saúde foi mobilizada. Para alcançar este objetivo, durante uma reunião com a comunidade, a equipe explicitou os princípios do novo modelo. Entre os argumentos apresentados abaixo, qual seria o correto para a equipe utilizar? A A realização da territorialização possibilitará a identificação das fortalezas e fragilidades dos equipamentos da comunidade. ✓

B No processo de adscrição da clientela, as famílias que não forem previamente cadastradas não serão atendidas pela equipe de saúde.

C A mudança de um modelo assistencial preventivo para um curativo será positiva, pois beneficiará as pessoas com doenças crônicas.

D Com a implementação desta estratégia, o atendimento será hierarquizado, isto é, antes da consulta médica haverá a consulta de enfermagem.

E O novo modelo terá como objetivo realizar promoção e prevenção à saúde, o que praticamente elimina a necessidade de atendimentos individuais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os princípios organizativos da Estratégia Saúde da Família aplicados a um argumento defensável diante da comunidade. A territorialização é o processo de reconhecimento do território adscrito, que mapeia não apenas domicílios e riscos, mas também os equipamentos sociais existentes, escolas, creches, associações, espaços de lazer, permitindo identificar potencialidades e fragilidades locais para planejar as ações de saúde. É exatamente esse diagnóstico situacional que sustenta o vínculo e a responsabilização sanitária sobre uma população definida, o que torna a alternativa A correta.

A alternativa B contraria a universalidade: a adscrição organiza o cuidado e define responsabilidade, mas ninguém deixa de ser atendido por não estar cadastrado, e o próprio atendimento é oportunidade de cadastro. A alternativa C inverte a direção da mudança, pois a Estratégia Saúde da Família desloca o modelo hospitalocêntrico e curativo para um modelo de atenção integral com ênfase em promoção e prevenção, sem abandonar o cuidado das condições crônicas. A alternativa D confunde conceitos: hierarquização diz respeito à organização do sistema em níveis de densidade tecnológica com referência e contrarreferência, e não a uma triagem obrigatória de enfermagem antes da consulta médica. A alternativa E fere a integralidade, já que promoção e prevenção convivem com o atendimento clínico individual, que continua sendo parte essencial do trabalho da equipe.

Resposta A

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Criança com 9 anos de idade, previamente hígida, desenvolveu quadro de astenia há dois dias. Há seis horas passou a apresentar alguns episódios de vômito, dor abdominal, poliúria e polidipsia. Foi levada pela mãe ao Pronto-Socorro, onde chegou com quadro de desidratação e confusão mental. O plantonista solicitou gasometria arterial, que apresentou o seguinte resultado: pH = 7,2; pO₂ = 75 mmHg; pCO₂ = 30 mmHg; HCO₃⁻ = 12 mEq/L e Excesso de base (BE) = -18 mEq/L. Com base no quadro clínico e exames laboratoriais, o diagnóstico e a conduta imediata são, respectivamente:

A cetoacidose diabética; corrigir desidratação pelo cálculo da depleção do espaço extracelular. ✓

B intoxicação exógena aguda; administrar carvão ativado e tomar medidas para estabilização do paciente.

C obstrução intestinal; corrigir a desidratação, além de solicitar US abdominal para confirmar o diagnóstico.

D pancreatite aguda; encaminhar para Unidade de Terapia Intensiva para monitorização e suporte.

E gastroenterocolite aguda; corrigir desidratação de acordo com o seu grau.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta reúne os cardinais de diabetes de início recente em criança previamente hígida (poliúria, polidipsia, astenia) com descompensação aguda: vômitos, dor abdominal, desidratação e rebaixamento do sensório. A gasometria confirma acidose metabólica grave com compensação respiratória, pH 7,2, bicarbonato de 12 mEq/L, excesso de base de -18 mEq/L e pCO₂ de 30 mmHg refletindo a hiperventilação compensatória (respiração de Kussmaul). O diagnóstico é cetoacidose diabética, e a primeira medida terapêutica não é a insulina, e sim a reposição volêmica: expansão com solução salina isotônica e cálculo da reposição a partir da estimativa da depleção do espaço extracelular, com a insulina em infusão contínua iniciada após a expansão inicial, para reduzir o risco de colapso circulatório e de edema cerebral.

A alternativa B não tem sustentação: não há história de exposição a tóxico, e poliúria com polidipsia aponta diurese osmótica por hiperglicemia. A alternativa C é incompatível, pois obstrução intestinal não gera poliúria nem acidose com esse perfil, e faltam parada de eliminação de gases e fezes e distensão. A alternativa D confunde a dor abdominal, que na cetoacidose é frequente e simula abdome agudo, mas pancreatite não explica poliúria, polidipsia e a acidose com ânion gap elevado. A alternativa E cita gastroenterocolite sem que haja diarreia relatada, e a hidratação isolada não trataria o distúrbio metabólico de base.

Resposta A

QUESTÃO 20 — Gabarito E

Mulher com 25 anos de idade, nuligesta, procura o Ambulatório de Mastologia relatando ter notado a presença de nódulo na mama esquerda há dois meses. Faz uso de anticoncepcional combinado oral. Nega história familiar de câncer de mama. Ao exame, palpa-se nódulo de consistência fibroelástica, de contornos regulares, móvel, indolor, medindo cerca de 3,0 cm, em quadrante superoexterno da mama esquerda.

A conduta imediata indicada é: A solicitar mamografia.

B realizar exérese do nódulo.

C realizar controle clínico a cada seis meses.

D solicitar mamografia e ultrassonografia mamária.

E realizar punção aspirativa com agulha fina (PAAF). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve nódulo mamário palpável em mulher jovem com características francamente benignas ao exame: consistência fibroelástica, contornos regulares, móvel e indolor, o perfil clássico do fibroadenoma. Mesmo assim, nódulo palpável não se acompanha às cegas: é preciso caracterizá-lo. Nessa faixa etária a banca cobra a punção aspirativa por agulha fina como conduta imediata porque ela é acessível, feita no próprio ambulatório, diferencia lesão sólida de cística (esvaziando o cisto quando presente) e fornece material citológico para confirmar a benignidade, permitindo então decidir entre seguimento e exérese conforme tamanho, crescimento e desejo da paciente.

A alternativa A é inadequada porque mamografia em mulher de 25 anos tem baixa sensibilidade pela alta densidade do parênquima e não é o método de imagem indicado abaixo dos 35 a 40 anos, salvo situações de alto risco. A alternativa D repete esse erro ao manter a mamografia na dupla, ainda que a ultrassonografia seja apropriada para a idade. A alternativa C propõe apenas controle clínico semestral de um nódulo de 3 cm sem qualquer caracterização diagnóstica, o que expõe a paciente ao risco de retardo em uma lesão não benigna. A alternativa B antecipa a cirurgia sem diagnóstico, invertendo a ordem da propedêutica, já que a exérese é decidida depois do resultado da punção. Registre-se que o ponto é discutível, pois muitos serviços hoje iniciam pela ultrassonografia mamária, mas a punção continua sendo conduta consagrada e é a única opção internamente coerente entre as oferecidas.

Resposta E

QUESTÃO 21 — Gabarito E

Mulher com 48 anos de idade, durante investigação laboratorial de rotina em Ambulatório de Clínica Médica, é surpreendida com achado de aminotransferases cerca de duas vezes o limite superior da normalidade. Na investigação de órgãos e sistemas, a paciente relata apenas "cansaço frequente". Foram solicitados marcadores virais de hepatites, os quais revelaram: Anti-HAV IgG não reativo; HBsAg não reativo, Anti-HBc IgG não reativo, Anti-HCV reativo. Diante dos resultados, foram adicionados à investigação a solicitação de PCR quantitativo para HCV, genotipagem do HCV, ultrassonografia abdominal e indicada vacinação para hepatite A e B. No encaminhamento para hepatologista, o conjunto de resultados que indicaria a maior probabilidade de resposta virológica sustentada para tratamento antiviral com ribavirina e peg-interferon é:

A RNA do HCV indetectável e fígado com evidências de cirrose.

B RNA do HCV indetectável e fígado sem evidências de fibrose.

C RNA do HCV detectável com < 2.000.000 cópias/ml, genótipo 4 e fígado com esteatose.

D RNA do HCV detectável com > 2.000.000 cópias/ml, genótipo 1 e fígado com fibrose avançada.

E RNA do HCV detectável com < 2.000.000 cópias/ml, genótipo 2 e fígado com evidência de fibrose.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 7 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os preditores de resposta virológica sustentada no tratamento clássico da hepatite C crônica com peg-interferon associado à ribavirina. Os fatores de bom prognóstico consagrados são genótipo 2 ou 3, carga viral baixa antes do tratamento e ausência de fibrose avançada ou cirrose; somam-se idade menor, ausência de esteatose e boa adesão. A alternativa E reúne justamente carga viral abaixo do ponto de corte, genótipo 2, o mais responsivo, e fígado com fibrose ainda não avançada, configurando o melhor conjunto entre os apresentados.

As alternativas A e B são conceitualmente inviáveis: RNA do HCV indetectável significa ausência de viremia, situação de infecção resolvida ou de falso reagente do anti-HCV, em que não há indicação de terapia antiviral, e sem tratamento não se discute resposta virológica sustentada. A alternativa C traz genótipo 4, cujo comportamento se aproxima do genótipo 1 quanto à baixa resposta ao interferon, e ainda soma esteatose hepática, fator independente de pior resposta. A alternativa D concentra os três piores preditores simultaneamente, ou seja, genótipo 1, carga viral alta e fibrose avançada, sendo o cenário de menor probabilidade de cura.

Resposta E

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Criança do sexo masculino, com 7 meses de idade, começou a apresentar crises de choro injustificado intercaladas com períodos de acalmia. Tem leve distensão abdominal, principalmente em quadrante superior direito, e vômitos de conteúdo alimentar há cerca de dois dias. Hoje pela manhã, a mãe notou fezes contendo substância gelatinosa e de cor róseo-avermelhada, o que a motivou a procurar serviço de Pronto Atendimento. Ao exame, a criança se apresenta inquieta e chorosa, os ruídos abdominais estão presentes, levemente aumentados e com timbre metálico. Na palpação abdominal evidencia-se uma tumoração fusiforme em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritonal. Com base nessas informações, pode-se afirmar que, na investigação por imagem:

A a presença de sangue nas fezes contraindica o enema baritado.

B a radiografia simples de abdome deve mostrar uma imagem de dupla bolha.

C a tomografia computadorizada é superior ao enema baritado no acompanhamento da redução hidrostática.

D a ultrassonografia de abdome deve mostrar imagens em "alvo" e "pseudo rim" no quadrante superior direito. ✓

E a ultrassonografia de abdome deve mostrar imagem de espessamento (hipertrofia) da camada muscular do piloro em epigástrico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é típico de invaginação intestinal em lactente de 7 meses: crises de choro paroxístico com intervalos de acalmia, vômitos, fezes com muco e sangue no aspecto clássico de geleia de framboesa, ruídos hidroaéreos aumentados com timbre metálico traduzindo obstrução, e massa alongada palpável em hipocôndrio direito, a chamada massa em salsicha, correspondendo à intussuscepção ileocólica que caminha pelo cólon transversal. A ultrassonografia é o exame de escolha, com sensibilidade e especificidade próximas de 100 por cento, e mostra no corte transversal a imagem em alvo ou donut, formada pelas alças concêntricas, e no corte longitudinal a imagem em pseudo-rim, o que confirma a alternativa D.

A alternativa A é falsa porque sangue nas fezes é parte do quadro e não contraindica o enema, que é simultaneamente diagnóstico e terapêutico; as contraindicações reais são perfuração, peritonite, pneumoperitônio e choque. A alternativa B descreve a imagem de dupla bolha, achado de atresia ou estenose duodenal do recém-nascido, não de invaginação. A alternativa C inverte os papéis: a redução hidrostática ou pneumática é monitorizada em tempo real por fluoroscopia ou ultrassonografia, e a tomografia não tem função no acompanhamento do procedimento, além de irradiar desnecessariamente. A alternativa E descreve o sinal ultrassonográfico da estenose hipertrófica do piloro, doença de lactente de 3 a 6 semanas com vômitos em jato não biliosos e sem sangramento retal.

Resposta D

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Primípara, no 5.º dia pós-parto, procura a Unidade Básica de Saúde queixando-se de dor e inchaço nas mamas, com dificuldade para amamentar. Relata que seu filho chora constantemente e que ele é preguiçoso para sugar o leite. Ao exame físico apresenta mamas volumosas, brilhantes, endurecidas, doloridas, com calor local. As aréolas apresentam-se tensas e os mamilos planos. Com base nos dados clínicos apresentados, a conduta correta a ser orientada é:

A manter o aleitamento exclusivo sob livre demanda; corrigir a pega; aumentar a frequência das mamadas; realizar ordenha manual antes da mamada para diminuir a tensão da auréola; e recomendar uso de sutiã com alças que suspendam as mamas. ✓

B introduzir antibioticoterapia associada com analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais; administrar compressas frias nas mamas; e suspender a amamentação até que se garanta uma boa pega e ocorra melhora dos sinais flogísticos nas mamas.

C suspender a amamentação até que se garanta uma boa pega e para que ocorra melhora dos sinais flogísticos nas mamas; administrar compressas mornas para reduzir os aglomerados de leite nos ductos; e realizar a ordenha manual.

D suspender o aleitamento exclusivo até haver a melhora do processo inflamatório; administrar analgésicos e anti-inflamatórios; iniciar exercícios para correção dos mamilos planos; e realizar a ordenha manual.

E introduzir antibioticoterapia; realizar compressas mornas para reduzir os aglomerados de leite nos ductos; e manter o aleitamento exclusivo sob livre demanda, após correção da pega. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 8 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de ingurgitamento mamário, complicação típica do terceiro ao quinto dia pós-parto, quando ocorre a apojadura em uma mama que não está sendo esvaziada adequadamente. Os achados sustentam esse diagnóstico: mamas bilateralmente volumosas, brilhantes, endurecidas e quentes, aréolas tensas e mamilos planos, com dificuldade de pega e recém-nascido chorando por não conseguir extrair leite. O tratamento é o esvaziamento eficaz e a correção da causa mecânica, isto é, manter aleitamento exclusivo em livre demanda, corrigir a pega, aumentar a frequência das mamadas e realizar ordenha manual antes da mamada para amolecer a aréola, permitindo que o bebê abocanhe aréola e não apenas o mamilo; a sustentação das mamas com sutiã de alças largas melhora a drenagem linfática e a dor, e compressas frias entre as mamadas reduzem o edema.

As alternativas B e E indicam antibiótico sem que haja mastite: falta febre, e o acometimento é bilateral e difuso, não uma área endurecida, eritematosa e localizada com sintomas sistêmicos. Além disso, a alternativa B suspende a amamentação, o que agrava o ingurgitamento por estase, e a alternativa E usa calor para desobstruir ductos, medida que aumenta a vasodilatação e o edema na fase de ingurgitamento. As alternativas C e D repetem o erro central de interromper o aleitamento, exatamente o oposto do que o quadro exige, e a alternativa D ainda propõe exercícios para o mamilo plano como tratamento, quando a solução imediata é a ordenha que amolece a aréola e viabiliza a pega.

Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Homem com 54 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia, hipertensão arterial e histórico de doença familiar cardiovascular precoce (pai teve infarto do miocárdio aos 50 anos), deu entrada na Emergência de um hospital com história de dor em região epigástrica há cerca de cinco horas, em aperto, de forte intensidade, sem relação com a alimentação e sem fatores de melhora, acompanhada de náuseas e vômitos. Havia recebido 200 mg de AAS no hospital de origem. Ao exame, encontrava-se pálido, sudoreico e sonolento. Temperatura axilar = 35,8 °C, pressão arterial = 80x50 mmHg, frequência cardíaca = 118 bpm, frequência respiratória = 16 irpm. Perfusão periférica diminuída. A ausculta cardíaca revelava bulhas normofonéticas, sem sopros. Havia turgência jugular a 45.º. A ausculta pulmonar não revelava estertores. O eletrocardiograma da admissão é apresentado abaixo. Diante do quadro clínico do paciente, a hipótese diagnóstica, a provável causa do choque e o tratamento inicial recomendado são, respectivamente:

A infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; tamponamento cardíaco; pericardiocentese.

B infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; resposta inflamatória sistêmica; noradrenalina.

C infarto do miocárdio com supra de ST de parede inferior; infarto de ventrículo direito; hidratação com solução salina. ✓

D infarto do miocárdio com supra de ST de parede anterior; ruptura de músculo papilar; colocação de balão intra- aórtico.

E infarto do miocárdio com supra de ST de parede ântero-septal; ruptura do septo interventricular; cirurgia cardíaca de emergência.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente tem múltiplos fatores de risco e dor epigástrica prolongada com náuseas, vômitos, palidez e sudorese, apresentação equivalente anginosa clássica de infarto de parede inferior, cuja irritação diafragmática frequentemente simula quadro abdominal. O que define a resposta é a tríade hemodinâmica descrita: hipotensão de 80x50 mmHg, turgência jugular a 45 graus e ausculta pulmonar limpa, sem estertores. Esse conjunto, em um infarto inferior, é a assinatura do comprometimento do ventrículo direito, que se torna uma câmara complacente e dependente de pré-carga; o tratamento inicial é expansão volêmica com solução salina, evitando nitratos, diuréticos e morfina, que reduzem o retorno venoso e podem precipitar colapso circulatório. A alternativa A propõe tamponamento, que também cursa com hipotensão e turgência, mas as bulhas estão normofonéticas e não há contexto de derrame; pericardiocentese seria intervenção sem indicação e com risco. A alternativa B invoca resposta inflamatória sistêmica sem foco infeccioso e sem febre, e vasopressor não é o primeiro passo quando o problema é pré-carga insuficiente. A alternativa D exige sopro sistólico novo de regurgitação mitral e congestão pulmonar franca, quadro de edema agudo, elementos ausentes na ausculta descrita. A alternativa E depende de sopro holossistólico rude em borda esternal esquerda, muitas vezes com frêmito, também ausente, e a ausculta explicitamente não revelava sopros.

Resposta C

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Homem com 60 anos de idade, obeso, procurou Setor de Emergência de um hospital público com queixas de dor na panturrilha esquerda e edema de membros inferiores, após uma viagem de ônibus de doze horas de duração. Evoluiu com dispneia súbita, sem melhora com a mudança postural, além de hemoptise e taquicardia. A ausculta pulmonar revelou presença de crepitações no terço médio de ambos os pulmões.

A hipótese diagnóstica principal e a opção terapêutica recomendada são, respectivamente: A tromboembolismo pulmonar agudo; heparina de baixo peso molecular associada a trombolítico. ✓

B pneumotórax hipertensivo; drenagem torácica fechada associada a pressão negativa.

C infarto agudo do miocárdio; trombolítico associado a angioplastia percutânea de resgate.

D pneumonia bacteriana; oxigenoterapia associada a antibioticoterapia de amplo espectro.

E derrame pleural; drenagem torácica fechada associada a exame de cultura do líquido pleural. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 9 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne os elementos clássicos do tromboembolismo pulmonar agudo: fatores de risco da tríade de Virchow (obesidade, idade, imobilidade prolongada em viagem de doze horas), sinais de trombose venosa profunda na panturrilha esquerda e, na sequência, dispneia súbita que não alivia com mudança postural, hemoptise e taquicardia. A hemoptise com crepitações traduz infarto pulmonar, complicação de embolia periférica. Pelo escore de Wells, sinais clínicos de TVP, taquicardia e ausência de diagnóstico alternativo mais provável já colocam o paciente em probabilidade alta, situação em que se dispensa o D-dímero, parte-se direto para a angiotomografia e se inicia anticoagulação plena; a heparina de baixo peso molecular é justamente o pilar terapêutico contemplado na alternativa oficial. O pneumotórax hipertensivo cursa com hipertimpanismo, abolição do murmúrio vesicular e desvio de traqueia, e não com crepitações bilaterais. O infarto agudo do miocárdio não explica dor de panturrilha, edema de membros inferiores nem hemoptise. A pneumonia bacteriana tem instalação subaguda, com febre e tosse produtiva, e não início súbito após imobilidade. O derrame pleural produziria macicez e redução do murmúrio, além de ser consequência e não diagnóstico primário. Registre-se que o ponto é discutível: na prática, o trombolítico fica reservado ao TEP maciço com instabilidade hemodinâmica ou disfunção grave de ventrículo direito, condição não explicitada na vinheta.

Resposta A

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Mulher com 30 anos de idade é atendida por um médico numa Unidade de Saúde da Família na comunidade em que reside. Há três meses vem se sentindo muito cansada, com desânimo e desinteresse para fazer todas as suas tarefas diárias, inclusive sem vontade de comer (emagreceu 3 kg nesse período) ou de sair de casa. Não está dormindo direito e sente "que não serve para mais nada" (sic). Além do acolhimento de forma contextualizada, por meio de um relacionamento médico-paciente humanizado, quais devem ser, respectivamente, o diagnóstico e a conduta?

- A A paciente não preenche critérios para episódio depressivo e deve-se investigar anorexia nervosa.
- B A paciente preenche critérios para diagnóstico de episódio depressivo e deve ser encaminhada para um psiquiatra.
- C A hipótese diagnóstica é de anemia e deve-se solicitar dosagem de hemoglobina e iniciar reposição medicamentosa.
- D A paciente preenche critérios para diagnóstico de episódio depressivo e deve-se iniciar tratamento. ✓**
- E Deve-se realizar investigação das funções tireoidianas, pois a história clínica é característica de distúrbios deste órgão.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve um episódio depressivo típico, e a questão cobra tanto o reconhecimento diagnóstico quanto a competência da Atenção Primária para tratá-lo. Os critérios diagnósticos exigem, por pelo menos duas semanas, humor deprimido ou perda de interesse acompanhados de sintomas acessórios; a paciente tem três meses de cansaço, desânimo, anedonia (desinteresse pelas tarefas e por sair de casa), insônia, hiporexia com perda ponderal de 3 kg e sentimento de inutilidade, este último um sintoma nuclear de peso. O quadro está completo, e a depressão leve a moderada é condição de manejo do médico de família, com abordagem psicossocial e, quando indicado, antidepressivo, sem necessidade de referência imediata. Dizer que ela não preenche critérios e investigar anorexia nervosa ignora que não há distorção de imagem corporal nem busca ativa de emagrecimento. Encaminhar ao psiquiatra sem qualquer tentativa terapêutica contraria o princípio da coordenação do cuidado e só se justificaria em risco de suicídio, sintomas psicóticos, bipolaridade ou refratariedade. Levantar anemia como hipótese principal transforma um achado inespecífico (cansaço) em diagnóstico e desconsidera o restante da síndrome afetiva. Investigar tireoide isoladamente também deixa de tratar o que já está diagnosticado; exames complementares podem ser solicitados como diagnóstico diferencial, mas não substituem o início do tratamento. Resposta D

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Mulher com 32 anos de idade procura ginecologista, queixando-se de irregularidade menstrual e dificuldade para engravidar. As menstruações frequentemente atrasam, chegando a ficar 120 dias sem menstruar. Gesta 1, Para 1, com antecedente de diabetes gestacional na primeira gestação, há oito anos. É sedentária, nega tabagismo e etilismo. Refere ter aumentado cerca de 15 Kg desde o parto. Exame físico: presença de acne facial e hirsutismo, além de Acantose nigricans nas axilas e região nugal. Trouxe resultado de ultrassonografia transvaginal mostrando ovários com volume aumentado e presença de mais de doze folículos, medindo 9 mm em ambos os ovários. Com base nos dados apresentados, é correto afirmar que a paciente apresenta risco aumentado para:

- A adenomiose.
- B endometriose pélvica.
- C teratoma maduro de ovário.
- D hiperplasia endometrial. ✓**
- E adenocarcinoma do colo uterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente preenche a síndrome dos ovários policísticos pelos critérios de Rotterdam, que exigem dois de três: oligo ou anovulação (ciclos de até 120 dias e infertilidade), hiperandrogenismo clínico ou laboratorial (acne e hirsutismo) e ovários policísticos à ultrassonografia (mais de doze folículos e volume aumentado). Estão presentes os três, e ainda há o fenótipo metabólico completo, com ganho de 15 kg, sedentarismo, acantose nigricans e antecedente de diabetes gestacional, todos marcadores de resistência insulínica. O risco aumentado que decorre diretamente dessa fisiopatologia é o de hiperplasia endometrial: na anovulação crônica não há corpo lúteo, falta progesterona e o endométrio fica exposto de forma continuada ao estrogênio sem oposição, o que gera proliferação sustentada e, a longo prazo, risco de adenocarcinoma de endométrio. A adenomiose associa-se a multiparidade e cursa com dismenorria e sangramento aumentado, o oposto do padrão de amenorria prolongada. A endometriose pélvica relaciona-se a menstruação retrógrada em ciclos ovulatórios frequentes, cenário inverso ao dessa paciente. O teratoma maduro é neoplasia de células germinativas, sem relação com anovulação ou hiperandrogenismo. O adenocarcinoma de colo uterino depende da infecção persistente pelo HPV, e não do estado hormonal. Resposta D

QUESTÃO 29 — Gabarito E

Homem com 48 anos de idade procura o ambulatório de Clínica Médica para avaliação. Não apresenta história de comorbidades conhecidas prévias, mas é tabagista (20 maços-ano) e tem histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) importante. Nega diabetes, dislipidemia, etilismo, drogadição, acidente vascular cerebral, doença renal prévia, doenças da tireoide, doença arterial coronariana e uso crônico de medicações. No momento, encontra-se assintomático, com pressão arterial (PA) = 145x95 mmHg (medida duas vezes na consulta) e índice de massa corporal de 26,8 Kg/m².

A fundoscopia revelou arteríolas estreitadas, tortuosas e brilhantes (em fio de prata), além de cruzamento arterial patológico. A ausculta cardíaca revelou bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco regular em três tempos, com presença de B4 e frequência cardíaca = 88 bpm. Não havia turgência jugular. A ausculta pulmonar era normal. Não havia edema de membros inferiores. O eletrocardiograma revelou sinais de hipertrofia ventricular esquerda. A dosagem de creatinina e o sumário de urina (Urina I) eram normais. Diante do quadro deste paciente, a meta de PA e a recomendação do tratamento neste momento são, respectivamente: A PA < 140x90; modificação do estilo de vida isolado.

B PA < 130x80; modificação do estilo de vida isolado.

C PA < 140x90; modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso.

D PA < 120x80; modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso.

E PA < 130x80; modificação do estilo de vida e tratamento medicamentoso. EXAME Prova C Ques NACIONAL DE R Cinza stão 30 REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIIOR ESTRANGEI REVA EXAME NAC DE D RAS ALIDA IONAL DE REVA IPLOMAS 10 2013 ALIDAÇÃO MÉDICOS EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 11 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS Menina com 7 anos de idade foi levada para consulta em Unidade Básica de Saúde pela mãe. Apresenta queixa de ganho de peso excessivo nos últimos meses. Após a realização do exame físico, foram registrados os seguintes dados: Peso = 35 kg; Altura = 1,25 m; Pressão Arterial (membro superior direito) = 118x80 mmHg. Após a análise das curvas de crescimento (peso, altura e índice de massa corporal - IMC) e da tabela de pressão arterial, é correto afirmar que os diagnósticos e a conduta inicial recomendada nessa situação são, respectivamente: A obesidade grave e hipertensão; recomenda-se incentivar hábitos de vida saudáveis (atividade física regular e alimentação balanceada) e realizar tratamento farmacológico. B sobrepeso e pressão arterial limítrofe; recomenda-se incentivar hábitos de vida saudáveis (atividade física regular e alimentação balanceada) e rastrear outras comorbidades. C obesidade e hipertensão; recomenda-se seguir plano alimentar com dieta balanceada, atividade física regular e acompanhamento semanal com a equipe de saúde. D sobrepeso e hipertensão; recomenda-se seguir plano alimentar com dieta balanceada, atividade física regular, bem como

restrições de tempo na frente da televisão. E obesidade e pressão arterial limítrofe; recomenda-se seguir plano alimentar com dieta balanceada, atividade física regular e rastrear outras comorbidades. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 12 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a estratificação de risco cardiovascular como determinante da meta pressórica e do momento de iniciar fármaco. A pressão de 145x95 mmHg configura hipertensão estágio 1, que isoladamente permitiria tentar mudanças de estilo de vida antes do medicamento. O que muda a conduta é a presença de lesão de órgão-alvo já instalada: fundoscopia com arteríolas em fio de prata e cruzamento arteriovenoso patológico (retinopatia hipertensiva avançada), hipertrofia ventricular esquerda ao eletrocardiograma e B4 à ausculta, que traduz déficit de complacência do ventrículo hipertrofiado. Somando-se o tabagismo de 20 maços-ano e a história familiar, o paciente é reclassificado como de risco cardiovascular alto, o que impõe tratamento medicamentoso desde o diagnóstico, associado às mudanças de estilo de vida, e meta pressórica mais rigorosa de PA menor que 130x80 mmHg, conforme as diretrizes brasileiras vigentes à época. Qualquer conduta que se limite às mudanças de estilo de vida subestima a lesão de órgão-alvo já documentada e adia o controle em um paciente que já perdeu órgão. Aceitar meta de 140x90 é adequado ao hipertenso de risco baixo ou moderado, não a este. Exigir PA menor que 120x80 é meta não recomendada por diretriz, com risco de hipotensão e de redução da perfusão coronariana em paciente com hipertrofia ventricular. Resposta E

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Mulher com 25 anos de idade deu entrada no Serviço de Emergência, prostrada, com vômitos. Ao exame físico observou-se hipotensão arterial, febre de 39°C, defesa na fossa ilíaca direita, distensão e irritação peritonial difusas. O exame ginecológico e o toque retal evidenciaram a presença de dor no fundo de saco posterior à mobilização do colo uterino. A punho percussão lombar era negativa, bilateralmente.

A melhor abordagem para o caso é: A reposição volêmica; realização de hemograma; solicitação de tomografia computadorizada do abdome para excluir o diagnóstico de pelvi-peritonite.

B reposição volêmica; realização de hemograma; iniciar antibioticoterapia após coleta de sangue para hemocultura e indicar o tratamento cirúrgico. ✓

C reposição volêmica; solicitação de exame de urina, de exames de rotina para abdome agudo; repetir a ultrassonografia e reavaliar periodicamente.

D solicitação de hemograma; realização de exame de urina e ultrassom para fazer o diagnóstico diferencial com ruptura de cisto ovariano.

E reposição volêmica; solicitação de radiografia do abdome inferior e reavaliar.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de abdome agudo inflamatório-infeccioso com repercussão sistêmica, muito provavelmente pelviperitonite por doença inflamatória pélvica complicada, com abscesso tubo-ovariano roto. Sustentam a hipótese a dor à mobilização do colo uterino e no fundo de saco posterior, a defesa em fossa ilíaca direita e a irritação peritoneal difusa; a punho-percussão lombar negativa afasta pielonefrite. O ponto decisivo, porém, é hemodinâmico: hipotensão com febre de 39 graus em paciente prostrada e vomitando caracteriza sepse com hipoperfusão, e nessa situação a prioridade é ressuscitação volêmica, coleta de hemocultura seguida de antibioticoterapia precoce e controle cirúrgico do foco, exatamente a sequência da alternativa oficial. Peritonite difusa com instabilidade é indicação de laparotomia, não de mais exames. Solicitar tomografia para excluir pelviperitonite atrasa o tratamento de uma paciente instável, que não deve sair da sala de emergência. Pedir exames de rotina e repetir ultrassonografia com reavaliação periódica é conduta de observação, incompatível com peritonite difusa e sepse. Investigar diagnóstico diferencial com cisto ovariano roto sem sequer repor volume ignora a instabilidade e a febre alta, que apontam infecção e não sangramento. Radiografia de abdome inferior com reavaliação é exame de baixo rendimento e igualmente protela a conduta definitiva. Resposta B

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Menino com 12 anos de idade comparece para consulta em Unidade Básica de Saúde acompanhado pela mãe. Tem história de asma brônquica. Há dois meses vem apresentando tosse noturna diária, incapacidade de jogar bola e crises de falta de ar pelo menos uma vez ao mês. No exame físico não apresenta alterações na ausculta pulmonar. Atualmente está sem medicação. Qual o tratamento preconizado para esse paciente?

- A Prescrever medicação de alívio, do tipo beta agonista de ação longa, e acompanhar o paciente semanalmente.
- B Prescrever medicação de alívio, do tipo beta agonista de ação longa, e encaminhar para o pneumologista e fisioterapia.
- C Orientar sobre cuidados ambientais e prescrever corticoide inalatório associado a beta agonista de ação longa por quatro semanas.

D Prescrever corticoide inalatório de uso contínuo e um beta agonista de ação curta, conforme necessidade de alívio dos sintomas. ✓

- E Prescrever corticoide inalatório associado a montelucaste diário por doze semanas e indicar fisioterapia respiratória.

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado cobra a classificação de controle da asma e a escolha do tratamento de manutenção. Tosse noturna diária, crises de dispneia mensais e, sobretudo, limitação da atividade física (incapacidade de jogar bola) por dois meses caracterizam asma não controlada e persistente, e o exame físico normal fora da crise não afasta nada, pois a ausculta limpa é a regra no intercrise. Todo asmático persistente precisa de medicação de controle anti-inflamatória, e o corticoide inalatório de uso contínuo é a droga de primeira linha, associado a um beta-2 agonista de ação curta por demanda para alívio, exatamente o que a alternativa oficial propõe, mais orientação sobre controle ambiental e técnica inalatória. Prescrever beta-2 de ação longa como medicação de alívio é erro conceitual e de segurança: essa classe tem início mais lento, nunca é droga de resgate e jamais deve ser usada isolada, sem corticoide inalatório, pelo risco de eventos graves. O mesmo vale para a opção que soma esse erro ao encaminhamento desnecessário, já que a asma persistente moderada é manejada na Atenção Primária. Prescrever a associação por apenas quatro semanas trata a manutenção como curso fechado, quando o controle exige uso contínuo e reavaliação periódica com step up e step down. Associar montelucaste por doze semanas com fisioterapia respiratória escolhe droga de segunda linha e terapia sem indicação para o controle da asma. Resposta D

QUESTÃO 33 — Gabarito E

Primigesta com 20 anos de idade, 18 semanas de gestação, assintomática, vem para mais uma consulta de pré-natal na Unidade Básica de Saúde trazendo resultado de sorologia para toxoplasmose = IgG reagente e IgM reagente. Desconhece história prévia de toxoplasmose.

- A conduta imediata indicada nesta situação é: A repetir sorologia para toxoplasmose no 3.º trimestre de gestação.
- B realizar ultrassonografia obstétrica para avaliação fetal.
- C solicitar exame de PCR no líquido amniótico.
- D iniciar tratamento com espiramicina.

E solicitar teste de avides de IgG. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da interpretação da sorologia para toxoplasmose na gestação. IgG reagente com IgM reagente é o padrão ambíguo por excelência, porque a IgM pode persistir por meses ou até mais de um ano após a infecção, além de gerar falso-positivo, de modo que sua presença não prova infecção aguda. Como a paciente está com 18 semanas e desconhece história prévia, o passo imediato é o teste de avides de IgG, que data a infecção: avides alta indica infecção ocorrida há mais de três a quatro meses, portanto anterior à concepção nessa idade gestacional, com risco fetal desprezível; avides baixa mantém a suspeita de infecção recente e obriga a seguir a investigação. Repetir a sorologia no terceiro trimestre desperdiça a janela em que a datação ainda muda a conduta e atrasa o tratamento se a infecção for aguda. A ultrassonografia obstétrica avalia repercussão fetal tardia, como ventriculomegalia e calcificações, mas não define se houve infecção materna e não pode ser o primeiro passo. A PCR em líquido amniótico é exame invasivo, indicado apenas depois de confirmada a infecção materna aguda e, em geral, após 18 semanas e com intervalo definido da soroconversão. Vale a ressalva de que o ponto é discutível: muitos protocolos iniciam espiramicina imediatamente, enquanto se aguarda o resultado da avides, para reduzir a transmissão vertical. Resposta E

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Mulher com 64 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial há cerca de 20 anos e tabagista (30 maços-ano), em uso de enalapril - 20 mg de 12/12h, foi trazida à Emergência de um hospital terciário com quadro de dor lombar de forte intensidade e início súbito, sem irradiação, que foi acompanhada por síncope, sem pródromos, iniciada há duas horas. Na admissão hospitalar estava consciente, orientada, anictérica, com palidez cutâneo-mucosa. Temperatura axilar = 36 °C, pressão arterial = 70x45 mmHg, frequência cardíaca = 118 bpm, frequência respiratória = 18 irpm. Os exames do aparelho cardiovascular e pulmonar não demonstraram alterações. O abdome apresentava equimoses em ambos os flancos, e era levemente doloroso à palpação em mesogástrio e hipogástrio, com massa pulsátil em região do mesogástrio. Ruídos hidroaéreos presentes. Nos membros inferiores havia redução da temperatura distalmente e bilateralmente e redução da amplitude de todos os pulsos. Os exames laboratoriais iniciais revelaram: Leucócitos = 12.000/mm³ (segmentados = 74%, eosinófilos = 1%, linfócitos = 15%); Hemoglobina = 12,1 g/dL; Hematócrito = 36,3%; Plaquetas = 231.000/mm³; Glicemia = 84 mg/dL (VR = 80-100mg/dL); Ureia = 45 mg/dL (VR = 20-35 mg/dL); Creatinina = 1,2 mg/dL (VR = 0,8-1,4 mg/dL); Amilase = 352 U/L (VR = 4-400 U/L); TGO = 26 U/L (VR < 35 U/L) e TGP = 31 U/L (VR < 35 U/L). Considerando a condição clínica atual da paciente, o exame a ser realizado para confirmação diagnóstica é:

A ultrassonografia abdominal. ✓

- B lavado peritoneal com solução salina.
 - C angiorressonância magnética do abdome.
 - D tomografia computadorizada do abdome.
 - E angiografia aórtica e de membros inferiores.
- EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 13 Prova

Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve ruptura de aneurisma de aorta abdominal, e a questão cobra a escolha do exame em paciente hemodinamicamente instável. Estão reunidos os elementos típicos: mulher de 64 anos, hipertensa de longa data e tabagista pesada, com dor lombar súbita e intensa, síncope sem pródromos, palidez, pressão de 70x45 mmHg, taquicardia de 118 bpm e, ao exame, massa pulsátil em mesogástrio com equimoses de flancos (sinal de Grey-Turner, tradução de hemorragia retroperitoneal) e redução da amplitude de todos os pulsos com esfriamento distal. Note que a hemoglobina ainda normal não tranquiliza, pois na hemorragia aguda a hemodiluição leva horas. Em paciente instável, o exame indicado é o que pode ser feito à beira do leito, em minutos, sem transporte e sem contraste: a ultrassonografia abdominal, que identifica o aneurisma e o líquido livre, bastando para levar a paciente ao centro cirúrgico. O lavado peritoneal é método de trauma abdominal fechado, hoje substituído, e pode ser falsamente negativo em hemorragia retroperitoneal. A angiorressonância exige tempo prolongado e ambiente que impede a monitorização adequada, sendo proibitiva na instabilidade. A tomografia com contraste é o exame de escolha, mas apenas no paciente estável, pois obriga a retirar a paciente da sala de emergência. A angiografia é procedimento invasivo, demorado e voltado ao planejamento endovascular, não à confirmação diagnóstica de urgência. Resposta A

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Rapaz com 15 anos de idade, portador de cirrose biliar primária, com classificação MELD igual a 32, encontra-se na fila de transplantes do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu pai, com 40 anos de idade, saudável, deseja antecipar o transplante.

A orientação adequada para esta situação é: A não há possibilidade de acelerar o transplante, pois o paciente é menor de idade e tem uma avaliação de menor gravidade clínica.

B o transplante somente poderá ser antecipado se houver um doador com morte cerebral comprovada e consentimento da família.

C o transplante poderá ser acelerado, pois o quadro clínico do paciente é grave e a doação intervivos pelo pai é consentida. ✓

D em hipótese alguma o transplante poderá ser antecipado, pois, para a fila do SUS, os critérios são bem definidos e éticos.

E o transplante poderá ser antecipado somente com doador falecido HLA idêntico ou semi-idêntico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de bioética e legislação de transplantes, tendo como pano de fundo a Lei n.º 9.434/1997 e a gravidade clínica do receptor. O MELD igual a 32 indica doença hepática avançada, com alta mortalidade em lista de espera, ou seja, o paciente não tem sobra de tempo. O ponto central é que o transplante hepático admite doador vivo, com doação de segmento do fígado, e a lei permite expressamente a doação entre parentes consanguíneos até o quarto grau, o que abrange o pai; exige-se doador maior de idade, juridicamente capaz, em bom estado de saúde e com consentimento livre e esclarecido, tudo satisfeito por um pai de 40 anos e saudável. Dizer que nada pode ser feito por ser o paciente menor de idade confunde as figuras: a restrição etária recai sobre o doador, não sobre o receptor, e um MELD de 32 é justamente o oposto de menor gravidade. Condicionar a antecipação a doador com morte encefálica e consentimento familiar descreve apenas a via do doador falecido e ignora a modalidade intervivos. Afirmar que em hipótese alguma se pode antecipar transforma a fila em regra absoluta, quando a própria legislação prevê a doação intervivos fora dela. Exigir doador falecido HLA idêntico ou semi-idêntico aplica ao fígado um critério de histocompatibilidade próprio de outros transplantes, como o de medula óssea. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito E

Criança com 11 anos de idade, frequentando o quarto ano do ensino fundamental, é encaminhada ao pediatra pela escola por apresentar indisciplina e problemas de aprendizagem. A diretora solicita encaminhamento para o neurologista, psicólogo e oftalmologista. Na consulta em Unidade Básica de Saúde, a mãe conta que a classe da criança já teve três trocas de professora no ano corrente, e que em casa a criança é muito esperta e cuida do irmão de 5 anos, no horário em que ela está trabalhando. Levando em consideração a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Movimento de Luta Antimanicomial e a Política Nacional de Saúde Mental, a conduta adequada é:

- A valorizar o prejuízo que a criança já tem em decorrência do atraso na escolarização, instituindo tratamento clínico para transtorno de hiperatividade e déficit de atenção com ritalina e psicoterapia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).
- B prevenir a piora do quadro e a possibilidade de internação em hospital psiquiátrico por intermédio da pronta referência do caso ao psiquiatra, antes que ocorra recrudescimento e seja imperioso o tratamento manicomial.
- C agendar os procedimentos ambulatoriais requisitados, em cumprimento ao princípio da intersetorialidade da Lei n.º 8.080/1990, com cobertura pelo benefício financeiro do Programa "De Volta Para Casa".
- D acionar o Conselho Tutelar mediante denúncia de bullying e assédio moral da escola contra a criança, pela repetência serial e tentativa de culpabilizar a vítima pelo próprio agravo sofrido.

E orientar a mãe a respeito da possibilidade de o comportamento da criança dever-se a situações sociais do entorno escolar e/ou doméstico, e viabilizar contato da Equipe de Saúde da Família com a escola. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a crítica à medicalização do fracasso escolar, tema central da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Saúde Mental, que deslocam o cuidado do diagnóstico individualizante para a leitura do contexto e para o trabalho em rede. Os dados da vinheta apontam causas ambientais e sociais, não doença: a turma teve três trocas de professora no ano corrente, o que compromete o vínculo e a continuidade pedagógica, e em casa a criança é descrita como esperta e assume o cuidado do irmão de 5 anos enquanto a mãe trabalha, revelando sobrecarga e responsabilidade incompatíveis com a idade. A conduta coerente é acolher a mãe, apontar que o comportamento pode decorrer dessas situações e articular a Equipe de Saúde da Família com a escola, exercendo o cuidado territorial e intersetorial. Instituir metilfenidato e psicoterapia em CAPS transforma um problema pedagógico e social em transtorno, sem que os critérios de TDAH tenham sido investigados em mais de um ambiente. Encaminhar ao psiquiatra para prevenir internação parte da premissa manicomial que a reforma justamente combate. Agendar de imediato todos os encaminhamentos pedidos pela diretora terceiriza a avaliação clínica e invoca indevidamente o Programa De Volta Para Casa, destinado a egressos de longa internação psiquiátrica. Acionar o Conselho Tutelar como denúncia de bullying da escola desloca o caso para o enfrentamento, quando o que se impõe é a articulação com a instituição. Resposta E

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Menino com 12 anos de idade é trazido pelo pai ao Ambulatório de Pediatria. Na história apresenta febre e dor intensa nas articulações do joelho há uma semana, a qual passou a acometer cotovelos e punhos. Há três semanas apresentou infecção de garganta (sic) tratada com amoxicilina. Ao exame, apresenta temperatura axilar = 38,4 °C; frequência cardíaca = 132 bpm; estado geral comprometido; dispneia leve que piora com o decúbito. A ausculta cardíaca mostra sopro holossistólico, de média intensidade, mais audível em ápice, irradiando-se para a axila; 3.ª bulha audível. Diante do quadro de alta suspeita diagnóstica de febre reumática, qual a medicação a ser prescrita nesse momento?

- A Ibuprofeno.
- B Diclofenaco.
- C Naproxeno.

D Prednisona. ✓

E Ácido Acetil Salicílico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de febre reumática com cardite grave, e a questão pergunta o anti-inflamatório adequado a essa apresentação. A cronologia é típica: faringoamigdalite três semanas antes, seguida de poliartrite migratória de grandes articulações (joelhos, depois cotovelos e punhos) e febre, preenchendo critérios de Jones com envolvimento cardíaco. O que define a escolha terapêutica é a gravidade da cardite: sopro holossistólico em ápice com irradiação para a axila indica insuficiência mitral, a terceira bulha e a taquicardia de 132 bpm somadas à dispneia que piora com o decúbito traduzem insuficiência cardíaca instalada. Nessa situação, a recomendação é corticoterapia, com prednisona em dose de ataque e retirada gradual, e não anti-inflamatório não hormonal. Ibuprofeno, diclofenaco e naproxeno são opções válidas para o controle da artrite na febre reumática sem cardite ou com cardite leve, mas não têm o efeito anti-inflamatório necessário na cardite moderada a grave com repercussão hemodinâmica. O ácido acetilsalicílico é a droga clássica para a artrite e para as formas sem cardite significativa, e cai pelo mesmo motivo, além de acrescentar risco gastrointestinal e de sangramento nessa faixa etária. Lembre-se ainda de que qualquer anti-inflamatório é apenas sintomático e não substitui a erradicação do estreptococo com penicilina benzatina, seguida da profilaxia secundária.

Resposta D

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Mulher com 35 anos de idade, G2 P1 (parto vaginal há 4 anos), 41 semanas e 2 dias de idade gestacional (corrigida por ultrassonografia realizada no primeiro trimestre), vem à Unidade Básica de Saúde para mais uma consulta de pré-natal. Refere dor nas costas e cansaço. Nega contrações, disúria, perda líquida ou sangramento vaginal. Relata boa movimentação fetal. Ao exame: pressão arterial = 100x60 mmHg, peso = 68 kg, altura uterina = 34 cm, batimentos cardíofetais = 140 bpm, ausência de dinâmica uterina. Toque vaginal = colo grosso, centrado, 2 cm de dilatação, apresentação cefálica.

A conduta indicada é: A dar alta do pré-natal e orientar a paciente a procurar a Maternidade quando apresentar sintomas do trabalho de parto.

B encaminhar para a Maternidade para avaliação da vitalidade fetal e indução do parto. ✓

C orientar controle da movimentação fetal e aguardar o trabalho de parto espontâneo.

D agendar nova consulta em 7 dias e orientar sinais e sintomas do trabalho de parto.

E solicitar ultrassonografia obstétrica e agendar nova consulta em 7 dias. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 14 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o manejo da gestação que ultrapassa 41 semanas, com idade gestacional confiável porque foi corrigida por ultrassonografia de primeiro trimestre. A partir de 41 semanas completas a morbimortalidade perinatal cresce de forma consistente por senescência placentária, oligoidrâmnio, eliminação de mecônio e macrosomia, de modo que a conduta expectante deixa de ser segura e a resolução passa a ser indicada. Por isso a alternativa correta é encaminhar à Maternidade para avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia, índice de líquido amniótico, perfil biofísico) e indução do parto. O caso ainda favorece essa conduta: o colo já está centrado e com 2 cm de dilatação, apresentação cefálica, ou seja, condições cervicais razoáveis para indução em gestante de baixo risco. Dar alta do pré-natal e apenas orientar sinais de trabalho de parto abandona a gestante justamente na janela em que ela precisa de vigilância. Orientar controle de movimentação fetal e aguardar trabalho de parto espontâneo é conduta de 40 semanas, não de 41 e 2 dias. Agendar retorno em 7 dias empurraria a paciente para 42 semanas e 2 dias, faixa de risco claramente aumentado. Solicitar ultrassonografia e reavaliar em uma semana comete o mesmo erro de postergar, além de trocar avaliação de vitalidade em ambiente hospitalar por exame isolado ambulatorial. Resposta B

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Mulher com 68 anos de idade foi trazida à Emergência por apresentar quadro de febre de até 39°C, mialgias, cefaleia, tosse seca, dispneia e piora do estado geral há três dias, com piora nas últimas seis horas. Ao exame encontra-se acordada, orientada, com frequência respiratória = 30 irpm, pressão arterial = 100x60 mmHg, frequência cardíaca = 115 bpm, oximetria digital = 86%, em ar ambiente. Sem outras alterações ao exame físico. A radiografia de tórax mostra infiltrado intersticial bilateral. A paciente foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva, em quarto privativo, e foi iniciada reposição volêmica. Qual a conduta inicial indicada para esta paciente?

A Iniciar oxigenioterapia, colher três amostras de hemocultura aeróbia e iniciar azitromicina.

B Colher secreção respiratória para PCR viral, prescrever oxigenioterapia e oseltamivir. ✓

C Iniciar ventilação mecânica não invasiva, colher material para exame bacteriológico e iniciar oseltamivir.

D Iniciar ventilação mecânica invasiva com circuito fechado como medida de isolamento respiratório e prescrever zanamivir.

E Colher material para PCR para H1N1 e prescrever medidas de suporte, já que a paciente apresenta sintomas há mais de 48 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome respiratória aguda grave com forte suspeita de influenza: febre alta, mialgia, cefaleia, tosse seca e dispneia com evolução em três dias, taquipneia de 30 irpm, saturação de 86% em ar ambiente e infiltrado intersticial bilateral na radiografia. A conduta inicial preconizada pelo protocolo do Ministério da Saúde é colher secreção de nasofaringe para pesquisa viral (RT-PCR), garantir oxigenioterapia para corrigir a hipoxemia e iniciar oseltamivir empiricamente, sem esperar o resultado do exame, porque em caso grave o antiviral precoce reduz mortalidade. Colher três hemoculturas e prescrever apenas azitromicina trata a hipótese bacteriana e deixa a influenza descoberta, além de retardar o antiviral. Iniciar de imediato ventilação não invasiva não é a primeira medida: começa-se por oxigenioterapia, e a paciente está acordada, orientada e sem sinais de fadiga ventilatória. Ventilação mecânica invasiva como estratégia de isolamento respiratório não tem indicação clínica alguma, e zanamivir inalatório é justamente o antiviral que não se usa no paciente grave, pelo risco de broncoespasmo e pela impossibilidade de uso sob ventilação. Por fim, dizer que só cabem medidas de suporte porque os sintomas passam de 48 horas é o erro clássico: nos casos graves o oseltamivir é indicado independentemente do tempo de início dos sintomas. Resposta B

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Homem de 22 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde de seu bairro com náuseas, vômitos e “caroço doloroso na virilha”. Informa que há três anos essa massa aparece quando faz esforço e desaparece ao deitar-se, mas desta vez vem se mantendo há dois dias. Ao exame físico: paciente em bom estado geral e aumento de volume na região inguinal e do escroto direito, com dor à palpação.

A conduta a ser adotada pelo médico da Unidade é: A administração de relaxante muscular, colocando o paciente em posição de Trendelenburg, com tentativa de redução do volume.

B encaminhamento do paciente ao Serviço de Urgência do Hospital com o pedido de avaliação imediata do cirurgião. ✓

C tentativa de redução manual do aumento de volume da região inguinoscrotal para a cavidade abdominal.

D transiluminação do escroto para tentar diferenciar hérnia inguinal de hidrocele comunicante.

E prescrição de antiemético e solicitação de ecografia da região inguinoscrotal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve uma hérnia inguinoescrotal que se comportava como redutível há três anos e que agora está irreductível há dois dias, dolorosa e acompanhada de náuseas e vômitos, ou seja, hérnia encarcerada com sinais de obstrução intestinal e risco de estrangulamento. Encarceramento com repercussão sistêmica é urgência cirúrgica, e o médico da Unidade Básica de Saúde deve encaminhar imediatamente ao serviço de urgência para avaliação do cirurgião, porque a alça pode estar isquêmica e o retardo aumenta a chance de necrose, ressecção intestinal e peritonite. Administrar relaxante muscular e tentar redução em Trendelenburg, assim como tentar a redução manual, são condutas proscritas nesse cenário: com dois dias de encarceramento e vômitos, existe risco real de redução em massa, isto é, devolver à cavidade uma alça já inviável, transformando um problema visível em uma perfuração intra-abdominal silenciosa. A transiluminação do escroto não muda a decisão e é irrelevante diante de um paciente com sinais obstrutivos, além de não diferenciar hérnia encarcerada de hidrocele com segurança. Prescrever antiemético e pedir ecografia apenas mascara o sintoma e adia por horas uma conduta que é cirúrgica desde o primeiro atendimento. Resposta B

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Maquinista de ferrovia, com 36 anos de idade, comparece à Unidade Básica de Saúde com história de lombalgia há seis meses, de início insidioso, com piora progressiva e, mais recentemente, irradiação para o membro inferior esquerdo. Ao exame, notam-se discreta claudicação, supradesnívelamento da escápula esquerda, contratura muscular subescapular e lombar ipsilateral, limitação da flexo-extensão da coluna, com retorno lento à ortostase após fâcies de dor. O sinal de Lasègue é positivo. Perguntado sobre suas atividades profissionais, informa que trabalha em ambiente muito quente (próximo à caldeira da locomotiva) e ruidoso, e que a sua tarefa mais frequente é alimentar a caldeira com movimentos repetidos, quando permanece com o tronco abaixado. Sobre a responsabilidade de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) neste caso, é correto afirmar que:

A o médico da Unidade Básica de Saúde deve emitir a CAT. ✓

B o médico da Unidade Básica de Saúde deve elaborar relatório detalhado, que permita ao médico do trabalho da ferrovia emitir a CAT.

C o médico do trabalho da ferrovia já teria emitido a CAT, se houvesse indicação, portanto o médico da Unidade Básica de Saúde nada tem a acrescentar.

D a emissão da CAT pode ser assumida pelo médico da Unidade Básica de Saúde, desde que uma ressonância nuclear magnética comprove patologia discal lombar ocupacional.

E o perito médico previdenciário do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é competente para emitir a CAT, e o médico da Unidade Básica de Saúde deve elaborar relatório para encaminhamento à Previdência Social.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 15 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da competência para emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho diante de uma lombociatalgia com nexó ocupacional evidente: movimentos repetidos com tronco fletido para alimentar a caldeira, quadro insidioso de seis meses com irradiação para o membro inferior e Lasègue positivo. Pela Lei 8.213/91, a empresa é a responsável formal pela comunicação, mas, na sua falta, a CAT pode ser emitida pelo próprio segurado, seus dependentes, a entidade sindical, a autoridade pública ou o médico assistente. O médico da Unidade Básica de Saúde é o médico assistente e, portanto, tem legitimidade e dever de emitir a CAT, garantindo ao trabalhador o registro do agravo e o acesso aos benefícios acidentários. Limitar-se a redigir relatório para que o médico do trabalho da ferrovia emita a CAT transfere indevidamente uma atribuição que o assistente já possui e submete o trabalhador ao interesse do empregador. Presumir que o médico do trabalho já teria emitido a CAT se houvesse indicação é justamente a lógica que produz a subnotificação dos acidentes e doenças ocupacionais. Condicionar a emissão a uma ressonância magnética é erro conceitual: a CAT é instrumento de comunicação epidemiológica e previdenciária, não depende de confirmação por imagem nem de estabelecimento definitivo do nexó. E o perito do INSS não emite CAT; ele avalia o nexó e concede o benefício depois que a comunicação já foi feita. Resposta A

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Homem com 64 anos de idade, portador de hipertensão arterial e diabetes há mais de 20 anos, procurou Serviço de Urgência com queixas de dispnéia aos médios esforços, que progrediu para dispnéia aos pequenos esforços, além de dispnéia paroxística noturna, surgimento de edema de membros inferiores, mole, frio e ascendente e também palpitações, há cerca de dois dias. O paciente refere que havia interrompido o uso das medicações de uso crônico há 30 dias e consumido álcool e comida em excesso há três dias. Nega dor precordial. O exame físico mostrou paciente em regular estado geral, consciente e orientado, levemente taquipneico em repouso. Temperatura axilar = 36 °C, pressão arterial = 135x75 mmHg, frequência cardíaca = 122 bpm, frequência respiratória = 22 irpm, glicemia capilar = 321 mg/dL.

A ausculta cardíaca revelou bulhas normofonéticas, ritmo cardíaco irregular em três tempos, com presença de B3, com frequência cardíaca de 122 bpm, com sopro sistólico de regurgitação tricúspide. Turgência jugular a 45.º presente. A ausculta pulmonar evidenciou estertores crepitantes em bases. Nos membros inferiores havia edema 2+/4+, mole, frio e indolor. O paciente trazia ecocardiograma realizado há três meses com os seguintes achados: aumento das câmaras cardíacas, hipertrofia concêntrica de ventrículo esquerdo, insuficiência tricúspide moderada e fração de ejeção de 35%. O eletrocardiograma da admissão atual é reproduzido abaixo. Com base nos dados apresentados, pode-se afirmar que: A a arritmia do paciente se deve à descompensação da insuficiência cardíaca e não é necessário tratamento específico.

B a insuficiência cardíaca se deve a uma arritmia aguda e o paciente deve ser submetido à cardioversão elétrica imediata.

C o paciente deve ser submetido à anticoagulação com heparina e reversão química imediata da arritmia com amiodarona.

D o paciente deve receber digoxina para controle da frequência cardíaca e heparina de baixo peso molecular para anticoagulação. ✓

E o paciente deve ser internado na Unidade de Terapia Intensiva e receber furosemida, morfina, ventilação não invasiva e dobutamina. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 16 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de insuficiência cardíaca crônica descompensada, em paciente com fração de ejeção de 35%, hipertenso e diabético de longa data, que suspendeu as medicações há 30 dias e cometeu excessos alimentares e alcoólicos. O ritmo irregular com frequência de 122 bpm aponta fibrilação atrial de alta resposta como fator descompensador, e o perfil hemodinâmico é quente e úmido: congestão pulmonar e sistêmica (B3, turgência jugular, crepitações, edema) com pressão arterial preservada em 135x75 mmHg e boa perfusão. Nesse contexto, a conduta correta é controlar a frequência e anticoagular, e a digoxina é a droga de escolha para controle de frequência na fibrilação atrial com disfunção ventricular sistólica e congestão, associada à heparina de baixo peso molecular pelo risco tromboembólico. A alternativa A não propõe conduta alguma: apenas reproduz os achados do exame físico e do ecocardiograma prévio, funcionando como complemento da vinheta. Cardioversão elétrica imediata só se justifica na fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica, o que não é o caso de um paciente normotenso, consciente e sem dor precordial. Reversão química imediata com amiodarona é insegura porque não se sabe há quanto tempo a arritmia está instalada, e cardioverter arritmia com mais de 48 horas sem anticoagulação adequada ou ecocardiograma transesofágico é convite ao embolismo. Furosemida, morfina, ventilação não invasiva e dobutamina compõem o pacote do edema agudo de pulmão e do baixo débito, e a dobutamina em particular está reservada ao paciente hipotenso ou hipoperfundido, perfil que este paciente não apresenta. Resposta D

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Menina com 3 anos de idade é admitida na Enfermaria de um hospital regional, no interior do estado, por apresentar, há três semanas, dor na região lateral do pescoço, com adenomegalia cervical bilateral, febre e queda do estado geral. Fez uso de anti-inflamatório não hormonal, tendo diminuído o desconforto, mas persistido a adenomegalia à direita, a febrícula e a inapetência. O exame físico mostra cadeias ganglionares cervicais bilateralmente palpáveis, sendo que, à direita, palpa-se massa de consistência elástica, com aproximadamente 1 cm em seu maior diâmetro, levemente dolorosa. Há, neste mesmo lado, nodulação em região supraclavicular, indolor, com aproximadamente 0,8 cm em seu maior diâmetro. Hemograma: hemácias = $3.5 \times 10^{12}/\text{mm}^3$; hematócrito = 32%; hemoglobina = 10,4g%; leucograma: 16.000 leucócitos/ mm^3 - linfócitos: 65%; linfócitos atípicos: 32%.

A principal justificativa de transferência dessa criança para avaliação imediata com especialista é: A febre e adenomegalia persistentes.

B presença de nodulação supraclavicular. ✓

C dor à palpação de cadeia ganglionar cervical.

D hemograma com atipia linfocitária exagerada.

E consistência elástica de gânglio cervical à palpação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o reconhecimento de sinais de alarme numa linfadenomegalia cervical da infância. A imensa maioria das adenomegalias em crianças é reativa a infecções, e o hemograma aqui, com linfocitose e 32% de linfócitos atípicos, aponta fortemente para quadro viral, tipo mononucleose. O que muda o patamar do caso é a nodulação supraclavicular: gânglio nessa topografia é considerado sempre patológico, porque drena o mediastino e o abdome e tem altíssima associação com neoplasia, especialmente linfoma na faixa etária pediátrica. É esse achado, portanto, que justifica a transferência imediata para avaliação com especialista e investigação com imagem de tórax e biópsia. Febre e adenomegalia persistentes por três semanas são frequentes em infecções virais e bacterianas subagudas e, isoladamente, não caracterizam urgência oncológica. Dor à palpação da cadeia cervical fala a favor de processo inflamatório ou infeccioso, não de malignidade, que costuma ser indolor. A atipia linfocitária exagerada é o achado esperado da infecção viral aguda e não indica leucemia, sobretudo porque não há blastos, plaquetopenia ou neutropenia descritos. Consistência elástica é justamente a característica do gânglio benigno ou reacional; o que preocupa é o gânglio endurecido, pétreo e aderido. Resposta B

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Mulher com 25 anos de idade procura Unidade Básica de Saúde para exame ginecológico de rotina. Relata ter iniciado atividade sexual há seis anos e já ter tido quatro parceiros sexuais. Não há alterações visíveis ao exame especular. Nessa oportunidade a paciente é submetida pela primeira vez ao exame de colpocitologia oncológica. Após um mês, retorna com resultado da citologia, que revela a presença de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (HPV e NIC I).

A conduta mais apropriada para essa paciente é a realização de: A conização cervical.

B colpocitologia oncológica em seis meses. ✓

C colposcopia e biópsia dirigida.

D eletrocauterização do colo uterino.

E pesquisa de HPV por método de biologia molecular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de rastreamento de câncer de colo uterino com resultado de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau em mulher de 25 anos, sem alterações ao exame especular. A lesão de baixo grau corresponde à expressão citológica da infecção pelo HPV e tem altíssima taxa de regressão espontânea, especialmente em mulheres jovens com sistema imune competente. Por isso a recomendação das Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero é repetir a colpocitologia em seis meses; se o segundo exame vier normal, retorna-se à rotina, e se mantiver a alteração, aí sim se encaminha para colposcopia. Colposcopia com biópsia dirigida de imediato é conduta de citologia de alto grau, de células escamosas atípicas que não excluem lesão de alto grau ou de lesão de baixo grau persistente, e nesse momento apenas geraria intervenção desnecessária. Conização cervical é procedimento excisional diagnóstico e terapêutico reservado a lesões de alto grau ou suspeita de invasão, e em uma jovem nulípara acrescenta risco obstétrico futuro sem benefício. Eletrocauterização do colo destrói tecido sem diagnóstico histológico prévio, o que é inaceitável em rastreamento. Pesquisa molecular de HPV não altera a conduta neste protocolo e seria previsivelmente positiva, já que a própria citologia denuncia a infecção viral. Resposta B

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Homem com 42 anos de idade, vendedor ambulante, foi admitido para emprego formal no comércio e procura a Unidade Básica de Saúde para saber como deve proceder com relação a uma alteração identificada nos exames admissionais, reproduzida na radiografia de tórax mostrada acima. À anamnese, refere tosse seca há mais de seis meses, constante, diária, nunca tratada. Nega febre, dispneia, hemoptise e perda de peso. Não apresenta outras queixas. É portador de hipertensão arterial, controlada com hidroclorotiazida. É fumante, com uma carga tabágica de 20 maços/ano, há 22 anos. Apresenta como antecedente familiar um irmão com tuberculose pulmonar tratada no ano passado. Nega outros antecedentes patológicos ou história familiar de doença. O exame físico é normal.

A conduta mais apropriada para este paciente, neste momento, é: A iniciar tratamento de prova para tuberculose.

B solicitar tomografia computadorizada. ✓

C cessar tabagismo e observar.

D repetir radiografia do tórax.

E iniciar tratamento com macrolídeo. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 17 Prova Cinza
REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne alteração radiológica em exame admissional, tosse seca diária há mais de seis meses e tabagismo de 20 maços-ano em homem de 42 anos, com exame físico normal. O ponto cobrado é que uma imagem torácica anormal em fumante de carga significativa e sintoma respiratório persistente exige caracterização precisa da lesão, e a tomografia computadorizada é o exame que define tamanho, densidade, contornos, presença de escavação, linfonodomegalia e demais achados que orientam se a próxima etapa é seguimento, investigação de tuberculose ou biópsia. Iniciar tratamento de prova para tuberculose apenas pelo contato familiar seria precipitado: não há febre, sudorese, hemoptise nem perda ponderal, e o diagnóstico de tuberculose deve ser buscado com baciloscopia ou teste rápido molecular de escarro, nunca presumido a partir de um raio-x. Cessar o tabagismo é fundamental como medida de saúde, mas observar sem investigar retarda o diagnóstico de uma possível neoplasia pulmonar, principal preocupação nesse perfil. Repetir a radiografia de tórax apenas repete um exame de baixa resolução que já mostrou a alteração e não acrescenta informação. Iniciar macrolídeo pressupõe pneumonia bacteriana ou atípica, hipótese incompatível com seis meses de tosse seca, ausência de febre e exame físico normal. Resposta B

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Paciente secundigesta, na 35.^a semana de gestação, relata diminuição de movimentos fetais. Informa ainda gestação anterior interrompida na 36.a semana por pré-eclâmpsia. Ao exame, PA = 120 x 80 mmHg, altura uterina = 30 cm, batimentos cardíofetais = 140 bpm, dinâmica uterina ausente. Feto em apresentação cefálica, com dorso à esquerda. Toque vaginal = colo longo, posterior e impérvio. Diante destes dados, a conduta a ser tomada é:

A realizar acompanhamento ecográfico quinzenal para avaliação do volume do líquido amniótico e maturidade placentária.

B indicar cesárea imediatamente, justificada pelo quadro de restrição de crescimento intrauterino e sofrimento fetal crônico.

C realizar avaliações clínico-obstétricas semanais, com medida da altura uterina e circunferência abdominal, pressão arterial e ganho de peso maternos, além de registro diário dos movimentos fetais. ✓

D realizar seguimento mensal com medidas seriadas da altura uterina, desde que ausentes alterações maternas como hipertensão arterial e diabetes.

E aguardar até a 38.^a semana para avaliação das condições obstétricas; realizar a indução do parto, se favoráveis; ou indicar cesárea, se desfavoráveis.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta apresenta gestante de 35 semanas com queixa de diminuição dos movimentos fetais e antecedente de pré-eclâmpsia que motivou interrupção com 36 semanas na gestação anterior, o que a classifica como gestação de risco. Ao exame, no entanto, não há nada que indique intervenção imediata: pressão arterial normal em 120x80 mmHg, batimentos cardíacos de 140 bpm, altura uterina de 30 cm compatível com a idade gestacional, ausência de dinâmica e colo impérvio. A conduta apropriada é intensificar a vigilância clínica, com avaliações obstétricas semanais, medida seriada de altura uterina e circunferência abdominal, controle de pressão arterial e ganho ponderal maternos e registro diário dos movimentos fetais pela gestante, o mobilograma, que é o método mais simples e disponível de vigilância da vitalidade na atenção básica. Acompanhamento apenas ecográfico quinzenal deixa de lado o exame clínico materno, e grau de maturidade placentária não é parâmetro válido de vitalidade fetal. Indicar cesárea imediata é inaceitável porque não há restrição de crescimento nem sofrimento fetal documentados, e submeteria um prematuro tardio a nascimento sem indicação. Seguimento mensal é claramente insuficiente para uma gestante de risco no terceiro trimestre que já relata redução de movimentos. Aguardar passivamente até a 38.^a semana ignora que o antecedente de pré-eclâmpsia prévia impõe vigilância ativa no intervalo, justamente quando a doença costuma recorrer. Resposta C

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Homem com 50 anos de idade foi atendido no ambulatório de Clínica Médica por apresentar dor epigástrica em queimação pós-prandial, de moderada intensidade. Informa que, ocasionalmente, acorda durante a noite por causa da dor. O exame físico é sem alterações. O paciente foi submetido a endoscopia digestiva alta que revelou pequena ulceração em bulbo duodenal, de aspecto endoscópico benigno e teste da urease positivo.

A conduta terapêutica indicada para o paciente é prescrever: A pantoprazol, tetraciclina e metronidazol por 14 dias.

B lansoprazol, metronidazol e amoxicilina por 21 dias.

C rabeprazol por 21 dias, tetraciclina e levofloxacina por 15 dias.

D omeprazol por 28 dias e claritromicina e amoxicilina por 14 dias. ✓

E esomeprazol, levofloxacina e claritromicina por 14 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descreve úlcera duodenal com teste da urease positivo, ou seja, doença ulcerosa péptica associada a *Helicobacter pylori*, situação em que a erradicação do agente é obrigatória, porque reduz drasticamente a recidiva e a chance de complicação hemorrágica. O esquema de primeira linha no Brasil é a terapia tríplice com inibidor de bomba de prótons associado a claritromicina e amoxicilina, e, na doença ulcerosa, o inibidor de bomba é mantido por período mais prolongado, quatro a oito semanas, para garantir a cicatrização da lesão. É exatamente isso que a alternativa correta descreve: omeprazol por 28 dias com claritromicina e amoxicilina pelo período do esquema de erradicação. Pantoprazol com tetraciclina e metronidazol reproduz de forma incompleta o esquema quádruplo, que exige o sal de bismuto para funcionar, e não é primeira linha. A combinação de metronidazol com amoxicilina por 21 dias não é o regime recomendado e tem taxa de erradicação inferior, além de duração fora do padrão. Rabeprazol com tetraciclina e levofloxacina não corresponde a nenhum esquema validado. Levofloxacina com claritromicina também não é regime aceito: a levofloxacina pertence aos esquemas de resgate, indicados após falha terapêutica, e não se associa à claritromicina. Resposta D

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Homem com 25 anos de idade chega ao Setor de Emergência de hospital público de grande porte após ser atingido pela explosão de um rojão de fogos de artifício, 40 minutos atrás. Apresenta-se consciente, porém agitado, taquipneico, com fâcies de dor forte, frequência cardíaca = 130 bpm e pressão arterial = 130x90 mmHg. Saturação de O₂ (pelo oxímetro de pulso) = 95%. Ao exame inicial observa-se vasta queimadura de terceiro grau na mão, no membro superior esquerdo e na região anterior do tronco, queimadura de segundo grau no membro inferior esquerdo e na cabeça (couro cabeludo). O médico de plantão resolveu transferir o paciente para um centro especializado no tratamento de queimados.

A intervenção mais importante a ser realizada, antes da transferência a fim de minimizar os riscos de agravamento do quadro, é: A garantir permeabilidade de via aérea com entubação orotraqueal.

B administrar antibioticoterapia profilática e vacina antitetânica.

C envolver as áreas lesionadas com compressas úmidas.

D puncionar acesso venoso e iniciar reposição volêmica. ✓

E prescrever analgésicos fortes e ansiolíticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente é um grande queimado, com queimaduras de terceiro grau em mão, membro superior esquerdo e tronco anterior, somadas a lesões de segundo grau em membro inferior esquerdo e couro cabeludo, e já se apresenta taquicárdico com 130 bpm quarenta minutos após o trauma. Em queimaduras extensas, a perda de plasma pela lesão da barreira cutânea e o aumento da permeabilidade capilar geram choque hipovolêmico nas primeiras horas, e o que efetivamente muda desfecho antes de uma transferência é obter acesso venoso calibroso e iniciar reposição volêmica com cristalóide, guiada pela superfície corporal queimada, no modelo da fórmula de Parkland. Intubar profilaticamente não se justifica: o paciente está consciente, falando, com saturação de 95% e sem sinais de lesão de via aérea, como queimadura de face, vibrissas chamuscadas, rouquidão, estridor ou escarro carbonáceo, embora esse risco deva permanecer sob vigilância durante o transporte. Antibiótico profilático sistêmico não é recomendado no queimado, pois seleciona flora resistente sem reduzir infecção; a vacina antitetânica é adequada, mas não é a intervenção que impede a deterioração nas próximas horas. Envolver as lesões com compressas úmidas favorece hipotermia, complicação temida no grande queimado, e o correto é usar campos secos e limpos com aquecimento do paciente. Analgesia potente é obrigatória e o paciente está com dor intensa, mas o analgésico não previne o choque, que é a ameaça imediata à vida. Resposta D

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Homem com 76 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca terminal e doença coronariana, é acompanhado pelo médico da Equipe de Saúde da Família há dois anos, com visitas domiciliares periódicas. Durante o seu turno de trabalho na Unidade de Saúde da Família, os familiares procuram o médico e informam que o paciente acabara de falecer em seu domicílio. O procedimento em relação à emissão da declaração de óbito e ao preenchimento da causa básica do óbito é:

A preencher a declaração e entregar aos familiares, identificando insuficiência cardíaca congestiva como causa básica do óbito.

B acionar o IML (Instituto Médico Legal); o legista deverá declarar “falência múltipla de órgãos” como causa básica do óbito.

C acionar o SVO (Sistema de Verificação de Óbitos); o legista deverá declarar insuficiência coronariana como causa básica do óbito.

D acompanhar os familiares ao domicílio e constatar o óbito o mais breve possível; declarar miocardiopatia isquêmica como causa básica do óbito. ✓

E acionar o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); o médico deverá declarar “causa da morte desconhecida” como causa básica do óbito. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 18 Prova

Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra dois conceitos distintos: quem pode atestar o óbito e o que é causa básica. Trata-se de morte natural, domiciliar, em paciente com insuficiência cardíaca terminal e doença coronariana acompanhado há dois anos pelo médico da Equipe de Saúde da Família, ou seja, existe médico assistente, com histórico clínico documentado, e é ele quem deve constatar o óbito e emitir a declaração. Além disso, causa básica é a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos que levou à morte, e não o evento terminal; nesse caso, é a miocardiopatia isquêmica, decorrente da doença coronariana, que explica a insuficiência cardíaca e o desfecho. Preencher a declaração colocando insuficiência cardíaca congestiva como causa básica inverte a lógica da cadeia causal, pois a insuficiência é consequência da isquemia, e ainda há o problema de emitir o documento sem constatar pessoalmente o óbito. Acionar o Instituto Médico Legal é reservado às mortes violentas ou suspeitas, o que não se aplica a uma morte esperada por doença crônica, e falência múltipla de órgãos não é causa básica aceitável. O Serviço de Verificação de Óbitos destina-se a mortes naturais sem assistência médica ou de causa mal definida, situação que não é a deste paciente, que tinha médico assistente. Acionar o SAMU e registrar causa de morte desconhecida seria admitir ignorância sobre um paciente longitudinalmente acompanhado, o que compromete a qualidade da informação em saúde e a estatística de mortalidade.

Resposta D

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Lactente com dois meses de idade foi levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde com história de estar muito apático nas últimas horas. Ao exame físico o médico observa que a criança está hipotônica, hiporresponsiva, apresentando livedo reticular, palidez e cianose de extremidades. Ao ser questionada pelo médico sobre os últimos acontecimentos na vida da criança, a mãe informa à equipe de saúde que a criança havia recebido a vacina Pentavalente há aproximadamente seis horas. Considerando a suspeita de evento adverso pós- vacinação, as manifestações clínicas desta criança sugerem evento relacionado a qual dos componentes vacinais citados nas alternativas abaixo?

A Toxóide purificado de tétano.

B Toxóide purificado de difteria.

C Suspensão de Bordetella pertussis. ✓

D Antígenos de superfície de hepatite B.

E Oligossacarídeos de H. influenzae tipo b.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descrito — lactente hipotônico, hiporresponsivo, com palidez, livedo reticular e cianose de extremidades, instalado poucas horas após a vacina — é o episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH), evento adverso pós-vacinação clássico e bem definido pelo Manual de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação. A pentavalente do calendário brasileiro reúne toxoide tetânico, toxoide diftérico, antígeno de superfície da hepatite B, oligossacarídeo conjugado de Haemophilus influenzae tipo b e a suspensão de Bordetella pertussis de células inteiras. É justamente o componente pertussis de célula inteira o responsável pela reatogenicidade da vacina: febre alta, choro persistente e inconsolável, convulsão e o EHH, que surge tipicamente nas primeiras 48 horas (a maioria em até 12 horas), é autolimitado, não deixa sequelas e obriga a completar o esquema com o componente acelular (DTPa). Os toxóides purificados de tétano e de difteria causam sobretudo reações locais e, raramente, hipersensibilidade ou neurite braquial, mas não o EHH. O antígeno de superfície da hepatite B é recombinante e pouco reatogênico, associado a dor local e febre baixa. O oligossacarídeo de Hib é um polissacarídeo conjugado, igualmente de baixa reatogenicidade sistêmica.

Resposta C

QUESTÃO 51 — Gabarito E

Mulher com 20 anos de idade desenvolveu quadro de doença trofoblástica gestacional em sua primeira gestação. Foi submetida a esvaziamento uterino por vácuo-aspiração e iniciou o seguimento pós-molar. Após quatro semanas de acompanhamento, apresentou vários episódios de sangramento vaginal moderado, com três níveis ascendentes das dosagens de gonadotrofina coriônica humana. Procurou a Emergência Obstétrica, onde foi prontamente atendida, após episódio de sangramento vaginal intenso. Na ocasião, ao exame pélvico, não foi evidenciada lesão genital. Radiografia simples do tórax foi normal. Ultrassonografia transvaginal mostrou cavidade endometrial distendida por material amorfo sugestivo de coágulos sanguíneos e miométrio heterogêneo, com vascularização exuberante à dopplerfluxometria. Assinale a alternativa que contém diagnóstico e conduta indicados para este caso.

- A Mola hidatiforme parcial; indicar cirurgia conservadora (endometrectomia por via histeroscópica) a fim de retirar a área de lesão tumoral.
- B Mola hidatiforme completa; realizar novo esvaziamento uterino a fim de retirar o material molar residual intrauterino.
- C Tumor trofoblástico do sítio placentário; indicar histerectomia.
- D Coriocarcinoma; encaminhar para serviço de radioterapia.

E Mola invasora; iniciar quimioterapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) pós-molar, e o diagnóstico se faz pela curva de hCG, não pela histologia: os critérios FIGO consideram NTG quando há três dosagens sucessivas em ascensão (elevação de pelo menos 10% em três medidas ao longo de duas semanas), platô em quatro dosagens, hCG persistentemente positivo após seis meses ou diagnóstico histológico de coriocarcinoma. Aqui há três valores ascendentes, sangramento e uma ultrassonografia com miométrio heterogêneo e vascularização exuberante ao Doppler — invasão miometrial, ou seja, mola invasora. Com radiografia de tórax normal (sem metástase pulmonar), trata-se de doença não metastática em mulher jovem de baixo risco, e o tratamento é quimioterapia com agente único (metotrexato ou actinomicina D), altamente curativa e que preserva o útero e a fertilidade. Mola hidatiforme parcial não explica hCG ascendente com invasão miometrial, e endometrectomia histeroscópica não é conduta em NTG. Novo esvaziamento não trata doença que já invadiu o miométrio e expõe a risco de perfuração e hemorragia. O tumor trofoblástico do sítio placentário cursa com hCG baixo e é quimiorresistente, sendo aí sim a histerectomia o tratamento — o que não bate com esta curva de hCG. Coriocarcinoma não se trata com radioterapia, e sim com quimioterapia; radioterapia tem papel restrito a metástase cerebral. Resposta E

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Mulher com 35 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de vermelhidão na face, que piora com a exposição solar, e dor em punhos e joelhos bilateralmente. Ao exame apresenta eritema malar, diminuição do murmúrio vesicular na base direita, com macicez à percussão neste local, dor à mobilização, edema e rubor em joelhos e punhos. Sem alterações nos demais aspectos do exame físico. Traz hemograma recente com hematócrito = 35%, hemoglobina = 12 g/dL, leucócitos totais = 3.500/ml, com contagem diferencial normal. Considerando a principal hipótese diagnóstica para o quadro da paciente, o autoanticorpo com maior especificidade para a doença é:

- A anti-Ro.
- B anti-RNP.
- C anti-DNA nativo. ✓**
- D fator antinuclear.
- E anti-fosfolípide.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta desenha lúpus eritematoso sistêmico: mulher jovem com eritema malar fotossensível, artrite de punhos e joelhos com edema e rubor, serosite (murmúrio vesicular diminuído com macicez à percussão na base direita, ou seja, derrame pleural) e leucopenia (3.500/mL) — critérios cutâneo, articular, seroso e hematológico somados. A questão pede o autoanticorpo de maior especificidade, e entre as opções esse é o anti-DNA nativo (anti-dsDNA), que ao lado do anti-Sm é praticamente exclusivo do LES, com especificidade em torno de 95%; tem ainda valor prognóstico, pois seus títulos acompanham a atividade da doença e se associam à nefrite lúpica. O anti-Ro (SSA) é pouco específico: aparece no Sjögren, no lúpus cutâneo subagudo, no lúpus neonatal com bloqueio congênito e no lúpus FAN-negativo. O anti-RNP em altos títulos é o marcador da doença mista do tecido conjuntivo, não do LES. O fator antinuclear é o exame de triagem, altamente sensível mas de baixa especificidade, positivo em outras colagenoses, infecções, neoplasias e até em indivíduos saudáveis. Os anticorpos antifosfolípidos marcam risco trombótico e de perda gestacional, definindo a síndrome antifosfolípide, que ocorre de forma primária ou associada a outras doenças, e não são específicos do LES. Resposta C

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Homem com 65 anos de idade procura a Unidade de Pronto Atendimento porque está há cinco dias sem evacuar, com dor abdominal contínua, no hemiabdomen esquerdo, de baixa intensidade, sem outras queixas. Nega operações prévias, não faz uso de nenhuma medicação e refere peso estável. Quando questionado sobre a dieta, informa que somente come arroz, feijão e bife, tanto no almoço como no jantar. Hábito intestinal a cada três dias, com fezes endurecidas. O paciente informa que há cerca de dois meses fez exame de fezes com pesquisa de sangue oculto negativa. Ao exame: frequência cardíaca = 68 bpm, pressão arterial = 120x80 mmHg, corado, hidratado, anictérico, com dor discreta à palpação da fossa ilíaca e flanco esquerdo, onde se palpa massa imprecisa, móvel. Radiografia de abdome em decúbito e ortostatismo evidencia grande quantidade de fezes no trajeto de todo o cólon. Para este paciente, a melhor conduta é:

A orientar quanto à mudança de hábitos dietéticos e solicitar enema opaco.

B prescrever uso de laxativo e mudança dietética e solicitar colonoscopia. ✓

C fazer lavagem intestinal e solicitar ultrassonografia de abdome.

D solicitar nova pesquisa de sangue oculto nas fezes.

E realizar lavagem intestinal e retossigmoidoscopia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 19 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 65 anos com constipação de longa data agravada, dieta pobre em fibras, dor em fossa ilíaca esquerda e massa imprecisa e móvel palpável nessa topografia, com radiografia mostrando fecaloma em todo o trajeto colônico — a massa móvel tem tudo para ser fecal, mas idade acima de 50 anos com mudança de hábito intestinal é sinal de alarme e obriga a excluir neoplasia colorretal. A conduta correta reúne as duas frentes: tratar a constipação com laxativo e correção dietética (fibras, líquidos) e investigar o cólon com colonoscopia, que é o padrão-ouro por avaliar toda a extensão do intestino grosso, permitir biópsia da lesão e ressecar pólipos no mesmo tempo. Enema opaco é exame de menor acurácia, não biópsia e hoje é reservado a situações em que a colonoscopia é impossível ou incompleta. Lavagem intestinal com ultrassonografia de abdome não investiga a mucosa colônica — a ultrassonografia é ruim para avaliar alça com gás e fezes. Repetir a pesquisa de sangue oculto é erro conceitual: trata-se de método de rastreamento em assintomáticos e um resultado negativo, como o que ele já tem, não afasta câncer em paciente sintomático. A retossigmoidoscopia examina apenas até o cólon descendente e deixaria o restante do cólon sem avaliação, o que é inaceitável diante de sinais de alarme. Resposta B

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Em relação aos indicadores da Rede Cegonha, as equipes da Estratégia de Saúde da Família da sua cidade apresentaram o gráfico acima. A meta da gestão é alcançar 80% de gestantes cadastradas. O consultor da Secretaria de Saúde, que tem recursos financeiros limitados, recomenda uma oficina de sensibilização e treinamento, a fim de reverter o panorama atual. Dentre os componentes das equipes, qual o público alvo preferencial para a oficina surtir mais efeito?

A Médicos.

B Enfermeiros.

C Agentes Comunitários de Saúde. ✓

D Auxiliares e Técnicos de Enfermagem.

E Coordenadores das Unidades de Saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o desenho operacional da Rede Cegonha, cujo primeiro componente é o pré-natal, com captação precoce e cadastramento das gestantes do território. O indicador em déficit é a proporção de gestantes cadastradas, ou seja, o problema está antes da consulta: são mulheres que ainda não chegaram à unidade e, portanto, não podem ser identificadas por quem só as atende dentro dela. Quem detém o vínculo territorial, mapeia as microáreas, faz visita domiciliar mensal a cada família e identifica precocemente atraso menstrual e gravidez é o Agente Comunitário de Saúde, atribuição prevista na Política Nacional de Atenção Básica. Sensibilizar e treinar os ACS para a busca ativa é a intervenção de maior alcance e menor custo, exatamente o que a limitação orçamentária exige. Médicos e enfermeiros conduzem o pré-natal e são fundamentais na qualidade do acompanhamento, mas atuam sobre a gestante já captada, sem impacto direto no cadastramento. Auxiliares e técnicos de enfermagem apoiam procedimentos e acolhimento na unidade, também em etapa posterior à captação. Coordenadores de unidade atuam na gestão do processo, mas capacitá-los não substitui a ação de campo que gera o cadastro. Resposta C

QUESTÃO 55 — Gabarito E

Criança com 4 anos de idade foi levada pela mãe à Unidade Básica de Saúde com queixa de distensão abdominal, hiporexia, palidez cutânea e referência ao "hábito de comer terra" (sic). Foram realizados exames laboratoriais e observados os seguintes resultados: Hb - 8,4 g/dL; Htc - 28%; VCM - 64 fL; HCM - 17 pg; Leucócitos totais - 6.400/mm³; Eosinófilos - 13%; Ferro sérico - 18ug/dL. Tendo por base a prevalência das doenças parasitárias em nosso meio, os sintomas apresentados pela criança e os resultados de exames registrados, deve-se considerar o diagnóstico de:

A teníase.

B giardíase.

C amebíase.

D enterobíase.

E ancilostomíase. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem anemia microcítica e hipocrômica (Hb 8,4; VCM 64 fL; HCM 17 pg) com ferro sérico baixo, ou seja, anemia ferropriva, associada a eosinofilia de 13% e a geofagia (o hábito de comer terra é forma de pica, típica da carência de ferro, e ao mesmo tempo via de contato com solo contaminado). Essa tríade — anemia ferropriva, eosinofilia e contato com solo — aponta para ancilostomíase, causada por *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*, helmintos cujas larvas filarioides penetram pela pele e cujos vermes adultos se fixam à mucosa do delgado e espoliam sangue de forma crônica, motivo pelo qual a doença é chamada de amarelão. A eosinofilia decorre da fase de migração larvária tecidual, comum aos helmintos. A teníase é infecção por cestódeo que costuma ser oligossintomática, sem espoliação sanguínea significativa e com eosinofilia discreta ou ausente. A giardíase é protozoose, portanto sem eosinofilia, e cursa com diarreia crônica e má absorção. A amebíase também é protozoose, manifestando-se por disenteria com muco e sangue, sem eosinofilia e sem anemia ferropriva crônica desse padrão. A enterobíase provoca prurido anal noturno e irritabilidade, sem perda sanguínea capaz de gerar essa anemia. Resposta E

QUESTÃO 56 — Gabarito E

Paciente com 30 anos de idade, primigesta, ao fazer sua ultrassonografia para avaliar a espessura da prega nucal, recebeu o exame com duas fotografias, identificadas e datadas. Uma das fotografias apresenta a face do feto em posição sagital e a outra com a visualização do polo cefálico no corte transversal, demonstrando a ausência da calota craniana e ausência de parênquima cerebral identificável. Considerando que a paciente não deseja prosseguir com a gravidez, a orientação correta a ser fornecida é que a interrupção da gravidez

A não pode ser realizada em hipótese alguma, devendo a gravidez ser mantida até o termo.

B pode ser realizada, somente após obtenção de autorização judicial e assinatura de termo de consentimento informado pela paciente e seu esposo.

C somente pode ser realizada se a gravidez incorrer em risco de vida para a gestante, devendo esse laudo ser assinado por dois médicos capacitados.

D é permitida somente se o achado ultrassonográfico for confirmado definitivamente por ultrassonografia morfológica realizada entre 20-24 semanas de gestação.

E é permitida com base em laudo ultrassonográfico assinado por dois médicos capacitados, contendo as fotos do exame, e após assinatura pela paciente de termo de consentimento informado para submeter-se ao procedimento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado descrito — ausência de calota craniana e de parênquima cerebral identificável ao corte transversal do polo cefálico — configura anencefalia, e a questão cobra a regra jurídica e ética vigente no Brasil. Desde o julgamento da ADPF 54 pelo Supremo Tribunal Federal, em 2012, a antecipação terapêutica do parto em feto anencéfalo deixou de ser crime e não depende de autorização judicial. A Resolução CFM 1.989/2012 disciplina o procedimento: o diagnóstico é ultrassonográfico, feito a partir da 12ª semana, com ausência de calota craniana e de parênquima cerebral, documentado por duas fotografias identificadas e datadas — uma com a face do feto em corte sagital e outra do polo cefálico em corte transversal —, com laudo assinado por dois médicos capacitados, e a interrupção só se realiza mediante desejo e consentimento informado por escrito da gestante. É exatamente o cenário desta paciente. Dizer que não pode ser feita em hipótese alguma contraria a ADPF 54. Exigir alvará judicial e a assinatura do esposo é incorreto: a decisão é da gestante. Risco de vida materno configura o aborto necessário, outra hipótese legal, que não é a discutida aqui. E não existe exigência de reconfirmação por morfológico entre 20 e 24 semanas, pois o diagnóstico já é válido a partir da 12ª semana. Resposta E

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Mulher com 38 anos de idade procurou o Serviço de Urgência referindo há 1 dia a ocorrência de dor abdominal intensa em andar superior do abdome, acompanhada de vômitos pós-alimentares. Ao exame físico encontrava-se com hálito etílico, dor difusa à palpação abdominal, com descompressão brusca positiva. Sobre a investigação diagnóstica dessa paciente, é correto afirmar que:

A a dosagem de amilase sérica normal afasta o diagnóstico de pancreatite.

B a radiografia de tórax auxilia na investigação de doença ulcerosa péptica complicada. ✓

C a ultrassonografia abdominal é o exame de escolha para a investigação de pancreatite.

D o diagnóstico de hepatite alcoólica pode ser afastado devido à presença de descompressão brusca positiva.

E deve ser realizada laparotomia exploratória com urgência, pois a paciente está com sinais de abdome agudo.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 20 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem dor abdominal alta intensa, vômitos, hálito etílico e irritação peritoneal — cenário em que os principais diferenciais são pancreatite aguda alcoólica, úlcera péptica perfurada e hepatite alcoólica. A afirmativa correta é a que reconhece o papel da radiografia de tórax na doença ulcerosa complicada: a incidência em ortostatismo, com boa técnica, revela pneumoperitônio (ar livre sob a cúpula diafragmática) em cerca de 70 a 80% das perfurações de víscera oca, sendo exame simples, rápido e disponível na urgência, que muda imediatamente a conduta para laparotomia. Amilase sérica normal não afasta pancreatite: ela sobe precocemente e normaliza em 48 a 72 horas, além de poder ser normal na pancreatite crônica agudizada e na associada a hipertrigliceridemia — a lipase tem meia-vida mais longa e maior acurácia. A ultrassonografia não é o exame de escolha para diagnosticar pancreatite; serve para investigar a etiologia biliar, enquanto a tomografia com contraste avalia necrose e gravidade, idealmente após 72 horas. A hepatite alcoólica pode cursar com dor e defesa abdominal, de modo que a descompressão brusca positiva não a afasta. E laparotomia imediata sem investigação é inadequada, já que boa parte dos abdomes agudos deste contexto, como a pancreatite, é de tratamento clínico. Resposta B

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Lactente com seis meses de idade é trazido à Unidade Básica de Saúde pela mãe porque há um dia apresentava diarreia com seis a sete evacuações, com fezes líquidas, acompanhada de redução da diurese e inapetência; mantendo, porém, a ingestão de líquidos satisfatória. Não apresenta febre ou vômitos e sintomas respiratórios. Ao exame físico, o médico observa que a criança apresenta-se irritada, chorando sem lágrimas, com olhos fundos e saliva espessa. A pesquisa de turgor da pele mostra prega cutânea desaparecendo lentamente. Observa-se também aumento da frequência cardíaca com pulso débil. Com base nos dados observados e no grau de desidratação estimado, a conduta terapêutica adequada nesta situação é realizar:

A terapia de reidratação oral na Unidade. ✓

B terapia de reidratação oral no domicílio.

C hidratação intravenosa com fase rápida.

D reidratação intravenosa com fase de reposição.

E reidratação intravenosa com fase de manutenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

O lactente apresenta irritabilidade, olhos fundos, ausência de lágrimas, mucosa/saliva espessa, sinal da prega desfazendo-se lentamente, taquicardia com pulso débil e redução da diurese, mas continua bebendo líquidos satisfatoriamente e não está letárgico nem inconsciente — esse conjunto define desidratação (dois ou mais sinais), sem os critérios de desidratação grave da estratégia AIDPI, que exigiriam letargia/inconsciência, incapacidade de beber ou prega desfazendo-se muito lentamente, acima de dois segundos. A conduta correspondente é o Plano B: terapia de reidratação oral supervisionada na própria unidade de saúde, com sais de reidratação oral 50 a 100 mL/kg oferecidos em pequenos volumes ao longo de quatro horas, com reavaliação periódica do estado de hidratação e manutenção do aleitamento materno. Terapia de reidratação oral no domicílio é o Plano A, indicado para a criança com diarreia sem sinais de desidratação, o que não é o caso. Hidratação intravenosa com fase rápida (fase de expansão) corresponde ao Plano C, reservado à desidratação grave ou ao choque, e aqui seria excessiva e desnecessariamente invasiva em criança que aceita líquidos. As fases de reposição e de manutenção da hidratação venosa são etapas subsequentes do mesmo Plano C, portanto igualmente não indicadas neste grau de desidratação. Resposta A

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Mulher com 18 anos de idade, solteira, primigesta, decidiu interromper sua gravidez indesejada, procurando uma clínica clandestina de aborto. Após o procedimento, a paciente foi liberada para casa com fortes dores pélvicas. Não procurou atendimento imediato com medo de ser discriminada, ou mesmo presa, por ter feito um aborto ilegal. Após três dias, com febre alta e fortes dores, procurou a Maternidade, onde foi internada com diagnóstico de abortamento infectado. Apesar do tratamento antimicrobiano, o quadro clínico da paciente deteriorou e ela evoluiu em 48 horas para um quadro de abdome agudo. Foi realizada laparotomia exploradora, sendo evidenciadas diversas perfurações em alças intestinais, com presença de material fecaloide e purulento em cavidade peritoneal, sendo a paciente tratada com sutura intestinal e limpeza exaustiva da cavidade. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, a paciente não teve melhora, tendo sido submetida a histerectomia abdominal total dois dias após. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico, necessitando da introdução de drogas vasoativas. Permaneceu mais 50 dias internada, evoluindo com insuficiência renal e falência múltipla de órgãos, vindo a falecer 60 dias após a realização do aborto. Ao analisar esse óbito, o médico responsável pelo Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna deve atestar que

A se trata de morte materna de causa evitável decorrente de erro médico, devido a perfurações uterinas, que causam peritonite e sepse.

B não é caso de morte materna, pelo fato de o óbito ter ultrapassado 42 dias após o término da gestação.

C se trata de morte materna de causa obstétrica indireta devido a complicações infecciosas na gravidez.

D se trata de morte materna de causa obstétrica direta devido a complicações do abortamento. ✓

E se trata de morte materna de causa inevitável devido a quadro séptico generalizado. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 21 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a classificação de óbito pelo Comitê de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna. Morte materna, pela CID-10, é a que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após seu término, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. O aborto, inclusive o provocado em condições inseguras, e suas complicações — perfuração de vísceras, peritonite, sepse — são causas obstétricas diretas, pois resultam de complicações do próprio ciclo gravídico-puerperal e de intervenções sobre ele. Aqui a cadeia de eventos é contínua e ininterrupta desde o procedimento: infecção, perfuração intestinal, peritonite, histerectomia, choque séptico e falência múltipla de órgãos sob suporte intensivo, sem qualquer intercorrência estranha ao evento inicial. Afirmar que não é morte materna por ter ultrapassado 42 dias é incorreto, pois a morte decorreu diretamente de complicação instalada dentro do período, com internação contínua, e a própria CID-10 prevê a categoria de morte materna tardia. Causa obstétrica indireta seria doença preexistente agravada pela gestação, como cardiopatia — não é o caso. Atribuir a erro médico extrapola a competência do atestado e ignora que o procedimento foi clandestino. E classificar como inevitável é o oposto do que o comitê deve registrar: morte por aborto inseguro é o exemplo mais clássico de óbito evitável. Resposta D

QUESTÃO 62 — Gabarito E

Mulher com 56 anos de idade, ex-tabagista (40 maços/ano), apresenta dispneia aos pequenos esforços e tosse matinal com expectoração clara. Faz uso de salbutamol inalatório para alívio da dispneia. Ao exame físico apresenta pulso = 85 bpm, frequência respiratória = 24 irpm, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído em bases, sem ruídos adventícios. Sem outras alterações no exame físico. Vem à consulta ambulatorial de revisão trazendo radiografia de tórax e gasometria arterial em ar ambiente. Após avaliação dos exames, foi prescrito tratamento farmacológico e indicada oxigenioterapia domiciliar prolongada - 1L/min durante pelo menos 15h/dia. Com base nessas informações, o resultado gasométrico que justificou a indicação de oxigenioterapia é:

A pH 7,45; PaCO₂ 33 mmHg; PaO₂ 58 mmHg; HCO₃ 22 mEq/L.

B pH 7,34; PaCO₂ 45 mmHg; PaO₂ 57 mmHg; HCO₃ 26 mEq/L.

C pH 7,35; PaCO₂ 43 mmHg; PaO₂ 60 mmHg; HCO₃ 24 mEq/L.

D pH 7,38; PaCO₂ 36 mmHg; PaO₂ 62 mmHg; HCO₃ 24 mEq/L.

E pH 7,37; PaCO₂ 47 mmHg; PaO₂ 55 mmHg; HCO₃ 28 mEq/L. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente é uma ex-tabagista pesada com dispneia, tosse produtiva crônica e murmúrio vesicular diminuído — quadro de DPOC —, e a questão cobra os critérios de indicação de oxigenioterapia domiciliar prolongada, uma das poucas medidas que comprovadamente aumentam a sobrevida nessa doença, junto à cessação do tabagismo. O critério, em repouso, em ar ambiente e com o paciente estável por pelo menos 30 dias, é PaO₂ igual ou menor que 55 mmHg (ou saturação igual ou menor que 88%). Existe ainda o critério ampliado, para PaO₂ entre 56 e 59 mmHg, que exige evidência de repercussão da hipoxemia crônica: cor pulmonale, hipertensão pulmonar ou policitemia com hematócrito acima de 55%. A única gasometria que preenche o critério principal é a que mostra PaO₂ de 55 mmHg, ainda com PaCO₂ de 47 mmHg e bicarbonato de 28 mEq/L, traduzindo retenção crônica compensada, típica do DPOC avançado — e justificando o fluxo baixo de 1 L/min por pelo menos 15 horas ao dia. As gasometrias com PaO₂ de 58 e de 57 mmHg ficam na faixa intermediária e só indicariam oxigênio se houvesse cor pulmonale ou policitemia, não relatados no exame físico. Os valores de PaO₂ de 60 e 62 mmHg estão acima do limiar e não indicam oxigenioterapia domiciliar. Resposta E

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Homem de 34 anos de idade foi submetido, há cinco dias, a correção cirúrgica de úlcera perforada. Vem evoluindo com vômitos desde a operação, acompanhados de dor abdominal difusa e distensão abdominal, que se acentuaram nas últimas seis horas. No momento apresenta-se desidratado, com frequência cardíaca = 132 bpm, pressão arterial = 80x40 mmHg, temperatura axilar = 38,7 °C. Está em uso de metronidazol na dose de 500 mg de 6/6 horas, gentamicina - 240 mg em dose única dia e ampicilina - 1g de 6/6 horas, além de omeprazol - 40 mg de 12/12 horas. Diante do presente quadro, a melhor conduta é:

- A solicitar radiografia de abdome, mudar esquema antibiótico e transferir paciente para unidade de cuidados críticos.
- B encaminhar para a unidade de cuidados críticos, mudar esquema antibiótico e puncionar acesso venoso central.

C chamar o cirurgião responsável, instituir reposição volêmica e reservar vaga em unidade de cuidados críticos. ✓

- D solicitar tomografia abdominal, mudar esquema antibiótico e instituir reposição volêmica.
- E chamar o cirurgião responsável, mudar esquema antibiótico e instituir reposição volêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente no quinto dia de pós-operatório de rafia de úlcera perforada que evolui com vômitos, distensão, dor difusa, febre de 38,7 graus, taquicardia de 132 bpm e pressão de 80x40 mmHg: trata-se de choque séptico por complicação abdominal, muito provavelmente deiscência da sutura com peritonite, apesar do esquema antimicrobiano em curso. O princípio que governa a conduta é que sepse com foco intra-abdominal não controlado se resolve com controle do foco, e não com antibiótico: as prioridades são ressuscitação volêmica imediata com cristalóide, acionamento do cirurgião responsável para reabordagem e garantia de vaga em unidade de cuidados críticos. Solicitar radiografia e transferir sem repor volume nem acionar o cirurgião atrasa o tratamento definitivo — no pós-operatório recente, ar livre e níveis hidroaéreos são achados inespecíficos. Encaminhar à unidade crítica e puncionar acesso central antes de expandir inverte a ordem das prioridades e não resolve o foco. Levar um paciente hipotenso à tomografia é arriscado e desnecessário, pois a indicação de reoperação aqui é clínica. Já a última alternativa acerta ao chamar o cirurgião e repor volume, mas troca o antibiótico como se essa fosse a medida decisiva e omite o suporte intensivo que o choque exige. Resposta C

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Médica com 24 anos de idade, recém-formada em escola do Sudeste brasileiro, foi convocada pelo Exército para servir, durante o próximo ano, na base da segunda maior e mais populosa cidade do Acre, na Região Norte do país. Ela comparece à Unidade Básica de Saúde para se vacinar contra febre amarela. Como o médico deve orientar a paciente?

- A Como a viagem irá durar mais de seis meses, não está indicada a vacinação contra febre amarela, somente a adoção de medidas preventivas contra picadas de insetos, principalmente durante a noite.
- B Orientação sobre o acesso à rede de serviços de diagnóstico e tratamento da malária na área onde ela irá morar, além de procurar os serviços de saúde, tão logo identifique algum sintoma.
- C Não existe indicação de vacinação, e sim de quimioprofilaxia para malária, com doxiciclina, mefloquina e cloroquina. Iniciar um dia antes da viagem e manter até quatro semanas após o retorno.

D Indicar a vacinação contra febre amarela pelo menos dez dias antes da viagem. Não é necessário tomar a vacina se já foi vacinada nos últimos dez anos. Orientar sobre a importância de portar cartão de vacinação durante a viagem. ✓

- E Como viverá em área endêmica, deverá receber reforço vacinal a cada cinco anos. Orientar sobre a importância de portar cartão de vacinação durante a viagem.
- EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 22
Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata de aconselhamento ao viajante que vai residir em área com recomendação de vacina de febre amarela (Acre, Região Norte, área endêmica). A conduta correta é imunizar a paciente pelo menos dez dias antes do deslocamento, porque esse é o prazo necessário para a soroconversão e para que o certificado internacional de vacinação passe a ter validade; se ela já recebeu a vacina nos últimos dez anos, está protegida e não precisa de nova dose (à época vigorava o reforço decenal), e orientar o porte do cartão é parte da conduta, já que o comprovante é exigido em trânsito nacional e internacional. A alternativa A inverte a lógica: permanência prolongada em área endêmica aumenta o risco e reforça a indicação da vacina, que nunca é substituída apenas por repelente e mosquiteiro, ainda mais porque o Aedes e o Haemagogus têm hábito diurno. A alternativa B traz uma orientação até pertinente sobre malária no Acre, mas responde a outra pergunta e omite exatamente a medida que a paciente veio buscar. A alternativa C erra duplamente: no Brasil não se faz quimioprevenção de rotina para malária em residentes de área endêmica, e sim diagnóstico e tratamento precoces, e as três drogas citadas são alternativas entre si, jamais associadas. A alternativa E erra o intervalo, pois o reforço preconizado era a cada dez anos, não a cada cinco. Resposta D

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Estudante com 9 anos de idade vem apresentando dificuldades de aprendizagem e atos de indisciplina frequentes em relação aos professores, principalmente aos novos, que tiveram de ser substituídos por três vezes nos últimos dois meses por problemas de saúde. A escola solicitou que a mãe procurasse um "neurologista" para o menino e esta levou a criança inicialmente ao pediatra, referindo que ele tinha boa índole, ajudava nas tarefas de casa e tomava conta do irmão com 5 anos. Notou que tem apresentado notas mais baixas e reclama muito dos professores ultimamente. Nega atos indisciplinados que não sejam próprios da idade. O menino não gosta de ficar na rua, costuma brincar em casa e jogar futebol no final de semana com os amigos e primos. Em casa não tem computador e a mãe acha que esse é o motivo do mau desempenho escolar. A criança perdeu o pai há um ano, vítima de atropelamento. Ao exame físico, o pediatra não encontrou alterações. Com base nessa narrativa, a suspeita clínica e a conduta do pediatra devem ser:

A transtorno de distúrbio de comunicação (provavelmente linguagem); encaminhar para avaliação com o neurologista infantil.

B déficit de atenção e hiperatividade; encaminhar para avaliação com o neurologista e com o psiquiatra infantil.

C comportamento aceitável para a idade; avaliar melhor com seguimento e então decidir se encaminha ao psiquiatra infantil. ✓

D comportamento antissocial decorrente da perda familiar; encaminhar de imediato para avaliação com o psiquiatra infantil.

E transtorno de conduta (comportamento desafiador opositor); encaminhar para avaliação com o psiquiatra infantil.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a diferença entre sofrimento situacional e transtorno psiquiátrico estruturado em uma criança de 9 anos. A narrativa mostra queda recente de rendimento e atrito com professores novos, em uma escola que trocou de docente três vezes em dois meses, num menino que perdeu o pai há um ano, mantém boa funcionalidade em casa, cuida do irmão, brinca com pares e tem exame físico normal. Falta o requisito básico de qualquer diagnóstico do DSM: comprometimento persistente, em mais de um ambiente e desproporcional ao contexto. A conduta correta é acolher, acompanhar longitudinalmente e só depois decidir sobre encaminhamento, evitando rotular uma reação esperada a luto e a instabilidade escolar. A alternativa A não tem sustentação, pois não há qualquer relato de atraso ou alteração de linguagem. A alternativa B falha porque o TDAH exige sintomas antes dos 12 anos, com pelo menos seis meses de duração e prejuízo em dois ou mais contextos, o que não ocorre aqui, já que em casa o comportamento é adequado. A alternativa D chama de antissocial um quadro que não tem violação de direitos alheios nem agressão, além de encaminhar de imediato sem investigar. A alternativa E descreve transtorno opositor-desafiador, que também exige padrão de pelo menos seis meses de desafio e irritabilidade em múltiplos ambientes. Resposta C

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente com 65 anos de idade, menopausa ocorrida há doze anos, comparece ao Pronto-Socorro com história de sangramento vaginal esporádico e leve há sete meses, com piora do sangramento há dois dias, acompanhado de fraqueza e mal-estar. Nega dor pélvica ou outros sintomas. Tem hipertensão arterial sistêmica controlada e obesidade (IMC = 38 kg/m²). Ao exame ginecológico verifica-se saída de sangue pelo orifício externo do colo uterino. Traz resultado de colpocitologia oncológica que está normal. Ultrassonografia transvaginal mostra útero de 30 cm³ com eco endometrial de 2 mm de espessura, ovários não visualizados.

A causa mais provável para o sangramento apresentado pela paciente é: A adenomiose.

B pólio endometrial.

C atrofia do endométrio. ✓

D câncer de endométrio.

E hiperplasia endometrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de sangramento uterino na pós-menopausa, situação em que a primeira obrigação é excluir câncer de endométrio, e o exame que faz esse papel é a ultrassonografia transvaginal com medida do eco endometrial. Aqui o eco tem 2 mm, valor abaixo do ponto de corte de 4 a 5 mm usado na paciente sem terapia hormonal, faixa com altíssimo valor preditivo negativo para neoplasia e hiperplasia. Somado a útero pequeno, de 30 cm³, doze anos de hipoestrogenismo e ausência de dor, o achado aponta para a causa mais frequente de sangramento pós-menopausa, a atrofia endometrial, responsável por cerca de metade a dois terços dos casos: o endométrio fino e friável sangra em pequena quantidade, de forma esporádica, exatamente como descrito. A adenomiose cursa com dismenorreia e sangramento aumentado no menacme e com útero globoso e aumentado, o oposto do quadro. O pólio endometrial produziria imagem focal hiperecogênica com espessamento do eco. O câncer de endométrio é a hipótese que a obesidade com IMC de 38 e a hipertensão obrigam a lembrar, mas eco de 2 mm o torna muito improvável. A hiperplasia endometrial, por definição, cursa com endométrio espessado. Vale registrar que eco fino não dispensa investigação adicional se o sangramento recorrer ou for volumoso, e a piora recente justifica seguimento. Resposta C

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Homem com 45 anos de idade procurou a Unidade Básica de Saúde com queixa de “manchas brancas pelo corpo” que persistem há aproximadamente dois anos e que foram aumentando em número e tamanho. Ao exame verificou-se a presença de quatro lesões, todas apresentando as mesmas características, sendo duas máculas hipocrômicas na face anterior da coxa direita e duas em região dorsal. As lesões apresentavam bordas bem definidas e ausência de pelos. O teste de sensibilidade térmica demonstrou anestesia em toda a extensão das lesões e a avaliação do grau de incapacidade física foi zero. A baciloscopia foi positiva. Em relação ao tratamento indicado para este paciente, podemos afirmar que:

A o tratamento deverá ser feito por seis meses, usando-se doses supervisionadas e autoadministradas.

B a dapsona deverá ser usada na dose de 50 mg/mês supervisionada e 50 mg/dia autoadministrada.

C a rifampicina deverá ser usada na dose de 300 mg/mês supervisionada e 100 mg/dia autoadministrada.

D a clofazimina deverá ser usada na dose de 300 mg/mês supervisionada e 50 mg/dia autoadministrada.

✓

E a ofloxacina poderá ser usada em substituição à rifampicina nos casos de intolerância, na dose de 200 mg/mês supervisionada e 200 mg/dia autoadministrada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de hanseníase com quatro máculas hipocrômicas, bordas bem definidas, alopecia e anestesia térmica em toda a lesão, e a chave do tratamento está na baciloscopia positiva: independentemente do número de lesões, baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, o que impõe o esquema PQT-MB com rifampicina, clofazimina e dapsona por doze doses supervisionadas em até dezoito meses. Dentro desse esquema, a clofazimina é justamente a droga usada em 300 mg mensais na dose supervisionada e 50 mg diários autoadministrados, exatamente como descrito na alternativa correta. A alternativa A erra a duração: seis meses de tratamento correspondem ao esquema paucibacilar, de seis doses, incompatível com baciloscopia positiva. A alternativa B erra as doses da dapsona, que é 100 mg supervisionada por mês e 100 mg por dia autoadministrada. A alternativa C erra a rifampicina, que é 600 mg mensais em dose supervisionada e não tem componente diário autoadministrado no esquema padrão. A alternativa E erra a posologia do esquema substitutivo, pois a ofloxacina, quando substitui a rifampicina por intolerância, é usada em 400 mg por dia.

Resposta D

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Lactente de nove meses, do sexo masculino, é admitido no Pronto-Socorro com história de irritabilidade, febre e choro persistente. Ao exame físico, apresenta-se pálido, discreta hiperemia de orofaringe, discreta limitação à flexão do pescoço e fontanela abaulada. O hemograma realizado no atendimento mostra discreta leucocitose (11.000 leucócitos/mm³) sem desvio à esquerda. Punção lombar mostrou líquido hipertenso e turvo, com 1.250 células, com 95% de neutrófilos; glicorraquia = 15 mg/dL, dosagem de proteínas no líquido = 345 mg/dL, presença de diplococos gram-negativos. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

A Meningite viral.

B Meningite bacteriana pneumocócica.

C Meningite bacteriana meningocócica. ✓

D Meningite por *Mycobacterium tuberculosis*.

E Meningite sem agente etiológico determinado. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 23 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de meningite bacteriana em lactente de nove meses, com irritabilidade, febre, rigidez de nuca esboçada e fontanela abaulada, confirmada pelo líquido: hipertenso, turvo, com 1.250 células e 95% de neutrófilos, glicorraquia de 15 mg/dL, ou seja, francamente consumida, e proteína de 345 mg/dL. Esse padrão de pleocitose neutrofílica com hipoglicorraquia e hiperproteínorraquia é a assinatura da etiologia bacteriana piogênica, e o agente é dado diretamente pela bacterioscopia: diplococos gram-negativos correspondem a *Neisseria meningitidis*, o meningococo, agente clássico nessa faixa etária e de grande relevância epidemiológica pelo risco de surto e pela necessidade de quimioprofilaxia de contatos. A meningite viral é afastada porque cursa com líquido claro, predomínio linfomononuclear, glicose normal e proteína pouco elevada. O pneumococo é diplococo gram-positivo, morfologia diferente da descrita. A tuberculose dá líquido claro ou opalescente, com predomínio linfocitário, proteína muito alta e glicose baixa, mas com evolução subaguda de semanas e não é vista ao Gram. A alternativa que fala em agente indeterminado ignora que a bacterioscopia já identificou a morfologia do germe. Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Menino com 8 meses de idade é levado à Emergência com quadro de febre alta (39 °C) há dois dias. Não aceita alimentação e está irritado. Ao exame, criança em regular estado geral, hidratada, eupneica, apresentando temperatura = 39 °C. Há hiperemia em orofaringe posterior e tonsilas, sendo observados pontos brancos bilateralmente. Otoscopia mostra, bilateralmente, hiperemia da membrana timpânica. A ausculta dos campos pulmonares mostra roncos de transmissão. O exame físico não mostra outros achados anormais. Com base na principal hipótese diagnóstica, a conduta para este caso é o uso de:

A antipirético por via oral. ✓

B analgésico em spray.

C antibiótico por via oral.

D anti-inflamatório por via oral.

E antibiótico por via intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve um lactente de oito meses com febre alta, irritabilidade, recusa alimentar e acometimento difuso de vias aéreas: hiperemia de orofaringe com pontos brancos, hiperemia timpânica bilateral sem abaulamento e roncos de transmissão. Esse conjunto aponta para infecção viral de vias aéreas superiores com faringotonsilite, e a idade é o dado decisivo: faringoamigdalite estreptocócica é rara antes dos três anos, e exsudato tonsilar em lactente não autoriza o diagnóstico bacteriano. Hiperemia isolada da membrana timpânica, sem abaulamento, opacificação ou redução de mobilidade, tampouco preenche critério de otite média aguda, e pode ser apenas reflexo do choro e da febre. Sendo assim, o tratamento é sintomático, e antipirético por via oral é a conduta correta, garantindo conforto enquanto se reavalia. O analgésico em spray é inadequado nessa idade pelo risco de aspiração e laringoespasma, além de não tratar a febre. O antibiótico oral e o intramuscular não têm indicação, pois não há critério de estreptococcia nem de otite média aguda bacteriana definida, e antibiótico desnecessário só acrescenta efeito adverso e resistência. O anti-inflamatório não é a droga de escolha para o controle sintomático da febre nessa situação. Resposta A

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Lactente com 8 meses de idade, previamente hígido, foi admitido no Pronto-Socorro com história de febre não aferida, recusa alimentar, irritabilidade e vômitos há dois dias. A mãe informou que a criança não foi vacinada adequadamente. Ao exame físico foi observado choro intenso e fontanela abaulada, sem outros sinais. Foi realizada punção lombar que mostrou líquido (LCR) com aspecto turvo, citometria de 2.300 células/mm³, com 86% de neutrófilos, glicorraquia = 8 mg% (abaixo de 2/3 da glicemia sanguínea), dosagem de proteína no líquido = 123 mg%. A bacterioscopia revelou a presença de bacilo gram-negativo. Considerando o quadro clínico, a faixa etária e os achados no LCR, o agente etiológico provável é:

A Escherichia coli.

B Neisseria meningitidis.

C Haemophilus influenzae. ✓

D Streptococcus pneumoniae.

E Mycobacterium tuberculosis.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de meningite bacteriana em lactente de oito meses, com líquido turvo, 2.300 células com 86% de neutrófilos, glicorraquia de 8 mg%, muito abaixo de dois terços da glicemia, e proteína de 123 mg%, ou seja, o padrão típico de meningite piogênica. A identificação do agente vem de dois dados combinados: bacilo gram-negativo à bacterioscopia e história de vacinação inadequada. Haemophilus influenzae tipo b é um cocobacilo gram-negativo e era a causa clássica de meningite entre um mês e cinco anos antes da vacina conjugada; a queda drástica de sua incidência depende justamente da cobertura vacinal, e a criança não vacinada volta a ser suscetível, o que a questão sinaliza de propósito. A Escherichia coli também é bacilo gram-negativo, mas é agente do período neonatal e dos primeiros meses, associada a parto e colonização materna, e não de um lactente de oito meses previamente hígido. A Neisseria meningitidis é diplococo gram-negativo, morfologia diferente. O Streptococcus pneumoniae é diplococo gram-positivo. O Mycobacterium tuberculosis não é visualizado pelo Gram, exige pesquisa de BAAR, e cursa com líquido claro, linfocitário e evolução arrastada. Resposta C

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Considere que um médico é convidado para participar da reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para explicar sobre o fluxograma de atendimento dos pacientes diabéticos sem complicações crônicas residentes na capital. Segundo o Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28/06/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080, de 19/09/1990) para garantir o princípio da integralidade, este grupo de pacientes deverá, no acompanhamento inicial, ser referenciado para a seguinte porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS):

A atenção primária. ✓

B atenção secundária.

C atenção domiciliar.

D vigilância de doenças crônicas.

E atenção em ambulatório especializado.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a definição de portas de entrada do SUS trazida pelo Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/1990 e organizou as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção. O decreto estabelece como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas redes de atenção os serviços de atenção primária, os de atenção de urgência e emergência, os de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto. O paciente diabético sem complicações crônicas é caso de manejo integral pela equipe de atenção básica, com estratificação de risco, seguimento longitudinal, ações de promoção e prevenção e coordenação do cuidado, cabendo à atenção primária ordenar a rede e acionar os demais níveis somente quando necessário, o que é exatamente o mecanismo pelo qual o decreto garante integralidade. A atenção secundária e o ambulatório especializado não são portas de entrada e só se acessam por referência a partir da porta, ficando reservados às complicações. A atenção domiciliar é modalidade de cuidado para pacientes com limitação de deslocamento, não porta de entrada nem cenário deste caso. A vigilância de doenças crônicas é ação de vigilância em saúde, não serviço assistencial de acesso do usuário. Resposta A

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Primigesta com 18 anos de idade, 22 semanas de idade gestacional, comparece à Unidade Básica de Saúde para realização de vacinação antitetânica. Traz consigo carteira de vacinação que registra que a última imunização aplicada foi a vacina dupla para adulto, aos 15 anos de idade. Considerando-se o estado vacinal e a idade gestacional, deve-se:

- A aplicar pelo menos duas doses de vacina antitetânica durante a gestação, com intervalo de dois meses.
- B aplicar a dose de reforço da vacina antitetânica, como feito habitualmente durante a gestação.
- C aplicar uma dose de vacina antitetânica durante a gestação e uma nova dose no puerpério.

D não aplicar vacina antitetânica, pela cobertura vacinal prévia. ✓

E aplicar a vacina antitetânica, pois cobrir o risco fetal é a prioridade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é profilaxia do tétano neonatal e materno na gestação, cuja regra depende do histórico vacinal e do intervalo desde a última dose. A gestante tem 18 anos e recebeu dupla adulto aos 15 anos, ou seja, há três anos, com esquema considerado adequado. Na gestante com esquema completo, o reforço só é indicado quando a última dose ocorreu há mais de cinco anos, justamente para garantir título protetor de anticorpos transferidos por via transplacentária ao recém-nascido. Como se passaram apenas três anos, a proteção está mantida e a conduta correta é não vacinar, registrando a situação vacinal no pré-natal. A alternativa que propõe duas doses com intervalo de dois meses corresponde ao esquema de quem tem vacinação incompleta ou desconhecida, o que não é o caso. A que fala em reforço aplicado habitualmente durante a gestação está errada porque não existe reforço automático em toda gestante, a indicação é condicionada ao intervalo. A que sugere uma dose na gestação e outra no puerpério cria um esquema que não existe no calendário. A que manda vacinar alegando prioridade do risco fetal ignora que a paciente já está protegida, e dose desnecessária só aumenta reatogenicidade sem ganho de proteção. Resposta D

QUESTÃO 73 — Gabarito E

Homem com 40 anos de idade, portador de cirrose alcoólica, encontra-se em avaliação para transplante hepático. Relata abstinência de álcool há dois anos. Há sete dias apresentou hematemese e ascite moderada. Foi submetido a endoscopia digestiva com ligadura elástica de varizes de esôfago. No momento encontra-se bem, hemodinamicamente estável, sem sinais de sangramento.

A conduta correta a seguir é A cancelar a alta, listar o paciente para transplante hepático e mantê-lo internado até realizar o transplante, antes que ocorra outro sangramento e óbito.

- B cancelar a alta, até ele ter acompanhamento por assistente social para avaliar se ele não está ingerindo bebida alcoólica, prescrever antiemético, inibidor de bomba de prótons e diazepam.
- C suspender a avaliação para transplante hepático por provável ingestão de bebida alcoólica. Solicitar avaliação de psiquiatra e assistente social, prescrever propranolol, inibidor de bomba de prótons e antibiótico profilático.
- D informar os familiares e o paciente que cirrose alcoólica não é uma indicação para transplante hepático, que o melhor tratamento para ele é o uso correto de propranolol, inibidor de bomba de prótons e o antibiótico profilático.
- E alta hospitalar com orientação aos familiares e paciente, prescrever propranolol, inibidor de bomba de prótons, antibiótico profilático, diuréticos, agendar nova endoscopia em 6 meses e manter avaliação para transplante hepático. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 24 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de cirrose alcoólica com hemorragia digestiva alta varicosa já tratada por ligadura elástica, em paciente estável, sem sangramento ativo, abstinência há dois anos e em fila de avaliação para transplante. Uma vez controlado o episódio agudo, a conduta é a profilaxia secundária de ressangramento, que combina betabloqueador não seletivo, no caso o propranolol, com o programa de ligadura endoscópica seriada, mantendo diurético para a ascite, inibidor de bomba de prótons para proteger as úlceras pós-ligadura e antibiótico, além de manter a avaliação para transplante, já que a alta é segura em paciente compensado. A alternativa que interna o paciente até o transplante é insustentável, pois a alocação segue o MELD e a fila, não a permanência hospitalar. A que retém a alta por suspeita não fundamentada e prescreve diazepam é perigosa, porque benzodiazepínico em cirrótico precipita encefalopatia. A que suspende a avaliação de transplante presume recaída sem qualquer evidência e contraria a regra dos seis meses de abstinência, aqui largamente cumprida com dois anos. A que nega o transplante está simplesmente errada: cirrose alcoólica com abstinência comprovada é indicação consagrada. Vale registrar que o ponto é discutível na prática, pois a antibioticoprofilaxia da hemorragia varicosa é de curso curto, de até sete dias, e a nova endoscopia de erradicação das varizes deveria ser em duas a quatro semanas, e não em seis meses, mas é a única alternativa coerente com o manejo correto. Resposta E

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Mulher com 57 anos de idade, portadora de diabetes tipo II não controlado, apresenta quadro de febre associada a dor, edema e eritema de limites mal definidos em coxa esquerda, medindo 20 cm em seu maior diâmetro. Ao exame físico: temperatura axilar = 38,9 °C, FC = 110 bpm, FR = 21 irpm, PA = 120 x 70 mmHg. Entre as opções abaixo, que exame laboratorial é indicativo da gravidade do comprometimento tecidual no quadro infeccioso?

- A Leucometria.
- B Lactato sérico. ✓**
- C Haptoglobina.
- D Ferritina sérica.
- E Proteína C reativa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente é diabética descompensada com infecção de partes moles extensa em coxa, com eritema de limites mal definidos, febre de 38,9 graus, taquicardia e taquipneia, ou seja, um quadro que já preenche critérios de resposta inflamatória sistêmica e obriga a pensar em infecção necrosante. A pergunta é qual exame traduz gravidade do comprometimento tecidual, e o marcador que faz isso é o lactato sérico, porque reflete hipoperfusão e metabolismo anaeróbico: valores acima de 2 mmol/L indicam sofrimento tecidual e acima de 4 mmol/L marcam hipoperfusão grave, sendo critério de gravidade e de sepse, além de guiar ressuscitação e prognóstico. A leucometria apenas informa a resposta medular à infecção, sobe ou cai de forma inespecífica e não mede perfusão nem necrose. A haptoglobina é marcador de hemólise intravascular, sem papel aqui. A ferritina é proteína de fase aguda extremamente inespecífica, usada em avaliação do metabolismo do ferro. A proteína C reativa quantifica intensidade inflamatória e serve para seguimento, mas não distingue celulite simples de infecção com sofrimento tecidual e pode estar elevada em quadros benignos. Resposta B

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Mulher de 33 anos de idade, desempregada, refere dor à deglutição há 2,5 semanas, com piora acentuada há três dias. Tem tido um pico de febre diária há uma semana, que coincidiu com uma discreta irritação e embaçamento visual no olho esquerdo. Refere ser portadora do vírus HIV há onze anos. Tem histórico de tratamento prévio para pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Apresentava placas esbranquiçadas na mucosa jugal, sem outros achados significativos. O hemograma inicial mostrava uma pancitopenia, e a endoscopia digestiva alta mostrou o esôfago com erosões lineares, confluentes, recobertas por fibrina, ocupando toda a circunferência do órgão e gastrite enantematosa. Qual a medicação mais adequada para esta paciente?

A Fluconazol.

B Ganciclovir. ✓

C Pantoprazol.

D Sulfametoxazol/trimetoprim.

E Zidovudina + lamivudina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem HIV de longa data, pancitopenia e história de pneumocistose, o que indica imunodepressão avançada, e apresenta a tríade que fecha o raciocínio: odinofagia progressiva, febre e embaçamento visual com irritação ocular unilateral. A endoscopia mostra erosões lineares e confluentes recobertas por fibrina em toda a circunferência do esôfago, padrão descrito para esofagite por citomegalovírus, e o sintoma visual sugere retinite pelo mesmo agente, doença definidora de aids em CD4 baixo. O tratamento de escolha é o ganciclovir endovenoso, que cobre simultaneamente a esofagite e a retinite. O fluconazol trataria candidíase esofágica, que de fato é o diagnóstico mais comum nesse perfil e é sugerida pelas placas brancas na mucosa jugal, mas a candidíase esofágica produz placas esbranquiçadas aderidas no esôfago, e não úlceras lineares confluentes, e não explica a queixa ocular. O pantoprazol trata doença péptica, que não justifica febre, pancitopenia nem lesão ocular. O sulfametoxazol com trimetoprim é a droga da pneumocistose e da toxoplasmose, e não do quadro atual. A associação zidovudina com lamivudina é apenas parte de um esquema antirretroviral, que é necessário mas não trata a infecção oportunista aguda, e a zidovudina ainda pioraria a pancitopenia. Resposta B

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Menino com 7 meses de idade é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde em consulta de Puericultura. A mãe está preocupada, pois acha que ele é mais lento que os irmãos. Após anamnese detalhada, o pediatra realizou o exame físico e afirmou que o exame neurológico e o desenvolvimento neuropsicomotor estavam condizentes com a idade. O que o pediatra observou em relação a linguagem, motricidade, comportamento adaptativo e reflexos arcaicos, respectivamente, para fazer tal afirmação?

- A Emissão espontânea sem intenção imitativa; sustentação cefálica; dirige a mão para objetos; reflexo de Moro.
- B Emissão bissilábica significativa; engatinha durante a consulta; preensão palmar em pinça; reflexo de Landau II.
- C Emissão espontânea sem intenção imitativa; senta-se com apoio; preensão palmar voluntária; reflexo de Moro incompleto.
- D Ecolalia; senta-se sem apoio; muda objeto de uma mão para outra; reflexo de preensão plantar. ✓**
- E Emissão de palavras-frase; capacidade de andar com apoio observada na consulta; bate palmas; reflexo do paraquedista.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor do lactente de 7 meses, avaliados em quatro domínios: linguagem, motricidade, adaptativo e reflexos primitivos. Aos 6-7 meses espera-se emissão de sons repetitivos sem significado atribuído (balbúcio/ecolalia), sentar sem apoio, transferir objeto de uma mão para a outra e persistência do reflexo de preensão plantar, que só desaparece por volta dos 12-15 meses, quando a criança adquire marcha. Esse é exatamente o conjunto descrito na alternativa D, e é o que autoriza o pediatra a afirmar que o desenvolvimento é adequado.

A alternativa A reúne marcos muito anteriores: sustentação cefálica firma-se aos 3 meses e o alcance dirigido de objetos aos 4-5 meses; além disso, o reflexo de Moro deve estar ausente após os 6 meses, e sua persistência aos 7 meses seria sinal de alerta neurológico. A alternativa B antecipa o esperado: emissão bissilábica com significado (mama, papa dirigidos) e preensão em pinça só surgem por volta dos 9-12 meses, assim como o engatinhar. A alternativa C mistura atraso motor (sentar com apoio é marco de 5 meses) com um Moro que deveria ter desaparecido, ainda que incompleto. A alternativa E descreve o repertório do fim do primeiro ano: palavra-frase, andar com apoio e bater palmas são marcos de 11-12 meses, incompatíveis com um lactente de 7 meses normal. Resposta D

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Homem com 18 anos de idade apresenta diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo I e encontra-se em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. Foram prescritas insulina NPH 16U + insulina regular 6U antes do café e insulina NPH 8U + insulina regular 4U antes do jantar. O paciente foi orientado a verificar a glicemia capilar antes das refeições e ao deitar, fazendo aplicação de insulina regular adicional conforme resultado da glicemia, devendo preencher registro com resultado da glicemia e dose adicional de insulina regular utilizada. O paciente retorna à Unidade Básica de Saúde 30 dias depois. Com base nestas informações, e de posse do registro das glicemias, a melhor recomendação em relação ao ajuste das doses de insulina NPH ou regular prescritas é:

- A aumentar 2U da insulina NPH antes do café caso a medida da glicemia antes de deitar tenha sido superior a 120mg/dL na maioria dos dias.
- B aumentar 4U da insulina regular antes de jantar caso a medida da glicemia antes do almoço tenha sido superior a 120mg/dL na maioria dos dias.
- C acrescentar 8U de insulina NPH antes do almoço caso a medida da glicemia antes do almoço tenha sido superior a 120mg/dL na maioria dos dias.

D aumentar em 2U a dose da insulina NPH noturna caso a medida da glicemia matinal em jejum tenha sido superior a 120mg/dL na maioria dos dias. ✓

E associar 4U de insulina regular antes do almoço e ao deitar caso a medida da glicemia matinal em jejum tenha sido superior a 120mg/dL na maioria dos dias. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 25 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata do ajuste do esquema de insulinização convencional em DM1, e o princípio é sempre o mesmo: cada dose corrige a glicemia do período em que ela está agindo. A NPH aplicada à noite tem pico de ação na madrugada e cobre justamente o período de jejum prolongado, de modo que a hiperglicemia matinal em jejum repetida na maioria dos dias é a indicação clássica para incrementar essa dose. O ajuste também deve ser gradual, em torno de 10-20% ou 2 unidades por vez, com reavaliação em alguns dias, para evitar hipoglicemia noturna. É o que descreve a alternativa D.

A alternativa A erra o alvo temporal: a NPH da manhã tem pico no meio do dia e responde pela glicemia do fim da tarde e pré-jantar, não pela glicemia ao deitar, que reflete a regular do jantar. A alternativa B repete o mesmo erro em sentido inverso, pois a regular do jantar age no período pós-jantar e não tem qualquer efeito sobre a glicemia pré-almoço, que depende das insulinas da manhã; o incremento de 4U de uma vez também é desproporcional. A alternativa C acrescenta NPH no almoço para corrigir uma glicemia aferida antes do almoço, ou seja, atua depois do momento que se quer corrigir, e ainda foge do esquema proposto. A alternativa E usa insulina regular no almoço e ao deitar para tratar hiperglicemia de jejum, o que não corrige a madrugada e ainda expõe o paciente a hipoglicemia noturna grave. Antes de subir dose, vale lembrar da necessidade de afastar hipoglicemia de madrugada com rebote (efeito Somogyi) pela medida das 3h. Resposta D

QUESTÃO 78 — Gabarito E

Paciente primigesta, 32 anos de idade, na segunda semana pós-parto, está apresentando quadro de dor na mama esquerda, febre (temperatura axilar = 38.4°C), adinamia, calafrios, o que tem gerado grande dificuldade para amamentar nessa mama. Procurou auxílio na Unidade Básica de Saúde. A médica encontrou no exame físico: mama esquerda com hiperemia, calor e edema no quadrante superior direito, mamilos e aréolas íntegras. O diagnóstico e a conduta, respectivamente, a serem tomadas pela médica são:

A candidíase mamária; indicar aplicação local de nistatina.

B ductos lactíferos bloqueados; indicar punção da área acometida.

C abscesso mamário; indicar drenagem cirúrgica e antibioticoterapia.

D ingurgitamento mamário; indicar massagem circular e ordenha do excesso de leite.

E mastite; indicar retirada manual do leite após mamadas e antibioticoterapia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é típico de mastite puerperal: segunda semana pós-parto, dor mamária unilateral, febre alta, calafrios e adinamia, com área de hiperemia, calor e edema restrita a um quadrante e mamilos íntegros. O agente mais comum é o *Staphylococcus aureus*, e o tratamento tem dois pilares inseparáveis: esvaziamento eficaz da mama (manter a amamentação, com ordenha manual complementar após as mamadas, já que a estase láctea perpetua o processo) e antibioticoterapia sistêmica com cobertura antiestafilocócica, como cefalexina, por 10 a 14 dias, associada a analgesia e repouso. É o que propõe a alternativa E.

A candidíase mamária (A) cursa com dor em queimação ou fisgada irradiada, mamilos e aréolas com descamação e fissuras, sem febre alta nem sinais flogísticos setoriais. O ducto lactífero bloqueado (B) manifesta-se como nódulo doloroso localizado, sem toxemia, e se resolve com esvaziamento e massagem, jamais com punção. O abscesso mamário (C) é complicação da mastite não tratada e exige coleção flutuante à palpação ou demonstrada por ultrassonografia, o que não consta do exame descrito. O ingurgitamento mamário (D) é bilateral e difuso, com mamas tensas e brilhantes, ocorre em geral entre o terceiro e o quinto dia e não justifica febre alta com calafrios e área focal de hiperemia. Resposta E

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Homem com 45 anos de idade, obeso, procura consulta médica por apresentar episódios de cólica em hipocôndrio direito há seis meses. Trouxe consigo um resultado de ultrassonografia que mostra múltiplos pequenos cálculos em vesícula biliar sem outros achados anormais. O paciente inicia a consulta dizendo que não quer realizar cirurgia. Qual a melhor orientação para esse paciente?

- A Iniciar tratamento sintomático, prescrever medicamentos e dieta para perda ponderal, realizando reavaliação em seis meses.
- B Agendar data para realização de cirurgia por videolaparoscopia pela faixa etária do paciente e pelos riscos caso não se submeta à cirurgia.
- C Esclarecer sobre o diagnóstico, a indicação cirúrgica e o risco de complicações caso não se submeta à cirurgia. ✓**
- D Solicitar uma ressonância de abdome superior e orientar para tomar medicamentos sintomáticos com continuação de acompanhamento ambulatorial.
- E Encaminhar para psiquiatra a fim de descartar síndrome do pânico e prescrever medicamentos sintomáticos até o paciente decidir submeter-se à cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão parte de uma colelitíase sintomática, com cólicas biliares recorrentes há seis meses e ultrassonografia mostrando múltiplos cálculos pequenos, situação em que a colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento indicado, pois cálculos pequenos e sintomáticos têm risco aumentado de migração e de complicações como colecistite aguda, coledocolitíase, colangite e pancreatite biliar. O ponto realmente cobrado, porém, é a relação médico-paciente: diante da recusa manifestada logo no início da consulta, a conduta correta é informar com clareza o diagnóstico, o motivo da indicação cirúrgica e os riscos da não operação, permitindo uma decisão autônoma e esclarecida. É exatamente o que faz a alternativa C.

A alternativa A oferece apenas tratamento sintomático e perda ponderal com reavaliação tardia, o que mantém o paciente exposto às complicações e omite a informação essencial; a perda rápida de peso, aliás, favorece a formação de cálculos. A alternativa B agenda a cirurgia atropelando a manifestação do paciente e ainda apoia a indicação na faixa etária, que não é critério para colecistectomia. A alternativa D solicita ressonância desnecessária, já que a ultrassonografia é o exame de escolha e já firmou o diagnóstico, e mantém o paciente sem esclarecimento. A alternativa E patologiza a recusa, encaminhando ao psiquiatra por síndrome do pânico um paciente com dor de causa orgânica documentada, o que é desrespeitoso e sem qualquer base clínica.

Resposta C

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Mulher com 36 anos de idade, secundigesta, na 27.^a semana de gestação, está realizando pré-natal em Unidade Básica de Saúde. Relata que sua primeira gestação transcorreu de forma tranquila e que seu filho nasceu bem, de parto vaginal, pesando 4.200 gramas. Ao exame físico, nota-se pressão arterial = 120 x 80 mmHg, ausência de edemas. Ao exame obstétrico: altura uterina = 28 cm, batimentos cardíacos fetais = 144 bpm, movimentação fetal presente. Realizou glicemia de jejum na primeira consulta com resultado de 83 mg/dL. Em relação ao rastreamento do diabetes gestacional, é indicado para esta gestante:

- A realizar manejo expectante, já que apresentou glicemia normal na primeira consulta e, portanto, não tem risco de desenvolver diabetes gestacional.
- B repetir a glicemia de jejum com 28 semanas e caso seja normal, refazer o exame com 34 semanas.
- C realizar exame de hemoglobina glicada com 34 semanas, para diagnóstico de diabetes gestacional.
- D solicitar teste oral de tolerância à glicose com 75g, com 28 semanas de gestação. ✓**
- E solicitar dosagem de glicemia pós-prandial, com 34 semanas de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o rastreamento do diabetes mellitus gestacional. A glicemia de jejum solicitada na primeira consulta serve para detectar diabetes prévio ou DMG já no início da gestação, mas um resultado normal, como os 83 mg/dL desta paciente, não exclui o diagnóstico, porque a resistência insulínica induzida pelo lactogênio placentário aumenta progressivamente e se torna máxima no segundo e terceiro trimestres. Por isso todas as gestantes com rastreamento inicial negativo devem repetir a investigação entre 24 e 28 semanas com o teste oral de tolerância à glicose com 75 g e três medidas (jejum, 1 hora e 2 horas), como propõe a alternativa D. A paciente ainda soma fatores de risco relevantes: idade de 36 anos e antecedente de recém-nascido de 4.200 g. A alternativa A é a mais grave, pois considera a gestante isenta de risco com base em um exame normal do primeiro trimestre, ignorando a fisiologia da gestação e o antecedente de macrosomia. A alternativa B substitui o teste de sobrecarga por glicemias de jejum seriadas, estratégia de menor sensibilidade, que deixa passar as pacientes cuja alteração é pós-prandial. A alternativa C emprega a hemoglobina glicada, que não é validada para diagnóstico de DMG por sofrer interferência da hemodiluição e do turnover eritrocitário da gestação. A alternativa E propõe glicemia pós-prandial isolada, exame sem padronização nem ponto de corte diagnóstico para rastreamento, e ainda em idade gestacional tardia demais para intervir com segurança. Resposta D

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Menino com 8 anos de idade é trazido ao Ambulatório de Pediatria com queixa de oligúria e urina espumosa, bem como quadro de edema, iniciado há 7 dias. A mãe nega outras alterações ou patologias prévias. Ao exame físico: PA = 99 X 56 mmHg, edema palpebral e de membros inferiores, sem ascite. Exame de urina: densidade urinária: 1.015, hemácias: 2/campo, leucócitos: 3/campo, proteinúria +++/++++. Considerando a principal hipótese diagnóstica, é indicado para tratamento da doença de base:

A diurético.

B antibiótico.

C anti-hipertensivo.

D corticosteroide. ✓

E anti-inflamatório não hormonal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome nefrótica na infância: edema palpebral e de membros inferiores de instalação subaguda, urina espumosa e oligúria, com proteinúria maciça (+++), hematúria e leucocitúria ausentes e pressão arterial normal para a idade. Em criança de 8 anos previamente hígida e sem sinais de componente nefrítico, a causa amplamente predominante é a doença por lesões mínimas, cuja alta corticossensibilidade permite iniciar o tratamento empiricamente, sem biópsia renal, com prednisona (habitualmente 60 mg/m²/dia ou 2 mg/kg/dia por 4 a 6 semanas, seguida de esquema em dias alternados com desmame). Portanto, o tratamento da doença de base é o corticosteroide, alternativa D.

O diurético (A) é medida sintomática, reservada a edema volumoso ou sintomático, e deve ser usado com cautela pelo risco de hipovolemia e trombose em paciente com albumina baixa; não atua sobre a doença. O antibiótico (B) trataria uma infecção, tem papel apenas nas complicações infecciosas como a peritonite bacteriana espontânea, e não corrige a proteinúria; o quadro tampouco é de glomerulonefrite pós-estreptocócica, que cursaria com hematúria e hipertensão. O anti-hipertensivo (C) não se aplica a uma criança com PA de 99 x 56 mmHg, dentro da normalidade para 8 anos. O anti-inflamatório não hormonal (E) não trata a lesão mínima e é potencialmente nefrotóxico, podendo inclusive causar nefropatia com síndrome nefrótica. Resposta D

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Mulher com 52 anos de idade, previamente hígida, há 3 meses queixa-se de astenia, sonolência e ganho de peso, constipação, além de artralguas e mialgias. Ao exame, nota-se pele seca e frequência cardíaca de 62 bpm, além de não apresentar sinais de artrite ou deformidades articulares. Os exames indicados e o principal diagnóstico a ser considerado são, respectivamente:

A CPK e aldolase; fibromialgia.

B TSH e T4 livre; hipotireoidismo primário. ✓

C cálcio sérico e PTH; hiperparatireoidismo.

D TSH e T4 livre; hipotireoidismo secundário.

E cortisol e potássio séricos; insuficiência adrenal. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 26 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto de astenia, sonolência, ganho de peso, constipação, artralguas e mialgias com pele seca e frequência cardíaca de 62 bpm em mulher de 52 anos desenha um hipometabolismo generalizado, e a causa mais prevalente nessa faixa etária e sexo é o hipotireoidismo primário, quase sempre por tireoidite crônica autoimune de Hashimoto. A investigação inicial correta é a dosagem de TSH e T4 livre: no acometimento primário da glândula o TSH está elevado e o T4 livre baixo (ou normal, no hipotireoidismo subclínico), padrão que confirma o diagnóstico e orienta a reposição com levotiroxina. É o que traz a alternativa B.

A alternativa D acerta os exames, mas erra o diagnóstico: o hipotireoidismo secundário, de origem hipofisária, é raro, cursa com TSH baixo ou inapropriadamente normal com T4 livre baixo e costuma vir acompanhado de outros déficits hormonais, cefaleia ou alterações campimétricas, nada disso presente na vinhetagem. A alternativa A investiga miopatia com CPK e aldolase para propor fibromialgia, condição que não tem alteração laboratorial característica e não explica ganho de peso, constipação, pele seca e bradicardia. A alternativa C busca hiperparatireoidismo, que se manifesta por hipercalemia com poliúria, nefrolitíase e dor óssea, sem o quadro de lentificação global aqui descrito. A alternativa E aponta insuficiência adrenal, que tipicamente cursa com perda de peso, hipotensão, hiperpigmentação cutânea, hiponatremia e hipercalemia, o oposto do apresentado. Resposta B

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Homem com 35 anos de idade, no 3.º dia pós-operatório de apendicectomia, encontra-se internado em enfermaria coletiva de pequeno hospital secundário. O achado cirúrgico foi de uma apendicite aguda em fase gangrenosa. Foi iniciada a antibioticoterapia com administração de gentamicina e metronidazol e a alimentação via oral com boa aceitação, após a eliminação de flatos e fezes. Não apresentou febre. Ao exame, a ferida cirúrgica encontra-se hiperemiada, discretamente abaulada e com saída de material purulento.

A conduta para esse caso, além do esclarecimento ao paciente, é: A manter a antibioticoterapia e curativos diários.

B trocar antibioticoterapia, aplicar calor local e curativos diários.

C manter a antibioticoterapia, retirar os pontos cirúrgicos para drenagem da secreção e curativos diários. ✓

D trocar antibioticoterapia, indicar a realização de exame de imagem pelo risco de infecção intracavitária.

E manter antibioticoterapia, indicar a exploração cirúrgica da ferida operatória pelo risco de infecção intracavitária.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve infecção do sítio cirúrgico superficial no terceiro dia de pós-operatório de apendicectomia por apendicite gangrenosa, situação de alto risco por se tratar de ferida contaminada ou infectada. Os sinais são todos de parede: hiperemia, abaulamento e drenagem de secreção purulenta, em paciente afebril, com trânsito intestinal restabelecido e boa aceitação da dieta, o que afasta clinicamente coleção intracavitária. O tratamento de qualquer coleção purulenta é a drenagem, obtida à beira do leito com a retirada de pontos sobre a área abaulada, abertura da ferida, lavagem e curativos diários, mantendo-se o esquema antibiótico já em curso, adequado para a flora entérica e anaeróbia. É a conduta da alternativa C.

A alternativa A mantém antibiótico e curativos sem abrir a ferida, e antibiótico não resolve pus coletado, que continuará a se acumular. A alternativa B troca o esquema sem qualquer evidência de falha terapêutica, favorecendo resistência, e substitui a drenagem por calor local. A alternativa D indica exame de imagem por suspeita de abscesso intracavitário em paciente sem febre, sem dor abdominal e com trânsito normalizado, quadro que não sustenta essa hipótese, além de trocar o antibiótico sem motivo. A alternativa E propõe exploração cirúrgica da ferida, conduta desproporcional quando a abertura simples no leito é suficiente e resolutive. Resposta C

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Menina com 1 ano de idade, em bom estado geral, é levada à consulta médica. Tem história de infecção urinária (ITU) de repetição e investigação radiológica demonstrando refluxo vesico-ureteral grau II. Considerando as evidências mais recentes quanto à eficácia e segurança da profilaxia com antibióticos para crianças com infecção urinária, escolha a conduta mais adequada para esta criança.

A A profilaxia está indicada pela eficácia na prevenção de novos episódios, apesar dos efeitos colaterais dos antibióticos em longo prazo.

B A profilaxia não está indicada, pois não diminui a incidência de novos episódios e pode selecionar a flora para recorrências de ITU. ✓

C A quimioprofilaxia tem indicação precisa neste caso de refluxo vesico-ureteral e é segura, desde que administrada em baixas doses.

D A quimioprofilaxia é discutível neste caso por tratar-se de uma menina, apesar de sua segurança ter sido demonstrada em estudos.

E A profilaxia deve ser indicada neste caso e nos demais casos de refluxo vesico-ureteral até sua resolução ou correção cirúrgica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a mudança de paradigma na profilaxia antibiótica contínua em crianças com infecção urinária de repetição e refluxo vesicoureteral de baixo grau. Ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas publicadas ao longo dos anos 2000 mostraram que a quimioprofilaxia não reduz de forma clinicamente relevante a recorrência de ITU nem previne cicatriz renal nos refluxos de graus I a III, e ainda traz custo importante: seleção de bactérias resistentes, de modo que as recorrências que ocorrem sob profilaxia tendem a ser por germes multirresistentes, além de efeitos adversos do uso prolongado e baixa adesão. É exatamente o que afirma a alternativa B, que reúne a ausência de benefício e o risco de seleção de flora.

A alternativa A sustenta eficácia na prevenção de novos episódios, o que contraria as evidências citadas. A alternativa C afirma indicação precisa e segurança em baixas doses, mas justamente as doses baixas prolongadas são as que mais favorecem a pressão seletiva. A alternativa D usa o sexo feminino como argumento para relativizar a indicação, quando o determinante é o grau do refluxo e o padrão de recorrência, e ainda afirma segurança demonstrada. A alternativa E generaliza a profilaxia a todos os refluxos até resolução espontânea ou correção cirúrgica, conduta antiga e hoje reservada, quando muito, a refluxos de alto grau (IV e V) ou a casos selecionados com cicatriz renal e recorrências febris frequentes. Resposta B

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Secundigesta, com 18 semanas de idade gestacional, comparece à segunda consulta de pré-natal em Unidade Básica de Saúde. Traz resultado de exame de urocultura com mais de 100 mil unidades formadoras de colônias bacterianas por mL. Nega queixas urinárias e febre. Ao exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, eupneica, pressão arterial = 120 x 80 mmHg. Exame obstétrico: altura uterina de 17 cm, batimentos cardíacos fetais presentes, rítmicos, 136 batimentos por minutos.

A conduta indicada é: A iniciar tratamento profilático com cefalosporina diariamente até o parto.

B iniciar antibioticoterapia e repetir urocultura sete dias após o término do tratamento. ✓

C repetição da urocultura em duas semanas, pois o resultado sugere contaminação da amostra.

D solicitar ultrassonografia das vias urinárias e realizar uroculturas bimensais para monitoramento do quadro.

E solicitar sedimento urinário para confirmar infecção urinária e, se mostrar a presença de nitritos, iniciar tratamento. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 27 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A gestante apresenta urocultura com mais de 100.000 unidades formadoras de colônias por mL sem qualquer sintoma urinário ou febre, o que define bacteriúria assintomática. Na gravidez essa condição não é benigna: em razão da estase urinária, da dilatação pieloureteral e da ação da progesterona, cerca de 20 a 30 por cento das gestantes não tratadas evoluem para pielonefrite, com risco associado de trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer e sepse materna. Por isso o rastreamento com urocultura é rotina do pré-natal e todo resultado positivo deve ser tratado com antibiótico apropriado ao antibiograma e seguro na gestação, seguido de urocultura de controle de cura cerca de sete dias após o término do esquema. É o que traz a alternativa B. A alternativa A institui profilaxia contínua até o parto já no primeiro episódio, conduta reservada a casos de recorrência ou de pielonefrite prévia. A alternativa C interpreta o resultado como contaminação, mas contagem acima de 100 mil UFC/mL é precisamente o critério diagnóstico de bacteriúria significativa, e postergar o tratamento por duas semanas expõe a gestante ao risco de pielonefrite. A alternativa D investiga o trato urinário com imagem e monitora com uroculturas seriadas sem tratar a infecção já documentada. A alternativa E condiciona o tratamento ao sedimento urinário e à presença de nitrito, exames de menor acurácia: a urocultura é o padrão-ouro, e a ausência de leucocitúria ou de nitrito não afasta a bacteriúria nem dispensa o tratamento. Resposta B

QUESTÃO 87 — Gabarito E

Em uma reunião de planejamento com os gerentes das Unidades de Atenção Básica de um município de médio porte, são avaliados os motivos das falhas nos fluxos dos usuários em relação aos serviços de Urgência e Emergência locais. Para que essa discussão seja produtiva, o gestor local esclareceu, para os participantes da reunião, conceitos importantes sobre Redes de Atenção no Sistema Único de Saúde. Entre os conceitos apresentados pelo gestor sobre o tema, quais estão previstos nas normas do SUS?

A Os pontos de atenção a Urgência e Emergência nas Redes de Atenção à Saúde são as estruturas hospitalares terciárias, que possuem instrumental tecnológico apropriado para estas condições, sendo que estes pontos devem estar interligados com os demais níveis através de um transporte sanitário adequado.

B As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se pela formação de relações verticais entre os pontos de atenção, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, pois este nível é o responsável pela triagem inicial dos pacientes e o encaminhamento primário para os pontos de cuidado mais apropriados para cada caso.

C Os pontos de atenção a Urgência e Emergência devem estar no centro das Redes de Atenção à Saúde, pois nesses locais são realizados cuidados essenciais à saúde das pessoas, assim como a efetiva comunicação e coordenação do cuidado dentro da Rede por meio do apoio de sistema técnico, logístico e de gestão entre os níveis.

D As Redes de Atenção à Saúde são definidas como um modelo linear de cuidado dentro do sistema de saúde. Elas orientam gestores e usuários sobre a porta de entrada e o escalonamento entre os diversos níveis de densidade tecnológica no sistema, com os seus objetivos de prestação de serviços singulares.

E Nas Redes de Atenção à Saúde, todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos do cuidado integral, que deve ser realizado por meio de relações horizontais entre os diversos níveis de atenção, que diferenciam-se apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os fundamentos das Redes de Atenção à Saúde, conforme a Portaria GM/MS 4.279/2010 e o Decreto 7.508/2011. A concepção normativa rompe com a pirâmide hierárquica tradicional e adota um arranjo poliárquico: os pontos de atenção se relacionam de forma horizontal, todos são igualmente necessários para a integralidade do cuidado e se distinguem apenas pelas diferentes densidades tecnológicas que lhes são próprias, sem que uma densidade maior signifique maior importância. A Atenção Primária ocupa o centro de comunicação da rede, como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, sustentada por sistemas de apoio, logístico e de governança. Essa é a descrição da alternativa E.

A alternativa A coloca o hospital terciário como o ponto de atenção às urgências, ignorando que a rede de urgência inclui UBS, SAMU, UPA e atenção domiciliar. A alternativa B afirma relações verticais entre os pontos, exatamente o modelo hierarquizado que as RAS superam, e reduz a Atenção Primária a triagem e encaminhamento, quando seu papel é coordenar longitudinalmente o cuidado. A alternativa C desloca o centro de comunicação da rede para os serviços de urgência, função que cabe à Atenção Primária. A alternativa D define as redes como modelo linear de cuidado com escalonamento por densidade tecnológica e serviços de objetivos singulares, retomando a lógica piramidal e fragmentada que a normativa pretende substituir. Resposta E

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Primigesta, com 39 semanas de gestação, encontra-se em trabalho de parto há seis horas. Nas últimas três horas, manteve a dilatação cervical de 6 cm, sem que houvesse modificações no colo uterino, que se encontra medianizado e esvaecido em 50%. Quando a paciente foi internada, apresentava três contrações moderadas em 10 minutos. Nas últimas duas horas, tem apresentado dinâmica uterina de duas contrações fracas em 10 minutos. A descida do polo cefálico vem se processando de forma progressiva e agora observa-se que o polo cefálico está no plano zero de De Lee. Com base no quadro clínico, o diagnóstico e a conduta são:

A fase ativa prolongada, distócia funcional; deambulação e, se necessário, ocitocina. ✓

B fase de latência prolongada; administrar ocitocina e realizar amniotomia.

C período pélvico prolongado; realizar amniotomia e administrar ocitocina.

D desproporção céfalo-pélvica relativa; indicar operação cesariana.

E parada secundária de descida; indicar operação cesariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a diferenciação dos distúrbios da fase ativa do trabalho de parto. A paciente já está em fase ativa (colo esvaecido, medianizado, 6 cm de dilatação), e o dado que fecha o raciocínio é a dinâmica uterina: internou com três contrações moderadas em 10 minutos e passou a duas contrações fracas em 10 minutos. A dilatação, portanto, evolui de forma lenta por hipoatividade uterina, ou seja, uma distócia funcional, e não por obstáculo mecânico. A prova disso é a descida, que segue progressiva até o plano zero de De Lee. O tratamento é corrigir o motor uterino: deambulação, mudança de decúbito, apoio, e ocitocina se a contratilidade não melhorar. A fase de latência prolongada (B) ocorre antes dos 4 a 5 cm com colo ainda grosso, o que não é o caso. O período pélvico prolongado (C) só se aplica ao segundo período, após dilatação completa. Desproporção céfalo-pélvica (D) é insustentável diante de um polo cefálico que desceu progressivamente até De Lee zero. E a parada secundária da descida (E) exigiria altura estacionária, exatamente o oposto do descrito; além disso, indicar cesariana com contrações fracas e não corrigidas seria intervir antes de tratar a causa.

Resposta A

QUESTÃO 89 — Gabarito E

Homem com 28 anos de idade chega ao Serviço de Urgência de um hospital de atenção secundária cerca de 30 minutos após colisão automobilística. Está confuso, queixando-se de muita falta de ar e dor no hemitórax direito. Apresenta uma fratura fechada da tíbia direita, sem sangramento ativo. Ao exame físico mostra-se descorado (++/++++), frequência cardíaca = 128 bpm, pressão arterial = 90 x 60 mmHg e frequência respiratória = 40 irpm. A ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular ausente à direita. A percussão mostra macicez do hemitórax direito. O oxímetro de pulso mostra saturação de oxigênio de 92% (ar ambiente). O paciente apresenta várias escoriações pelo corpo.

A conduta mais adequada para este paciente, após aferição da permeabilidade de vias aéreas, estabilização da coluna cervical e oxigenoterapia suplementar, é a realização de: A punção pericárdica no espaço subxifóide.

B drenagem pleural no 2.º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

C radiografia simples de tórax no leito para diagnóstico definitivo e posterior conduta.

D punção torácica com cateter de grosso calibre no 2.º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

E drenagem pleural no 5.º espaço intercostal na linha axilar anterior, com preparo de material para autotransfusão. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 28 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de trauma torácico fechado com choque, e o achado que define tudo é a combinação de murmúrio vesicular abolido com macicez à percussão no hemitórax direito, em paciente hipotenso, taquicárdico e descorado: hemotórax maciço. Macicez significa líquido (sangue) no espaço pleural; o volume é suficiente para comprometer a ventilação e a volemia ao mesmo tempo. A conduta, ainda na avaliação primária do ATLS, é drenagem pleural em selo d'água no 5.º espaço intercostal, na linha axilar anterior/média, com reposição volêmica concomitante e material preparado para autotransfusão, já que o sangue drenado pode ser devolvido ao paciente. Débito imediato acima de 1.500 mL ou perda mantida orientam toracotomia.

A punção pericárdica (A) trataria tamponamento, que cursa com hipofonese de bulhas e turgência jugular, sem macicez unilateral. A drenagem no 2.º espaço intercostal (B) não é local de drenagem torácica. Aguardar radiografia (C) atrasa o tratamento de um choque cuja causa já foi definida clinicamente. A punção com cateter de grosso calibre no 2.º espaço intercostal (D) é a descompressão do pneumotórax hipertensivo, que daria timpanismo, não macicez, e não drenaria sangue.

Resposta E

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Recém-nascido com 36 semanas de idade gestacional, parto cesariano, Apgar 6 e 8, peso de nascimento= 2.100 g, evoluiu com sintomas precoces e graves nas primeiras 24 horas de vida (icterícia, hepatoesplenomegalia, elevação das enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia e hemorragia), associados ao quadro de microcefalia com calcificações cerebrais periventriculares, microftalmia, coriorretinite e surdez.

A principal hipótese diagnóstica para esta infecção congênita e o tratamento de escolha são, respectivamente:

A herpes simples e aciclovir.

B citomegalovírus e ganciclovir. ✓

C rubéola e tratamento de suporte.

D sífilis congênita e penicilina cristalina.

E toxoplasmose e piremetamina/sulfadiazina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o reconhecimento da infecção congênita pelo padrão de acometimento. O recém-nascido é prematuro e pequeno para a idade gestacional, com doença sistêmica precoce e grave (icterícia, hepatoesplenomegalia, hipertransaminasemia, anemia, plaquetopenia e sangramento) somada a um conjunto neurossensorial muito característico: microcefalia com calcificações cerebrais periventriculares, coriorretinite e surdez. Calcificação periventricular associada a surdez neurossensorial é a assinatura do citomegalovírus congênito, a infecção congênita mais frequente. Na forma sintomática grave, com acometimento de sistema nervoso central, indica-se tratamento antiviral com ganciclovir endovenoso (ou valganciclovir oral), que reduz a progressão da perda auditiva.

O herpes simples neonatal (A) costuma se manifestar entre o 5.º e o 21.º dia, com vesículas, sepse viral ou encefalite temporal, não com esse padrão de calcificação. A rubéola congênita (C) cursa com catarata, cardiopatia e retinopatia em sal e pimenta, e não tem tratamento específico. A sífilis congênita (D) dá lesões ósseas, pênfigo palmoplantar e rinite sangüinolenta, sem microftalmia ou calcificações periventriculares. A toxoplasmose (E) tem a tríade de coriorretinite, hidrocefalia e calcificações difusas, e não periventriculares nem surdez.

Resposta B

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Paciente com 17 anos de idade, primípara, encontra-se no 7.º dia pós-parto e permanece internada no alojamento conjunto, acompanhando seu recém-nascido, em tratamento de sepse neonatal. Nesse período, a paciente começa a apresentar quadro de insônia, delírios de grandeza, alternados com manifestações paranoides. Diz que ouve vozes e vê sombras que querem pegá-la e trocar seu bebê. Durante o dia, apresenta agitação psicomotora ininterrupta. Ela não apresenta nenhum sintoma associado a infanticídio ou ideário negativo em relação à sua maternidade, mas diz que prefere morrer a ser "pega pelas sombras". A família nega qualquer quadro anterior semelhante. Baseado na sintomatologia apresentada, o diagnóstico é:

A disforia pós-parto.

B psicose pós-parto. ✓

C depressão pós-parto.

D transtorno de ansiedade.

E transtorno bipolar (psicose maníaco-depressiva).

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de emergência psiquiátrica do puerpério. No 7.º dia pós-parto, uma primípara adolescente abre insônia, delírios de grandeza alternados com conteúdo persecutório, alucinações auditivas e visuais e agitação psicomotora contínua: sintomas psicóticos francos, de instalação abrupta nas primeiras duas semanas após o parto, sem antecedente psiquiátrico. Isso define psicose puerperal, condição rara (cerca de 1 a 2 por 1.000 partos) porém grave, com risco de suicídio e de infanticídio mesmo quando o ideário não está explicitado. Aqui já existe sinal de alarme: a paciente diz preferir morrer a ser pega pelas sombras. A conduta é internação psiquiátrica, antipsicótico e supervisão do binômio.

A disforia pós-parto (A), o blues puerperal, é leve e autolimitada, com labilidade e choro fácil, sem delírio ou alucinação. A depressão pós-parto (C) tem instalação insidiosa em semanas a meses, com humor deprimido, anedonia e culpa como núcleo. Transtorno de ansiedade (D) não cursa com sintomas psicóticos. O transtorno bipolar (E) exigiria episódios prévios de humor, expressamente negados pela família, e o diagnóstico síndrome do momento é o do episódio psicótico puerperal.

Resposta B

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Primigesta com 30 anos de idade, 38 semanas de gestação e pré-natal sem intercorrências, é admitida na Maternidade em trabalho de parto. Ao exame físico na admissão, pressão arterial = 100 x 60 mmHg, altura uterina = 35 cm, dinâmica uterina - 2 contrações em 10 minutos, frequência cardíaca fetal = 140 bpm. Ao toque vaginal, colo fino, 3 cm de dilatação, apresentação cefálica, bolsa íntegra. Analisando a evolução do trabalho de parto, conforme o partograma mostrado acima, a hipótese diagnóstica e a conduta correta, após 10 horas de observação, são, respectivamente:

A fase ativa prolongada; administrar ocitocina.

B parada secundária da descida; realizar cesariana.

C parada secundária da dilatação; realizar cesariana. ✓

D parada secundária da dilatação; administrar ocitocina.

E parada secundária da descida; realizar analgesia (bloqueio combinado). Partograma Dia de início Hora Real
Hora de registro FCF (bat. / min.) x R R R R Fonte: Ministério da Saúde 1 - 19 seg. 20 - 39 seg. >= 40 seg. 1
2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dilatação (cm) Contrações Bolsa Nome RG - AM - 3 - 2 - 1 0 + 1 + 2 + 3 + 4 Vulva 10 9 8 7
6 5 4 3 2 1 180 160 140 120 100 80 De Lee EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS
MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 29 Prova
Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra leitura de partograma e a distinção entre as distócias da fase ativa. A paciente é primigesta a termo, admitida com 3 cm de dilatação e dinâmica de duas contrações em 10 minutos, e após dez horas de acompanhamento o registro mostra dilatação cervical estacionada. Parada secundária da dilatação é definida como dilatação sem progressão por duas horas ou mais em fase ativa, com contratilidade uterina já adequada. Quando o motor uterino está corrigido e ainda assim o colo não abre, a leitura é de obstáculo mecânico, isto é, desproporção céfalo-pélvica, e a conduta correta é a cesariana. Insistir no parto vaginal nesse cenário expõe a mãe a rotura uterina e o feto a sofrimento.

Fase ativa prolongada (A) descreve dilatação que progride, porém devagar, abaixo de 1 cm por hora, e tem tratamento clínico com correção da dinâmica. Parada secundária da descida (B e E) refere-se à altura da apresentação, não à dilatação, e a analgesia não trata distócia. Administrar ocitocina diante de parada de dilatação com dinâmica já satisfatória (D) é insistir no que falhou, e não resolve a causa mecânica.

Resposta C

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Homem com 27 anos de idade, sem antecedentes patológicos, é admitido no Hospital com quadro de dor e edema em membros inferiores. O paciente informa ter corrido uma maratona sob tempo chuvoso há cinco dias. O paciente relata também redução do volume urinário e urina de coloração escura. No dia anterior à hospitalização, apresentou náuseas, vômitos e tremores de extremidades. O exame físico não mostra outras alterações além da dor à compressão de estruturas musculares e da PA = 150 x 90 mmHg. Os exames iniciais mostram: O raio-X de tórax e a ultrassonografia de abdome foram normais. Com base nos dados apresentados, o diagnóstico e a conduta inicial a ser tomada são, respectivamente:

A leptospirose; hemodiálise.

B polimiosite; glicocorticóides.

C rabdomiólise; hidratação endovenosa. ✓

D desidratação; hidratação endovenosa.

E síndrome hepatorenal; albumina associada à terlipressina.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de lesão renal aguda por rabdomiólise após exercício extenuante. Os dados que amarram o diagnóstico são a mialgia com dor à compressão das massas musculares depois da maratona, a urina escura com oligúria e, sobretudo, o laboratório: creatinoquinase de 9.800 U/L (mais de cinquenta vezes o limite) e urina tipo I com hemoglobina quatro cruzeiros, mas apenas 6 a 8 eritrócitos por campo. Essa dissociação entre a fita positiva e a ausência de hematúria significativa é mioglobinúria, marca registrada da rabdomiólise. A elevação de AST e ALT vem do músculo, não do fígado. A conduta inicial é hidratação endovenosa vigorosa com salina isotônica, para restaurar o fluxo renal e diluir a mioglobina tubular, reservando diálise para hipercalemia refratária, acidose grave, uremia sintomática ou anúria.

A leptospirose (A) tem exposição plausível, mas faltam febre, sufusão conjuntival, icterícia rubínica e plaquetopenia, e o hemograma está normal. Polimiosite (B) é doença insidiosa, com fraqueza proximal progressiva, e não explica esse quadro agudo. Desidratação isolada (D) não gera creatinoquinase nessa magnitude nem mioglobinúria. Síndrome hepatorenal (E) pressupõe hepatopatia crônica avançada com hipertensão portal, e a ultrassonografia de abdome foi normal.

Resposta C

QUESTÃO 95 — Gabarito E

Homem com 20 anos de idade, vítima de colisão motociclística em via pública, foi levado ao hospital pela equipe de suporte básico de vida, que relatou inconsciência durante todo o atendimento. Apresenta abertura ocular à dor, emite palavras inapropriadas e postura de decorticação ao estímulo doloroso, com anisocoria (pupila D > E). Os sinais vitais são: frequência cardíaca = 68 bpm, pressão arterial = 160 x 100 mmHg, frequência respiratória = 20 irpm e saturação de oxigênio de 98%. A tomografia computadorizada de crânio mostrou hematoma subdural com desvio importante da linha média. As condutas tomadas para minimizar o dano cerebral, além da manutenção de vias aéreas, ventilação e controle da volemia, devem ser:

A craniotomia imediata para drenagem do hematoma e instalação de monitorização de pressão intracraniana.

B fixação de parâmetros ventilatórios para manter a pCO₂ entre 25 e 30 mmHg, manitol endovenoso em bolus e craniotomia após redução da pressão intracraniana para drenagem do hematoma.

C fixação de parâmetros ventilatórios para manter a pCO₂ entre 25 e 30 mmHg, furosemida por via endovenosa em bolus, craniotomia imediata para drenagem do hematoma e instalação de monitorização de pressão intracraniana.

D fixação de parâmetros ventilatórios para manter a pCO₂ entre 25 e 30 mmHg, manitol endovenoso em infusão lenta, craniotomia imediata para drenagem do hematoma e instalação de monitorização de pressão intracraniana.

E fixação de parâmetros ventilatórios para manter a pCO₂ entre 25 e 30 mmHg, manitol endovenoso em bolus, craniotomia imediata para drenagem do hematoma e instalação de monitorização de pressão

intracraniana. **RESULTADO DO EXAME VALOR DE REFERÊNCIA** Creatinina sérica= 4,2 mg/dL 0,6-1,3 mg/dL Ureia sérica=150mg/dL 15-38mg/dL TGO/AST= 750 U/L até 38 U/L TGP/ALT= 520 U/L até 41 U/L Creatinoquinase sérica= 9.800 U/L 38-174 U/L Na+sérico= 141 mEq/L 135-145 mEq/L K+sérico= 4,6 mEq/L 4,5-5,5mEq/L Hemograma sem alterações Urina tipo I (EAS): hemoglobina++++; eritrócitos: 6-8/campo; leucócitos: 1-2/campo **EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 30 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de traumatismo cranioencefálico grave com hipertensão intracraniana e herniação uncal em curso. A Escala de Coma de Glasgow soma 8 (abertura ocular à dor 2, palavras inapropriadas 3, decorticação 3), há anisocoria com midríase à direita, hipertensão com bradicardia (reflexo de Cushing) e tomografia com hematoma subdural e desvio importante da linha média. Esse conjunto obriga a duas frentes simultâneas: medidas imediatas de redução da pressão intracraniana e evacuação cirúrgica sem demora. A hiperventilação otimizada, mantendo pCO₂ entre 25 e 30 mmHg, é recurso temporário de resgate na herniação iminente; o manitol precisa ser administrado em bolus (0,25 a 1 g/kg) para produzir o gradiente osmótico rápido; e a craniotomia descompressiva com drenagem do hematoma deve ser imediata, seguida de monitorização da pressão intracraniana.

A opção A oferece apenas a cirurgia, sem as medidas que sustentam o cérebro até a sala. A opção B posterga a craniotomia até a queda da pressão intracraniana, invertendo a prioridade do tratamento definitivo. A opção C troca o manitol por furosemida, que não é o agente de escolha nessa situação. A opção D mantém tudo correto, mas indica manitol em infusão lenta, o que anula o efeito osmótico rápido de que o paciente precisa.

Resposta E

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Um médico que trabalha em uma comunidade urbana de médio porte foi convidado para participar de uma entrevista numa rádio local. O objetivo da entrevista era conscientizar a população sobre o enfrentamento de epidemia da dengue que o município passava no momento. Quando foi indagado sobre a importância da Atenção Básica nesse enfrentamento, o médico utilizou os conceitos estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde. De acordo com esse documento, qual das alternativas abaixo está correta em relação ao papel da Atenção Básica no enfrentamento da dengue?

A Uma das responsabilidades da Atenção Básica é a vigilância epidemiológica, que, por meio de seus agentes comunitários de saúde, deve identificar e atuar sobre os focos do vetor da dengue, realizando a promoção em saúde.

B A Atenção Básica é o nível de atenção à saúde responsável pela centralidade do cuidado às pessoas, com atividades de assistência integral à saúde da população, sendo, por isso, fundamental no enfrentamento da epidemia de dengue. ✓

C A Atenção Básica utiliza tecnologias de baixa complexidade e alta densidade, conseguindo solucionar os problemas de saúde mais frequentes e mais relevantes da população, como na situação da epidemia de dengue.

D A Atenção Básica realiza a promoção da saúde e prevenção das doenças e, numa epidemia de dengue, este nível de atenção serve para realizar a triagem e encaminhamentos dos casos para os outros níveis.

E O propósito da Atenção Básica é realizar os procedimentos básicos de cuidado à saúde de forma individual, atuando na epidemia da dengue através de consultas e procedimentos médicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito de Atenção Básica da Política Nacional de Atenção Básica. O documento define a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e centro de comunicação da rede, ordenadora do cuidado e coordenadora do itinerário do usuário, com atenção integral, contínua e centrada na pessoa, no território e na família. Numa epidemia de dengue, é essa característica que a torna decisiva: a maior parte dos casos é leve e deve ser diagnosticada, classificada de risco, hidratada e reavaliada na própria unidade, com vínculo e continuidade, ao lado das ações de educação e de vigilância em saúde.

A alternativa A atribui à equipe da Atenção Básica a ação direta sobre focos do vetor, que é atribuição da vigilância ambiental e dos agentes de combate a endemias, com quem a equipe se articula. A alternativa C inverte os termos consagrados: a Atenção Básica trabalha com baixa densidade tecnológica e alta complexidade. A alternativa D reduz o nível a triagem e encaminhamento, o que contraria a resolutividade e a coordenação do cuidado que lhe são próprias. A alternativa E restringe a atuação ao cuidado individual e a procedimentos médicos, ignorando o trabalho em equipe, a dimensão coletiva e a promoção da saúde.

Resposta B

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Mãe comparece à Unidade Básica de Saúde com filha de 7 meses, previamente hígida, com quadro de diarreia há 12 dias, com fezes líquidas desde o início do quadro. Nega cirurgias prévias, vômitos, febre ou presença de sangue nas fezes. Atualmente apresenta dermatite em região de fraldas e evacuações explosivas. Alimentada exclusivamente com leite materno até completar 4 meses de idade, sua alimentação consiste em leite em pó integral, suco e papa de frutas. Não apresenta perda de peso significativa. Com base no quadro clínico apresentado, o diagnóstico e a conduta adequada para esta lactente são, respectivamente:

A doença celíaca; dieta isenta de glúten.

B intolerância à lactose; dieta isenta de lactose. ✓

C alergia ao leite de vaca; dieta isenta de leite.

D fibrose cística; terapia de reposição enzimática.

E doença inflamatória intestinal; antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve diarreia osmótica por má absorção de carboidrato em lactente. Os elementos que apontam o diagnóstico são a diarreia líquida arrastada por doze dias, sem febre, vômitos ou sangue nas fezes, com evacuações explosivas e dermatite perianal em região de fraldas, num bebê que passou a receber leite de vaca integral. Fezes explosivas e ácidas corroendo a pele perianal, sem repercussão nutricional relevante, são a tradução clínica da lactose não absorvida sendo fermentada no cólon, com produção de gás e ácidos orgânicos e arrasto osmótico de água. Em lactente previamente hígido, a forma habitual é a intolerância secundária, pós-infecciosa, por lesão transitória da borda em escova. A conduta é retirar a lactose da dieta enquanto a mucosa se recupera.

Doença celíaca (A) exigiria exposição ao glúten, ausente na dieta descrita, e cursa com desnutrição e distensão abdominal. Alergia à proteína do leite de vaca (C) tipicamente se manifesta com sangue e muco nas fezes ou sinais atópicos e sistêmicos, o que o enunciado nega. Fibrose cística (D) traria esteatorreia, déficit ponderal importante e infecções respiratórias de repetição. Doença inflamatória intestinal (E) é excepcional nessa idade, cursa com sangue e perda de peso, e não se trata com antibiótico.

Resposta B

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Adolescente, 16 anos de idade, vai à consulta ginecológica buscando orientação. Relata estar namorando há três meses, nunca teve atividade sexual, mas pretende começar a ter relações com o namorado em alguns meses. Considerando a literatura mais recente, qual medida teria maior impacto na prevenção das lesões induzidas pelo papilomavírus humano para a paciente em questão, incluindo o câncer de colo uterino?

A Realizar vacinação contra o HPV. ✓

B Realizar captura híbrida anual para HPV.

C Fazer uso de anticoncepcional combinado oral.

D Realizar exame citopatológico de colo uterino anual.

E Recomendar que a paciente oriente o namorado a procurar um urologista para realização de peniscopia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de prevenção primária e o dado decisivo do enunciado é que a adolescente de 16 anos ainda não iniciou atividade sexual. A vacina contra o HPV é profilática, não terapêutica: seu benefício máximo ocorre justamente antes da exposição ao vírus, quando a imunogenicidade também é maior, e é a única medida da lista capaz de impedir a infecção pelos genótipos oncogênicos e, com isso, prevenir as lesões precursoras e o câncer de colo uterino. Por essa razão o Programa Nacional de Imunizações prioriza a vacinação de meninas e meninos na faixa etária pré-início da vida sexual.

A captura híbrida (B) é teste diagnóstico de infecção já instalada, não previne nada e não tem indicação nessa idade. O anticoncepcional combinado (C) não protege contra infecções sexualmente transmissíveis e seu uso prolongado é apontado como cofator de risco para o câncer cervical. O exame citopatológico (D) é rastreamento de lesão já existente, iniciado aos 25 anos em mulheres que já tiveram atividade sexual, e detecta, não previne. A peniscopia do parceiro (E) não tem respaldo, gera muitos resultados falso-positivos e não é recomendada como estratégia preventiva.

Resposta A

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Homem com 75 anos, casado, empresário, exercendo sua atividade profissional regular, sem comorbidades, vai à consulta ambulatorial apresentando déficit de memória e lapsos quando conversa, por dificuldade de lembrar as palavras. A esposa refere que frequentemente o paciente não lembra onde guardou suas coisas pessoais. Em uma ocasião saiu sozinho e foi encontrado parado em via pública por não recordar o caminho de casa. O exame mini mental mostrou pontuação 19. Os demais aspectos do exame neurológico são normais. A tomografia computadorizada do crânio mostra discreta atrofia cortical. A esposa solicita que não seja informada a provável hipótese diagnóstica ao marido. De acordo com o Código de Ética Médica, qual deve ser a conduta adotada pelo médico em relação ao pedido da esposa?

A Informar ao paciente o diagnóstico e orientá-lo sobre a forma de progressão da doença. ✓

B Respeitar o desejo da esposa, pois a informação do diagnóstico ao paciente lhe trará danos.

C Encaminhar o paciente para outro médico, orientando que este informe o diagnóstico ao paciente.

D Traçar um plano de ação com a esposa para que ela informe, progressivamente, o diagnóstico ao marido.

E Aguardar a evolução, postergando a informação do diagnóstico ao paciente até que o quadro clínico tenha se agravado.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR
INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 31 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME
NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de ética médica e o eixo é o direito do paciente à informação sobre a própria saúde. O quadro clínico sugere demência provável do tipo Alzheimer em fase inicial, mas o ponto que decide a conduta é a capacidade preservada: o homem de 75 anos exerce regularmente sua atividade profissional, comparece à consulta e conversa, e o miniexame do estado mental de 19 pontos indica comprometimento leve a moderado, não incapacidade civil. O Código de Ética Médica veda ao médico deixar de informar o diagnóstico ao paciente, admitindo a comunicação ao representante legal apenas quando a informação direta puder lhe causar dano, o que aqui não está demonstrado e não pode ser presumido a pedido de terceiro. Informar é inclusive o que permite ao paciente decidir sobre tratamento, seguimento e organização de sua vida pessoal e patrimonial enquanto ainda tem autonomia.

Atender ao pedido da esposa (B) subordina o dever ético à vontade de familiar que não é representante legal. Encaminhar a outro médico (C) transfere uma responsabilidade que é pessoal e intransferível. Combinar que a esposa informe progressivamente (D) delega ato médico a leigo. Postergar até o agravamento (E) desperdiça exatamente a janela em que o paciente ainda pode compreender e decidir.

Resposta A

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Mulher com 45 anos de idade, em preparo para colecistectomia por doença calculosa, procura o médico da Unidade Básica de Saúde de seu bairro, apresentando os resultados dos exames laboratoriais solicitados. O hemograma apresenta hemoglobina = 11 g/dL. Ela quer saber sobre o risco da necessidade de transfusão de sangue durante a operação. Sienta que não perguntou ao cirurgião a respeito da necessidade de transfusão. Tendo como base o Guia para o Uso de Hemocomponentes do Ministério da Saúde, o médico formulará a resposta à paciente com base no fato de que:

A a transfusão de hemocomponentes traz riscos imediatos ou tardios e por isso deve ser evitada na cirurgia proposta, se possível. ✓

B a transfusão de concentrado de hemácias está recomendada após perda volêmica superior a 8% da volemia total.

C as cirurgias de abdome exigem reserva de sangue para transfusão porque pode ser necessário ampliar a ressecção.

D as mulheres, após os 40 anos de idade, podem ter anemia leve, por isso é correto reservar sangue para a cirurgia.

E a transfusão poderá ser indicada com a finalidade de proporcionar a mais rápida recuperação da paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o princípio que organiza todo o Guia para o Uso de Hemocomponentes do Ministério da Saúde: sangue é recurso escasso e sua transfusão é um transplante de tecido, com riscos imediatos (reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, TRALI, sobrecarga circulatória, contaminação bacteriana) e tardios (aloimunização, transmissão de agentes infecciosos, imunomodulação). Por isso a indicação é sempre individualizada e a transfusão deve ser evitada quando houver alternativa. Aplicado a esta paciente, o raciocínio é direto: colecistectomia eletiva por colelitíase é procedimento de sangramento habitualmente mínimo, e a hemoglobina de 11 g/dL configura anemia leve, assintomática, sem sangramento ativo — muito acima do gatilho transfusional aceito, que é Hb abaixo de 7 g/dL (ou abaixo de 8 g/dL em coronariopata ou instabilidade hemodinâmica). A conduta correta é investigar e corrigir a anemia no pré-operatório, tipicamente com ferro por via oral, e não reservar hemocomponente.

B inverte o critério: perda de 8% da volemia é irrisória e bem tolerada por adulto hígido; a discussão de hemácias só começa em perdas acima de 25% a 30% da volemia, e mesmo assim guiada pela clínica. C generaliza indevidamente — não existe recomendação de reserva rotineira de sangue para toda cirurgia abdominal, e a colecistectomia por doença calculosa não pressupõe ampliação de ressecção. D transforma um achado anormal em normalidade fisiológica: anemia em mulher de 45 anos não é esperada pela idade, é sinal que exige investigação (fluxo menstrual aumentado, perda oculta digestiva) e correção, não reserva de sangue. E contraria explicitamente o Guia, que não aceita transfusão para acelerar recuperação, melhorar o bem-estar ou a cicatrização — não há benefício demonstrado e o risco é real. Resposta A

QUESTÃO 102 — Gabarito A

Homem com 38 anos de idade, pedreiro, vem à Unidade Básica de Saúde com relato de dor lombar contínua há uma semana, aos esforços acentuados, a qual não causa limitação de suas atividades diárias. Informa, com bastante firmeza, diminuição da sensibilidade na face lateral da perna esquerda. Ao exame físico apresenta dor à digitopressão lombar com teste de Lasègue negativo bilateralmente.

A conduta a ser adotada na sequência deve ser: A prescrever anti-inflamatórios não-esteróides e fisioterapia. ✓

B solicitar ressonância nuclear magnética da coluna vertebral.

C prescrever infiltração com corticoesteroides.

D afastar o paciente do trabalho por 30 dias.

E solicitar cintilografia de coluna vertebral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de lombalgia inespecífica de curta duração em trabalhador braçal, sem sinais de alarme. O exame ancora a decisão: dor à digitopressão lombar com teste de Lasègue negativo bilateralmente fala contra compressão radicular, e a queixa sensitiva referida na face lateral da perna não se acompanha de déficit motor, arreflexia, alteração esfinteriana, febre, perda de peso, trauma ou história oncológica. Sem bandeiras vermelhas e com menos de quatro a seis semanas de evolução, todas as diretrizes de lombalgia recomendam manejo conservador: analgesia e anti-inflamatório não esteroidal por curto período, manutenção da atividade dentro do tolerado e reabilitação/fisioterapia, com reavaliação. Imagem nessa fase não muda conduta e ainda incorpora achados degenerativos irrelevantes que geram intervenção desnecessária.

B erra por solicitar ressonância sem indicação: exame de imagem na lombalgia aguda só se justifica com sinais de alarme ou déficit neurológico progressivo, ausentes aqui. C propõe procedimento invasivo como primeira linha, quando infiltração é reservada a dor radicular refratária ao tratamento conservador. D afasta do trabalho por 30 dias um paciente que expressamente não tem limitação das atividades diárias — repouso prolongado piora o prognóstico funcional da lombalgia e favorece cronificação e incapacidade. E pede cintilografia óssea, exame de baixa especificidade cujo lugar é a suspeita de infecção, metástase ou fratura oculta, cenário que este paciente não sugere. Resposta A

QUESTÃO 104 — Gabarito D

Lactente com 6 meses de idade, chega ao Pronto-Socorro com história de irritabilidade e febre de 38 °C há dois dias. A mãe refere que hoje notou lesões avermelhadas e vesiculares em toda a região de cabeça e orofaringe. Ao investigar a história familiar, a mãe conta que a avó, que mora com a família, estava com lesões em região de face esquerda iguais às que são mostradas na figura abaixo: Pela avaliação das lesões da avó, o diagnóstico e o tratamento para esse lactente são, respectivamente:

- A herpes zoster; internação para administração de analgésicos e corticoide endovenosos e lidocaína tópica.
- B herpes simples; internação para administração de medicação antiviral e corticoide endovenosos.
- C coxsackiose; tratamento domiciliar com antibiótico e embrocação oral com anestésico.

D varicela; acompanhamento ambulatorial e prescrição de sintomáticos. ✓

- E exantema súbito; prescrição de sintomáticos e observação de sinais de piora.

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave está no vínculo epidemiológico: a avó convivente apresenta lesões restritas a um lado da face, quadro compatível com herpes zóster, ou seja, reativação do vírus varicela-zóster. O contato com as vesículas do zóster transmite VZV, e em suscetível sem imunidade prévia a primoinfecção se manifesta como varicela, exatamente o que o lactente de 6 meses desenvolveu: febre, irritabilidade e exantema vesicular disseminado, incluindo couro cabeludo e mucosa oral, com lesões em diferentes estágios (polimorfismo regional). Em criança previamente hígida e imunocompetente, sem sinais de complicação como pneumonia, ataxia, celulite extensa ou desidratação, a varicela é doença autolimitada e o tratamento é sintomático em regime ambulatorial, com antitérmico (paracetamol ou dipirona, evitando AAS pelo risco de síndrome de Reye), higiene das lesões, unhas curtas e orientação de sinais de alarme; aciclovir não é rotina nessa faixa etária hígida.

A inverte o raciocínio: zóster pressupõe infecção prévia por VZV e se apresenta em faixa dermatomérica, não disseminado, e corticoide endovenoso não tem lugar no manejo. B descreve herpes simples, cuja primoinfecção típica no lactente é gengivostomatite com úlceras restritas à cavidade oral e perioral, não exantema vesicular generalizado, e corticoide é francamente contraindicado. C confunde com a doença mão-pé-boca, em que as vesículas predominam em mãos, pés e orofaringe e que, sendo viral, jamais responde a antibiótico. E erra o padrão do exantema: no exantema súbito a febre alta dura três a cinco dias e o exantema é maculopapular, surgindo justamente quando a febre cede, e nunca é vesicular. Resposta D

QUESTÃO 105 — Gabarito A

Mulher com 60 anos de idade, hipertensa, vai à consulta em Unidade Básica de Saúde porque apresentou quadro de parestesias e hemiparesia no membro superior esquerdo há uma semana, com reversão espontânea completa em 12 horas. Pressão arterial = 180x110 mmHg, ausculta cardíaca com ritmo irregular, em 2 tempos, exame neurológico sem alterações significativas. Traz tomografia computadorizada de crânio sem contraste, realizada no dia dos sintomas, que é normal. Realizou eletrocardiograma conforme mostrado abaixo - DII (traz exame semelhante feito há 60 dias). Qual outro fármaco, além do tratamento anti-hipertensivo, é o mais indicado para essa paciente como medida de maior impacto na prevenção de novos episódios do quadro neurológico?

A Warfarina. ✓

- B Clopidogrel.
- C Ticlopidina.
- D Atorvastatina.
- E Ácido acetilsalicílico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é um ataque isquêmico transitório: déficit focal com resolução espontânea completa em 12 horas e tomografia sem lesão. O dado que define a conduta é o ritmo cardíaco irregular com eletrocardiograma alterado e idêntico ao de 60 dias antes, ou seja, fibrilação atrial não valvar já estabelecida, e não um episódio isolado. Em FA, o mecanismo do evento é cardioembólico, e a medida de maior impacto na prevenção secundária é a anticoagulação oral. O risco desta paciente é alto pelo CHA2DS2-VASc: hipertensão, sexo feminino e, sobretudo, AIT prévio, que sozinho vale 2 pontos. Os grandes ensaios e a metanálise de Hart mostram que o antagonista da vitamina K reduz cerca de 64% o risco de AVC na FA, contra apenas cerca de 20% dos antiagregantes, diferença que justifica a warfarina com INR alvo entre 2 e 3 (à época da prova, sem alternativa aos cumarínicos no SUS).

B, C e E erram pelo mesmo motivo: clopidogrel, ticlopidina e AAS são antiagregantes plaquetários, eficazes no AVC aterotrombótico, mas claramente inferiores à anticoagulação quando a fonte é embolia de origem atrial; a ticlopidina ainda soma risco de neutropenia e púrpura trombocitopênica trombótica, e por isso está em desuso. D é intervenção pertinente na prevenção vascular global, e estatina de alta potência tem benefício comprovado no AVC de origem aterosclerótica, mas não bloqueia a formação do trombo no átrio esquerdo e portanto não é a medida de maior impacto neste caso. Resposta A

QUESTÃO 106 — Gabarito D

Mulher, com 25 anos de idade, vem ao Ambulatório de Ginecologia para fazer o seu "preventivo" (sic). Relata ciclos menstruais regulares a cada 28 - 30 dias. Refere que nos dias que antecedem a menstruação sente-se mais inchada, com mastalgia e que, nos dois primeiros dias de fluxo menstrual, sente cólicas. Ao realizar o exame especular na paciente, o médico visualiza o achado mostrado na figura acima, que é clinicamente compatível com:

A uso de contracepção hormonal combinada.

B diagnóstico de uma cervicite inespecífica.

C existência de baixos níveis estrogênicos.

D período pré-ovulatório imediato. ✓

E fase lútea do ciclo menstrual. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 33 Prova Cinza
REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura do muco cervical como marcador hormonal do ciclo. A paciente tem 25 anos, ciclos regulares de 28 a 30 dias e sintomas que sugerem ciclos ovulatórios (mastalgia, edema e dismenorreia), e o exame especular é feito fora de qualquer contexto infeccioso — não há corrimento fétido, dor ou sangramento anormal referidos. No período que antecede imediatamente a ovulação, o pico de estrogênio produz muco cervical abundante, translúcido, aquoso e altamente filante, com abertura do orifício externo do colo, o chamado sinal da pupila; é esse conjunto que se descreve como compatível com a fase pré-ovulatória imediata.

A não se sustenta porque, sob contracepção hormonal combinada, o efeito progestacional torna o muco escasso, espesso e opaco, justamente para impedir a ascensão espermática, e a paciente sequer refere uso do método. B exigiria colo friável, hiperemiado, com secreção mucopurulenta e sangramento ao toque da espátula, além de queixa clínica correspondente, o que não é o caso. C é incompatível com a idade e com ciclos regulares: hipoestrogenismo cursa com mucosa pálida e afilada e muco escasso ou ausente, padrão de menopausa ou amenorreia hipotalâmica. E erra a fase: na fase lútea a progesterona domina e o muco fica espesso, grumoso, opaco e sem filância, exatamente o oposto do padrão estrogênico descrito. Resposta D

QUESTÃO 108 — Gabarito B

Mulher com 50 anos de idade procura Ambulatório de Clínica Médica com queixa de fadiga e dispneia aos esforços. Informa ser portadora de refluxo gastroesofágico, em uso frequente de cimetidina para alívio sintomático. Tem endoscopia digestiva normal. Não tem outras queixas. Ao exame físico apresenta palidez cutâneo-mucosa e não há outros achados relevantes. Hemograma mostra: Ht = 22%; Hb = 7,1 g/dL; VCM = 102fL; CHCM = 33%; Leucócitos = 2.500/mm³ (neutrófilos = 1.200, linfócitos = 800, monócitos = 500); Plaquetas = 95.000/mm³; Reticulócitos ausentes. Com base nestes achados, qual o diagnóstico mais provável?

A Anemia perniciosa.

B Anemia aplásica. ✓

C Anemia hemolítica.

D Anemia de doença crônica.

E Anemia por deficiência de folato.

COMENTÁRIO OSCELABS

O hemograma decide a questão: não há apenas anemia, há pancitopenia (Hb 7,1 g/dL, leucócitos 2.500 com neutropenia de 1.200, plaquetas 95.000) associada a reticulócitos ausentes. Reticulócito zerado significa que a medula não está produzindo, o que caracteriza falência medular e não consumo periférico. O VCM de 102 fL é uma macrocitose discreta, achado esperado na aplasia por eritropoese de estresse com hemácias jovens e maiores. Some-se o contexto farmacológico: a paciente usa cimetidina de forma frequente e prolongada, e os antagonistas H₂ estão entre as drogas classicamente implicadas em aplasia medular idiossincrásica. A confirmação diagnóstica se faz por biópsia de medula óssea mostrando hipocelularidade acentuada, com substituição por tecido gorduroso e sem infiltração neoplásica ou fibrose.

A é o principal diferencial e merece atenção: a deficiência de B12 também cursa com macrocitose, reticulocitopenia e até pancitopenia, mas em geral com VCM bem mais alto, neutrófilos hipersegmentados, LDH e bilirrubina indireta elevados por eritropoese ineficaz, e costuma acompanhar manifestações neurológicas e atrofia gástrica, ausentes aqui, com endoscopia normal. C é excluída pelos reticulócitos ausentes, já que hemólise cursa com reticulocitose intensa, e não explicaria leucopenia e plaquetopenia. D não se sustenta porque a anemia de doença crônica é normocítica e normocrômica, leve a moderada, com ferritina alta e sem pancitopenia, e a paciente não tem doença inflamatória, infecciosa ou neoplásica descrita. E exigiria um fator predisponente como etilismo, desnutrição, gestação ou uso de metotrexato e cursa com medula megaloblástica hipercelular, o oposto do padrão hipoproliferativo aqui. Resposta B

QUESTÃO 109 — Gabarito A

Lactente com 8 meses de idade é trazido à consulta na Unidade Básica de Saúde pela mãe por apresentar regurgitação frequente, de grande intensidade. O lactente mama ao seio e come papa de legumes duas vezes ao dia, além de frutas. A mãe refere que a criança não está ganhando peso adequadamente, o que foi confirmado após exame físico. O déficit ponderal da criança é de cerca de 3% em três meses. Considerando o desenvolvimento pondero-estatural da criança, o custo-benefício e seu pleno desenvolvimento, a conduta adequada inicial para abordar o problema deve ser:

A manter a alimentação referida pela mãe, iniciar medidas antirrefluxo e domperidona. Reavaliar a criança em 30 dias. ✓

B suspender o aleitamento materno, iniciar medidas antirrefluxo, prescrever fórmula antirregurgitação e domperidona. Reavaliar a criança em 30 dias.

C manter a alimentação referida pela mãe, solicitar pHmetria e prescrever, até que se tenha o resultado do exame, a domperidona.

D suspender o aleitamento materno, manter papa de legumes, iniciar fórmula antirregurgitação e solicitar endoscopia digestiva alta.

E manter a alimentação e acrescentar mamadeira com fórmula para a idade, solicitando retorno em 30 dias para reavaliar peso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de refluxo gastroesofágico em lactente com repercussão nutricional discreta: o déficit ponderal de cerca de 3% em três meses é pequeno, e a criança de 8 meses mantém aleitamento materno com alimentação complementar adequada para a idade. A conduta inicial, olhando custo-benefício e desenvolvimento pleno, é conservadora e escalonada: manter o leite materno e a alimentação já oferecida, instituir medidas antirrefluxo (fracionar e ajustar o volume das mamadas, evitar superalimentação, manter a criança em posição adequada e eructar após as mamadas, elevar a cabeceira, evitar exposição ao tabaco), associar o procinético e reavaliar peso e sintomas em 30 dias, reservando investigação e mudança de estratégia para os casos sem resposta. B e D cometem o mesmo erro grave e suficiente para eliminá-las: suspendem o aleitamento materno, que é fator de proteção, tem esvaziamento gástrico mais rápido que a fórmula e nunca deve ser interrompido por regurgitação; D ainda indica endoscopia digestiva alta de entrada, exame invasivo sem indicação nessa fase. C solicita pHmetria como passo inicial, exame de custo elevado, disponibilidade limitada e que não define conduta em refluxo não complicado. E acrescenta mamadeira com fórmula sem qualquer justificativa nutricional, competindo com o seio, aumentando o volume ofertado e piorando a própria regurgitação, além de não abordar o problema. Vale a ressalva de que, pelo conhecimento atual, o uso de domperidona em lactentes é desencorajado pelo risco de prolongamento do intervalo QT e pela eficácia modesta, de modo que a parte medicamentosa dessa alternativa é hoje discutível, embora o restante da conduta permaneça correto. Resposta A

QUESTÃO 110 — Gabarito C

Mulher com 30 anos de idade, nulípara, última menstruação há sete dias, usuária de anticoncepcional hormonal combinado, relata dor em baixo ventre, de forte intensidade. A dor é acompanhada de náuseas e vômitos, tendo o quadro se iniciado há quatro dias, com piora significativa nas últimas 12 horas. Ao exame físico, pressão arterial = 110 x 70 mmHg, temperatura = 38,7 °C, abdome com dor intensa à palpação no andar inferior e à descompressão brusca em fossas ilíacas. Ao exame especular, presença de conteúdo amarelado com um pouco de sangue e conteúdo purulento exteriorizando-se pelo orifício do colo uterino. Toque vaginal evidenciando dor à mobilização uterina e à palpação dos anexos, bilateralmente. Sobre a conduta indicada para a situação descrita, é correto afirmar que:

A faz-se necessária a presença de leucocitose e velocidade de hemossedimentação elevada para confirmação diagnóstica.

B faz-se necessária a identificação do agente etiológico na secreção cervical antes de iniciar o tratamento medicamentoso.

C a paciente deve ser encaminhada para tratamento em ambiente hospitalar. ✓

D o tratamento inicial deve ser cirúrgico para melhor avaliar o comprometimento do sistema reprodutivo.

E deve ser instituído o tratamento clínico ambulatorial de imediato, com retorno em 48 horas para reavaliação.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE

EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 34 Prova Cinza REVALIDA 2013 EXAME NACIONAL DE

REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO SOBRE A PROVA As

perguntas abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente a sua opinião, nos espaços próprios do Caderno de

Respostas. Agradecemos a sua colaboração. PERGUNTA I Qual o grau de dificuldade da prova? A Muito

fácil. B Fácil. C Médio. D Difícil. E Muito difícil. PERGUNTA II Considerando a extensão da prova, em relação

ao tempo total, você considera que a prova foi A muito longa. B longa. C adequada. D curta. E muito curta.

PERGUNTA III Os enunciados das questões da prova estavam claros? A Sim, todos. B Sim, a maioria. C

Apenas cerca da metade. D Poucos. E Não, nenhum. PERGUNTA IV As informações/instruções fornecidas

para a resolução das questões foram suficientes para resolvê-las? A Sim, até excessivas. B Sim, em todas

elas. C Sim, na maioria delas. D Sim, somente em algumas. E Não, em nenhuma delas. PERGUNTA V Você

se deparou com alguma dificuldade ao responder a prova? Qual? A Desconhecimento do conteúdo. B Forma diferente de abordagem de conteúdo. C Espaço insuficiente para responder às questões. D Falta de motivação para fazer a prova. E Não tive qualquer tipo de dificuldade em responder a prova. PERGUNTA VI Você já participou, no Brasil, de outro(s) processo(s) de revalidação de diploma de médico obtido no exterior? A Sim. B Não.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro preenche os critérios mínimos de doença inflamatória pélvica (dor em baixo ventre, dor à mobilização do colo e à palpação anexial bilateral) somados a critérios adicionais e, principalmente, a sinais de gravidade: temperatura de 38,7 graus, conteúdo purulento pelo orifício externo do colo, vômitos e, sobretudo, descompressão brusca dolorosa em fossas ilíacas, que denuncia irritação peritoneal. Essa é a chave da questão. Pelos critérios do CDC e pela estratificação de Monif, indicam internação: abdome agudo ou peritonite, náuseas e vômitos que impeçam a via oral, febre alta, gestação, imunossupressão, suspeita de abscesso tubo-ovariano e falha do tratamento ambulatorial. Presente qualquer um deles, o manejo é hospitalar, com antibioticoterapia parenteral de amplo espectro cobrindo gonococo, clamídia e anaeróbios, e monitorização da resposta.

A erra ao exigir exames para diagnosticar: leucocitose e VHS elevada são critérios adicionais que reforçam a suspeita, mas o diagnóstico de DIP é clínico e deliberadamente sensível, justamente para não perder casos e evitar infertilidade e gravidez ectópica. B atrasaria de forma inaceitável o início do tratamento; a terapia é empírica e imediata, e a cultura ou biologia molecular apenas orienta ajustes e o manejo do parceiro. D inverte a hierarquia terapêutica: a cirurgia não é diagnóstica nem inicial, ficando reservada a abscesso roto, instabilidade hemodinâmica ou falha do tratamento clínico após 48 a 72 horas. E é a armadilha da questão, pois o esquema ambulatorial com retorno em 48 horas só vale para o quadro leve, sem peritonite e sem vômitos, exatamente o oposto do que esta paciente apresenta. Resposta C